Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Santinho, Margarida Isabel Costa, 1994-

A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

http://hdl.handle.net/11067/4503

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo A musicoterapia tem-se apresentado como um campo em exploração e desenvolvimento (Camsari, 2009). A musicoterapia, na doença mental e/ou incapacidade intelectual, surge como um instrumento facilitador dos processos de expressão e de comunicação, alternativo ao código verbal. Isto porque, trata-se de uma população com limitações evidentes ao nível da comunicação e da expressão verbal (Mössler et al., 2011). O presente trabalho tem como objectivo descrever todo o processo do estágio realizado no â...

Music therapy has been presented as a field in exploration and development (Camsari, 2009). Music therapy, in, appears as an instrument that makes the processes of expression and communication easier, an alternative to the verbal communication, as this is about a population with obvious limitations in communication and verbal expression (Mössler et al., 2011). The present work aims to describe the whole process of the internship carried out as a master's degree in Music Therapy of the Universida...

Palavras Chave Musicoterapia, Doenças Mentais, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Quinta das Pontes (Penela, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T08:09:07Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

Realizado por:
Margarida Isabel Costa Santinho

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

Orientado por:
Dr.ª Andreia Sofia Vital Pereira Constâncio

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof.ª Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Relatório aprovado em: 15 de Março de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

Margarida Isabel Costa Santinho

Lisboa

julho2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

Margarida Isabel Costa Santinho

Lisboa

julho 2018

Margarida Isabel Costa Santinho

A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ªAndreia Sofia Vital Pereira Constâncio

Lisboa

julho2018

Ficha Técnica

Autora Margarida Isabel Costa Santinho

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

Orientadora de estágio Dr.ªAndreia Sofia Vital Pereira Constâncio

Título A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

Local Lisboa

Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SANTINHO,Margarida Isabel Costa, 1994-

A musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual/ Margarida Isabel Costa Santinho ;supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Andreia Sofia Vital Pereira Constâncio. - Lisboa : [s.n.], 2018. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-
II - CONSTÂNCIO, Andreia Sofia Vital Pereira, 1983-

LCSH
1. Musicoterapia
2. Doenças mentais
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação Quinta das Pontes (Penela, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy
2. Mental Illness
3. Music therapy - Practice
4. Associação Quinta das Pontes (Penela, Portugal) - Studyandteaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.S262018

Margarida Isabel Costa Santinho

Musicoterapia com Adultos com Doença Mental e/ou Incapacidade Intelectual

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Andreia Sofia Vital Pereira Constâncio

Lisboa
Julho 2018

Quero ignorado, e calmo
Por ignorado, e próprio
Por calmo, encher meus dias
De não querer mais deles.

Aos que a riqueza toca
O ouro irrita a pele.
Aos que a fama bafeja
Embacia-se a vida.

Aos que a felicidade
É sol, virá a noite.
Mas ao que nada espera
Tudo que vem é grato.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Agradeço. Simplesmente agradeço!

Agradeço carinhosamente a todos os que fizeram parte desta grande caminhada: aos que acreditaram e permitiram o “mergulhar” nesta oportunidade; aos que foram tolerantes ao meu cansaço, ao meu desânimo e à minha exaustão; aos que me ajudaram nas minhas dificuldades, e que, constantemente acreditaram que ainda era capaz de mais, e aos que me “abriram as portas” para poder experimentar o sabor desta experiência. Saborosa! Que bom que foi!

Agradeço. Simplesmente agradeço!

Musicoterapia com Adultos com Doença Mental e/ou Incapacidade Intelectual

Resumo

A musicoterapia tem-se apresentado como um campo em exploração e desenvolvimento (Camsari, 2009). A musicoterapia, na doença mental e/ou incapacidade intelectual, surge como um instrumento facilitador dos processos de expressão e de comunicação, alternativo ao código verbal. Isto porque, trata-se de uma população com limitações evidentes ao nível da comunicação e da expressão verbal (Mössler *et al.*, 2011).

O presente trabalho tem como objectivo descrever todo o processo do estágio realizado no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, entre Setembro de 2017 e Julho de 2018 na Associação Quinta das Pontes (AQDP). A AQDP é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que se encontra sedeada no Espinhal e acolhe utentes com diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual em Residência Autónoma, Lar Residencial, Residência de Apoio Moderado e/ou Centro de Atividades Ocupacionais.

O estágio pretende expor uma intervenção alternativa aos serviços já desenvolvidos pela instituição (atendimento psicossocial, entre outros), ajudando nos processos de exteriorização e comunicação de cada utente, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida.

A amostra do estágio compreende seis utentes da instituição que usufruíram de sessões individuais, numa regularidade bissemanal. Com a intervenção musicoterapêutica conseguimos concluir que, houve um aumento da valorização pessoal

e da autoconfiança, uma melhoria nas competências relacionais e um desenvolvimento do grau de autonomia.

Pelas razões espelhadas anteriormente, revela-se importante e benéfico o processo de intervenção musicoterapêutica desenvolvido com a população-alvo da Associação Quinta das Pontes.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Adultos, Doença mental, Incapacidade Intelectual.

