



Universidades Lusíada

Silva, Leila Isabel Charrua, 1996-

A música como elemento desbloqueador : musicoterapia na reabilitação psiquiátrica

<http://hdl.handle.net/11067/7823>

Metadados

Data de Publicação	2024
Resumo	<p>Em Portugal, as perturbações de ansiedade e as perturbações do humor, que são as mais comuns, têm elevada prevalência, sendo que quase 43% da população irá experienciar uma patologia deste foro no decorrer do seu ciclo de vida (DGS, 2020). O presente relatório descreve o percurso realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, tendo o mesmo decorrido no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, entre setembro de 20...</p> <p>In Portugal, the most common mental disorders, namely anxiety and mood disturbances, have a high prevalence, with almost 43% of the population experiencing one of these pathologies over the years (DGS, 2020). The present report describes the course undertaken within the scope of the curricular internship of the Master in MusicTherapy at Universidade Lusíada de Lisboa, having the same elapsed in the service of Psychiatry and Mental Health of the Hospital Garcia de Orta, between september 2023 an...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia - Prática profissional, Doenças mentais - Tratamento, Saúde mental, Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-03-14T19:47:36Z com informação proveniente do Repositório



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

**A música como elemento desbloqueador:
musicoterapia na reabilitação psiquiátrica**

Realizado por:
Leila Isabel Charrua Silva

Supervisionado por:
Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:
Mestre Gil Ramos Maia Henriques

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Professora Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 31 de janeiro de 2025

Lisboa

2024



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

A música como elemento desbloqueador: musicoterapia na reabilitação psiquiátrica

Leila Isabel Charrua Silva

Lisboa

Agosto 2024



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

**A música como elemento desbloqueador:
musicoterapia na reabilitação psiquiátrica**

Leila Isabel Charrua Silva

Lisboa

Agosto 2024

Leila Isabel Charrua Silva

A música como elemento desbloqueador: musicoterapia na reabilitação psiquiátrica

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: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientador de estágio: Mestre Gil Ramos Maia Henriques

Lisboa

Agosto 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Leila Isabel Charrua Silva
Supervisora de estágio Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientador de estágio Mestre Gil Ramos Maia Henriques
Título A música como elemento desbloqueador: musicoterapia na reabilitação psiquiátrica
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

SILVA, Leila Isabel Charrua, 1996-

A música como elemento desbloqueador : musicoterapia na reabilitação psiquiátrica / Leila Isabel Charrua Silva ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Gil Ramos Maia Henriques. - Lisboa : [s.n.], 2024. - 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 - HENRIQUES, Gil Ramos Maia, 1990-

LCSH

1. Musicoterapia - Prática profissional
2. Doenças mentais - Tratamento
3. Saúde mental
4. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy - Practice

2. Mental illness - Treatment

3. Mental health

4. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Study and teaching (Internship)

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

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.S55 2024

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa da minha vida, sinto que estou na direção certa. Uma direção que me leva a procurar cada vez mais conhecimento, cada vez mais experiência, mas, acima de tudo, cada vez mais um olhar atento sobre o outro e sobre mim mesma.

Chegar aqui implica lembrar todo o caminho e quem me ajudou a torná-lo possível e mais bonito. Desta forma, agradeço:

Aos meus pais, por serem sempre casa, colo, proteção e exemplo de resiliência e de amor.

Ao meu irmão, por ser o meu “pronto-socorro” de todas as horas.

Às minhas pessoas-luz, que sabem bem quem são, por terem sido alento, suporte e proteção.

A toda a minha restante família e amigos, por me encorajarem e não me falharem.

À minha amiga Inês, por decidir trilhar este caminho comigo e por, conjuntamente com a Mariana, o tornarem mais harmonioso.

A todos os professores do Mestrado em Musicoterapia que tive o gosto e a honra de conhecer e com os quais pude aprender, por cada palavra, ensinamento e pelo cuidado.

À professora Dra. Teresa Leite, pela aprendizagem que me proporcionou ao longo de todo o Mestrado, pela supervisão e por me transmitir como a Musicoterapia é tão poderosa e singular e, por isso, os seus efeitos são tão especiais e bonitos.

Ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HGO, por tão bem me receber e acolher durante o meu estágio.

Ao Musicoterapeuta Gil Henriques, por toda a orientação e conhecimento transmitido durante o estágio e por me desafiar a querer ser sempre mais e melhor, mostrando-me que o caminho se faz a pouco e pouco e ajudando-me a confiar mais em mim própria.

Aos utentes com os quais pude partilhar momentos, aprender a acolher emoções e vivenciar o verdadeiro significado da Musicoterapia.

*A música pode mudar o mundo
porque pode mudar as pessoas.*

Bono Vox

Resumo

Em Portugal, as perturbações de ansiedade e as perturbações do humor, que são as mais comuns, têm elevada prevalência, sendo que quase 43% da população irá experienciar uma patologia deste foro no decorrer do seu ciclo de vida (DGS, 2020).

O presente relatório descreve o percurso realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, tendo o mesmo decorrido no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, entre setembro de 2023 e junho de 2024.

Durante o período de estágio foram acompanhados onze utentes em consulta individual de musicoterapia, em contexto de internamento e de consulta externa.

Os objetivos terapêuticos primordiais foram relativos à identidade e autoria da pessoa, à expressão emocional e à relação com o outro. As técnicas mais utilizadas foram a improvisação, a recriação e a composição de canções.

No início de cada acompanhamento, e sempre que possível, foram recolhidos dados anamnésicos e a história sonoro-musical dos utentes. Foram também aplicados instrumentos de avaliação, conforme se considerou adequado a cada caso.

Os resultados obtidos revelaram que os efeitos da musicoterapia na pessoa com patologia do foro psiquiátrico incidem ao nível do desenvolvimento pessoal, da melhoria da expressão emocional e da melhoria das relações interpessoais. Foi possível concluir que a musicoterapia, em complementaridade com as terapêuticas farmacológicas e outras não farmacológicas, pode ser uma mais-valia no tratamento de adultos com patologia do foro psiquiátrico.

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

Abstract

In Portugal, the most common mental disorders, namely anxiety and mood disturbances, have a high prevalence, with almost 43% of the population experiencing one of these pathologies over the years (DGS, 2020).

The present report describes the course undertaken within the scope of the curricular internship of the Master in MusicTherapy at Universidade Lusíada de Lisboa, having the same elapsed in the service of Psychiatry and Mental Health of the Hospital Garcia de Orta, between september 2023 and june 2024.

During the internship period, eleven patients were followed in individual music therapy format, between internment context and the external Psychiatry consultation.

The primordial therapeutic goals were related to the identity and authority of the person, the emotional expression and the relationship with the other. The most used techniques were improvisation, recreation and composition of songs.

At the beginning of each follow-up, and whenever possible, anamnestic data and the sound-musical history of the patients were collected. Evaluation instruments were also applied as deemed appropriate in each case.

The results obtained revealed that the effects of music therapy in the person with the psychiatric pathology incide on the level of personal development, the improvement of emotional expression and interpersonal relationships. It was possible to conclude that music therapy, in complementarity with pharmacological and other non-pharmacological therapeutics, can be an added value in the treatment of adults with psychiatric pathologies.

Keywords: Music therapy, Psychiatry, Mental Health, Mental Illness, Adults.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos participantes em acompanhamento individual.....	36
Tabela 2 - Caracterização dos participantes em acompanhamento individual em coterapia.....	37
Tabela 3 - Agenda semanal	45
Tabela 4 - Plano de Intervenção do Luís	51
Tabela 5 - Plano de Intervenção da Iva	64

Lista de Figuras

Figura 1 - Resultados da WHOQOL-BREF	50
--	----

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA - American Psychiatric Association

APMT – Associação Portuguesa de Musicoterapia

BDI – Beck Depression Inventory

BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-5 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ECT's - Terapia electroconvulsiva

ISO – Identidade Sonoro Musical

HGO – Hospital Garcia de Orta

OMS - Organização Mundial de Saúde

PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

WHOQOL-bref - World Health Organization Quality Of Life-bref

Sumário

Agradecimentos	VII
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Lista de Tabelas	XV
Lista de Figuras	XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XIX
Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Estrutura do Hospital Garcia de Orta	3
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia De Orta	4
Descrição e Caracterização da População-Alvo	5
Enquadramento Teórico	7
Saúde e Doença Mental	7
Patologias Do Foro Psiquiátrico	11
Espectro Da Esquizofrenia E Outras Perturbações Psicóticas	11
Perturbações Bipolares e Relacionadas	13
Perturbações Depressivas	14
Perturbações de Ansiedade.....	15
Perturbações Obsessivo-compulsivas e Relacionadas.....	15
Perturbações da Personalidade	16
Musicoterapia	17
Musicoterapia na Doença Mental.....	18
Técnicas de Intervenção em Musicoterapia.....	21

Escrita de Canções.....	23
Recriação Musical	24
Improvisação Musical.....	25
Escuta Musical.....	25
Conceito de ISO.....	26
Relação Terapêutica na Musicoterapia.....	27
Conceitos de Transferência e Contratransferência e a Importância na Intervenção em Musicoterapia	28
Abordagem Humanista em Musicoterapia e o Modelo Nordoff-Robbins	30
Objetivos do Estágio.....	33
Método.....	35
Participantes.....	35
Instrumentos de Avaliação	37
Ficha de Recolha da História Sonoro-musical	38
Inventário de Depressão de Beck – BDI	38
World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF)	39
Grelha de Observação.....	39
Registos de Sessão Individuais.....	39
Procedimentos	40
Fases do Estágio	41
Setting Terapêutico.....	42
Modelo e Técnicas de Intervenção	43
Recursos Materiais	43
Agenda Semanal.....	44

Estudos de Caso.....	47
Estudo de Caso 1	47
Identificação e Historial Clínico.....	47
Plano de Intervenção	51
Processo Terapêutico.....	52
Discussão dos Resultados e Conclusão	58
Estudo de Caso 2	60
Identificação e Historial Clínico.....	60
Plano de Intervenção	64
Processo Terapêutico.....	65
Discussão dos Resultados e Conclusão	70
Outras Intervenções Clínicas	75
Intervenções Individuais.....	75
Hélia.....	75
Nelson.....	76
Carla.....	78
Bernardo	80
Josué	81
Raúl.....	83
Intervenções individuais em coterapia	85
Melissa.....	85
Sandro	86
Joaquim.....	87
Intervenções de Grupo.....	89

Outras Atividades	91
Reuniões de Intercorrências.....	91
Grupo Terapêutico de Artes Expressivas	91
Grupo de Psicomotricidade	92
Congresso de Medicina da Dor	92
III Jornadas Clínicas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa	92
Apresentação para o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HGO.....	92
Psiquiatria de Ligação	93
Conclusão	95
Reflexão Final.....	101
Referências bibliográficas	105
APÊNDICES	111
Lista de apêndices.....	113
APÊNDICE A.....	115
APÊNDICE B.....	121
ANEXOS	125
Lista de anexos	127
ANEXO A	129
ANEXO B.....	133
ANEXO C.....	139
ANEXO D	143
ANEXO E.....	147
ANEXO F.....	151
ANEXO G	155

ANEXO H	159
ANEXO I.....	163

A música como elemento desbloqueador: musicoterapia na reabilitação psiquiátrica

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo Portugal o segundo país da Europa com a prevalência mais elevada ao nível das doenças psiquiátricas (SPPSM, 2019).

Por vezes, as terapias verbais não são suficientemente eficazes a colmatar as dificuldades dos utentes com doença mental. A musicoterapia, por poder ser uma terapia não-verbal, pode ocupar a lacuna deixada pelas psicoterapias tradicionais e verificar-se eficaz numa área de resultados em que também os tratamentos psicofarmacológicos demonstram sucesso limitado, especificamente ao nível dos sintomas negativos, incluindo no embotamento afetivo, nas dificuldades relacionais, na motivação diminuída, entre outros (Andreasen, 1982; Buckley e Stahl, 2007; Buchanan et al., 2007) citados por (Gold et al, 2009).

A intervenção em musicoterapia faz-se através da utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por parte de um terapeuta, auxiliando as pessoas a desenvolver diversas capacidades como a adaptação comportamental e outros obstáculos com os quais se deparam nas suas vidas, através da utilização de diversos tipos de experiência musical, incluindo a improvisação, a composição e/ou a escuta e ainda a partilha performativa, juntamente com reflexões relativas às experiências pessoais (Federação Mundial de musicoterapia, 1996; Wheeler, 2017).

O presente relatório pretende documentar o estágio curricular realizado no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, que foi

concretizado no serviço de psiquiatria e saúde mental do Hospital Garcia de Orta, entre setembro de 2023 e junho de 2024.

Além de providenciar intervenção musicoterapêutica individual aos utentes internados no serviço mencionado, bem como aos utentes acompanhados em consulta externa, o presente estágio teve ainda como objetivos: promover a consciência do self; apoiar a reconstrução de autonomia e identidade; incitar a melhoria das competências de comunicação dos utentes; fomentar a consciência dos limites das relações.

Em seguida, será apresentada e caracterizada a instituição, bem como especificamente o serviço em que ocorreu o estágio e a sua população. Seguir-se-á uma revisão da literatura relativa à saúde mental e à intervenção da musicoterapia no tratamento de adultos com doença mental, englobando-se o modelo teórico e as técnicas utilizadas. Posteriormente, serão enunciados os objetivos do estágio e a metodologia, que abrange a caracterização dos participantes, os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos, o *setting* terapêutico e o horário. Nos capítulos seguintes, serão apresentados dois estudos de caso, de forma detalhada; os restantes casos acompanhados durante o estágio, de forma mais breve, e outras atividades desenvolvidas ao longo do estágio. O relatório culminará com uma conclusão, uma reflexão, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

Caracterização da Instituição

O Hospital Garcia de Orta (HGO), EPE, nasceu em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada e tem como missão prestar cuidados de saúde excelentes e diferenciados a todos os cidadãos, com base em práticas de qualidade e de segurança, de promoção da saúde, de prevenção de patologias e de continuidade dos cuidados. Tem como visão tornar-se numa instituição de referência, fortalecendo as suas áreas de excelência e a prestação de cuidados de qualidade realizados num ambiente organizado, que satisfaça as necessidades dos utentes, dos colaboradores e de todas as partes envolvidas (HGO, EPE, 2020).

Com uma lotação de cerca de 590 camas, o HGO dá resposta à população dos concelhos de Almada e Seixal que, atualmente, ronda os 350 mil habitantes, sendo que alguns dos serviços, especificamente nas áreas da Neonatologia e Neurocirurgia, servem a população de toda a Península de Setúbal (HGO, EPE, 2020).

De entre os dez valores pelos quais o HGO e os seus colaboradores se regem, destacam-se os seguintes: “colocação das pessoas doentes no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde”, “observância de padrões de ética no exercício da atividade hospitalar”; “equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde” e “eficiência na utilização dos recursos” (HGO, EPE, 2020).

Estrutura do Hospital Garcia de Orta

O HGO é gerido pelo conselho de administração, que é composto por 5 membros, nomeadamente a presidente, dois diretores clínicos, um vogal executivo e uma enfermeira diretora. É constituído por 11 áreas/órgãos, sendo que é nos serviços de ação médica e unidades funcionais autónomas que está inserida a área médica, área que integra diversos serviços, entre os quais o de psiquiatria (Serviço de Psiquiatria, 2020).

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia De Orta

A especialidade médica que se destina a prevenir, diagnosticar e tratar problemas mentais, emocionais ou comportamentais é a psiquiatria.

Foi em junho de 2007 que o serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO iniciou a sua atividade, a fim de substituir o Hospital Miguel Bombarda que, até então, dava resposta aos concelhos de Almada e Seixal (Serviço de Psiquiatria, 2020). Este serviço conta com um diretor, uma enfermeira chefe e uma administradora na gestão administrativa e clínica.

O serviço de psiquiatria tem como missão promover a saúde mental junto dos seus utentes, prevenir e tratar doenças mentais e reabilitar e reinserir socialmente as pessoas com problemas de saúde mental (Serviço de Psiquiatria, 2020).

As áreas de atividade do serviço de psiquiatria e saúde mental são o internamento (com capacidade de receber 30 utentes com doença mental em fase aguda, em quartos duplos); a consulta externa; a urgência e os exames periciais de psiquiatria e psicologia. Não obstante, o serviço providencia também consultoria a todos os centros de saúde da área de influência do HGO, atividades de formação e investigação (Serviço de Psiquiatria, 2020).

O serviço de psiquiatria e saúde mental oferece consultas externas de psiquiatria geral; psiquiatria geriátrica; sexologia clínica; psicologia geral; terapia de casal e musicoterapia.

Descrição e Caracterização da População-Alvo

A população do serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO é constituída por pessoas de todos os sexos, com idades iguais ou superiores a 18 anos e residentes nos concelhos de Almada e Seixal, que apresentem um diagnóstico de patologia do foro psiquiátrico (Serviço de Psiquiatria, 2020).

Geralmente, os diagnósticos dos utentes enquadram-se nas classificações de perturbações do espectro da esquizofrenia, perturbações bipolares e/ou perturbações da personalidade, podendo as perturbações do espectro da esquizofrenia ou as perturbações bipolares existir em comorbilidade com perturbações da personalidade, perturbações do neurodesenvolvimento, doenças neurológicas (p.e.: esclerose lateral amiotrófica), ou outras.

As referidas perturbações têm um forte impacto nas diversas dimensões do ser humano, uma vez que comprometem significativamente a sua qualidade de vida como consequência de eventuais alterações cognitivas, emocionais, físicas, sociais e relacionais. Desta forma, torna-se imprescindível a intervenção de diversas especialidades, com o intuito de minimizar as dificuldades existentes no domínio psicossocial e potenciar a autonomia e a qualidade de vida dos utentes.

Para além da patologia do foro psiquiátrico, alguns dos utentes do HGO, especificamente do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, vivem em contextos de vida precária, necessitando de uma intervenção concertada entre profissionais das áreas da saúde e da intervenção social.

Enquadramento Teórico

Considerando o contexto do estágio, é fundamental apresentar, neste documento, uma revisão da literatura relativa à saúde e à doença mental, bem como à intervenção em musicoterapia em adultos com patologias do foro psiquiátrico, que suportem teoricamente a intervenção realizada.

Saúde e Doença Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere” (DGS, 2020). Desta forma, a saúde mental é o elemento que sustenta o bem-estar geral de um indivíduo e pressupõe que ele tenha capacidade de se adaptar a novas circunstâncias de vida, de superar crises e de suportar eventuais perdas afetivas e/ou conflitos emocionais. A saúde mental traduz-se ainda na capacidade de reconhecer limites e sinais de mal-estar e de possuir crítica e consciência da realidade. O humor, a criatividade e capacidade de sonhar, bem como a capacidade de estabelecer relações prazerosas com outros elementos da comunidade e de formular projetos de vida, conferem ao indivíduo um sentido para a vida. É o conjunto e a harmonia de todos estes elementos que permitem a um indivíduo ter saúde mental (DGS, 2020).

De acordo com a OMS (2005), citada por Almeida (2018), não existe verdadeiramente saúde (de modo global) sem saúde mental. A literatura demonstra que existe uma estreita relação entre as perturbações mentais e diversas doenças físicas, tal como entre saúde mental e o comportamento (Almeida, 2018).

A saúde mental pode ser impactada por diversos motivos, nomeadamente do foro pessoal, circunstancial e constitucional (Silverman, 2020).

Existem diversas doenças mentais que, normalmente, geram sofrimento psíquico e condicionam as capacidades relacionais e produtivas dos indivíduos que as possuem.

A doença mental pode dividir-se em diversos tipos, nomeadamente a psicose, as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor ou afetivas, as perturbações da personalidade, as perturbações relacionadas com uso de substâncias psicoativas, entre outras (Almeida, 2018; APA, 2013).

De acordo com a DGS (2020), em Portugal, as perturbações mentais são uma das principais causas de incapacidade para o exercício da atividade laboral. Estas perturbações condicionam a capacidade dos indivíduos de manterem a sua vida como seria expectável, não tendo capacidade de ser cumpridores do estabelecido pelas entidades patronais e funcionais no exercício das suas funções. Estas dificuldades traduzem-se num elevado número de baixas e de reformas para a atividade profissional. Portugal é o país da Europa em que mais se consomem benzodiazepinas (tranquilizantes/ansiolíticos), realçando-se também valores consideráveis no consumo de antidepressivos e bebidas alcoólicas (DGS, 2020).

Sabe-se que existem fatores genéticos que são os principais determinantes do aparecimento de algumas doenças mentais, porém, noutras, são os traumas e perdas que ocorrem durante a vida dos indivíduos que têm um papel preponderante para o surgimento da doença mental (Almeida, 2018). Desta forma, este tipo de patologias não afeta os indivíduos de igual modo, podendo, em alguns casos, verificar-se uma duração curta e, noutros casos, tornar-se crónica. Geralmente, as patologias do foro psiquiátrico emergem da interação entre diversos fatores, entre os quais fatores genéticos, socioeconómicos, comportamentais e ambientais, como por exemplo, consumo abusivo de álcool e drogas, traumas ou problemas de saúde, problemas na gravidez, isolamento

social e eventos de vida stressantes (*bullying*, abuso sexual e/ou físico) (OECD, 2018; Uher & Zwickler, 2017).

A severidade da doença mental depende do surgimento dos sintomas e da incapacidade que os mesmos provocam, bem como com as suas comorbidades, pois provocam *stress*, estigma e têm impacto nas competências sociais, emocionais e na estabilidade financeira (Silverman, 2015). A doença mental pode ter consequências significativas na vida das pessoas aquando da ausência de prevenção e de tratamento pertinente.

Na doença mental existem, por vezes, períodos de remissão, em que se verifica alguma estabilidade. Não obstante, em situações de crise, é fundamental que existam intervenções eficazes e eficientes a serem aplicadas de forma tão breve quanto possível, a fim de que os sintomas sejam controlados rapidamente e que a crise tenha o menor impacto possível nas diversas dimensões do utente (Murphy et al., 2015).

Em caso de crise, existem várias intervenções, nomeadamente o internamento, a intervenção domiciliária e a autogestão (Murphy et al., 2015). Apesar do internamento poder criar estigma e ser prejudicial, o utente pode sentir-se seguro e sem as obrigações que o seu ambiente doméstico acarreta. Não obstante, na intervenção domiciliária existe maior possibilidade de avaliar o contexto, melhor probabilidade de generalização e maior resposta dos técnicos às necessidades do utente, visto não ter de partilhar a atenção com outros utentes. A autogestão visa munir o utente de estratégias de modo que consiga responder aos sinais de uma crise e desenvolver as competências necessárias para gerir os seus sintomas e o que eles acarretam, diminuindo o impacto das crises e evitando crises futuras (Johnson et al., 2018).

De acordo com Silverman (2020), é possível evitar que a depressão e a ansiedade venham a ter efeitos mais preponderantes no ser humano ao se aplicarem estratégias de *coping* (mecanismo de resposta do ser humano em situações de *stress*), isto é, se o próprio aprender e colocar em prática estratégias para enfrentar as situações e se adaptar, reabilitando-se.

Para a manutenção da saúde mental do utente, é fundamental a contenção da doença, promovendo o desenvolvimento do lado saudável do indivíduo. Existem diversos modelos de conceptualização da saúde e da doença. Por um lado, existe o modelo médico, que enfatiza a doença, o diagnóstico, as características psicopatológicas e a redução de sintomas. Por outro, existe o modelo psicossocial, que se foca nas competências, na integração em relação ao ambiente e no fortalecimento de recursos psicológicos e sociais que podem promover o bem-estar e o desenvolvimento integrado da pessoa.

Na saúde mental, torna-se fulcral olhar para o utente como pessoa, e não somente à sua patologia. A teoria humanista tem vindo a contribuir significativamente para o desenvolvimento da psicoterapia e das técnicas de crescimento individual. Nesta teoria, o foco é na saúde, ao invés de ser na doença, e no desenvolvimento do potencial humano. Assim, os humanistas consideram que as suas técnicas têm como objetivo estimular o desenvolvimento e a aprendizagem, em vez de as considerarem um tratamento de doenças, disfunções ou alterações psíquicas (Cavalcanti, 2018). Desta forma, procura-se a funcionalidade do utente, a diminuição do seu sofrimento e maior enfoque nas necessidades emocionais.

Patologias Do Foro Psiquiátrico

Existem diversas patologias do foro psiquiátrico e é fundamental tentar compreender a forma como cada uma afeta o funcionamento psicológico de um indivíduo. É também imprescindível perceber quais as vulnerabilidades e necessidades das pessoas com estas patologias e as suas partes saudáveis que podem ser trabalhadas. Em todas estas patologias existem quadros sintomatológicos que acarretam sofrimento psicoemocional e que impactam consideravelmente na qualidade de vida dos indivíduos.

Espetro Da Esquizofrenia E Outras Perturbações Psicóticas

No espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas estão incluídos a esquizofrenia, outras perturbações psicóticas e a perturbação esquizotípica (da personalidade). Definem-se pela existência de afetação num ou mais dos cinco domínios seguintes, nomeadamente, delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor desorganizado de forma rude ou anormal e sintomas negativos (APA, 2013). O diagnóstico de uma perturbação do espectro da esquizofrenia implica a exclusão de outra condição que possa estar na origem da psicose.

Os delírios definem-se por “*crenças fixas que não são passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes*” (APA, 2013), isto é, consistem numa distorção sólida da perceção da realidade, que tem impacto no comportamento e na forma de o indivíduo se relacionar socialmente e com o meio envolvente. O conteúdo pode incluir diversos temas, sendo caracterizados de acordo com os mesmos (APA, 2013).

As alucinações são experiências idênticas à perceção, no entanto, surgem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, tais como as perceções normais e não se encontram sob controlo voluntário. As alucinações podem acontecer em qualquer

modalidade sensorial (auditivas, táteis, visuais, olfativas), sendo que as auditivas são as mais frequentes na esquizofrenia e nos distúrbios relacionados (APA, 2013).

O pensamento desorganizado é, muitas vezes, inferido através da linguagem verbal da pessoa, sendo que pode ocorrer a mudança de tópico sem nexos. Os indivíduos podem responder às perguntas que lhes são feitas com algum tipo de relação ou de forma completamente dissociativa (APA, 2013).

O comportamento motor desorganizado de forma rude ou anormal pode verificar-se de diversas formas, incluindo comportamentos infantis e agitação imprevisível. Podem observar-se alterações em qualquer forma de comportamento dirigido a determinado objetivo, o que dificulta a realização das atividades da vida quotidiana. A catatonia define-se pela “diminuição acentuada na reatividade ao meio ambiente” (APA, 2013), que engloba, por exemplo, a resistência a instruções fornecidas (negativismo); manutenção de uma postura rígida, inadequada ou até bizarra; ausência total de resposta verbal e motora (mutismo e estupor); atividade motora sem intuito e excessiva, aparentemente sem causa (excitação catatónica); movimentos estereotipados repetitivos, olhar fixo, eco da fala ou expressões faciais inadequadas (APA, 2013).

Os sintomas negativos são responsáveis por um fragmento considerável da morbilidade que está associada à esquizofrenia, todavia, são menos proeminentes noutras perturbações psicóticas. Existem dois sintomas negativos particularmente notórios na esquizofrenia que são a expressão emocional diminuída e a avolição. A expressão emocional diminuída engloba diminuições na expressão de emoções no rosto, no contato ocular, alterações na prosódia da fala e diminuição de movimentos das mãos, cabeça e face que, geralmente, concedem realce emocional à fala. A avolição consiste numa diminuição de atividades propositas iniciadas pelo indivíduo com motivo, pelo

que a pessoa pode manter-se sentada por longos períodos e evidenciar pouco interesse pela participação em atividades laborais ou sociais. Existem outros sintomas negativos, como a alogia (fala diminuída), anedonia (redução da capacidade de sentir prazer) e associalidade (aparente falta de interesse nas interações sociais, pode estar relacionada com a avolição). Não obstante, as pessoas com esquizofrenia podem usufruir de atividades que lhes sejam prazerosas no momento e podem lembrar-se delas posteriormente, porém, denota-se uma redução na frequência de envolvimento nesse tipo de atividades (APA, 2013).

A afetação de um ou mais dos domínios acima mencionados gera um tipo de funcionamento diferente, que leva a sentimentos de desadaptação relativamente ao contexto social, de não pertença, de medo, de abandono de interesses e de atividades que mantinha até então, entre outros. Este conjunto de fatores que englobam as vivências, a desadaptação e o sofrimento psicossocial acarreta uma redução da qualidade de vida da pessoa.

Perturbações Bipolares e Relacionadas

Nas perturbações bipolares e relacionadas estão incluídas a perturbação bipolar I a perturbação bipolar II, a perturbação ciclotímica e outras perturbações bipolares relacionadas (APA, 2013).

Na perturbação bipolar I existe uma perturbação maníaco-depressiva, sendo que nem a psicose nem a experiência de vida de um episódio depressivo maior são critério para este diagnóstico (APA, 2013).

A perturbação bipolar II implica ter experienciado, ao longo da vida, pelo menos um episódio depressivo maior e pelo menos um episódio hipomaníaco (sem história de mania). É tão grave quanto o tipo I devido à depressão profunda e porque a instabilidade

do humor dos indivíduos com esta perturbação acarreta, muitas vezes, prejuízos graves no trabalho e no funcionamento social (APA, 2013).

Na perturbação ciclotímica têm de persistir períodos hipomaníacos e depressivos pelo menos 2 anos, sem nunca preencher os critérios para episódios de mania, hipomania ou depressão maior (APA, 2013).

Existem diversas substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e várias condições médicas que podem causar episódios maníacos (APA, 2013).

Um episódio maníaco consiste num “período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia anormal e persistentemente aumentada, com duração de pelo menos 1 semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias” (APA, 2013). Um episódio hipomaníaco distingue-se do maníaco pela duração, que é de pelo menos 4 dias consecutivos.

Um episódio depressivo maior inclui cinco ou mais sintomas entre os quais, no mínimo, um dos seguintes tem de estar presente – humor deprimido na maior parte do dia e/ou perda de interesse ou prazer de forma abrupta em todas ou quase todas as atividades. É premissa que os sintomas causem sofrimento significativo do ponto de vista clínico ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas funcionais (APA, 2013).

Desta forma, qualquer um dos episódios acima mencionados leva a um bloqueio de competências psicossociais que dificultam a funcionalidade do indivíduo em todos os seus contextos de vida.

Perturbações Depressivas

Existem diversas perturbações depressivas, sendo que todas se caracterizam pela presença de humor triste, vazio ou irritável, que acarreta outras alterações que estão

relacionadas e que impactam na capacidade funcional do indivíduo. O diagnóstico diferencial faz-se com base na duração, tempo ou etiologia presumida (APA, 2013).

Perturbações de Ansiedade

As perturbações de ansiedade englobam vários diagnósticos que têm em comum características como o medo e ansiedade excessivos, bem como alterações comportamentais que advêm dessas características. “O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida” (APA, 2013), por outro lado, a ansiedade deve-se à antecipação de uma ameaça futura. Assim, o medo e a ansiedade podem sobrepor-se, mas também se podem verificar isolados, sendo que o medo surge mais vezes associado a surtos de excitação imprescindíveis para lutar e/ou fugir, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga. A ansiedade é mais associada à tensão muscular e vigília, em antecipação, para enfrentar perigos futuro, e em comportamentos prudentes ou de evitamento (APA, 2013).

As perturbações de ansiedade são distintas do medo ou ansiedade normativos do desenvolvimento por se apresentarem excessivos e/ou persistirem para lá dos períodos expectáveis ao desenvolvimento (APA, 2013), impactando significativamente na funcionalidade da pessoa.

Perturbações Obsessivo-compulsivas e Relacionadas

As perturbações obsessivo-compulsivas e relacionadas incluem a perturbação obsessivo-compulsivo (POC) e outras (APA, 2013).

A POC caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões, sendo que as obsessões dizem respeito a pensamentos, impulsos ou imagens frequentes e perseverantes que são experimentados como intrusivos e indesejados, enquanto as compulsões são comportamentos repetitivos ou ações mentais que uma pessoa se sente

impulsionada a fazer, como resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que se devem aplicar de forma rígida. Existem outras perturbações obsessivo-compulsivas e relacionadas que são também caracterizadas por preocupações e comportamentos persistentes ou ações mentais que surgem como resposta às preocupações (APA, 2013).

Perturbações da Personalidade

Uma perturbação da personalidade é um padrão, perdurável no tempo, de experiência interna e comportamento que é, de forma significativa, desviante da norma e das expectativas da cultura do indivíduo. Caracteriza-se por ser abrangente e inflexível, por ter início na adolescência ou no início da idade adulta, verifica-se estável ao longo do tempo e acarreta sofrimento ou prejuízo (APA, 2013).

As perturbações de personalidade dividem-se em três grupos, tendo por base semelhanças descritivas. O grupo A inclui as perturbações de personalidade paranóide, esquizóide e esquizotípica, sendo que as pessoas com estas patologias parecem, geralmente, estranhas ou excêntricas. O grupo B engloba as perturbações de personalidade antissocial, borderline, histriónica e narcisista, sendo os indivíduos com estas perturbações caracterizados como sendo dramáticos, emocionais ou erráticos. No grupo C encontram-se as perturbações de personalidade esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva, sendo que as pessoas com estes distúrbios parecem, na maioria das vezes, ansiosas ou com medo (APA, 2013).

Foi realizada uma revisão de estudos epidemiológicos de vários países que permitiu constatar uma prevalência mediana de 3,6% para perturbações do grupo A, 4,5% para o grupo B, 2,8% para o grupo C e 10,5% para qualquer perturbação de personalidade. Parece existir uma variação na prevalência consoante os países e etnias, o que levanta questões relativamente à verdadeira variação intercultural e acerca do

impacto de diversas definições e instrumentos de diagnóstico nas avaliações de prevalência (APA, 2013).

Musicoterapia

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um utente 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 ou cognitivas.

O objetivo da intervenção musicoterapêutica passa por desenvolver potencialidades e/ou restabelecer as funções do indivíduo, de modo que ele possa atingir uma melhor integração própria e também das suas relações interpessoais que, conseqüentemente, levarão ao aumento da qualidade de vida, por meio da prevenção, reabilitação ou tratamento, dependendo da necessidade do utente (APMT, 2022).

De acordo com Wheeler (2017), a musicoterapia ajuda as pessoas a desenvolver diversas competências, padrões de comportamento mais adaptativos e a conseguir ultrapassar obstáculos com os quais se deparam nas suas vidas. Os musicoterapeutas recorrem à utilização de diversos tipos de experiência musical, incluindo a improvisação, partilha performativa, a composição e/ou a escuta, juntamente com reflexões relativas às experiências pessoais.

Musicoterapia na Doença Mental

As perturbações do foro psiquiátrico apresentam um grande impacto individual e social e, por vezes, os tratamentos tradicionais podem apresentar resultados insuficientes. Neste sentido, a musicoterapia pode ser benéfica no tratamento da psicose e na depressão, inclusive em casos resistentes ao tratamento farmacológico. Segundo Gold et al. (2009), são vários os estudos que evidenciam que a musicoterapia, quando acrescentada ao tratamento padrão, produz efeitos fortes e significativos no estado global do utente, nos sintomas gerais, nos sintomas negativos, na depressão, na ansiedade, no funcionamento e no envolvimento musical.

Gold et al. (2009) referem que existem três fatores eficazes da musicoterapia, também denominados por “mecanismos de mudança”. Primeiramente, defendem que a música como meio de expressão emocional pode auxiliar os utentes a melhorarem a sua capacidade expressiva e a diminuírem o achatamento afetivo. Em segundo, referem que fazer música com outras pessoas requer sempre um esforço social, que está conectado de forma inerente à criação e construção de relações sociais, o que pode ajudar os utentes a ultrapassarem as dificuldades nesta área. Por último, consideram que a possibilidade de fazer música em contexto terapêutico pode ser um fator fulcral de motivação, em particular para utentes que demonstram pouca ou nenhuma motivação para o fazerem noutro meio ou de outra forma (Rolvjord, 2001, Solli, 2008), sendo de realçar que tal se pode generalizar para outras circunstâncias.

De acordo com a pesquisa de Haugwitz (2021), a musicoterapia é integrada no tratamento psiquiátrico multidisciplinar, tendo-se estabelecido como uma forma de tratamento para diversas condições de saúde mental, quer em grupos, quer em ambientes individuais, particularmente no internamento.

Irvin Yahlom (1983), defende que a terapia de grupo deve ser a escolha primordial de tratamento em cuidados agudos, uma vez que a interação em grupo constrói e/ou fortalece as competências interpessoais dos elementos do grupo. Existem duas razões fundamentais para a realização de terapia em grupo no internamento, nomeadamente, auxiliar os utentes a explorar e corrigir padrões interpessoais desadaptativos e melhorar a capacidade de se relacionarem entre si (Murphy, 1992).

Para Jackson (2015), a música tem propriedades relacionais que podem ser uma das características mais exclusivas e poderosas da musicoterapia para pessoas com doença mental grave e crónica. Tanto o estigma, que advém dos que rodeiam o utente, como a sintomatologia, que vem do próprio utente, criam um distanciamento entre o utente com doença mental e a comunidade que, em condições “normais”, proporcionaria o apoio interpessoal indispensável à saúde e ao bem-estar. Esse distanciamento pode ser atenuado através da intervenção em musicoterapia, uma vez que o envolvimento com a música cria uma sensação de segurança contentora e afirmativa, na qual as limitações e os mal-entendidos não constam, permitindo, assim, que seja desenvolvida uma nova visão e compreensão.

De acordo com Choppin *et al* (2016) as emoções que podem ser incitadas através da música transcendem as emoções básicas, que são importantes para a sobrevivência, e abrangem as experiências afetivas complexas que podem ser encontradas na vida quotidiana. Desta forma, a música tem a capacidade de permitir ao indivíduo experimentar emoções imediatas face ao estímulo musical, como a alegria e a tristeza, por exemplo. Por outro lado, tem ainda a capacidade de promover emoções semelhantes às vividas no seu dia-a-dia, inclusive nas relações interpessoais

significativas, na medida em que a experiência musical pode estimular a recuperação de memórias a ela associadas.

A musicoterapia proporciona oportunidade, a quem vive com doença mental crónica, de trabalhar as questões de autoconceito, autoeficácia e qualidade de vida. Estas questões são essenciais a uma estabilização ou recuperação bem-sucedida da doença. É o envolvimento musical que permite ao indivíduo que seja escutado, o que auxilia na construção de novas relações e na capacidade de voltar a experienciar a totalidade da sua própria humanidade (Jackson, 2015).

O utente não necessita de ter quaisquer competências musicais prévias ou treino para poder participar em experiências musicais realizadas no âmbito da intervenção em musicoterapia. É apenas preciso que exista motivação para se envolver no processo terapêutico de forma ativa. A musicoterapia é, então, uma psicoterapia que gera, de forma singular, motivação e oferece, a quem dela beneficia, a possibilidade de ativar as suas competências emocionais e expressivas, sem existir necessidade de se recorrer à palavra oral (Geretsegger et al., 2017).

O trabalho do musicoterapeuta na intervenção com utentes com doença mental incide na melhoria das competências emocionais e de relação, trabalhando questões que sejam difíceis de verbalizar. Para esse fim, são alvo de intervenção os processos psíquicos e sociais, através da interação musical, não-verbal, como meio de comunicação, expressão e transformação (Geretsegger et al., 2017).

Existem diversos objetivos de intervenção em musicoterapia com a referida população, que devem ir ao encontro das necessidades particulares de cada indivíduo. A intervenção pode ocorrer em fase aguda da doença, na reabilitação ou na intervenção a

longo prazo e os objetivos definem-se, também, tendo em consideração o nível de patologia.

Na doença aguda, dois dos objetivos da intervenção em musicoterapia podem passar por promover a autoexpressão e reduzir os sintomas psiquiátricos. Durante a reabilitação, a intervenção pode ser direcionada para melhorar o autoconhecimento e autoconsciência e estimular a comunicação não-verbal e verbal. Numa intervenção a longo prazo, pode considerar-se pertinente melhorar o autoconhecimento da identidade, melhorar as competências psicológicas, aumentar as competências de *coping* (mecanismo de resposta do ser humano em situações de stress) e melhorar o funcionamento global do indivíduo (Silverman, 2018; Torres et al., 2016).

Em contexto de grupo, os objetivos terapêuticos podem centrar-se em melhorar o conhecimento relativo ao outro e a interação com ele, promover a interação entre pares e o sentimento de pertença no grupo por “fazer música em conjunto”, o que, consequentemente, poderá levar a uma melhoria da autoestima (Silverman, 2018; Torres et al., 2016).

Desta forma, a musicoterapia tem um papel preponderante na vida do utente em internamento psiquiátrico, na medida em que lhe permite trabalhar/ganhar competências essenciais às diversas dimensões do ser humano, quer aquando de uma intervenção individualizada, quer em contexto de grupo.

Técnicas de Intervenção em Musicoterapia

Segundo Bruscia (2014), em musicoterapia existem técnicas ativas e recetivas. Nas técnicas ativas são utilizadas a improvisação, a composição e a recriação e nestas os utentes são incitados a expressar e explorar os seus problemas, refletir sobre eles e encontrar soluções, num plano sonoro-musical. Nas técnicas recetivas é utilizada a audição, na qual os utentes são expostos à experiência musical gravada ou tocada ao

vivo pelo musicoterapeuta, assimilando e apreendendo as suas vibrações e refletindo sobre o *self* e o mundo do outro, revivendo experiências também através do plano sonoro-musical.

Unkefer & Thaut (2005) propuseram outros programas e técnicas, que incluíam não só experiências musicais individuais e grupais, como também a combinação de música com outras artes.

Mais do que a um diagnóstico clínico específico, a musicoterapia tende a ser adaptada ao utente, bem como às suas necessidades individuais. Normalmente, não existe uma ligação direta entre o diagnóstico clínico de um utente e as técnicas específicas utilizadas na terapia. Não obstante, o tipo de perturbação influencia a formulação das escolhas, atitudes e comportamentos do terapeuta durante a terapia. Apesar de existirem poucas pesquisas que incluam esta ligação, é possível constatar que os resultados evidenciam que o diagnóstico interfere somente numa pequena parte da escolha das técnicas. Assim, as diretrizes para a intervenção musicoterapêutica em saúde mental ocorrem independentemente do diagnóstico, bem como a decisão de oferecer musicoterapia em contexto individual a um utente num determinado ambiente clínico podem ser baseadas em diversos aspetos, dos quais o diagnóstico clínico primário é apenas um deles (Gold et al., 2009).

Silverman (2015) defende que na área da psiquiatria as técnicas de musicoterapia a utilizar podem ser a escrita de canções; a análise de canções; a recriação musical, as intervenções baseadas em ritmo e a improvisação musical. Segundo Gold et al. (2009), os diversos modos de experiências musicais tornam-se terapêuticos quando são utilizados em contexto de relação terapêutica.

As discussões verbais, reflexões ou interpretações ligadas à música tornam-se relevantes na medida em que auxiliam o utente a analisar o significado latente na experiência e a relacionar a nova experiência dentro da terapia com situações da sua vida (Gold et al., 2009).

De acordo com Garred (2004), o nível em que a própria experiência musical face à reflexão verbal que dela surge é considerado como agente ativo de mudança pode variar entre os diversos modelos da musicoterapia, bem como entre os próprios utentes (Gold et al., 2009). Não obstante, Bruscia (1998) defende que os tratamentos que dependem unicamente dos efeitos diretos da música, não envolvendo ou dependendo do processo de intervenção e mudança através da relação terapêutica não são considerados musicoterapia, podendo tratar-se de “medicina musical” (Gold et al., 2009).

Escrita de Canções

Durante a intervenção em musicoterapia, a escrita de canções permite ao utente a possibilidade de explorar as suas competências criativas e expressar os seus pensamentos, sentimentos e necessidades através da música. Escrever uma canção pode gerar, no utente, sentimentos de capacidade que elevam a sua autoestima (por ter conseguido escrever a canção) e sensação de pertença (por ser sua). A canção pode ser lembrada e tocada sempre que o utente o deseje/sinta necessidade, e pode até ser partilhada com quem o utente achar que será benéfico (Wigram & Baker, 2005).