Music theraphy with adults with mental illness and/or intellectual incapacity

Abstract

Music therapy has been presented as a field in exploration and development (Camsari, 2009). Music therapy, in, appears as an instrument that makes the processes of expression and communication easier, an alternative to the verbal communication, as this is about a population with obvious limitations in communication and verbal expression (Mössler et al., 2011).

The present work aims to describe the whole process of the internship carried out as a master's degree in Music Therapy of the Universidade Lusíada de Lisboa, between September 2017 and July 2018 at the Associação Quinta das Pontes (AQDP). This association is a Private Institution of Social Solidarity, based in Espinhal and works with people with diagnosis of mental illness and / or intellectual incapacity in three different approaches , the Autonomous Residence, Residential Home, Moderate Support Residence and / or Occupational Activities Center.

The internship focuses on creating an alternative approach to the activities developed at the institution (psychosocial care, etc ...), in order to facilitate the exteriorization and communication through alternative methods, promoting the quality of life of each person.

The sample of the internship comprises six persons of the institution who have been doing individual sessions, twice a week. With this intervention of music therapy we could conclude that there was an increase in their self- esteem and self-confidence, an improvement in relational skills and a development of their degree of autonomy.

For the reasons explained above, the music therapy applied to this specific population of the Associação Quinta das Pontes became an important therapy bringing a wide range of benefits for their lives.

Keywords: Music Therapy, Adults, Mental Illness, Intellectual Disability.

Lista de tabelas

Tabela 1 Dados da amostra 41

Tabela 2 Horários e dinâmicas da instituição 51

Tabela 3 Horário estagiária 52

Lista de figuras

Figura 1 Setting terapêutico (Organização inicial) 50

Figura 2 Setting terapêutico (Organização adaptada) 50

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

a.C. – antes de Cristo

AMTA – American Music Theraphy Association

AQDP – Associação Quinta das Pontes

AVD – Atividades de Vida Diária

BAMT – Bristish Association Music Theraphy

C.A.O. – Centro de Atividades Ocupacionais

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

H.U.C. – Hospitais da Universidade de Coimbra

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

L.R. – Lar Residencial

OMS – Organização Mundial e Saúde

R.A. – Residência Autónoma

R.A.M. – Residência Autónoma de Apoio Moderado

Sumário

- Introdução 1
- Instituição – Associação Quinta das Pontes 5
- População-alvo – Doença mental e Incapacidade intelectual 9
- Revisão Bibliográfica 11
    - Musicoterapia 11
    - Incapacidade Intelectual e Doença Mental 15
        - Incapacidade Intelectual ou Deficiência Intelectual 15
        - Doença Mental 19
            - Esquizofrenia 20
            - Depressão 22
            - Doença bipolar 25
    - Adultos institucionalizados 26
    - Musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual 27
- Objetivos do estágio 39
- Metodologia 41
    - Descrição da amostra 41
    - Instrumentos e métodos de avaliação 42
    - Procedimentos 43
        - Estágio 44
        - Sessão 46
    - Setting terapêutico 49
    - Horários e dinâmicas da instituição e da estagiária 51
        - Instituição 51

- Estagiária 52

- Estudos de caso 53
  - Estudo de caso – Isabel 53
    - Apresentação 53
    - Diagnóstico e encaminhamento para musicoterapia 54
    - Processo terapêutico 57
    - Resultados e discussão 63
  - Estudo de caso - Jorge 65
    - Apresentação 65
      - História pessoal e clinica 65
    - Diagnóstico e encaminhamento para musicoterapia 65
    - Avaliação inicial 66
    - Processo terapêutico 68
    - Resultados e discussão 72
- Outras intervenções clinicas 77
- Informação sobre outras atividades desenvolvidas no âmbito do estágio 85
  - Grupo recreativo 85
- Conclusão 87
- Reflexão final 89
- Sugestões 91
- Referências 93
- Apêndices 99
- Anexos 147

Introdução

Desde os tempos mais remotos que a música faz parte da cultura humana, pois ela é inata no ser humano, conseguindo desencadear processos de transformação pessoal que afecta o próprio individuo, bem como, todo o universo que o rodeia (Ghezeljeh, Ardebili & Rafii, 2017; Weigsding & Barbosa, s/data). É definida como a arte do som no tempo e revela-se uma ferramenta acessível a todo o ser humano (ouvindo, cantando, tocando e dançando), conseguindo desencadear ideias e emoções nas pessoas através dos seus elementos essenciais, nomeadamente, a melodia (que retracta os sons que ocorrem numa única linha), a harmonia (que reflecte os sons que ocorrem em múltiplas linhas) e o ritmo (que revela a sensação de movimento do som no tempo) (Nizamie & Tikka, 2014), contribuindo para um envolvimento pessoal, bem como, facilitador do processo de comunicação não-verbal (Ghetti, 2002; McFerran & Shanahan, 2011; Stanczyk, 2011).