Na idade adulta, a escrita de canções pode vir a ser um veículo eficaz para auxiliar o utente a resolver os seus problemas, desenvolver o *insight*, suportá-lo emocional, espiritual e psicologicamente, assim como dar voz a pensamentos e sentimentos (Wigram & Baker, 2005).

Na escrita de canções, pode apenas solicitar-se que se completem “espaços em branco” de uma canção escrita (atividade muito estruturada), pode consistir na

substituição de versos (atividade de estrutura média) ou pode passar pela composição livre (atividade de baixa estrutura) (Silverman, 2015).

Esta técnica é um processo terapêutico que oferece a possibilidade de trabalhar a componente musical, mas sobretudo a comunicação não verbal e verbal. Os benefícios estendem-se após o término da composição que foi realizada na sessão, tanto pela experiência relacional estabelecida no processo como pelo facto de a canção poder vir a ser, posteriormente, interpretada com e por amigos, familiares ou mesmo no domínio performativo (Wigram & Baker, 2005).

Durante a utilização da técnica de escrita de canções, o musicoterapeuta deve auxiliar o utente, com o intuito de alcançarem um produto final que gostem, do ponto de vista musical e, conseqüentemente, do ponto de vista terapêutico. A canção pode ser gravada e analisada nas sessões seguintes. Criar uma melodia permite, a qualquer individuo, ter a oportunidade, através de um veículo verbal e não-verbal, de canalizar sentimentos e emoções, de contar a sua história, de resolver problemas, entre outros (Wheeler et al., 2005).

Recriação Musical

A técnica de recriação musical consiste em tocar ou cantar músicas pré-compostas, executar produções musicais, jogos e/ou atividades musicais. Pode ser utilizada em contexto de grupo ou individual, uma vez que confere ao utente a possibilidade de se expressar de forma genuína, num ambiente musical, e receber *feedback* por parte do terapeuta ou de outros elementos, caso esteja em grupo. Esta técnica permite trabalhar o sentimento de competência na execução da tarefa, possibilitando ao utente sentir-se ouvido e compreendido pelos outros membros do grupo e/ou pelo terapeuta, estreitando os laços, ganhando autoconfiança e sentimento de pertença (Wheeler et al., 2005).

Improvisação Musical

De acordo com Bruscia (1987) e Wigram (2004), a improvisação é, possivelmente, a forma mais distinta de interação musical na musicoterapia, tendo sido descrita como a principal em diversos modelos de musicoterapia. Consiste na improvisação conjunta entre o utente e o terapeuta através de instrumentos musicais à sua escolha, os quais tocam, livremente ou de forma estruturada, um tema musical ou não musical. Os musicoterapeutas são treinados a fim de intervirem terapêuticamente, por exemplo, para apoiar fornecendo uma base tonal ou rítmica, de modo a clarificarem, confrontarem ou desafiarem a expressão do utente na música (Gold et al., 2009).

Por meio da improvisação podem-se expressar ideias de diversos tipos através de uma forma segura, uma vez que existe sempre uma base rítmica e uma determinada estrutura organizada, que são inerentes à música. Em adultos com patologia do foro psiquiátrico, improvisar oferece a possibilidade do utente se focar no presente ou de ser assistido numa ocasião de crise, na qual é fundamental que possa ocorrer a expressão não-verbal das emoções. A improvisação pode ser através de um instrumento (musical ou não) ou partes do corpo, incluindo a voz, de modo a produzir sons e pode ser totalmente livre ou com alguma estruturação (Wheeler et al., 2005).

Escuta Musical

A escuta musical, ou método recetivo, confere ao indivíduo a possibilidade de escutar música e poder responder através de diferentes formas, nomeadamente, silenciosa, verbal ou outras.

Esta técnica tem diversos objetivos terapêuticos, tais como fomentar a recetividade; promover estímulos ou incitar o utente ao relaxamento; explorar pensamentos e ideias e auxiliar a memória.

Neste tipo de experiência pode recorrer-se a músicas tocadas ao vivo ou a gravações (Matoso & Oliveira, 2017).

Conceito de ISO

Em musicoterapia é fundamental abordar-se o conceito de ISO – Identidade Sonoro Musical, que foi definido por Benenzon (1985). Este princípio é um elemento teórico e prático fundamental para a musicoterapia. “ISO” significa “igual” e sintetiza a consciência de que existe um som, um conjunto de sons ou um conjunto de fenómenos sonoros internos que caracteriza cada pessoa e a individualiza. O terapeuta deverá “igualar” estas características no momento de contacto com o utente como a única forma de entrar em relação com ele. Segundo o autor, é um “som estruturado dentro de um mosaico sonoro”, que se constrói ao longo do tempo e que permanece, eternamente, em movimento. Benenzon (1985) defende que se podem distinguir 4 ISO's. O ISO gestáltico é individual, caracteriza cada pessoa e possibilita encontrar o canal de comunicação do indivíduo. É essencial para o terapeuta conhecer o ISO do seu cliente para construir uma relação terapêutica. O ISO complementar é resultado de pequenas alterações que ocorrem em cada dia ou sessão de musicoterapia, como consequência de determinados acontecimentos ambientais. O ISO grupal está relacionado com a dimensão social da qual a pessoa faz parte; precisa de tempo para se criar e desenvolver. Cada grupo tem o seu, que é resultado do que cada indivíduo é e dá enquanto elemento do grupo, ou seja, depende dos ISO's gestálticos de cada pessoa e é imprescindível para que ocorra integração num grupo aquando de um contexto não-verbal. Por fim, o ISO universal é a “identidade sonora que caracteriza ou identifica todos os seres humanos”, não está, por isso, relacionado com os vários contextos nos quais a pessoa está inserida.

É fundamental conhecer o ISO gestáltico do utente para realizar uma intervenção musicoterapêutica individual que vá ao encontro do seu eu-musical.

Relação Terapêutica na Musicoterapia

A intersubjetividade é aplicada à relação entre terapeuta e utente e destaca os mundos subjetivos de ambos (Mitchell, 1988; Scharff & Scharff, 2011; Stolorow, 1988 citados por Birnbaum, 2014). Quando as pessoas com suas subjetividades individuais se unem, ocorre a criação de um sistema psicológico complexo, que é intersubjetivo e resulta num sentimento de estar juntos no que está a ser feito (Stolorow, 1988; Scheiby, 2005 citados por Birnbaum, 2014).

A relação estabelecida entre o terapeuta e o utente é observada como um “ciclo constante e de influência mútua” (Birnbaum, 2014), pois, de forma inconsciente, o terapeuta e o utente impactam-se de forma recíproca.

Mitchell (1988) defende que a mudança psicológica acontece por meio das experiências emocionalmente intensas que são partilhadas na relação terapêutica, pelo que é a qualidade da relação que determina a eficácia da terapia (Bromberg, 2006; Scharff & Scharff, 2011 citados por Birnbaum, 2014). Desta forma, o terapeuta e o utente são ambos transformados pela experiência que vivem conjuntamente, sendo que a relação terapêutica deve ser centrada no paciente. Cabe então ao terapeuta desempenhar um papel de suporte e contenção face às necessidades e experiências emocionais do utente, auxiliando-o a processar as mesmas e a organizar-se, de modo a adquirir padrões comportamentais e relacionais mais benéficos e adaptáveis ao contexto.

De acordo com Bunt & Stige (2014), na abordagem humanista, o terapeuta é considerado um “catalisador ou facilitador” e ocorre um processo terapêutico “mais colaborativo de negociação conjunta”, existindo menos relevo na interpretação que é realizada pelo terapeuta. Para tal, Rogers considerou que a empatia, a autenticidade e a “consideração positiva incondicional” são os principais fatores que devem existir em todas as relações terapêuticas (Bunt & Stige, 2014; Kleinke, 1998).

O musicoterapeuta pode desempenhar o seu papel segundo uma abordagem humanística na medida em que tem como função estimular a criatividade e a autoexpressão do utente, potenciando o seu desenvolvimento máximo (Bunt & Stige, 2014).

Nordoff e Robbins (2004) destacaram a importância da existência de um relacionamento humano genuíno entre o terapeuta e o utente, defendendo que se desenvolve um vínculo musical coafetivo pela criação conjunta de experiências musicais significativas (Birnbaum, 2014).

Na musicoterapia, a música possui um papel preponderante no estabelecimento da relação terapêutica, sendo um veículo na sua criação, pelo que deve ser utilizada de forma adequada a cada utente, bem como às suas necessidades nas dimensões cognitiva, emocional, física e social (AMTA, 2005).

Segundo Mary Priestley (2012), quando uma pessoa improvisa e outra envolve a sua expressão sonora nela própria, fica instantaneamente contida “num todo maior”. Desta forma, a pessoa expressa-se na sua totalidade e, mesmo assim, sente que integrou algo maior, na qual se encontra consciente e inteira, não deixando de ser também uma parte apenas. A autora defendeu ainda que a relação musical é “muito mais primitiva e mais sensível” comparativamente à relação verbal.

Conceitos de Transferência e Contratransferência e a Importância na Intervenção em Musicoterapia

De acordo com Mary Priestley (2012), a transferência pode ser descrita como um processo pelo qual um paciente procura reviver, com o seu terapeuta, algo que ficou por resolver relativamente a relacionamentos antigos e significantes da sua vida.

Também pode ser uma tentativa de se libertar de partes contrastantes da sua mente, projetando-as no terapeuta.

À luz da literatura psicanalítica (Priestley, 2012) o mecanismo de transferência e contratransferência é, geralmente, muito forte e envolve sentimentos profundos, que provêm, provavelmente, de uma fase de vida anterior, por vezes pré-verbal. Quando a transferência é projetada num indivíduo que é “psicologicamente qualificado”, existe a possibilidade de a mesma ser recebida objetivamente, analisada e interpretada em termos das relações passadas do transferidor, pelo que se torna possível romper o ciclo repetitivo e modificar a situação do transferente. Quando a transferência é projetada num sujeito não qualificado (que não é terapeuta), é provável que, inconscientemente, ele responda ao que se espera dele e seja forçado, de forma involuntária, a representar o papel que o transferidor lhe atribuiu.

A contratransferência diz respeito aos sentimentos do próprio terapeuta relativamente ao utente, ou seja, são a resposta inconsciente do terapeuta à transferência do utente (Freud, 1910, citado por Birnbaum, 2014).

Desta forma, de acordo com Turry (1998) a transferência e a contratransferência estão presentes em todas as comunicações humanas, incluindo nas interações musicais (Birnbaum, 2014).

Mary Priestley (2012) referiu que durante a improvisação com os clientes, os sentimentos resultantes de processos de contratransferência podem sair do inconsciente do terapeuta quase como se fossem dele próprio. Devido ao facto de serem inconscientes, o seu carácter primitivo faz com que lidar com eles seja complexo. A autora referiu ainda que ganhar consciência e prática sobre isto pode transformar o que

inicialmente ameaça poder ser uma perturbação perigosa para o musicoterapeuta, numa ferramenta bastante útil durante a intervenção.

Priestley (2012) mencionou ainda que “o músico tem a mente bem aberta quando improvisa e é nesse momento que toma consciência de sentimentos que não percebeu durante o preâmbulo verbal”.

Segundo a autora acima mencionada, é imprescindível que o musicoterapeuta, de forma interna, se consiga dividir entre um “observador interno e desapegado” e um “recetor aberto e irracional”. Ser um “observador interno e desapegado” permitir-lhe-á rever, de forma objetiva, as sugestões contratransferenciais. Por outro lado, ser “recetor aberto e irracional” permite-lhe transformá-las, ou o seu inverso, em padrões sonoros (Mary Priestley, 2012). Às sugestões contratransferenciais, Priestley deu-lhes o nome de “e-contratransferências” - efeito de eco - e refere que são uma ferramenta útil, concluindo que as emoções sentidas como desconfortáveis podem ser facilmente dispersas, sendo que o musicoterapeuta as pode devolver ao cliente através de palavras ou de música, se considerar adequado.

Abordagem Humanista em Musicoterapia e o Modelo Nordoff-Robbins

O psicólogo Carl Rogers desenvolveu a teoria humanista, que constitui uma abordagem centrada na pessoa, isto é, uma abordagem na qual o enfoque está na totalidade do indivíduo enquanto ser humano e não no seu diagnóstico clínico (Souza et al., 2013). De acordo com Rogers, o mais importante era o estabelecimento da relação “pessoa-a-pessoa”, sendo que a visão do terapeuta devia incidir sobre o cliente e sobre a relação terapêutica, ao invés de recair na sua patologia.

Existem diversos modelos de intervenção em musicoterapia, sendo de realçar que o principal modelo humanista nesta especialidade é o Modelo Nordoff-Robbins, no

qual os musicoterapeutas têm como prioridade a escuta atenta e a responsividade musical (Birnbaum, 2014).

Cada ser humano tem potencialidades e capacidades próprias, tendo a sua essência individual que o torna diferente dos restantes. Assim, cada pessoa tem vontade própria e capacidade de fazer escolhas (Evangelista, 2020).

O modelo Nordoff-Robbins é uma abordagem centrada na música que defende que a mesma estimula o crescimento e o desenvolvimento pessoal por meio das suas características e da sua utilização, que deve ser ajustada a cada caso, uma vez que o corpo humano é intrinsecamente musical e, muito do que nele ocorre, tem propriedades semelhantes às da música (Ferreira, 2017; Birnbaum, 2014).

Por ser um modelo humanista, assenta também na convicção de que todo o indivíduo possui uma capacidade de resposta inata para responder ao som e à música, independentemente da sua condição pelo que, quando esta capacidade é explorada e utilizada da forma correta, pode apresentar benefícios significativos na melhoria da qualidade de vida do utente (Wigram & Pedersen, 2002).

Assim, com base na perspetiva humanista, a intervenção em musicoterapia neste modelo foca-se nas capacidades da pessoa e nas suas características sonoras e musicais e não na sua condição/patologia. Desta forma, sendo o objetivo principal o desenvolvimento pessoal e de competências funcionais, esta abordagem não focada na patologia pode, ainda assim, ter consequências na redução de sintomas que dela advêm.

Existe a ideia base de que todo o ser humano tem em si um “músico-criança”, que é a parte embrionária da pessoa que é musical e que se move pela música. Este “músico-criança” pode ter sido nutrido e desenvolvido ou, ao invés, pode ter sido

inibido por diversos motivos, tornando-se estagnado ou até inalcançável (Aigen, 2014; Kirkland, 2013 citados por Ferreira, 2017).

O modelo destina-se a todas as pessoas, independentemente do grau de deficiência ou conhecimento musical, sendo que a música tem como papel ser o meio para o desenvolvimento pessoal, levando posteriormente ao desenvolvimento da criatividade e atualização pessoal. A música constitui ainda poder para facilitar a comunicação e a expressão do “eu” facilitando o seu desenvolvimento (Nordoff-Robbins, 2007).

Neste modelo, é utilizada a música, através da improvisação criativa, a fim de se conseguirem respostas musicais que vão potenciar o desenvolvimento das capacidades expressivas e comunicativas que são inatas ao ser humano (Aigen, 2014; Kirkland, 2013 citados por Ferreira, 2017).

Além do enfoque no indivíduo como um todo e não na sua patologia, experienciar as emoções sentidas no presente, no “aqui e agora”, é também uma das principais características de uma abordagem humanista (Bunt & Stige, 2014).

O utente com patologia do foro psiquiátrico necessita de ser olhado como pessoa que é, independentemente da sua patologia. Em simultâneo, permitir-lhe experiências musicais num contexto terapêutico e permitir-lhe expressar as suas emoções, acolhendo-as num plano não verbal, é potenciar o desenvolvimento das suas competências. É neste plano, através de respostas musicais, que se pode ver o indivíduo e as suas características a sobreporem-se à patologia, sendo que, na maioria das vezes nos restantes contextos da sua vida, são os sintomas patológicos que mais se destacam.

Objetivos do Estágio

O estágio de musicoterapia descrito no presente documento teve como objetivo geral providenciar intervenção musicoterapêutica individual aos utentes internados no serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO, bem como aos utentes acompanhados em consulta externa que fossem referenciados para a especialidade de musicoterapia pelos seus médicos psiquiatras, tendo como ponto de partida a intervenção grupal já existente na unidade.

Foram ainda definidos alguns objetivos terapêuticos gerais para a intervenção musicoterapêutica, nomeadamente:

- Promover a consciência de si mesmo e a identificação das próprias emoções nos utentes;
- Promover a autonomia e autodeterminação dos utentes;
- Promover a melhoria das competências de comunicação dos utentes;
- Fomentar a consciência das fronteiras interpessoais nas relações.

Para além destes objetivos gerais, foram definidos objetivos terapêuticos específicos para cada utente, sendo que os anteriormente mencionados são transversais à instituição e aos utentes.

Método

Neste capítulo serão descritos os métodos e técnicas utilizados na intervenção e analisada a eficácia da musicoterapia como terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental.

Primeiramente, será apresentada a caracterização dos participantes que tiveram intervenção em musicoterapia e os instrumentos de avaliação utilizados no início e no fim dos acompanhamentos terapêuticos. Em seguida, serão descritos os procedimentos, as técnicas e os materiais utilizados no contexto da intervenção. Por último, será explanada a agenda semanal do estágio.

Participantes

No presente estágio, foram intervencionados 11 utentes do serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO que se encontravam em regime de internamento ou de consulta externa. Dos 11 utentes intervencionados em regime de consulta individual de Musicoterapia, 4 eram do sexo feminino e os restantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos. 8 utentes iniciaram e mantiveram o acompanhamento com a estagiária e os restantes foram acompanhados pela estagiária em coterapia com o musicoterapeuta orientador de estágio, ou vice-versa (Tabelas 1 e 2). A coterapia deveu-se a serem utentes já acompanhados pelo musicoterapeuta e ser por si considerado vantajoso para os utentes usufruírem deste tipo de acompanhamento.

No presente documento, os utentes apresentam nomes fictícios, com o intuito de ser salvaguardo o seu anonimato.

No que concerne aos critérios de inclusão, para usufruir do acompanhamento individual em consulta de musicoterapia, o utente tem de ser seguido no serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO, tendo, obrigatoriamente, um diagnóstico do foro psiquiátrico. Não existiram critérios de exclusão. As competências ou experiências

musicais dos utentes não formaram critério de inclusão nem de exclusão. No entanto, são muitas vezes consideradas pelos médicos psiquiatras dos utentes seguidos em consulta externa no serviço, que são responsáveis por realizar o encaminhamento para a consulta de musicoterapia.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes em acompanhamento individual

Identificação do utente	Idade	Patologia	Contexto do acompanhamento
Hélia	63	perturbação bipolar I	internamento
Iva	22	perturbação da personalidade borderline	internamento
Nelson	44	perturbação bipolar I	consulta externa
Carla	58	sem diagnóstico definido	internamento
Luís	26	psicose não-orgânica não especificada	internamento
Bernardo	31	perturbação bipolar I	consulta externa
Josué	29	hipótese diagnóstica de esquizofrenia	consulta externa
Raúl	53	perturbação bipolar I	consulta externa

A tabela 1 identifica os utentes que beneficiaram de acompanhamento em musicoterapia em *setting* individual, sendo apresentados também os dados relativos à sua idade, patologia e contexto do acompanhamento.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes em acompanhamento individual em coterapia

Identificação do utente	Idade	Patologia	Contexto do acompanhamento
Melissa	23	perturbação da personalidade borderline	consulta externa
Sandro	30	esquizofrenia	consulta externa
Joaquim	41	perturbação bipolar I	consulta externa

A tabela 2 contém dados relativos aos utentes que beneficiaram de acompanhamento em musicoterapia em coterapia com o musicoterapeuta orientador do presente estágio, apresentando-se também a sua idade, patologia e contexto do acompanhamento.

Instrumentos de Avaliação

No início de qualquer processo terapêutico é essencial recolher dados anamnésicos e de avaliação, com o intuito de conhecer o utente e refletir sobre as suas capacidades, limitações e necessidades. Com base nos dados recolhidos, foram definidos objetivos terapêuticos e escolhidos os métodos e técnicas que melhor se adequavam às necessidades dos utentes. Foram utilizados instrumentos qualitativos de forma contínua e também instrumentos quantitativos no início e no fim do processo terapêutico, de modo a monitorizar a evolução dos utentes e analisar a eficácia da intervenção em musicoterapia.

Antes do início de cada intervenção, foram recolhidos dados relativos à história clínica e problemática central do utente através da consulta dos processos clínicos e da

partilha de informação por parte do orientador de estágio. De seguida, foi aplicada uma ficha de anamnese (apêndice A), em entrevista semiestruturada aos utentes, quando estes apresentavam capacidade cognitiva e emocional para a realizar ou aos seus parentes mais próximos/cuidadores, caso estas condições não estivessem reunidas

Ficha de Recolha da História Sonoro-musical

No início do processo terapêutico, foi também utilizada uma ficha de história sonoro-musical (apêndice B), que visava recolher dados da história e preferências musicais do utente, da sua família, do ambiente sonoro da sua casa e de outros dados pertinentes do domínio musical. Esta ficha auxilia na compreensão do ISO do utente, acrescentando informação sobre o mesmo, e foi construída a partir de uma adaptação da Ficha Musicoterapêutica de Benenzon (Benenzon, 1985).

No que respeita a instrumentos de avaliação quantitativa, aplicou-se, conforme se verificou pertinente considerando o diagnóstico de cada utente e a sua condição atual, o Inventário de Depressão de Beck – BDI, a *World Health Organization Quality Of Life-bref* (WHOQOL-BREF) e uma Grelha de Observação de Musicoterapia adaptada (França, 2020).

Inventário de Depressão de Beck – BDI

O Inventário de Depressão de Beck – BDI (Beck et al., 1961) (anexo A) é composto por 21 grupos de afirmações, que pretendem avaliar a intensidade da depressão. Destina-se a ser preenchido pelo utente e cada item tem quatro opções de resposta, que se encontram organizadas de forma crescente consoante a gravidade relativa a um sintoma específico da depressão. A cotação total pode variar entre 0 e 63 e quanto maior o valor obtido, maior o nível de severidade dos sintomas depressivos. Um resultado total com valores entre os 0 e os 9 indicam que o indivíduo não se encontra

deprimido; entre os 10 e os 18 remetem para depressão leve a moderada; 19 a 29 para depressão moderada a severa; 20 a 63 para depressão severa.

World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF)

A adaptação portuguesa (Fleck et al. 2000) da World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF) (Harper & Power, 1998) (anexo B), é um instrumento que avalia a qualidade de vida de forma subjetiva e pode ser aplicada a pessoas saudáveis ou com diversos transtornos psicológicos e físicos. Esta é uma medida de autorrelato, a ser aplicada aos próprios participantes, pelo que é fundamental que evidenciem capacidade e autonomia. É constituída por 26 questões, com respostas em formato de escala de Likert, com valores entre 1 e 5, sendo que 1 é indicador de menos bem-estar e 5 indicador de mais bem-estar. A WHOQOL-BREF inclui 4 domínios de qualidade de vida: 1) físico, 2) psicológico, 3) relações sociais e 4) meio ambiente. A média resultante das respostas corresponde à seguinte classificação: "necessita melhorar" (de 1 até 2,9); "regular" (3 até 3,9); "boa" (4 até 4,9), "muito boa" (5), pelo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Este instrumento foi aplicado apenas aos utentes que manifestaram os requisitos necessários à sua aplicação.

Grelha de Observação

Com o objetivo de avaliar qualitativamente os aspetos comunicativos, cognitivos, motores, emocionais e musicais, foi preenchida uma grelha de observação (anexo C) na primeira sessão de intervenção de cada utente.

Registos de Sessão Individuais

Foram ainda realizados registos de sessão (anexo D), que incluíam dados de observação direta do utente, a descrição sumária da sessão, os temas centrais abordados,

novidades e/ou mudanças que tenham ocorrido na sessão, a música produzida (repertório, instrumentos utilizados, etc.), as reflexões do terapeuta e ideias para sessões futuras.

Para além da observação direta realizada em contexto de sessão individual e também em contexto de sessão de grupo, no caso dos utentes internados que frequentaram o grupo de musicoterapia do internamento, foi também realizada uma análise dos registos áudio e vídeo das sessões, que permitiu uma reflexão mais detalhada sobre o processo terapêutico.

Foi recolhido junto de cada utente acompanhado em sessão individual um consentimento informado relativo à recolha de registos de vídeo e áudio (anexo E) e solicitou-se uma declaração a comprovar a autorização da gravação dos mesmos nas sessões de musicoterapia (anexo F).

Procedimentos

Os utentes que se encontravam em contexto de internamento tiveram a possibilidade de integrar o grupo terapêutico de musicoterapia que ocorreu no serviço, com frequência semanal, às terças-feiras, com duração compreendida entre 1h e 1h15. Os utentes que demonstrassem interesse em realizar sessões de musicoterapia em contexto individual ou que fossem identificados pelos técnicos como candidatos que poderiam beneficiar do acompanhamento individual de forma mais efetiva e que possuísem critérios para tal, foram encaminhados e iniciou-se o acompanhamento. Após a alta clínica, os utentes que iniciaram um percurso na musicoterapia durante o internamento ou aqueles em que os seus médicos psiquiatras consideraram uma mais valia usufruir desta especialidade, passaram a ser acompanhados em consulta externa, na consulta de musicoterapia.

Ocorreram quatro fases durante o estágio, nomeadamente, integração, observação e recolha de dados relativos à instituição e aos utentes; avaliação inicial e realização do plano de intervenção; intervenção direta; reavaliação e término dos acompanhamentos terapêuticos.

Fases do Estágio

A primeira fase, de integração, observação e recolha de dados relativos à instituição e aos utentes decorreu no primeiro mês de estágio. Esta foi uma fase de adaptação da estagiária à instituição e aos respetivos profissionais, rotinas do serviço e procedimentos relativos ao funcionamento da unidade. Em todos os dias de estágio, entre as 9h30 e as 10h00, a estagiária esteve presente na reunião diária destinada a médicos, terapeutas e técnicos de diversas áreas, onde eram relatadas as intercorrências relativas aos utentes internados. Considerou-se fundamental a presença nesta reunião a fim de tomar conhecimento do estado dos utentes que iriam frequentar o grupo terapêutico, dos que foram acompanhados em consulta individual de Musicoterapia e ainda para compreender a dinâmica do internamento, que teve impacto no bem-estar e estabilidade de todos os utentes. Foi ainda nesta fase que a estagiária iniciou a sua participação nos grupos de musicoterapia e de terapias expressivas realizados no internamento de agudos e começou a acompanhar o seu orientador de estágio nas demais consultas realizadas no internamento de agudos, em contexto de consulta externa e na psiquiatria de ligação. Nessa fase, foram identificados os utentes do internamento de agudos que beneficiariam de intervenção individual em musicoterapia e também foram escolhidos, de entre os utentes da consulta externa referenciados para a consulta de musicoterapia, os que poderiam ser acompanhados pela estagiária.

No início de cada acompanhamento individual foi solicitada autorização, por escrito, para recolha de registos de áudio e vídeo, com o intuito de serem utilizados em contexto de supervisão de estágio.

Na segunda fase, iniciaram-se as primeiras sessões individuais de musicoterapia, onde se priorizou o estabelecimento da relação terapêutica, o conhecimento da identidade sonoro-musical dos utentes e a avaliação inicial. Após a recolha destes dados e o conhecimento dos utentes pelo olhar multidisciplinar da equipa, foram realizados planos de intervenção individuais para cada utente, nos quais foram definidos objetivos terapêuticos que fossem ao encontro das necessidades específicas de cada indivíduo.

Na intervenção, a fase mais duradoura das quatro identificadas, decorreram as sessões individuais realizadas pela estagiária, as sessões individuais realizadas em coterapia com o orientador de estágio, a participação no grupo de musicoterapia como coterapeuta, a participação nas reuniões diárias e a articulação com médicos, enfermeiros, terapeutas e outros técnicos.

Na última fase, foi realizada a reavaliação, preparou-se e efetivou-se o término dos acompanhamentos terapêuticos e foi dinamizada uma apresentação relativa a um estudo de caso destinada à comunidade médica e de outros profissionais do serviço.

Setting Terapêutico

No que concerne ao *setting* terapêutico, as sessões ocorreram em gabinetes médicos que são, na sua generalidade, compostos por uma secretária, cadeiras e um armário.

As técnicas foram decididas de acordo com as informações recolhidas em contexto de avaliação e a observação direta dos utentes, tendo por base os estudos

relativos à aplicação da musicoterapia em doentes com diagnósticos de cariz psiquiátrico.

Foram utilizadas técnicas de intervenção em musicoterapia no tratamento de doentes psiquiátricos como as propostas por Silverman (2015), nomeadamente, escrita de canções; cantar canções através do preenchimento de “espaços em branco”; substituição de versos; composição livre (atividade de baixa estrutura); análise de canções; recriação musical; intervenções baseadas em ritmo e improvisação musical. Aprender a tocar um instrumento e a respetiva prática foi também pertinente de realizar na intervenção com determinados utentes.

Modelo e Técnicas de Intervenção

O principal modelo de intervenção em musicoterapia utilizado pela estagiária nas sessões foi o modelo humanista de Nordoff-Robbins. As técnicas mais utilizadas foram a escrita de canções, a recriação musical, a improvisação musical e a escuta musical.

Recursos Materiais

Para a realização das sessões de musicoterapia foram utilizados vários recursos materiais, entre os quais:

- Voz e corpo;
- Cadeiras, mesa;
- Computador/iPad;
- Folhas de papel e caneta;
- Instrumentos musicais de percussão (p.e.: *ocean drum*, *buffalo drum*; maracas; xilofone, etc.);
- Guitarras clássicas e/ou *ukulele*.

Os diversos recursos materiais acima descritos foram utilizados ao longo da intervenção, dependendo do que se considerou mais vantajoso para o processo terapêutico de cada utente.

Agenda Semanal

O estágio decorreu semanalmente às terças-feiras das 9h30 às 17h00 e às sextas-feiras das 9h30 às 16h00. Durante as últimas duas fases do estágio realizaram-se ainda sessões de supervisão com o orientador de estágio às sextas-feiras entre as 17h00 e as 18h00, com frequência quinzenal.

Pretendeu-se que as sessões individuais dos doentes internados ocorressem com frequência semanal, tendo duração de 30 a 45 minutos, consoante as capacidades e limitações dos utentes.

Relativamente aos utentes acompanhados em consulta externa, ambicionou-se que as sessões ocorressem também com frequência semanal, com duração de 45 minutos a 1 hora.

Tabela 3 - Agenda semanal

	terça-feira	sexta-feira
9H30	Reunião de intercorrências	Reunião de intercorrências / Sessão Individual
10H00	Grupo de Musicoterapia	Grupo de Terapias Expressivas / Sessão Individual
11H00	Psiquiatria de Ligação	Sessão Individual
12H00	Psiquiatria de Ligação	Sessão Individual
13H00	Almoço	Almoço
14H00	Sessão Individual em coterapia	Sessão Individual
15H00	Sessão Individual em coterapia	Sessão Individual
16H00	Sessão Individual em coterapia /Sessão Individual	
17H00		Supervisão quinzenal com o orientador de estágio

Estudos de Caso

No presente capítulo serão apresentados dois estudos de caso, que incluem a identificação e historial de cada utente, uma análise descritiva do processo de intervenção em musicoterapia e dos resultados obtidos e, por fim, a conclusão do caso.

Estudo de Caso 1

Em seguida, será exposto o primeiro estudo de caso, referente ao utente Luís, que se encontrava no internamento de adultos devido a um quadro de episódio psicótico.

Identificação e Historial Clínico

O Luís é um utente do sexo masculino e tem 26 anos. Tem ascendência africana e não se sabe ao certo quando veio para Portugal. O seu agregado familiar é composto pela sua mãe, irmã e avó. Estudou até ao 6º ano do ensino básico e realizou um curso de jardinagem. Até à data do primeiro internamento em psiquiatria, sabe-se que desempenhava funções de jardineiro.

O Luís foi acompanhado em Pedopsiquiatria, tendo sido diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo. Não há informação relativamente ao início do acompanhamento na referida especialidade, nem a idade que tinha aquando do diagnóstico. Sempre foi uma criança introvertida, com dificuldades na comunicação e na relação.

Em setembro de 2022 teve o seu primeiro episódio psicótico, associado ao consumo de álcool e canabinoides, tendo sido levado à urgência pela mãe e consequentemente internado no serviço de psiquiatria do HGO. À data, o Luís apresentava delírio persecutório, alucinações auditivas e visuais pejorativas, de comando - *eles dizem coisas más, dizem “mata, eu começo a ouvir e tenho de fugir,*

perseguem-me”. Não apresentava crítica face ao seu estado clínico. Considerando o mesmo, o Luís foi internado no serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO. O Luís melhorou e teve alta clínica ao 8º dia, pois, após o seu corpo desintoxicar, os sintomas psicóticos entraram em remissão.

O Luís devia ter mantido o acompanhamento em contexto de consulta externa de Psiquiatria, com o intuito de ser monitorizado, porém, nunca compareceu. Foi referido pela mãe que mantinha a terapêutica farmacológica prescrita aquando da alta do internamento.

Após sensivelmente um ano, o Luís volta a ser levado à urgência e foi internado, permanecendo até à data do presente estágio, por apresentar novamente um quadro de episódio psicótico, caracterizado por sintomas depressivos, ideação delirante com delírio pejorativo por culpa e alucinações auditivas e visuais de comando. O Luís tinha insónia e negou consumos recentes.

Após cerca de duas semanas de internamento, o Luís começou a frequentar os grupos terapêuticos do internamento, nomeadamente das especialidades de musicoterapia, terapia ocupacional, psicomotricidade, artes expressivas e o grupo psicoeducativo. Posteriormente, foi-lhe proposto acompanhamento individual em musicoterapia, uma vez que o seu principal interesse é a música e que ela representa o seu maior veículo de expressão.

No início da intervenção musicoterapêutica, o Luís foi submetido a uma avaliação intensiva para ajuste da terapêutica farmacológica, tendo realizado terapia electroconvulsiva (ECT's), com melhorias no seu estado clínico. Após o término do ciclo, não realizou terapia de manutenção.

Por questões de gestão de espaços e devido ao facto de se encontrar com um quadro clínico melhorado, foi transferido para uma enfermaria. Nessa fase, a única terapia que manteve, além das farmacológicas, foi a musicoterapia em contexto individual. Durante o período na enfermaria, que teve duração relativa de três semanas, o Luís piorou e, por isso, regressou ao internamento. Já no internamento, iniciou nova terapêutica farmacológica (amissulprida).

Ao fim de duas semanas, o Luís já se denotava mais interativo e expressivo, ainda que mantendo a sua habitual postura reservada. Aguardava novo ciclo de ECT's.

Avaliação Inicial

A primeira sessão foi iniciada com uma conversa informal, na qual se explicou ao utente em que consistia o acompanhamento individual em musicoterapia, uma vez que estava reticente e curioso quanto ao que se poderia fazer nas sessões.

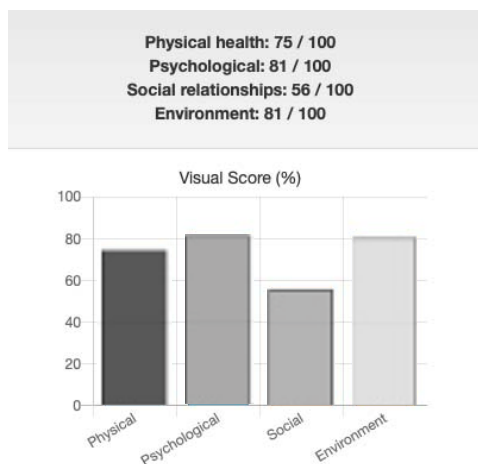
Na segunda sessão foi realizada uma entrevista semiestruturada ao utente, a fim de recolher dados anamnésicos, e foi aplicada a ficha de recolha da história sonoro-musical. Através desta última, ficou a saber-se que o estilo musical preferido do Luís é o *rap*, os instrumentos que mais gosta de ouvir são a viola e o piano e os sons que mais gosta são “*música baixinha, calma*”. Foi ainda referido pelo Luís que “*Costumava estar sempre a ouvir música quando tinha o telemóvel*” e “*Tenho alguns projetos no meu telemóvel*”.

O Luís obteve a pontuação de 20/63 no Inventário de depressão de Beck, o que remete para um nível de depressão moderada a severa.

Foi também aplicada a WHOQOL-BREF, sendo que o Luís obteve uma pontuação de 2/5 relativamente à sua perceção da qualidade de vida e de 4/5 face à

satisfação com a saúde. Os resultados relativos aos 4 domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) encontram-se na figura abaixo:

Figura 1 - Resultados da WHOQOL-BREF



Após o término da segunda sessão, foi preenchida pela estagiária uma grelha de observação que permitiu analisar aspetos relativos à comunicação, cognição e motricidade.

O Luís evidenciou, de forma global, a sua habitual postura reservada, expressa por baixa iniciativa comunicativa verbal e não verbal e pouco à vontade para a relação. As suas competências de comunicação e de relação manifestam-se conforme as características típicas de um quadro de Perturbação do Espectro do Autismo e, possivelmente, delas adveio este diagnóstico no passado. Não obstante, o Luís conseguiu estabelecer uma relação terapêutica com a estagiária e demonstrou-se em atenção conjunta e compartilhada, respeitando a troca de turnos na conversação. O contacto ocular com a estagiária foi escasso, porém, com os instrumentos musicais foi mais intenso e duradouro.

O Luís evidenciou boas competências cognitivas através da execução de tarefas musicais, sendo capaz de compreender mudanças de andamento e de dinâmicas, repetir

ritmos e melodias, manter a pulsação constante conjuntamente com a estagiária e acompanhar as suas dinâmicas. Face à motricidade, concluiu-se que apresenta boa coordenação motora, sendo capaz de acompanhar a música com movimentos, e conseguiu manipular instrumentos pequenos.

Através da recolha de dados, dos instrumentos avaliativos e da observação direta e indireta do utente, foram identificadas questões relativas a sentimentos de culpabilização, consequentes de um delírio, a uma baixa autoestima, falta de iniciativa comunicativa e isolamento social.

Plano de Intervenção

Após identificar as competências, limitações e necessidades do Luís, foram estabelecidos objetivos terapêuticos para a sua intervenção, os quais se encontram na tabela abaixo.

Tabela 4 - Plano de Intervenção do Luís

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Aumentar a expressão emocional	Expressar sentimentos
	Identificar sentimentos
	Cantar consoante as emoções
Aumentar a autoconfiança	Identificar aspetos positivos de si mesmo
	Melhorar a postura corporal
Melhorar a interação com os pares e outros técnicos	Compor uma canção
	Aumentar a iniciativa comunicativa com os pares
	Aumentar a iniciativa comunicativa com os técnicos

Processo Terapêutico

O acompanhamento individual em musicoterapia do Luís decorreu entre fevereiro e junho. No total, teve 19 sessões individuais de 45 minutos. Importa salientar que, durante este período, o Luís continuou a frequentar os grupos terapêuticos do internamento, incluindo o grupo de musicoterapia onde a estagiária também esteve presente como coterapeuta, pelo que a estagiária já tinha iniciado uma relação terapêutica com o utente no contexto de grupo e já conhecia parte da sua história sonoro-musical e dos seus interesses aquando do início do acompanhamento individual.

Nas primeiras três sessões foram recolhidos os dados anamnésicos e da história sonoro-musical e aplicados os instrumentos de avaliação, utilizando-se parte do tempo da sessão para este fim e o restante foi sendo conduzido conforme os interesses do utente.

Na primeira sessão o Luís procurou ser esclarecido quanto ao que define o acompanhamento em musicoterapia, demonstrando necessidade de conhecimento e antecipação sobre os acontecimentos da sua vida. Partilhou que já tinha escrito algumas letras de músicas e tinha vários “*projetos*” no seu telemóvel, que não me poderia mostrar uma vez que não tinha o telemóvel no internamento. Evidenciou interesse em explorar instrumentos, em escrever mais letras de músicas e em improvisar.

Na segunda sessão, após ser realizada a entrevista semiestruturada para recolha dos dados anamnésicos e da história sonoro-musical e ser aplicada a escala de depressão de *Beck*, o Luís foi convidado a explorar a guitarra, visto já ter demonstrado interesse e curiosidade pelo instrumento. Após este momento, como o Luís gostava muito de improvisar (fazer *rap* em *Freestyle*, como definia a sua improvisação) e mostrou esse desejo, foi realizada uma improvisação, na qual a estagiária tocou guitarra, por

solicitação do utente, e ele improvisou uma letra, fazendo *rap*. O Luís cantava com fraca intensidade e com pouca articulação das palavras sendo, por vezes, ininteligível o que cantava. Do material verbal que era perceptível, pôde concluir-se que apresentava poucas ideias, sendo o seu léxico pouco variado e muito redundante. Não obstante, a letra era coerente e coesa. Mantinha uma postura introvertida, mais prostrada. O contacto ocular com a estagiária era escasso e fugaz e havia pouca iniciativa comunicativa, sendo que a sua comunicação verbal se resumia, acima de tudo, a respostas às iniciativas da estagiária. Também a comunicação não verbal era escassa, caracterizada por poucas expressões faciais (provavelmente devido ao embotamento afetivo), mantendo-se, geralmente, apático. Apesar de iniciar com uma voz de baixo volume o Luís aumentava a intensidade em resposta ao crescendo de intensidade da guitarra, denotando desde logo uma disponibilidade para se relacionar musicalmente com a estagiária.

Nas duas sessões seguintes, o Luís começou a demonstrar iniciativa comunicativa, revelando espontaneamente desejo de realizar improvisações e de explorar os instrumentos que a estagiária tinha levado para as sessões (instrumentos de percussão e guitarra), o que evidencia maior disponibilidade para a relação e para a intervenção. Nas improvisações, o canto do Luís ia ficando menos falado (estilo *rap*) e mais cantado (mais melódico). Na quarta sessão, verbalizou que gostaria de aprender a tocar guitarra e a estagiária ensinou-lhe dois acordes simples. Este desejo demonstra o envolvimento do Luís na intervenção e na relação terapêutica, procurando estabelecer novas vias de comunicação através da música.

Após mais uma sessão em que quis continuar a explorar a guitarra, permanecendo muito tempo apenas a tocar as cordas soltas, a escutar o seu som e a

sentir as vibrações do instrumento, o Luís verbalizou que tinha dificuldades em fazer os acordes e em fixar as suas posições, preferindo improvisar vocalmente. Solicitou à estagiária que tocasse na guitarra a música que tinha tocado na segunda sessão, para ele improvisar. Dessa improvisação vocal, realizada por cima da base harmónica da música *O pastor*, dos Madredeus, resultou um refrão criado pelo Luís, “*Obrigado por estar na paz*”.

Na sexta sessão, o Luís tomou iniciativa, revelando querer escrever uma canção, a fim de dar continuidade ao refrão criado na sessão anterior. Importa salientar que esta e as quatro sessões seguintes ocorreram no período em que o Luís estava numa enfermaria, sendo levado ao serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO apenas para a sessão de musicoterapia. Nesta fase, não frequentava mais nenhum grupo e os seus dias eram passados num quarto, acompanhado por duas utentes – com as quais o Luís não se sentia à vontade para socializar -, sendo uma televisão o único estímulo. A falta de um ambiente estimulante e de relações significativas durante este período pode ter levado o Luís a sentir mais necessidade de comunicar e, por isso, tomar iniciativa. Neste período, a escrita de canções passou a ser o maior interesse do Luís, levando esta prática para fora do contexto de sessão. Finalizou a escrita da sua primeira canção “*Na paz*” (anexo G), trazendo para a sessão o que tinha sido escrito neste contexto, com uma estrofe acrescentada, escrita na enfermaria. O conteúdo dessa estrofe era referente ao que sentia como necessário para ser feliz, referindo-se aos utentes do internamento como “*amigos*”, dos quais “*precisava*”, pois dessa forma “*Os dias passavam rápido / Eu quase nem chorava*”. Esta estrofe expressava claramente a tristeza e o sentido de isolamento do Luís por estar na enfermaria, longe dos utentes com quem já tinha conseguido estabelecer relações prazerosas, que tanto esforço relacional lhe custaram.

Aqui já se começava a denotar o aumento da expressão emocional e a diminuição do isolamento social, através da vontade de se querer relacionar com os pares.

Ainda durante o período em que estive na enfermaria, o Luís escreveu outra canção “*Simples*” (anexo H), trazendo-a para a sessão (9ª sessão) e solicitando a colaboração da estagiária para musicar a sua letra. Já tinha ideias da melodia que pretendia, pelo que a estagiária apenas necessitou de lhe dar uma base harmónica que suportasse a sua melodia.

Nesta canção, por solicitação do Luís, a estagiária cantava em alguns momentos com ele. Inicialmente, a estagiária harmonizava no refrão, e o Luís conseguia manter a primeira voz. Posteriormente, o Luís deixou de conseguir manter a primeira voz, indo ao encontro da tonalidade da voz da estagiária sempre que esta tentava harmonizar, passando a cantar em uníssono e tornando a 2ª voz que a estagiária fazia na voz “principal”. Assim, no decorrer do fortalecimento da relação terapêutica, este acontecimento pode remeter para o facto de ter ocorrido um movimento de aproximação emocional, o qual permitiu ao Luís sentir maior conforto em entregar-se à expressão vocal, num carácter de exposição e de contacto mais próximo com o outro.

Após a 10ª sessão, o Luís voltou a ser transferido para o internamento psiquiátrico de agudos, por apresentar um agravamento do seu estado clínico, caracterizado por vómitos, náuseas e atividade psicótica. Já não apresentava crítica para o seu estado de saúde e o seu conteúdo verbal era distanciada da realidade. Este quadro permaneceu durante cerca de duas semanas. O Luís não quis participar nos grupos terapêuticos e apresentava-se fisicamente muito agitado (a correr ou a jogar à bola pelos corredores do internamento, sempre acompanhado por outro utente). As sessões

mantiveram-se, à exceção de uma semana em que o Luís não quis ter sessão porque, segundo ele, estava ocupado a jogar à bola.

Durante o período de maior instabilidade, nas sessões focava o seu interesse essencialmente em improvisar vocalmente e treinar as músicas escritas por si, com o intuito de as melhorar. O Luís estava a ser submetido a uma avaliação intensiva para ajuste da terapêutica farmacológica. Com a alteração da mesma, os conteúdos delirantes foram desaparecendo e o Luís foi retornando à realidade. Nas sessões, retomou a sua participação mais ativa, com iniciativa; o discurso voltou a ter nexos e deixou de manifestar pensamento psicótico; o seu canto voltou a ser mais afinado; voltou a demonstrar maior noção rítmica; deixou de se perder nas estrofes das músicas; começou a cantar com mais intensidade, apresentando uma postura mais confiante; a sua expressão emocional voltou a ter lugar nas sessões e a sua comunicação não verbal e verbal aumentou, incluindo o contacto ocular com a estagiária.

Na 15ª sessão, o Luís manifestou interesse em poder apresentar a sua primeira música, por referir ser a melhor, aos outros utentes que frequentam o grupo de musicoterapia do internamento. Esta vontade do Luís demonstrou maior confiança em si mesmo e nas suas capacidades, revelando melhorias na sua autoestima.

Aquando da apresentação da sua música no grupo de musicoterapia, o Luís cantou com uma intensidade vocal mais forte comparativamente com as suas habituais participações no grupo; manteve uma postura mais ereta, mas descontraída, e cantou a sua música, do início ao fim, dentro da tonalidade, respeitando a métrica e com variações de intensidade consoante as realizadas pela guitarra, que a estagiária tocou. Quando terminou, todos os colegas o aplaudiram e elogiaram, fazendo-lhe críticas muito positivas relativas à sua prestação e à sua evolução. Após tomarem conhecimento

de que a letra tinha sido escrita pelo Luís, alguns deles verbalizaram que se identificaram muito com as suas palavras, por sentirem o mesmo. O Luís agradeceu-lhes, expressando emocionalmente por palavras e expressões faciais o que estava a sentir. Nesse momento, o Luís evidenciou uma melhoria efetiva das suas competências comunicativas e relacionais e revelou-se capaz de se expressar emocionalmente, demonstrando evoluções significativas no seu processo terapêutico.

Na sessão individual seguinte, uma hora depois deste episódio, o Luís sentiu necessidade de processar verbalmente o momento da sua apresentação e das críticas dos colegas e conseguiu identificar os sentimentos e emoções que lhe despertara. Nessa mesma sessão verbalizou vontade em escrever mais uma música. O processo terapêutico estava a terminar, faltando previsivelmente três sessões para o fim, e iniciar um novo projeto que poderia não ter tempo de ser acabado poderia não ser benéfico para o Luís. Isto foi-lhe transmitido pela estagiária, mas ainda assim, o Luís referiu que gostava de o fazer em sessão e que se não terminasse nesse contexto, continuaria depois sozinho, revelando que, ao longo do processo terapêutico, foi adquirindo confiança em si e nas suas capacidades e foi realizando um movimento interno que lhe permitia levar consigo as conquistas realizadas nas sessões, que assumiria posteriormente sozinho. A estagiária pensou que a escrita de uma nova canção poderia ser a forma de terminar o processo, transformando o desejo do Luís num projeto que simbolizaria o fim da relação terapêutica.

A canção foi acabada (anexo K) e, no total, o Luís escreveu três canções ao longo do processo terapêutico, tendo duas delas surgido de improvisações e a outra de forma completamente espontânea, escrita fora da sessão, no período em que o Luís se encontrava com o quadro clínico mais agravado.

O Luís ficou com todas as letras das suas músicas e com gravações áudio numa *drive*, para que possa ficar para sempre com elas.

Discussão dos Resultados e Conclusão

Durante o processo terapêutico o Luís melhorou significativamente a sua relação com os pares e com os outros técnicos, verificando-se um aumento na sua iniciativa comunicativa e melhoria na qualidade das interações. O seu pensamento passou a ser mais estruturado e passou a ter uma postura que transmitia disponibilidade para a relação com o outro e a música era, muitas vezes, o tema central das suas conversações. O Luís passou a conseguir expressar-se emocionalmente e a acolher também as emoções dos seus parceiros comunicativos, algo que era bastante notório na sua participação nas sessões individuais e nos grupos terapêuticos.

Numa fase inicial, o Luís mantinha uma postura prostrada, um contacto muito reservado, cantava com fraca intensidade e as suas palavras eram pouco perceptíveis. A comunicação não verbal e verbal era fraca, embora fosse verbalizando as suas escolhas e interesses em resposta às iniciativas da estagiária. Improvisava de forma mais falada (estilo *rap*), com pouco conteúdo lexical e muito repetitivo. Verificava-se um grande embotamento afetivo, ou seja, a expressão emocional era praticamente inexistente.

A primeira técnica utilizada foi a improvisação, tanto vocal como instrumental, para explorar os instrumentos musicais (guitarra e instrumentos de percussão) e a voz. Através da improvisação, o Luís conseguiu expressar as suas preocupações, agradecimentos, desabafos e os seus sentimentos, pois esta técnica permitiu-lhe focar-se no “aqui e agora” (Wheeler et al., 2005).

Inicialmente, o Luís foi demonstrando preferência pela improvisação vocal, sendo de realçar que foi através da utilização dessa técnica que surgiu o interesse e

motivação do Luís para a escrita de canções. Durante as primeiras improvisações foram surgindo temas e o utente acabou por repetir diversas vezes parte da letra, servindo como uma espécie de refrão que dividia os diversos momentos da sua improvisação. A partir daí, mostrou-se interessado em escrever canções, o que fez de forma livre.

A escrita de canções estimulou não só a possibilidade de o Luís trabalhar as suas capacidades criativas, como também de poder expressar-se através das letras que escreveu. Esta técnica mostrou-se eficaz na promoção de sentimentos de autoeficácia, sendo que, à medida que ia escrevendo as suas canções, o Luís se evidenciava cada vez mais confiante nas suas competências, orgulhoso do seu trabalho e, conseqüentemente, com maior autoestima (Wigram & Baker, 2005). O utente foi também demonstrando possuir sentimentos de pertença ao grupo, como fruto da utilização desta técnica (Wigram & Baker, 2005).

Constatou-se ainda que a escrita de canções foi eficaz na promoção do *insight* e desempenhou um papel de suporte emocional, espiritual e psicológico, além de dar voz e estrutura aos pensamentos e sentimentos do Luís (Wigram & Baker, 2005).

Além da escrita da letra, o Luís também criou a melodia de uma das suas músicas, o que lhe permitiu ter a oportunidade de canalizar sentimentos e emoções no plano não-verbal (Wheeler et al., 2005).

O Luís aceitou a experiência musical e desenvolveu-se através dela. Com base no diálogo e no fazer musical, estabeleceu-se uma relação terapêutica de apoio, de facilitação e de escuta, em que a música foi veículo de comunicação, não verbal e verbal.

Começou a expressar os seus sentimentos e emoções, primeiramente através da música e, posteriormente, no plano verbal, quer em contexto de sessão individual, quer

em contexto de grupo. O conteúdo das suas improvisações foi cada vez mais diversificado e profundo, trazendo questões relacionadas com a família, com a infância, com o “aqui e agora” e até com projeções no futuro.

Verificaram-se melhorias na postura, na comunicação não verbal e verbal, na diversidade dos conteúdos e no aumento da inteligibilidade do discurso (maior precisão da articulação). Passou a existir maior capacidade de exploração vocal, de manutenção da afinação e mais intensidade vocal. Embora contasse com o suporte da relação terapêutica, o Luís assumiu a autoria, o que nos indica que existiram também melhorias significativas na sua autoestima, revelando-se agora consciente do seu eu e das suas capacidades.

Paralelamente a tudo isto, o Luís mostrou sinais de um progresso no plano psicossocial também fora do contexto de sessão, nomeadamente na relação com os pares e na sua participação nos grupos terapêuticos. As canções escritas pelo utente podem ser partilhadas com quem o mesmo achar que será benéfico (Wigram & Baker, 2005) e o facto de o Luís escolher fazê-lo no grupo de musicoterapia revelou-se terapêutico não apenas para si, mas também para os restantes utentes, pois identificaram-se com as letras escritas e sentiram necessidade de se expressar emocionalmente, fazendo-o de forma não verbal e verbal.

Estudo de Caso 2

Em seguida será explanado o segundo estudo de caso, referente à utente Iva, uma jovem que se encontrava no internamento de adultos.

Identificação e Historial Clínico

A Iva é uma utente de 22 anos, do sexo feminino. Realizou um percurso escolar com adaptações e terminou o 10º ano através de um curso profissional de vendas.

Antes do último internamento residia com o seu pai, no concelho do Seixal, ficando ao cuidado da avó durante o dia, enquanto o pai trabalhava. Tem um irmão de 29 anos com antecedentes de perturbação da ansiedade; o pai apresenta antecedentes de perturbação da adaptação com sintomatologia ansiosa e a mãe tem perturbação depressiva recorrente. Existe histórico de suicídios na família paterna e de perturbações de uso de substâncias.

Os seus pais divorciaram-se quando tinha 2 anos de idade. A Iva ficou a viver com a mãe, o companheiro da mãe e os dois filhos do companheiro. Aos 11 anos, por violência conjugal grave, à qual a Iva assistiu, a mãe separou-se do companheiro. Durante esse período, a Iva foi vivenciando, alegadamente, diversos eventos traumáticos, nomeadamente uma violação pelo filho do padrasto, *bullying* por parte da filha do padrasto, maus-tratos pela mãe e assistiu à mãe a ser ameaçada pelo padrasto com uma arma de fogo.

O caso foi sinalizado à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e ponderou-se a institucionalização, mas a Iva acabou por ir viver com o pai, no Seixal. Dois anos depois, voltou a residir com a mãe e, passados 5 meses, retornou a viver com o pai devido ao facto de a mãe apresentar um episódio depressivo major e não se sentir capaz de cuidar da Iva. Aos 16 anos foi institucionalizada e permaneceu na instituição até 2022, tendo à data 21 anos. Voltou então a residir com o pai até ser internada no serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO.

De acordo com os registos clínicos, sempre foi uma bebé irritável, pouco disponível para estar em relação e com pouca referência aos pais. Foi seguida em consulta de desenvolvimento, tendo sido diagnosticada com PHDA e, posteriormente, em Pedopsiquiatria, especialidade na qual se corroborou a PHDA e foi diagnosticada

com PEA. Aos 13 anos, após avaliação cognitiva, confirmou-se que a Iva reunia os critérios de uma Perturbação de Desenvolvimento Intelectual. Foi também aos 13 anos que iniciou comportamentos autolesivos.

Num período de 6 anos, a Iva teve 13 internamentos em Pedopsiquiatria por comportamentos autolesivos de carácter impulsivo e tentativas de suicídio, tendo sido diagnosticada com Perturbação de Stress Pós-Traumático. Após os 18 anos, quando passou a ser seguida em consulta de Psiquiatria, constatou-se que a Iva apresentava sintomatologia compatível com o diagnóstico de Perturbação de Personalidade Borderline grave.

Aos 21 anos, saiu da instituição e foi residir com o pai, passando a ser acompanhada no HGO. Devido a comportamentos autolesivos teve um internamento de um mês e, dois meses depois, pelos mesmos comportamentos e também por ideação suicida, regressou ao internamento de agudos do serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO, onde se manteve durante a intervenção.

Durante este último internamento, a Iva estava a frequentar todos os grupos terapêuticos do serviço e, ao ter contacto com a estagiária no grupo de musicoterapia, solicitou sessões individuais de musicoterapia, manifestando desejo por aprender a tocar guitarra.

Avaliação Inicial

Inicialmente, foi priorizado o estabelecimento da relação terapêutica e o envolvimento da Iva na terapia. Após 3 sessões, foi realizada uma entrevista semiestruturada com o intuito de recolher os dados anamnésicos e a história sonora-musical da Iva.

Através da recolha de dados anamnésicos foi possível tomar conhecimento da história de vida da Iva, relatada pela própria e pautada por diversos eventos de vida traumáticos. Apurou-se que a ideação suicida parecia não estar tão presente, contudo, os comportamentos autolesivos continuavam a ser tema central do discurso da Iva, por se sentir insatisfeita com a sua vida. Foi aplicado o Inventário de depressão de *Beck*, no qual obteve uma pontuação de 20/63, o que indica que apresenta uma depressão moderada a severa.

Foi extremamente difícil recolher dados relativos à identidade sonoro-musical da Iva através da aplicação do instrumento próprio para o efeito, uma vez que ela trazia sempre muitos temas para as sessões, com um discurso disperso e sem respostas conclusivas às perguntas da estagiária. Do que foi possível recolher ao longo das sessões, sabe-se que a Iva gosta muito de música de diversos estilos, não tendo um estilo, cantor ou banda favoritos. Teve aulas de bateria e demonstrava interesse em aprender a tocar guitarra, por gostar do som. Não foi capaz de identificar músicas que gostava ou que não gostava por “gostar de muitas”, segundo referiu.

Durante as sessões de avaliação, a Iva demonstrou ser uma jovem impulsiva, com baixa tolerância à frustração. Evidenciou não compreender os limites da relação terapêutica e da sessão. Trazia constantemente para a sessão temas relativos a diversas pessoas do seu contexto, mostrando que queria apenas partilhar as situações que tinham ocorrido com essas pessoas, revelando muito pouco *insight* em relação ao seu comportamento e às suas emoções. Apresentava também uma necessidade emergente de se colocar em papéis de outras pessoas a fim de se aproximar delas e também uma tendência para se ver como vítima nas suas experiências relacionais. Revelou

dificuldade em aceitar atividades propostas e em levar uma atividade até ao fim, mesmo que fosse proposta por si.

Relativamente às capacidades musicais da Iva, destacou-se a dificuldade em manter a pulsação e a afinação ao cantar. A descoordenação motora e a lentificação dos seus movimentos foram identificadas desde o início do acompanhamento como uma barreira à aprendizagem de um instrumento, mas como era desejo da Iva aprender a tocar guitarra, considerou-se pertinente permitir-lhe essa experiência.

Face a esta avaliação inicial, destacaram-se como problemas a dificuldade em compreender e respeitar os limites das relações e da própria sessão, a dificuldade em se expressar e a impulsividade extrema.

Plano de Intervenção

Com base nas competências, limitações e necessidades da Iva, foram estabelecidos os seguintes objetivos terapêuticos para a intervenção:

Tabela 5 - Plano de Intervenção da Iva

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Compreender e respeitar limites	Respeitar o tempo de sessão
	Compreender os limites da relação terapêutica
	Aumentar a consciência de si
Melhorar a capacidade de autoexpressão	Expressar emoções relativas a acontecimentos passados não processados
	Cantar de acordo com as emoções
	Aceitar atividades propostas
Diminuir a impulsividade	Terminar as atividades
	Transportar temas/canções entre sessões

Processo Terapêutico

O acompanhamento individual em musicoterapia da Iva teve início a 3 de novembro de 2023 e terminou a 25 de junho de 2024 sendo que teve, no total 22 sessões individuais, cuja duração variou entre 30 minutos e 1 hora.

Durante este período, a Iva continuou a frequentar os grupos terapêuticos do internamento, incluindo o grupo de musicoterapia onde a estagiária também estava presente, pelo que já existia uma relação terapêutica criada nesse contexto.

Inicialmente, a Iva evidenciou interesse em ter sessões individuais de musicoterapia por desejar aprender a tocar guitarra. Não obstante, o seu pedido de acompanhamento individual parece ter sido motivado essencialmente pela necessidade de atenção individualizada por parte da equipa.

A Iva apresentava, na maioria das vezes, muita sonolência, com acentuada hipotonia muscular, a cabeça anteriorizada e com desvio para a direita e frequente escape anterior de saliva. O seu discurso era caracterizado por pouca precisão na articulação das palavras, o que condicionava a inteligibilidade. Todo este quadro pode ser justificado pela terapêutica farmacológica. Por vezes, quase adormecia nas sessões, mesmo no meio de atividades dinâmicas, o que levava ao término precoce das mesmas.

No início da intervenção, a utente chegava às sessões sempre com muita necessidade de relatar acontecimentos ocorridos no internamento, algumas vezes relativos a si, porém, na maioria das vezes, sobre outras pessoas.

Na primeira sessão, decidiu partilhar que tinha tentado fugir do hospital, reconhecendo que não devia ter tido aquela atitude, mas sem qualquer capacidade de associar emoções ou sentimentos ao que a levou a tomar tal atitude e a como se sentiu depois.

Como a Iva queria muito aprender a tocar guitarra, foi iniciada a exploração do instrumento, e procurou-se o fortalecimento da relação terapêutica através desta prática. Devido ao tónus baixo, à falta de força, de coordenação motora e à lentificação dos movimentos, a Iva foi percebendo que tocar guitarra seria muito difícil para si. Apesar de ter memorizado algumas posições de acordes e de até revelar alguma persistência na aprendizagem, acabou por se ir evidenciando cada vez menos interessada na guitarra verbalizando que talvez a guitarra não fosse o melhor instrumento para si. Não obstante, justificava sempre a sua dificuldade pelo tamanho das suas mãos ser reduzido e, por isso, ser difícil fazer os acordes.

Além da exploração da guitarra, a Iva também queria muito cantar e melhorar a sua performance, pois sempre quis ocupar um papel de destaque nas apresentações do grupo de musicoterapia e, para si, cantar “bem” era importante. Revelava uma ligeira consciência relativa a aspetos relacionados com a afinação, verbalizando, por vezes, que estava a desafinar em momentos em que efetivamente tal se verificava, mas, no que toca à sua dificuldade em manter a pulsação, não revelava qualquer crítica, encontrando-se geralmente a cantar num ritmo abaixo do definido pela guitarra. O facto de a Iva demonstrar alguma consciência relativa à sua competência de afinação evidencia que, por vezes, já se escuta e reflete sobre isso, tendo competências musicais que a permitem chegar a esta conclusão. Por outro lado, a Iva tem, naturalmente, um tempo próprio e não está ainda disponível para se ajustar ao tempo que lhe é imposto e acompanhá-lo.

Na primeira sessão, a Iva pediu para a estagiária tocar na guitarra o *Homem do Leme* para cantar e, quando estava a cantar, pediu à estagiária que cantasse com ela, demonstrando disponibilidade para estar em relação. A estagiária cantou o refrão, harmonizando com a voz principal. A Iva não demonstrou reação à voz diferenciada da

estagiária, o que pode significar que apesar de permitir-se esta na relação, não estava pronta ainda para se entregar à mesma no plano musical. Denotavam-se muitas questões de afinação e dificuldade em acompanhar o tempo da música. A Iva evidenciava boas capacidade de memória, tendo muito repertório musical, o que poderia ser uma mais-valia no processo terapêutico.

Durante uma primeira fase da intervenção, as sessões acabaram por ter uma estrutura dividida em três momentos, nomeadamente, um primeiro em que a Iva relatava acontecimentos que, geralmente, eram sobre outras pessoas, mas ela acabava por se relacionar com eles de alguma forma; um segundo em que explorava e tentava aprender guitarra e um terceiro em que escolhia músicas e as cantava. Quando era hora de terminar, a Iva iniciava um novo tópico ou encontrava uma outra forma de prolongar a sessão, não respeitando os limites da mesma. Foi fundamental começar por impor à Iva os limites temporais da sessão para que, simbolicamente, conseguisse começar a ganhar compreensão relativa aos limites das relações interpessoais, que não possuía até então.

A necessidade de verbalizar temas da vida de outras pessoas era preponderante e, muitas vezes, a Iva criava histórias para se relacionar com os mesmos e se colocar no papel de “vítima”, demonstrando ter necessidade de sempre o foco nas situações.

Inicialmente, a Iva não se demonstrava interessada em improvisar, quer fosse num instrumento ou vocalmente. Foi-lhe proposto que improvisasse na voz, sem palavras, só em *humming*, enquanto a estagiária tocava na guitarra, porém, a necessidade de verbalizar era tão intensa, que começou de imediato a recorrer a palavras. A sua primeira improvisação foi em março e foi sobre a sua vida. Evocava acontecimentos, cantava relativamente pouco sobre eles e, sem encerrar os temas, passava para outro novo, demonstrando um pensamento desorganizado e sem estrutura.

Foi necessário a estagiária orientar, musicalmente, o término da atividade, pois a Iva, pela sua impulsividade e falta de limites, não conseguia terminar. A partir deste dia, a improvisação passou a ser uma técnica utilizada de forma mais recorrente e efetiva nas sessões.

Geralmente, a Iva trazia um tema completamente diferente para cada sessão. Por vezes, fazia uma improvisação vocal sobre ele, enquanto a estagiária dava suporte na guitarra. Com o decorrer das improvisações, a Iva começou a abrir um espaço musical que permitia a participação da estagiária, evidenciando disponibilidade para a relação e para a escuta da mesma. Começou a não preencher todo o tempo da música com as suas palavras incitando, de forma não verbal, a participação da estagiária, no sentido de lhe devolver algumas questões que evocava. A partir do momento em que a Iva passou a abrir este espaço e a evidenciar disponibilidade para escutar, a estagiária fazia algumas devoluções na música, livres de julgamento ou de ilações, apenas demonstrando que ouviu e compreendeu o que tinha sido partilhado e o tema passava a ser, para a Iva, um assunto resolvido e encerrado. Nesta fase, além de se evidenciar uma evolução significativa na relação terapêutica, caracterizada pela escuta ativa e reflexão, denotou-se maior estruturação do pensamento da Iva, passando a ser capaz de pensar sobre os assuntos, com crítica e resolvê-los.

Inicialmente, as sessões pareciam não ter qualquer fio condutor quer em termos dos temas que a Iva trazia, quer em termos de projetos musicais”, pela desorganização e destruturação do pensamento. À medida que a Iva foi “encerrando” estes temas, alguns que remetiam para a sua infância, passou também a não evidenciar necessidade constante de trocar de música que queria cantar, revelando conseguir refletir primeiramente e só depois fazer uma escolha ponderada. Começou a demonstrar

interesse em contruir projetos, com objetivos, e que transportava de umas sessões para as outras e para fora do contexto de sessão. Ao envolver-se na experiência musical e resolver temas que a deixavam inquieta, passou a querer treinar músicas para apresentar no grupo terapêutico. A sua participação deixou de ser caracterizada pela sua impulsividade, que a levava a escolher uma música para a apresentação e, quando chegava o momento, já tinha mudado a sua escolha, passando a ser uma participação refletida e preparada. Do ponto de vista clínico, isto pode traduzir-se numa melhor estruturação do pensamento e capacidade de reflexão o que, conseqüentemente, levou a Iva a diminuir os seus comportamentos impulsivos.

Com o decorrer da intervenção, a Iva deixou de trazer temas de terceiros para as sessões, começando a utilizar a sessão para a sua autoexpressão. Foi começando a evidenciar consciência de si, das suas necessidades e das suas capacidades. Depois de muitos convites à reflexão relativamente às emoções após a improvisação, a Iva começou a conseguir associar emoções básicas como “feliz”, “triste”, “irritada”, “chateada”, “entediada” e “amedrontada” às suas produções musicais. Expressar-se emocionalmente através da música e dar-lhe significado verbal fez com que, também relativamente às situações do seu quotidiano, a Iva começasse a conseguir identificar e controlar as suas emoções, o que se verificou na diminuição de comportamentos disruptivos e autolesivos.

Foi-lhe proposto depois que pudesse cantar de acordo com as suas emoções, porém, a Iva demonstrava muita dificuldade em fazê-lo, tendo sempre necessidade de recorrer à palavra oral e acabando sempre a improvisar sobre um acontecimento da sua vida, não se demonstrando ainda capaz de refletir sobre como se sentia naquele momento e cantar face a isso.

A utente apresentou, desde o início, uma impulsividade extrema face a tudo e a todos. Esta impulsividade, por vezes, impedia-a de realizar as tarefas propostas ou as escolhidas por si até ao fim. Assim, com o passar do tempo de intervenção individual, com a intervenção em grupo e a evolução da relação terapêutica, a Iva começou a aceitar atividades propostas pela estagiária, a tomar iniciativa e a cantar até ao fim as canções que escolhia e tanto adorava.

Discussão dos Resultados e Conclusão

Durante o processo terapêutico, a Iva revelou-se uma jovem insegura e com receio de ser abandonada, mas, a pouco e pouco, foi-se entregando à relação terapêutica e confiando na estagiária. Em simultâneo, começou a demonstrar alguma capacidade de reflexão, como resultado de uma estruturação do pensamento, maior capacidade de expressão emocional e menor impulsividade. De forma morosa e pouco constante, foi adquirindo alguma consciência dos limites da sessão que, simbolicamente, representavam também alguns dos limites da relação.

Inicialmente, a Iva apresentava-se pouco ativa e com muita sonolência. A sua postura era prostrada e o seu discurso pouco inteligível. Em sessão, revelava como maior necessidade partilhar acontecimentos ocorridos no internamento, que, geralmente, eram acerca de outras pessoas. Com o decorrer da intervenção, deixou de trazer para as sessões assuntos de terceiros e passou a trazer temas que a envolviam, que eram, no fundo, idealizações, por vezes afastadas da realidade, relativas ao seu passado, presente e/ou futuro, por exemplo, falar acerca de um suposto filho que teve quando ainda era menor; desejar casar com outro utente do internamento; querer ir ao *the voice*; refletir sobre possíveis respostas sociais a considerar após ter alta do internamento.

Além da prática de instrumento, a primeira técnica utilizada foi a recriação musical, através da qual a Iva cantava e a estagiária tocava músicas pré-compostas escolhidas pela utente (Wheeler et al., 2005). Esta técnica ofereceu à Iva a possibilidade de se expressar genuinamente num ambiente musical estruturado, receber *feedback* da estagiária e poder trabalhar o sentimento de competência na execução da tarefa. Através dela, a Iva começou a ganhar autoconfiança e sentimento de pertença (Wheeler et al., 2005). Sendo uma atividade estruturada, com princípio e fim, auxiliou também a Iva a começar a compreender os limites e a executar a atividade do início ao fim. Através da recriação musical, foi possível propor músicas à Iva, dentro do que era o seu repertório, possibilitando-lhe aceitar atividades propostas. O facto de poder fazê-lo de acordo com os seus interesses e poder funcionar como uma preparação para as apresentações nas sessões de grupo, além de ser um fator motivacional, fizeram com que conseguisse transportar as canções entre sessões e para fora do contexto de sessão individual. Receber *feedback* dos outros utentes do grupo que acompanharam a sua evolução foi importante para a Iva na medida em que a auxiliou a tomar mais consciência de si, das suas capacidades, do seu potencial de desenvolvimento e da sua evolução.

Através da improvisação, a Iva sentiu-se mais envolvida na relação terapêutica, sentindo-a como uma relação segura, de suporte. Por ter a possibilidade de expressar ideias de diversos tipos através da improvisação, que é uma forma segura, na qual existe uma base rítmica e uma estrutura organizada inerentes à música, passou a sentir-se apoiada e assistida ao partilhar situações que, para si, representavam crises e passar a focar-se no presente (Wheeler et al., 2005).

Ao entregar-se à experiência musical, aumentou a consciência de si e passou a conseguir expressar-se. Os assuntos do passado que tanto trazia, mas que ficavam

sempre “em aberto”, começaram, a pouco e pouco, a ser encerrados, à medida que começava a conseguir partilhar de forma não verbal as emoções associadas a eles (Wheeler et al., 2005).

À medida que a relação terapêutica se estabeleceu e desenvolveu, a Iva passou a evidenciar ter uma escuta mais ativa e estar, verdadeiramente, em relação. Inicialmente, quando cantavam em conjunto, a estagiária harmonizava e a Iva mantinha a tonalidade, o que parecia tratar-se de competências musicais. Porém, com o passar do tempo e a evolução da relação, a Iva deixou de conseguir manter a voz base quando a estagiária harmonizava, procurando sempre ir ao seu encontro. Isto evidencia uma melhoria significativa das capacidades relacionais, passando a conseguir escutar o outro e tentar estar com ele.

Ao longo do tempo, com a ativação muscular obtida através de tocar em instrumentos, cantar e adequar a postura corporal, a Iva demonstrou-se menos hipotónica, o que se traduziu em movimentos articulatorios mais precisos e, conseqüentemente, maior inteligibilidade do discurso.

A nível musical, evoluiu consideravelmente na afinação e, apesar de ainda apresentar um ritmo mais lentificado, que a caracteriza, já consegue acompanhar a pulsação de uma música com mais facilidade, porém, só quando alguém canta consigo.

A Iva passou a respeitar os limites da sessão. Demonstrou compreender os limites da relação, contudo, por vezes continuava a tentar extrapolá-los. Em simultâneo, a sua relação com os outros utentes do internamento foi começando a ser menos conflituosa, começou a demonstrar escutar os outros e empatizar com os seus sentimentos, dedicando músicas específicas a determinados utentes no grupo terapêutico.

Também se denotou um decréscimo das histórias que a Iva criava e que tinha necessidade de fomentar no internamento, com o intuito de levantar preocupações e, por vezes, de incitar conflitos.

A música teve um papel reparador na vida da Iva, na medida em que lhe permitiu resolver assuntos do seu passado, focar-se no presente e começar a projetar-se no futuro, através da melhoria da autoexpressão, da diminuição da sua impulsividade e da compreensão dos limites das relações.

É possível concluir que a musicoterapia, em complementaridade com as restantes terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, auxiliou no desenvolvimento pessoal e social e na regulação emocional de uma utente com perturbação da personalidade borderline.

Outras Intervenções Clínicas

Este capítulo pretende retratar uma descrição breve das restantes intervenções individuais realizadas durante o estágio e a intervenção de grupo.

Intervenções Individuais

Em seguida, apresentam-se todos os casos acompanhados em contexto individual pela estagiária, à exceção dos dois anteriormente apresentados no capítulo de estudos de caso.

Hélia

A Hélia tinha 63 anos de idade e era reformada. Vivia com o seu companheiro e passava os seus dias em casa, isolada, principalmente após a pandemia. Comunicava pouco, não se levantava, recusava cuidados básicos de higiene e contactar com familiares, chegando a ser agressiva.

A Hélia apresentava diagnóstico de Perturbação Bipolar Tipo I em comorbilidade com uma Perturbação Neurocognitiva Major. Tem histórico de internamentos há, pelo menos, 11 anos, sendo que o atual ocorreu em junho de 2022. Foi submetida a uma avaliação intensiva para ajuste de terapêutica e realizou Terapia Electroconvulsiva, porém, o seu estado clínico parecia não evoluir. Por ser uma utente que se isolava e não frequentava nenhum dos grupos do internamento, a equipa considerou que o acompanhamento individual em Musicoterapia poderia ser benéfico.

O acompanhamento ocorreu durante 3 meses, tendo um total de 7 sessões.

Numa primeira fase, procurou estabelecer-se uma relação terapêutica, recolher dados relativamente à história sonoro-musical e compreender o perfil desta utente. Tratava-se de uma mulher muito deprimida, solitária e sem vontade de viver. Não tinha iniciativa comunicativa, respondia maioritariamente com “*não sei, não me lembro*” a

qualquer questão e, espontaneamente, apenas verbalizava que queria morrer. Posto isto, não foram aplicadas escalas nem recolhida a história sonoro-musical inicialmente.

Procurou-se que a Hélia sentisse o momento da sessão como prazeroso e foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: gerar uma identidade musical em contexto de sessão; ganhar autoria em contexto de sessão; melhorar a expressão emocional e diminuir o humor depressivo.

Nas primeiras sessões, a Hélia demonstrava-se resistente a ir para o gabinete de sessão e mantinha uma postura mais passiva, de escuta. No decorrer do acompanhamento, começou a cantar com a estagiária; passou a conseguir aceder e a evocar memórias musicais antigas; começou a demonstrar interesses e a ter ideias; passou a falar sobre o seu contexto familiar prévio ao internamento, a partilhar situações, preocupações e as suas emoções. Começou a questionar a estagiária se era dia de sessão sempre que a via no internamento. A Hélia diminuiu o humor depressivo e começou a participar nos diversos grupos terapêuticos e a estabelecer relações com os outros utentes. Verificou-se uma melhoria no equilíbrio e coordenação da marcha e a diminuição de movimentos involuntários orais.

Por se encontrar com um estado de saúde bastante melhorado, a Hélia foi transferida para o Hospital de Monsanto, pelo que o processo terapêutico foi encerrado.

Nelson

O Nelson tinha 44 anos, era solteiro e tinha frequentado a licenciatura em gestão, que não terminou. Encontrava-se desempregado à data do acompanhamento e, por isso, foi residir com os seus pais, o que o levou a ter de deixar de conviver diariamente com os seus amigos por estarem longe. Ocupava os seus dias com passeios pela praia, procura de emprego e a jogar poker online, que definia como sendo “o seu vício”.

O Nelson era acompanhado em Psiquiatria desde 2013 e tinha diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo I, caracterizada por episódios maníacos, alguns com sintomatologia psicótica. Foi encaminhado para consulta de Musicoterapia porque não aderiu a terapias verbais, tinha queixas de inatividade e gostava de música.

A intervenção terapêutica do Nelson ocorreu durante 7 meses, com frequência quinzenal por ir ao encontro da sua disponibilidade. No total, teve 12 sessões, faltando com frequência a uma das sessões do mês. O Nelson sempre se revelou com crítica para a doença e com motivação para a terapia, apesar da assiduidade irregular.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada ao Nelson, a fim de obter dados anamnésicos e a história sonoro-musical, foi aplicada a escala WHOQOL-BREF (percepção da qualidade de vida 3/5; satisfação com a saúde 4/5; 81/100 no domínio físico e 69/100 nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente) e foi preenchida uma grelha de observação de aspetos comunicacionais, cognitivos, motores, musicais e afetivos/emocionais. Com base na observação e nos resultados da avaliação definiram-se os seguintes objetivos terapêuticos: aceitar diversos contextos e experiências; criar interesse e motivação para desempenhar atividades novas; melhorar a capacidade de se relacionar com pessoas fora do seu círculo social.

No início do acompanhamento, o Nelson referia que ocupava o seu tempo maioritariamente a jogar poker on-line. Em sessão, apresentava um discurso verborreico, tensão latente e resistência em realizar as tarefas propostas relacionadas com a experiência musical. No decorrer do acompanhamento passou a aceitar desafios novos, como interpretar canções do seu interesse e improvisar em instrumentos e com a voz. Demonstrou interesse em aprender a tocar guitarra e evidenciou facilidade na memorização de acordes e na execução de ritmos. Passou a respeitar o andamento da

música, melhorou a afinação e passou a trazer ideias para a sessão de outras músicas para ouvir e cantar. Aceitar novos desafios e criar relações extrapolou para fora do contexto terapêutico e o Nelson passou a ir ao ginásio com o irmão, a participar em convívios com amigos e teve uma entrevista de emprego. Começou a projetar-se no futuro, verbalizando ter interesse em concluir a sua licenciatura. No fim do processo terapêutico, o Nelson partilhou que, acima de tudo, estar na musicoterapia tinha sido “libertador”.

Carla

Natural de Luana, a Carla era uma utente de 58 anos, que se encontra internada desde maio de 2023. Tinha dois filhos e residia com o companheiro. Possuía licenciatura em educação através da arte e era educadora de infância.

A Carla encontrava-se no sistema desde janeiro de 2013, devido a uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa, tendo repetido o acontecimento em novembro do mesmo ano. Apresentava ansiedade, desmotivação e tristeza. Não ficou internada, contra parecer médico porque mantinha psiquiatria em regime particular. Já tinha antecedentes de seguimento em psiquiatria por síndrome depressivo. Tinha histórico de múltiplos internamentos de curta duração desde 2018, sendo o atual o mais longo. Apresentava um quadro de delírios e alucinações, sem diagnóstico definido e encontrava-se em avaliação intensiva pela Psiquiatria e pela Neurologia.

A Carla nunca frequentou os grupos do internamento e o seu estado clínico sempre foi conturbado, pois não respondia ao tratamento farmacológico nem às demais intervenções não farmacológicas. Mantinha acompanhamento em Terapia Ocupacional e em Fisioterapia. A equipa considerou benéfico o acompanhamento individual em Musicoterapia. Após conhecimento do seu histórico clínico e da observação da utente,

definiram-se como objetivos terapêuticos reduzir o sofrimento emocional e aumentar a interação social.

A intervenção da Carla ocorreu entre janeiro e junho, com frequência semanal. No total, ocorreram 25 sessões. Devido ao estado clínico, as sessões não tiveram uma duração regular, variando entre 20min e 60min, conforme o estado da utente. O *setting* terapêutico foi o quarto da utente, à exceção de duas sessões em que se encontrava num estado de saúde melhorado e foi possível levá-la para o gabinete de consulta. Na maioria das sessões, a Carla encontrava-se prostrada, muitas vezes sem qualquer tipo de reação face à presença da estagiária e à música. Também ocorreram sessões em que se encontrava a dormir e, por vezes, não foi possível acordá-la de forma alguma.

Após um mês de intervenção, existiu um período do acompanhamento em que a Carla se encontrava melhorada. Foi possível estabelecer uma relação terapêutica, passou a existir resposta verbal, ainda que escassa, e a Carla verbalizou gostar de fado. A estagiária procurou ir ao encontro desse interesse, e a utente referiu gostar de um dos fados que a estagiária cantou, *A Gaivota*. Demonstrou conhecer a música e chegou até a completar, com palavras, parte do refrão. Nessa fase, a Carla reconhecia a estagiária e, no fim das sessões, questionava-lhe se voltaria.

Entretanto, a Carla voltou ao estado inicial, prostrada, sem qualquer resposta, muitas vezes em sono profundo. Ainda assim, a estagiária ficava consigo no tempo da sua sessão a tocar músicas do género musical que sabia que a Carla gostava – fado. Por vezes, denotava-se uma sincronia da respiração com o ritmo da música, mas já não era consistente.

Bernardo

O utente Bernardo tinha 31 anos e era solteiro. Residia com os seus pais e o seu irmão. Realizou um curso de informática e gestão e encontrava-se desempregado.

O Bernardo tinha diagnóstico de Perturbação Bipolar Tipo I e em outubro de 2023, foi internado, pela segunda vez, por cerca de um mês. Durante esse internamento, começou a frequentar os grupos terapêuticos e solicitou sessões individuais para poder tocar guitarra. Teve uma sessão em contexto de internamento e saiu em ambulatório. Foi proposto que mantivesse o acompanhamento e o mesmo iniciou em consulta externa em março, sendo que teve 5 sessões, pois faltou diversas vezes, solicitando remarcação.

Na segunda sessão do Bernardo foi realizada uma entrevista semiestruturada para recolha de dados anamnésicos e da história sonoro-musical. Encontrava-se verborreico, agitado a nível psicomotor e referiu não ter dormido nessa noite, por ter ficado a tocar guitarra. Ansioso para tocar, aceitou improvar, com alguma resistência, contudo, durante a “improvisação”, estava constantemente a evocar músicas da sua autoria ou de outros autores, com necessidade de verbalizar. Os resultados da avaliação inicial remeteram para uma depressão leve a moderada (pontuação de 15/63 no inventário de depressão de *Beck*). Na WHOQOL-BREF, obteve uma pontuação de 4/5 relativamente à sua perceção da qualidade de vida e de 4/5 face à satisfação com a saúde. Face aos 4 domínios da qualidade de vida teve 75/100 no físico; 63/100 no psicológico; 75/100 nas relações sociais e 69/100 no meio ambiente. Foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: respeitar as regras e os limites da sessão; respeitar os limites da relação terapêutica; melhorar a expressão emocional; aceitar experienciar novas vivências.

Inicialmente, o Bernardo tinha muita dificuldade em compreender as regras e os limites da sessão e da relação terapêutica, questionando tudo o que pudesse ser tópico. Revelou ter iniciado a composição de diversas músicas, que nunca terminou, e demonstrou insegurança face à qualidade das suas produções. Não aceitava ideias nem propostas, como improvisar, nem nada que fugisse ao seu controlo e ao até então conhecido por si. A relação terapêutica foi-se estabelecendo, e passou a querer mostrar à estagiária projetos seus e a cantar as músicas que tinha composto. Foi-lhe proposto que tentasse terminar as letras em contexto de sessão, o que aceitou, porém, não conseguiu, verbalizando que só o conseguiria fazer em casa, sozinho, o que demonstrava insegurança. Trazia sempre projetos para mostrar e mais músicas novas em processo de composição, evidenciando ter muitas ideias, mas pouca estrutura para terminar os projetos iniciados. Manifestava atitudes defensivas face à improvisação, mesmo quando esta não lhe era proposta, como por exemplo, trazer para a sessão a guitarra afinada noutra tonalidade para, dessa forma, não poder improvisar conjuntamente com a estagiária. Após a quinta sessão, o Bernardo começou a faltar de forma não justificada. Tentou remarcar-se a consulta 3 vezes diretamente com o utente, sendo que faltou sempre. O processo foi encerrado através de uma chamada telefónica.

Devido ao reduzido número de sessões, não foi possível observar outras melhorias significativas no Bernardo.

Josué

Natural do Brasil, o Josué tinha 29 anos e residia com a sua mãe em Almada, há cerca de 1 ano e meio. Quando chegou a Portugal, trabalhava em construção civil.

No que respeita à história clínica, teve diversos internamentos por surtos psicóticos devido ao consumo de canabinoides. Esteve internado durante 66 dias, por

consequência de um surto psicótico e foi colocada a hipótese diagnóstica de Esquizofrenia. O Josué frequentou os grupos terapêuticos, incluindo o de musicoterapia, que referia ser o seu preferido. Gostava de cantar e sabia tocar guitarra. Aquando da alta do internamento, foi-lhe proposta intervenção individual em musicoterapia em contexto de consulta externa. O Josué aceitou e, na primeira sessão, referiu estar presente “à experiência”, dependendo se iria gostar ou não.

O acompanhamento ocorreu entre março e abril de 2024, tendo tido apenas 3 sessões com frequência quinzenal. Na primeira sessão, foi realizada uma entrevista semiestruturada para recolha de dados anamnésicos e da história sonoro-musical e foi aplicado o inventário de depressão de *Beck*, pois o Josué apresentava um grande embotamento afetivo que não se conseguia perceber se estava associado a sintomas negativos ou a um quadro de depressão. Neste inventário, obteve uma pontuação de 16/63, o que indicou uma depressão leve a moderada. Com base nos resultados da avaliação, no conhecimento prévio relativo ao utente adquirido durante o internamento e na observação em contexto de sessão, definiram-se como objetivos terapêuticos aumentar a expressão emocional e diminuir os sintomas negativos.

Ainda na primeira sessão, foi proposta ao Josué uma improvisação vocal em *humming*. O utente aceitou, preferiu que a estagiária tocasse e cantou a história da sua vida. Quando terminou, suspirou, sorriu e referiu que iria voltar para mais sessões.

Na sessão seguinte, o utente chegou antes da hora e trouxe a sua guitarra. Solicitou que a estagiária tocasse acordes com ritmo, numa tonalidade definida, para que pudesse improvisar na sua guitarra, evidenciando-se motivado para a sessão e apresentando ideias. Referiu também interesse em compor uma canção. Foi notório, em

diversos momentos da sessão, a expressão das suas emoções através da música e até da expressão facial, evidenciando melhorias significativas na diminuição do embotamento.

Na terceira sessão, o Josué chegou sem guitarra, desorganizado, apático e referindo não poder ir mais às sessões porque teria de trabalhar. Apesar de a estagiária propor diversas alternativas para que o acompanhamento se mantivesse, o utente não se demonstrou recetivo. Ainda assim, quis iniciar a escrita da sua canção, escrevendo apenas “*Sinto saber a todo o instante...*”.

O acompanhamento terminou por decisão do Josué e, face ao número reduzido de sessões, não se verificou uma evolução clínica significativa, não obstante, a expressão emocional em contexto de sessão ocorreu, principalmente durante as improvisações e, nesses momentos, verificava-se conseqüentemente uma redução dos sintomas negativos.

Raúl

O utente Raúl tinha 53 anos e residia com a sua mãe. Tinha uma irmã, com quem mantinha uma relação conflituosa, e uma sobrinha. Era solteiro e reformado.

Foi diagnosticado com Perturbação Bipolar tipo I em 2008, em comorbilidade com dependência de droga e álcool e evidenciava traços de personalidade borderline. Em dezembro de 2023 foi internado por heteroagressividade, insónia, consumos, delírios e alucinações. Segundo o próprio, esteve sem consumir diversos anos, porém, aquando da morte do pai (há cerca de 3 anos), voltou a consumir para “aliviar o sofrimento”. Durante o internamento frequentou o grupo de musicoterapia, revelando ter sido músico. A música desempenhava um papel preponderante na sua vida e, por querer tocar guitarra, questionou se poderia ter sessões individuais. Foi realizada uma sessão individual, imediatamente antes da alta. O Raúl apresentava-se estável, do ponto

de vista clínico, porém, no plano musical, as suas competências estavam diminuídas. Apresentava dificuldade em tocar guitarra, cantava desafinado e com um ritmo instável. Era impulsivo, tanto na forma de cantar como nas mudanças de música sem as concluir, sem dar espaço ao silêncio ou à verbalização. Preocupava-se, acima de tudo, em tocar algo que a estagiária conhecesse e gostasse, demonstrando querer envolver-se na relação terapêutica.

O acompanhamento em contexto de consulta externa ocorreu entre março e junho de 2024 e o Raúl teve 5 sessões, devido a faltas, que sempre comunicou.

Na primeira sessão foram recolhidos dados anamnésicos e o Raúl evidenciou necessidade de falar sobre a sua história de vida. Não apresentou sintomas depressivos e, através do preenchimento da WHOQOL-BREF, foi possível perceber que o domínio mais afetado da sua qualidade de vida era o das relações sociais (56/100). Tendo em conta os resultados da avaliação, as partilhas do utente e a observação do mesmo em contexto de sessão, foram definidos como objetivos terapêuticos: desenvolver a consciência do *self*, controlar os impulsos, diminuir o sofrimento e aumentar as competências relacionais.

O Raúl estabeleceu com facilidade uma relação terapêutica e, ao longo das sessões, foi demonstrando evoluções. Passou a ser capaz de escolher músicas que gostasse, evidenciando um desenvolvimento do *self*. Já conseguia tocar e cantar uma música completa, sem aumentar o andamento, o que evidenciava maior controlo dos impulsos, e mantinha a afinação. Começou a conseguir nomear as emoções sentidas e a evocar memórias musicais. Improvisar, que para o Raúl, inicialmente, era uma atividade que tinha duração aproximada de 3 minutos e sem qualquer estrutura, passou a ocupar uma parte significativa da sessão e a ter estrutura rítmica e harmónica. Ademais, o Raúl

foi partilhando com a estagiária que os conflitos com a irmã estariam mais escassos, justificando tal acontecimento com o facto de já conseguir não lhe responder de forma impulsiva e de “ataque”, o que evidenciou que a capacidade de controlar os impulsos auxiliou na melhoria das suas relações, extrapolando o contexto de sessão.

Intervenções individuais em coterapia

Os casos apresentados em seguida beneficiaram de acompanhamento individual de musicoterapia em coterapia realizada pela estagiária e pelo seu orientador de estágio.

Melissa

A utente Melissa tinha 23 anos, era natural do Brasil e estava em Portugal há 3 anos. Foi abandonada pela mãe, tendo ficado ao cuidado da avó até aos 8 anos, altura em que a avó faleceu e foi institucionalizada. Posteriormente, foi adotada por uma das professoras da instituição.

Relativamente ao histórico clínico, a Melissa tinha como diagnóstico uma perturbação da personalidade borderline, com múltiplas tentativas de suicídio. Teve vários internamentos, sendo de destacar que dois dias antes do seu 2º internamento em Portugal sofreu um aborto espontâneo. Na altura, verbalizava hipersensibilidade aos ruídos e muitas crises de choro por pensar no aborto. Teve alta ao 12º dia e voltou a ser internada cerca de dois meses e meio depois.

A Melissa foi encaminhada para musicoterapia pela sua psiquiatra, por a música ser um meio privilegiado de expressão. O acompanhamento decorreu de janeiro a abril, tendo no total 6 sessões. Após avaliação inicial e observação da doente, definiram-se como objetivos gerais: reduzir o sofrimento emocional, adequar o controlo de impulsos e aumentar a projeção no futuro.

Inicialmente, a Melissa apresenta uma postura passivo-agressiva, superficialidade dos afetos e escassa ressonância afetiva. Verbalizava intenção suicida e, entretanto, engravidou. Por ser um grande desejo seu, deixou de apresentar ideiação suicida. A narrativa começou a mudar, denotando-se que ao recontar acontecimentos da sua vida, o fazia com menor sofrimento emocional. Relativamente às músicas que escolhia, pareciam assumir um papel autobiográfico. Após a escolha das músicas, verbalizava o motivo da escolha e referia que, de alguma forma, estava associada a um momento da sua vida, dando-lhe significado.

Além de ser notória a diminuição do sofrimento emocional, a Melissa passou a projetar-se no futuro, pensando em si no papel de mãe e cuidadora e desejando ser para o seu filho a mãe que não teve.

O processo terapêutico foi interrompido devido ao facto de a Melissa ter mudado a sua residência para longe do HGO, pelo que não conseguiu assegurar a sua presença nas sessões.

Sandro

O Sandro era um utente de 30 anos e residia em Almada. Estava desempregado e ocupava os seus dias a jogar online.

Através dos dados anamnésicos recolhidos, soube-se que o Sandro sempre se isolou, preferindo ficar sozinho e jogar no computador. O seu aproveitamento escolar teve um declínio no 8º ano, mas conseguiu completar o 11º ano. Durante a adolescência vivenciou, com revolta, o divórcio dos pais e, após o mesmo, ficou a viver com o pai que se suicidou em 2017. O Sandro sempre se culpabilizou pela morte do pai.

O Sandro tinha antecedentes familiares de esquizofrenia e foi diagnosticado com a mesma patologia em 2020, após 1 ano do seu primeiro episódio psicótico, que o tinha

levado a um internamento. Consumia haxixe e álcool. Teve mais dois internamentos em 2020 e outro em 2021.

O Sandro iniciou o acompanhamento individual em musicoterapia em dezembro de 2021, durante o último internamento, despoletado por ideação suicida. Com base na avaliação inicial, definiram-se os seguintes objetivos terapêuticos: reduzir o isolamento; aumentar a expressão emocional e diminuir o sofrimento. Após ter alta, recusou todas as intervenções terapêuticas individuais e de grupo propostas, com exceção da musicoterapia. Os objetivos terapêuticos passaram a ser: aumentar a motivação, aumentar a integração afetiva, aumentar a iniciativa comunicativa e aumentar a espontaneidade da interação.

Inicialmente, o Sandro apresentava muitos sintomas negativos e não tinha interesse em qualquer atividade, dentro e fora do contexto da sessão. A relação terapêutica foi estabelecida através da improvisação sobre a música gravada que trazia para as sessões. Em outubro de 2023, a estagiária começou a estar presente nas sessões do Sandro, sendo a primeira vez que o utente permitiu a presença de outra pessoa além do musicoterapeuta.

No decorrer do processo terapêutico, o Sandro mostrou mais abertura para a relação e começou a trazer mais repertório para as sessões. Evidenciou mais capacidade de processamento verbal relativamente à experiência musical e capacidade de expressão emocional.

Joaquim

O utente Joaquim tinha 41 anos, era solteiro e vivia com os seus pais. Tinha uma filha que reside fora do país, com a qual mantinha contacto regular.

O Joaquim tinha como diagnóstico uma perturbação bipolar tipo I e hipótese diagnóstica de perturbação da personalidade. A sua primeira crise ocorreu há 18 anos manteve acompanhamento em ambulatório, não tendo histórico de internamentos no HGO. Apresentava sintomatologia negativa, inatividade, paranoia e uma componente fóbica-obsessiva. Foi encaminhado para musicoterapia pelo seu psiquiatra devido a queixas de inatividade, por apresentar interesse pela música e conhecimento de viola e de piano. Referia que vinha para a musicoterapia para aprender a tocar guitarra e, assim, poder tocar com o pai.

O Joaquim iniciou o acompanhamento em setembro de 2023, com o musicoterapeuta do serviço e com a estagiária como coterapeuta. Em novembro, a estagiária assumiu o acompanhamento que manteve até fevereiro. O utente faltou diversas vezes e, em março, a estagiária voltou a estar em coterapia com o musicoterapeuta. As faltas mantiveram-se e, no total, ocorreram 8 sessões.

Após a avaliação inicial, foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: melhorar a expressão emocional e aumentar a ativação.

Numa fase inicial, o Joaquim trazia músicas que queria trabalhar e muitas delas com acordes de maior complexidade. Costumava pedir à estagiária para simplificar os acordes. Não aceitava sugestões de atividades propostas pela estagiária, evidenciando uma estrutura rígida.

Numa fase posterior, denotou-se um desenvolvimento nas competências musicais do Joaquim. Começou a tentar, espontaneamente, fazer acordes de maior complexidade e a cantar em simultâneo. Solicitava à estagiária que lhe ensinasse os acordes mais difíceis e não desistia até conseguir, revelando-se mais ativo, motivado e com maior disponibilidade para estar em relação e adquirir novas competências.

Começou a conseguir nomear as emoções que as músicas lhe provocavam e até a evocar memórias relacionadas com a sua experiência musical.

Além do desenvolvimento musical do Joaquim ocorreu, em simultâneo, a extrapolação da relação musicoterapêutica para a relação com o pai na música, que lhe permitiu uma relação mais próxima com o mesmo.

Intervenções de Grupo

Durante o estágio, a estagiária participou no grupo de musicoterapia do internamento de agudos.

Sendo um grupo aberto, sem carácter obrigatório, no qual os utentes podem participar se assim o desejarem e sair a qualquer momento, se for a sua vontade, é um grupo onde se pretende fomentar a relação e interação entre os utentes e a expressão emocional. Importa salientar que, por vezes, a estadia dos utentes no internamento é curta, sendo o desejável, podendo os mesmos frequentar o grupo apenas uma vez.

Noutros casos, os utentes pertencem ao grupo durante um período mais longo, acabando por realizar um processo de desenvolvimento pessoal de maior continuidade e mais profundo.

Geralmente, os grupos são divididos em três momentos, iniciando por uma apresentação breve e *check-in*, onde se identificam e partilham como se sentem naquele dia. Conforme os elementos presentes, segue-se um momento de ativação com música (quando existem poucos elementos novos e já existem relações estabelecidas entre os utentes e os elementos apresentam condições físicas e emocionais para realizar esta dinâmica) ou um jogo onde se poderão conhecer melhor e estabelecer ou consolidar relações. O terceiro momento é, na maioria das vezes, destinado a apresentações musicais ao vivo e/ou de escuta musical. Para tal, questiona-se se algum utente tem o

desejo de fazer uma apresentação cantada e/ou tocada para os restantes elementos do grupo ou se deseja escutar alguma música. Em seguida, os elementos do grupo decidem, democraticamente, o que vai ser apresentado e a ordem, existindo necessidade de diálogo e de negociação.

Numa primeira fase, o grupo foi somente dirigido pelo musicoterapeuta orientador do presente estágio, tendo a estagiária um papel de observadora participante. Como elemento do grupo, teve uma postura participante, porém, diferenciada dos restantes elementos – os utentes -, isto é, participava nas atividades propostas, contudo, sem propor ideias e sem devolver conteúdos.

Numa segunda fase, o grupo passou a ser dirigido pelo musicoterapeuta conjuntamente com a estagiária, ou seja, em coterapia. Ambos dinamizavam o grupo, assumindo uma liderança conjunta, por vezes em momentos comuns e, outras vezes, em momentos distintos.

Estar presente nos grupos permitiu à estagiária observar os utentes acompanhados em sessões individuais no contexto de grupo, observando as suas relações com os pares e com o musicoterapeuta e acompanhando a sua evolução fora das sessões individuais. Permitiu também ter contacto com outros utentes, compreender as dinâmicas que um grupo de internamento de agudos acarreta e adquirir ferramentas de dinamização de sessões de grupo e gestão grupal com utentes com patologia psiquiátrica em fase aguda da doença.

Outras Atividades

No que concerne ao internamento de agudos do serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO, foram várias as oportunidades que a estagiária teve para estar presente em reuniões e em grupos terapêuticos de diversas especialidades.

Durante o estágio, foi-lhe ainda oferecida a possibilidade de estar presente e/ou de participar noutras atividades.

Reuniões de Intercorrências

No decorrer dos meses de estágio, a estagiária esteve presente nas reuniões diárias de intercorrências relativas aos utentes internados no serviço em que realizou o estágio, que foram uma mais-valia no sentido em que pôde obter mais informações sobre o contexto global do internamento de agudos, bem como sobre os utentes que acompanhou individualmente e em contexto de grupo de grupo de musicoterapia.

Grupo Terapêutico de Artes Expressivas

Nos primeiros três meses de estágio, a estagiária participou no grupo de artes expressivas do internamento, dinamizado pelo seu orientador de estágio, musicoterapeuta, e pela psicomotricista do serviço. Permitiu à estagiária observar os seus utentes noutra contexto, nas relações com os outros utentes e com outros técnicos do serviço e ainda compreender como podem ser utilizadas outras metodologias e técnicas para promover a expressão, além da música, focadas no “aqui e agora” com utentes com patologia do foro psiquiátrico, mas com quadros tão heterogêneos e em fases de patologia e de vida tão distintas.

Grupo de Psicomotricidade

A estagiária teve também oportunidade de assistir a uma sessão do grupo de movimento, orientado pela psicomotricista e compreender como se podem expressar as emoções através do corpo, na relação mente-corpo defendida pela psicomotricidade.

Congresso de Medicina da Dor

A 26/01/2024, a estagiária esteve presente no congresso de medicina da dor, onde o seu orientador de estágio foi palestrante, juntamente com outro musicoterapeuta e com uma médica fisiatra que utiliza a música na sua intervenção.

III Jornadas Clínicas de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa

Intituladas “Em busca do modo saudável: musicoterapia, saúde e vulnerabilidade”, as terceiras jornadas clínicas de musicoterapia ocorreram no dia 31/05/2024, na Universidade Lusíada de Lisboa. A estagiária foi convidada a participar como oradora no painel de estudos de caso, a fim de apresentar brevemente o trabalho desenvolvido no seu estágio através da exposição de um estudo de caso numa comunicação que foi denominada “A música, elemento desbloqueador em reabilitação psiquiátrica”.

Apresentação para o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HGO

A estagiária realizou uma apresentação para os profissionais de saúde do serviço de psiquiatria e saúde mental no dia 21/06/2024, onde abordou as bases da especialidade de musicoterapia, da intervenção da musicoterapia em saúde mental e apresentou o caso clínico de um utente do serviço, evidenciando os resultados da musicoterapia.

Psiquiatria de Ligação

Ao longo dos meses de estágio, a estagiária acompanhou ainda o seu orientador a outros serviços em que o mesmo presta serviço, como o serviço de oncologia e de cuidados paliativos, através da psiquiatria de ligação. Foi uma mais-valia na medida em que pôde observar como a intervenção musicoterapêutica é realizada com utentes com outras comorbilidades.

Conclusão

O presente relatório de estágio teve como principal objetivo descrever o estágio curricular realizado no serviço de psiquiatria e saúde mental do Hospital Garcia de Orta, no âmbito do 2º ano do Mestrado de Musicoterapia. O estágio ocorreu entre setembro de 2023 e junho de 2024, tendo a duração de nove meses.

Durante o período acima mencionado, foram acompanhados onze utentes em contexto de sessão individual de musicoterapia, sendo que três acompanhamentos decorreram em coterapia com o orientador de estágio. Dos onze utentes, quatro tiveram a intervenção em contexto de internamento, com frequência semanal, e os restantes em consulta externa. A frequência dos acompanhamentos realizados em consulta externa idealizou-se quinzenal, todavia, foi irregular devido à baixa assiduidade de alguns utentes.

Terminada a fase de integração da estagiária, observação e recolha de dados, foram estabelecidos os seguintes objetivos para o estágio: promover a consciência de SI mesmo e a identificação das próprias emoções nos utentes; promover a autonomia e autodeterminação dos utentes; promover a melhoria das competências de comunicação dos utentes; fomentar a consciência das fronteiras interpessoais nas relações.

Relativamente ao primeiro objetivo - promover a consciência do self - considera-se que foi o mais ambicioso e que, devido ao número reduzido de sessões de alguns utentes, não foi atingido. Trata-se de um objetivo que requer um período de intervenção mais duradouro e/ou mais profundo, sendo difícil de atingir com doentes com patologia psiquiátrica, principalmente quando esta se encontra em fase aguda.

Apoiar a reconstrução de autonomia e identidade foi possível através das técnicas de improvisação e de escrita de canções, dependendo dos utentes. A

improvisação permitiu desenvolver diversas competências, incluído a noção da sua identidade (Toffolo & Toffolo, 2008) e a escrita de canções auxiliou, entre outros, a desenvolver o insight dos utentes (Wigram & Baker, 2005).

Quanto ao terceiro objetivo - melhorar as competências de comunicação dos utentes - denotaram-se melhorias efetivas dentro e fora do contexto de sessão. Em musicoterapia, a música constitui um veículo de criação da relação terapêutica (AMTA, 2005), e uma relação terapêutica de qualidade permite a mudança psicológica, através das experiências de partilha emocional (Mitchell, 1988 citado por Bromberg, 2006; Scharff & Scharff, 2011 citados por Birnbaum, 2014). Assim, por meio da música abriam-se novos canais de comunicação, que permitiram aos utentes expressar-se de forma verbal e não verbal. Isto ocorreu primeiramente em sessão e, na maioria dos utentes, foi possível verificar um aumento da iniciativa comunicativa e, conseqüente, melhorias na relação com os outros utentes e com outros técnicos do serviço. Em utentes acompanhados em consulta externa, esta mudança foi constatada através das partilhas dos utentes, como no caso de um utente que referiu que os conflitos entre si e a sua família diminuíram e outro utente que, ao partilhar as suas projeções no futuro, referiu querer consultar a sua família para tomar uma decisão.

Fomentar a consciência das fronteiras interpessoais nas relações foi um objetivo bastante desafiante na intervenção com alguns dos utentes, especialmente os que apresentavam o diagnóstico de perturbação da personalidade borderline. Estes utentes não conseguem estar sozinhos e evitam o abandono; criam situações de crise, fazendo com que o outro o “resgate” e cuide deles (Merck & Co., 2024). Neste sentido, tendem a colocar-se num papel padecente e a testar os limites da relação de modo a verificar se o outro “aguenta”. Com estes utentes seria necessário um acompanhamento mais longo de

modo a obter resultados mais efetivos. Não obstante, denotaram-se evoluções. A intervenção em musicoterapia permitiu-lhes ter um momento estruturado, com início e fim que, inicialmente, serviu como primeiro limite imposto. Posteriormente, começaram a disponibilizarem-se para estar na relação terapêutica e, à medida que a relação foi evoluindo, foram começando a compreender alguns dos limites da mesma, principalmente quando “testavam” a relação através do seu discurso ou até mesmo por faltarem às consultas. Verificaram que na sessão seguinte a estagiária estava lá com a mesma disponibilidade era como ter passado no teste que lhe tinham proposto. Ainda assim, o desafio nos limites da relação era constante.

Além dos objetivos definidos para os utentes, a estagiária teve também como objetivo reforçar a importância da musicoterapia como terapia complementar no tratamento dos utentes com perturbações do foro psiquiátrico junto da equipa do serviço. Apesar de ser uma especialidade já integrada no serviço e dos profissionais estarem conscientes dos benefícios da musicoterapia, o facto de a estagiária ter realizado uma apresentação com um caso clínico que todos os profissionais do serviço conhecem e ter mostrado o trabalho desenvolvido ao longo das sessões e os resultados, contribuiu para que os profissionais que assistiram à apresentação pudessem observar as evoluções do utente e compreender a dimensão da intervenção musicoterapêutica, sendo que é apenas na música que, muitas vezes, se consegue ver o lado saudável do utente, em detrimento da patologia.

Foi essencial iniciar os acompanhamentos terapêuticos pela recolha de dados anamnésicos e da história sonoro-musical e pela avaliação inicial que, por vezes foi padronizada através da aplicação de testes e, outras vezes, foi não-padronizada, através da observação dos utentes e da recolha de dados face às suas capacidades cognitivas,

emocionais, motoras, sociais e musicais. Esta avaliação permitiu identificar as necessidades mais emergentes dos utentes e estabelecer um plano de intervenção, com objetivos terapêuticos individualizados.

A técnica mais utilizada durante a intervenção foi a improvisação pois, em adultos com patologia do foro psiquiátrico, esta técnica permite que os utentes se foquem no presente ou que sejam auxiliados em situações de crise, sendo que é essencial que ocorra expressão emocional não verbal (Wheeler et al., 2005).

Ao longo da intervenção, o instrumento musical mais utilizado foi a guitarra e, em seguida, instrumentos de percussão, que possibilitaram descargas de tensões. Foram ainda utilizadas as partes do corpo e a voz (Wheeler et al., 2005; Wigram & Backer, 1999).

Considerou-se pertinente, com a maioria dos utentes, recorrer ao processamento verbal da experiência musical, principalmente com o objetivo de promover a nomeação das emoções vividas, uma vez que muitos dos utentes manifestaram dificuldades de expressão emocional, na sua maioria por consequência da patologia, que causa sintomas negativos ou embotamento afetivo.

Durante os acompanhamentos foi essencial analisar as gravações de vídeo e os registos das sessões com o intuito de monitorizar a intervenção terapêutica, refletir sobre o trabalho desenvolvido e modificar/ajustar o que se considerasse necessário para benefício de cada utente. No fim de cada acompanhamento terapêutico, verificou-se fulcral rever as avaliações iniciais, as gravações de vídeos e os registos elaborados com o intuito de analisar os progressos terapêuticos.

A abordagem do modelo humanista e utilização das técnicas mencionadas permitiram focar nas capacidades do indivíduo ao invés de focar na patologia,

permitiram aos utentes desenvolver o seu “músico-criança” e, acima de tudo, auxiliaram na promoção do desenvolvimento pessoal e de competências funcionais, tendo como consequências a redução de sintomas das patologias (Aigen, 2014; Kirkland, 2013 citados por Ferreira, 2017).

Em complementaridade com a terapêutica farmacológica, o acompanhamento individual em musicoterapia verificou-se eficaz no tratamento de doentes com patologia do foro psiquiátrico ao nível da redução de sintomas causados pelas patologias, o que corrobora a literatura acima mencionada, na melhoria da expressão emocional, no aumento da iniciativa comunicativa e na melhoria das relações interpessoais.

Reflexão Final

Terminado o estágio e a escrita do presente relatório, chegou o momento de refletir sobre todo este percurso.

Estagiar em psiquiatria de adultos não era, de todo, o que tinha idealizado para mim. Habituada a trabalhar com crianças, realizar estágio em saúde mental tirou-me completamente na minha zona de conforto.

Sempre tive curiosidade sobre a intervenção da musicoterapia junto de população com perturbações do foro psiquiátrico e abordar esta temática nas aulas teóricas, suscitou-me ainda mais curiosidade. Não obstante, vivenciar esta experiência constituiria um grande desafio a todos os níveis e, por isso e por não pretender vir a trabalhar com adultos (achava eu), não a ambicionava para mim.

Embora a saúde mental seja um tema cada vez mais abordado, numa tentativa de se desmistificar e de se poderem oferecer os melhores cuidados de saúde, de forma atempada, continua a ser *tabu*. Continua a existir um estigma. A psiquiatria continua a ser o serviço para onde a maioria dos profissionais de saúde não deseja ir trabalhar. Continua a ser o serviço onde quem tem consultas é porque “coitadinho, é maluco...”. E eu, ao ser questionada e responder “estou a estagiar no serviço de psiquiatria”, ouvi muitas respostas como “que horror, não tens medo?”.

Confesso que, no início, tinha. Lembro-me de entrar pela primeira vez no internamento do serviço, de me sentir cheia de medo e de pensar se alguma vez seria capaz de estar ali sem ser assoberbada por aquela emoção. Nessa altura, a minha maior preocupação era o diagnóstico dos utentes e se, de alguma forma, algum constituía perigo.

A pouco e pouco, fui começando a conseguir gerir melhor a minha ansiedade e a ver as pessoas sem pensar nos seus diagnósticos. Integrei-me no serviço, comecei a focar-me em criar relações terapêuticas com os utentes que frequentavam o grupo de musicoterapia e, na música, fui começando a ver, realmente, as pessoas, o seu lado saudável. Na música, e só durante esse tempo, é como se a patologia deixasse de existir, porque é o único tempo em que conseguimos, realmente, ver a pessoa além da doença.

A musicoterapia permite-nos, através da sua abordagem humanista, “resgatar” a pessoa. E é tão bonito. Compreender que, independentemente da patologia, continua a existir uma pessoa com as suas características, competências e necessidades, pessoa essa que, em grande parte das vezes, “não se vê”. Não se consegue ver... É como se a patologia ocupasse todo o espaço e transformasse aquela pessoa. Não se consegue ver... a não ser através da música. Através da música, resgatamos o que há de mais genuíno dentro de cada um de nós, ao emergir o nosso “músico-criança” e, em utentes com perturbações de saúde mental, a musicoterapia permite chegar onde mais nenhuma terapia chega, por poder ser uma terapia não verbal que permite a expressão emocional.

No plano musical, conseguimos criar relações verdadeiramente terapêuticas. Relações baseadas na empatia, livres de julgamento. Na música, relacionamo-nos com a pessoa saudável que existe além da doença. Para um utente do serviço de psiquiatria, a musicoterapia pode ser o único momento em que isto acontece. E torna-se tão valioso.

O percurso foi longo e atribulado, mas tão gratificante! Como é recompensador poder auxiliar na reabilitação psiquiátrica dos utentes; dar oportunidade para a sua recuperação ocorrer também através da música e acompanhá-la. E poder observar que as melhorias nas competências musicais são acompanhadas de mudanças nas várias dimensões das suas vidas, principalmente na emocional e na social.

É fundamental continuar-se o trabalho de investigação relativo à intervenção em musicoterapia junto da população com patologia do foro psiquiátrico, pois a literatura ainda é escassa. Não obstante, os resultados descritos neste relatório podem corroborar a sua eficácia, à luz da literatura existente.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing.
- APMT (2022). *Musicoterapia*. Consultado a 10 de dezembro de 2022.
<https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-Musicoterapia-csgz>
- American Music Therapy Association. (2005). *What is Music Therapy?* Consultado a 3 de março de 2024. <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- Benenzon, R. O. (1985). Manual de Musicoterapia. (T. d. Nastari, Ed.) Rio de Janeiro: Enelivros.
- Birnbaum, J. C. (2014). Intersubjectivity and Nordoff-Robbins Music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu004>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3ª ed.). Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music Therapy*. Routledge.
- Direção-Geral da Saúde. (2020.). *Porque se fala em saúde mental?*. Consultado a 3 de março de 2024. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Choppin, S., Trost, W., Dondaine, T., Millet, B., Drapier, D., Vérin, M., Robert, G., & Grandjean, D. (2016). Alteration of complex negative emotions induced by music in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 191, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.063>
- Envangelista, P. (2020). A Fundamentação Metafísica da Psicologia Humanista à Luz da

- Fenomenologia Existencial. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, XXV(2), 208-219. <https://doi.org/10.18065/2020v26n2.8>
- França, S. R. M. (2020). *Musicoterapia na unidade de saúde mental de adultos*. <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/5884>
- Geretsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, L., Chen, X.J., Heldal, T.O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5). doi:10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>.
- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- HGO, EPE - Instituição. SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2020). <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Jackson, N. (2015). Music Therapy and Chronic Mental Illness: Overcoming the Silent Symptoms. *Music Therapy Perspectives*. *Oxford Journals on behalf of American Music Therapy Association*. http://opus.ipfw.edu/music_facpubs/38
- Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Amber, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, S., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., Kelly, K., Lean, M., Pilling, S., Morant, N., Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-

- supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 392(10145), 409–418.
- Kelly, J. (2002). Music therapy in palliative care: current perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(3).
- Kleinke, C. L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Krauss, Z. (2019). The Effects of Music Therapy on Individuals Suffering from Psychiatric Disorders: A Literature Review and Look into Future Prospects. *Musical Offerings*:10(2). DOI: 10.15385/jmo.2019.10.2.2
- Ferreira, G. (2017). *Musicoterapia em Oncologia*. Universidade da Beira Interior.
- Marcia E. Murphy, Coping in the Short Term: The Impact of Acute Care on Music Therapy Practice, *Music Therapy*, Volume 11, Issue 1, 1992, Pages 99–119, <https://doi.org/10.1093/mt/11.1.99>
- Matoso, L.; Oliveira, A.. (2017). *O Efeito da Música na Saúde Humana: Base e Evidências Científicas*. Revista Eletrónica da Fainor. <https://scholar.archive.org/work/wpnf64n3gbhrncrhwreabz7m/access/wayback/http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/651/332>
- Murphy, S., Irving, C., Adams, C., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2015. John Wiley and Sons Ltd.
- Priestley, M. (2012). *Music therapy in action*. Barcelona.
- Pontes, S., & Calazans, R. (2017). Sobre Alucinação e realidade: A psicose na cid-10, DSM-IV-TR E DSM-V E O Contraponto PSICANALÍTICO. *Psicologia USP*, 28(1), 108–117. <https://doi.org/10.1590/0103-656420140101>

- Serviço de Psiquiatria*. SNS - Serviço Nacional de Saúde. (). <https://www.hgo.min-saude.pt/2020/10/02/psiquiatria/>
- Silverman, M. (2015). Music therapy in mental health for illness management and recovery. *Music therapy in mental health for illness management and recovery*. Oxford University Press.
- Silverman, M. J. (2020). Music-Based Affect Regulation and Unhealthy Music Use Explain Coping Strategies in Adults with Mental Health Conditions. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 939–946. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00560-4>
- SPPSMental. Perturbação Mental em Números [Internet]. 2019 [citado 1 de abril de 2024]. Disponível em: <http://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Souza, C. P., Callou, V. T., & Moreira, V. (2013). A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. *PHENOMENOLOGICAL STUDIES - Revista Da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 189–197. <https://doi.org/10.18065/rag.2013v19n2.5>
- Torres, M., Ramos, J., Suarez, M., Garcia, A., & Mendoza, T. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering*. 4(02).
- Unkefer, R., & Thaut, M. (2005). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions*. Barcelona Publishers.
- Wigram, T., & Baker, F. (2005). *Songwriting Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N. & Blonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music*

therapy: theory, clinical practice, research and training. United Kingdom: Jessica.

Wheeler, B.L. (2017) *Music therapy handbook*. New York: The Guilford Press.

World Federation of Music Therapy. (1996). Definition of Music Therapy.

https://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/wfmt/w_definition.htm

APÊNDICES

Lista de apêndices

Apêndice A - Anamnese

Apêndice B - Ficha de recolha da história sonoro-musical

APÊNDICE A

Anamnese

Anamnese

Entrevista com: _____ Data: ___/___/___

Identificação

Nome: _____

Género: F___ M___ Data nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

História da problemática:

Diagnóstico: _____

Médico: _____

Há quanto tempo é acompanhado em Psiquiatria: _____

História atual da doença (pelo doente): _____

A problemática alterou deste o seu surgimento? _____

Comorbilidades: _____

Medicação: _____

Observações: _____

Aparência:

Idade e saúde: _____

Cuidados pessoais e vestuário: _____

Comunicação não verbal:

Postura; marcha; movimento; agitação; etc.: _____

Genograma:

Perdas significativas: _____

Eventos marcantes: _____

Disponibilidade:

Cooperação ___ Oposição ___ Indiferença ___ Negativismo ___

Tendência a conduzir a entrevista ___

Interação:

Espontânea ___ Apenas em resposta ___ Inexistente ___

Discurso:

Alterações associadas: _____

Coeso e coerente: sim ___ não ___

Ritmo de fala: _____

Intensidade _____

Fluxo do discurso:

___ Curto, restringido ao mínimo necessário

___ Lento, com longas pausas e/ou latência

___ Prolixo, longo e abrangente

___ Acelerado, contínuo, sem pausas

Afetividade e humor:

Tonalidade emocional (emoções e sentimentos predominantes): _____

Modulação (controle dos afetos):

hipermodulação ___ hipomodulação ___ rigidez afetiva ___

Associação pensamento/afeto: sim ___ não ___

Adequação das manifestações: sim ___ não ___

Alterações na forma do pensamento:

___ Circunstancialidade – o objetivo da entrevista é longamente adiado pela incorporação de detalhes irrelevantes e tediosos.

___ Tangencialidade – afastamento do tema abordado, introdução de pensamentos aparentemente não relacionados e vagos, dificultando uma conclusão (pobreza do conteúdo do pensamento).

___ Perseveração – repetição da mesma resposta a uma variedade de questões mostrando uma incapacidade de mudar a sua resposta a uma mudança de tópico.

___ Fuga de ideias – pensamento acelerado, com associações ressonantes, feitas pelo som e pelo ritmo das palavras, mas sem coerência verbal.

___ Pensamento incoerente – afrouxamento de associações, perda na associação lógica entre frases ou partes de frase.

___ Bloqueio de pensamento – interrupção súbita no meio de uma frase. Retoma com outro assunto, sem conexão com a ideia anterior.

___ Neologismos – criação de uma palavra nova, ininteligível para outras pessoas. Realmente uma condensação de palavras existentes.

___ Ecolália – repetição de sílabas, palavras, frases, entoação e inflexão do interlocutor.

Conteúdo do pensamento:

Tema predominante: Ansiosos ___ Depressivos ___ Fóbicos ___ Obsessivos ___

Logicidade: Ideias supervalorizadas ___ Delírios ___ Se sim: _____

Juzo da realidade:

Delírios: Primários ___ Secundários ___

Grau de organização: Sistematizados ___ Não sistematizados ___

Tema predominante: _____

Referência ___ Persecutório ___ Grandiosidade ___ Somáticos ___

Culpa ___ Ciúmes ___ Controlo ___

Relatos de percepções alteradas: (p.e.: "Já teve experiências estranhas, que a maioria das pessoas não costuma ter? Já ouviu barulhos ou vozes que outras pessoas, estando próximas, não conseguiram ouvir?

Comportamentos sugestivos: (p.e.: soliloquios, risos imotivados, olhar repentino sem estímulo aparente).

Alterações da senso percepção:

Despersonalização ___ Desrealização ___ Ilusão ___ Alucinações ___

APÊNDICE B

Ficha de recolha da história sonoro-musical

História Sonoro-Musical¹:

Sobre o utente:

Teve alguma canção de embalar? S ___ N ___

Se sim, qual? _____

Qual é a canção que mais gosta que lhe cantem? _____

Tem por hábito ouvir música em casa? S ___ N ___

Se sim, em que situações? _____

Qual é a música que não gosta? _____

Qual é a música que mais ouve? _____

Recorda-se de alguma situação positiva com música na sua vida? S ___ N ___

Se sim, qual? _____

Recorda-se de alguma situação negativa com música na sua vida? S ___ N ___

Se sim, qual? _____

Gosta de ouvir algum instrumento musical específico? S ___ N ___

Se sim, qual? _____

Porquê? _____

Sobre a família:

Têm alguma experiência musical? S ___ N ___

Se sim, qual? _____

Tocam algum instrumento? S ___ N ___

Se sim, qual/quais? _____

Quais as músicas preferidas da sua família em reuniões familiares? _____

Quais as músicas que não gostam? _____

Ambiente sonoro da sua casa:

Quais os sons que predominam na sua casa? _____

Quais os sons que gosta? _____

Quais os sons que não gosta? _____

Mostra indiferença em relação a alguns sons? S ___ N ___

Se sim, quais? _____

Dados relevantes que queira partilhar:

¹ História Sonoro-Musical adaptada de Benetton

ANEXOS

Lista de anexos

Anexo A - Inventário de Depressão de *Beck* – BDI

Anexo B - World Health Organization Quality of Life - *Bref* (WHOQOL-BREF)

Anexo C - Grelha de observação de musicoterapia

Anexo D - Registos de sessão individuais

Anexo E - Consentimento informado

Anexo F - Declaração de autorização para recolha de registos de vídeo e áudio

Anexo G – Letra da canção *Na paz*

Anexo H – Letra da canção *Simples*

Anexo I - Letra da canção *Me Perdoa*

ANEXO A

Inventário de Depressão de *Beck* – BDI



Faculdade de Ciências e Tecnologia – Campus de Presidente Prudente
Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI		
NOME:	Sexo:	Prontuário:
	Idade:	Data da Lesão:
Lado Dominante ou parético: (D) (E)		Data da Avaliação:
Diagnóstico:		Avaliador:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

NOTA: Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a severa e 30-63 indicam depressão severa. Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos.

Gandini, RC. Martins, MCF. Ribeiro, MP. Santos, DTG. Inventário de depressão de beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF*, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2007

ANEXO B

World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

DADOS PESSOAIS**A1 Idade** anos**A2 Data de Nascimento** ____ / ____ / ____**A3 Sexo** Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
	5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
	7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
	10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>	

A5 Profissão **A6.1 Freguesia** **A6.2 Concelho** **A6.3 Distrito**

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não **B1b** Que doença é que tem? **B2** Há quanto tempo? **B3** Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento **C. Forma de administração do questionário**

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO C

Grelha de observação de musicoterapia

Grelha de Observação

Marcar com "+", "-", ou NA (não aplicável/não avaliado)

Comunicação	Mantem contacto visual com o terapeuta	
	Mantem contacto visual com os instrumentos	
	Mantem contacto visual com outros elementos do grupo	
	Verbaliza escolhas de atividade / instrumento / canção	
	Afirma as suas próprias necessidades	
	Ouve os outros	
	Demonstra gestos apropriados	
	Compreende ordens	
	Responde a perguntas	
	Está envolvido na pergunta-resposta	
	Espera pela sua vez	
	Sorri	
	Manifesta atitudes defensivas (afastamento/negação/omnipotência)	
	Cognição	Identifica mudanças de andamento
Identifica mudanças de dinâmica		
Repete ritmos simples		
Repete ritmos complexos		
Lembra-se de melodias e temas		
Lembra-se de letras das canções		
Repete melodias simples		
Realiza uma pulsação constante com a musicoterapeuta		
Realiza dinâmicas com a musicoterapeuta		
Mantem a sua atenção na tarefa		
Motor		Acompanha a música com movimentos
	Acompanha a música com palmas	
	Imita movimentos básicos utilizando todo o corpo	
	Tem coordenação motora	
	Manipula os instrumentos mais pequenos	
	Explora o espaço	

Musical	Canta ou vocaliza	
	Explora os sons vocais	
	Explora os sons corporais	
	Canta no tom	
	Adapta-se a mudanças rítmicas	
	Adapta-se a mudanças de dinâmicas	
	Mantem uma pulsação constante	
	Faz dinâmicas (sempre forte/piano?)	
	Cria um ritmo (sempre o mesmo?)	
	Cria uma melodia (sempre a mesma?)	
	Toca instrumentos (sempre o mesmo? Agudo/grave? Melódico/rítmico? Grande/pequeno?)	
	Improvisa (melódica/rítmica)	
	Vivência os silêncios	
	Interação com o outro (pergunta-resposta/sincronia/ritmo/alternância/simultaneidade)	
Afetivo / Emocional	Expressa variações de afeto	
	Expressa sentimentos através de um instrumento	
	Expressa sentimentos através de palavras	
	Identifica o próprio humor / emoções	
	Expressa gostos e desgostos	
	Demonstra uma expressão facial adequada	

Avaliação geral da participação da atividade de MT _____

0. Nenhuma participação
1. Percebe, mas não participa
2. Percebe, tenta participar, mas não consegue
3. Realiza a atividade, mas não da maneira esperada
4. Realiza a atividade como o esperado
5. Realiza a atividade e supera o proposto

Observações:

Síntese da avaliação:

ANEXO D

Registos de sessão individuais

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

DATA: _____ TERAPEUTA: _____



OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMARIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MUSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REAÇÕES PESSOAIS:

A FAZER/PREPARAR...



ANEXO E

Consentimento informado

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(*) Sr^o(*)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de V^o 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/áudio 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

ANEXO F

Declaração de autorização para recolha de registos de vídeo e áudio

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação vídeo/áudio 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 ~~respetivo~~ 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 ~~projeto~~.

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

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

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

Assinatura

Nome Legível

ANEXO G

Letra da canção *Na paz*

Na paz

Leonardo Andrade

Intro: Lá- Mi Fá Sol

Obrigado por estar na paz
Assim, tranquilo, estou em paz
Em harmonia com a paz
Obrigado por estar na paz

**Não é fácil, a vida é difícil
Não é fácil, a vida é difícil
Nada neste mundo é fácil
Se a vida fosse fácil...**

Se a vida fosse fácil
Tinha estado sempre em paz
Não me tinha sentido triste
Sentir-me-ia mais feliz

**Não é fácil, a vida é difícil
Não é fácil, a vida é difícil
Nada neste mundo é fácil
Se a vida fosse fácil...**

Para me sentir feliz
Dos meus amigos precisava
Os dias passavam rápido
Eu quase nem chorava

**Não é fácil, a vida é difícil
Não é fácil, a vida é difícil
Nada neste mundo é fácil
Se a vida fosse fácil...**

ANEXO H

Letra da canção *Simples*

Simples

Leonardo Andrade

Intro: Dó Fá (2x)

Obrigado

Neste mundo

Não é assim tão simples

(4x)

Neste mundo já perdi
Agora vou vencer
O que conta é o nosso esforço
Tudo na vida é sacrifício

Obrigado mãe
Obrigado irmão
Obrigado primo, obrigado àqueles que ajudaram

Não te esqueças que o mundo, gira...

Só basta nós acreditarmos
Deus está connosco
O que conta é a atitude
Não se espera por ninguém

Vida é feita de sofrimento
Só sei que não somos ninguém
Não se vive de passado,
nós vivemos no presente

Obrigado

Neste mundo

Não é assim tão simples

(4x)

Simples (4x)

(Só voz e percussão)

Obrigado

Neste mundo

Não é assim tão simples

(4x)

Simples (4x)

ANEXO I

Letra da canção *Me Perdoa*

Me Perdoa

Leonardo Andrade

Intro | Lá Mi Fá#- Dó#-
Ré Lá Si- Mi

**Meu Deus, meu Deus
Meu Deus, meu Deus
Me perdoa, me perdoa
Me perdoa, me perdoa**

Os nossos pecados
Que a vida nos deu
Esquece o passado
Seguimos em frente

Às vezes, lembramos
Do passado...
E fica nas lembranças, das nossas
Das nossas mentes

Precisamos do nosso
Espaço...
Às vezes devemos sair, da zona
Da zona de conforto

Lembramos a força
De vontade...
A gente às vezes, falhamos
Falhamos, somos humanos

**Meu Deus, meu Deus
Meu Deus, meu Deus
Me perdoa, me perdoa
Me perdoa, me perdoa**