Assim, é possível afirmar que a música é um elemento importante no campo terapêutico, tomando a definição de "musicoterapia" (Ghezeljeh *et al*., 2017; Weigsding & Barbosa, s/data). Estabelecida como uma profissão após a Segunda Guerra Mundial, a musicoterapia surge, para além da área da psiquiatria, em outros contextos de saúde (reabilitação, deficiência do desenvolvimento, tratamento geriátrico, cuidados paliativos, cirurgia geral e programas de oncologia) (Bulfone, Quattrin, Zanotti, Regattin & Brusaferro, 2009; Mohammadi *et al*., 2012; Nizamie & Tikka, 2014, Stanczyk, 2011). Define-se, segundo a Federação Mundial de Musicoterapia, como "a utilização da música e/ou dos seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta profissional com um paciente/grupo num processo destinado a promover e facilitar a comunicação, interacção, aprendizagem, mobilidade,

expressão, organização e outros alvos terapêuticos para trabalhar as necessidades físicas, emocionais, sociais e cognitivas das pessoas" (Martí-Augé *et al*., 2015).

Mais concretamente, dentro da área da saúde mental, a intervenção musicoterapêutica opera em diversas áreas, tais como, distúrbios psicóticos: esquizofrenia, distúrbios esquizo-afetivos e psicose induzida por drogas; distúrbios de humor: distúrbios de depressão major, doença bipolar e luto; distúrbios de ansiedade; distúrbios de desenvolvimento: autismo e atraso mental e distúrbios neurológicos: demência e doença de Parkinson (Camsari, 2009).

As várias áreas inserem-se dentro de dois diagnósticos, nomeadamente, a incapacidade intelectual, que segundo o DSM-5 (2014), surge antes dos 18 anos de idade e está inserida dentro das perturbações do desenvolvimento intelectual e reflecte a consequência de uma lesão adquirida durante o período de desenvolvimento, que leva a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, apresentando limitações em diversas áreas (motora, cognitiva, socioeducativa e comunicação). E também, a doença mental que afecta o desempenho da pessoa e provoca alterações ao nível da ansiedade, humor, alimentação, personalidade e psíquico. As várias doenças mentais (depressão, doença bipolar, esquizofrenia, anorexia, bulimia, entre outras) provêm de origens distintas, tais como, falhas no funcionamento do cérebro, predisposição genética, alterações clínicas, alterações químicas cerebrais e/ou situações de stress no presente ou já anteriores (Shimosakai, 2011).

Ao falar deste tipo de população, imediatamente somos remetidos para pessoas com graus de incapacidade consideráveis. Logo, referimo-nos a pessoas que exigem uma supervisão constante, com auxilio nas diversas atividades e rotinas diárias. Assim, esta realidade assume-se como um obstáculo na vida dos cuidadores, uma vez que, não

conseguem assumir a supervisão necessária (trabalho, saúde, horários, entre outros), obrigando-se a proceder ao processo de institucionalização.

A institucionalização, segundo a sua definição mais básica, reflecte o acto de "institucionalizar", que consiste no processo de "colocar alguém ou colocar-se, de forma permanente ou por longo período de tempo, numa instituição de correcção, de assistência ou de cuidados de saúde" (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013, consultado em 12-07-2018).

O objectivo do presente estágio debruçou-se sobre a intervenção musicoterapêutica sobre seis utentes da Associação Quinta das Pontes, que apresentam diagnóstico de esquizofrenia, doença bipolar e/ou depressão. Para uma melhor compreensão, ao longo do relatório é descrita uma contextualização teórica sobre o tema, abordando os conceitos de saúde mental, musicoterapia e institucionalização. Na segunda parte, são apresentados os participantes, procedimentos, instrumentos, horários e dinâmicas da estagiária e da instituição. Na terceira parte, descrevem-se dois estudos de casos em pormenor, bem como, os restantes utentes intervencionados. E por fim, é apresentada uma pequena conclusão sobre o estágio.

Instituição – Associação Quinta das Pontes

A Associação Quinta das Pontes, também designada pelas siglas AQDP, com actividade desde finais dos anos 90, assume-se desde 2010 como uma IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social. Sedeada no Espinhal (Penela – Coimbra), esta instituição acolhe adultos entre os 18 e os 65 anos de idade, que apresentem diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual.

Trata-se de uma instituição que, no processo de intervenção, tem por base o modelo de reabilitação psicossocial, que se apresenta com três objectivos principais – o desenvolvimento da autonomia de cada utente; a estimulação de competências já adquiridas e a aquisição de novas aptidões, em conformidade com as necessidades e capacidades de cada utente.

O modelo apresentado acima é dirigido, segundo o plano individual, a todos os utentes da instituição, que frequentam as diversas respostas sociais: o Lar Residencial (L.R.), o Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.), a Residência Autónoma (R.A.) e a Residência de Apoio Moderado (R.A.M.).

O Lar Residencial (L.R.) é, segundo o Diário da República, 1ª série – nº42 – 2 de Março de 2015, portaria nº59/2015, artigo 2º, definido como "um estabelecimento para alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente de pessoas com deficiência e incapacidade que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar". Por sua vez, a Residência Autónoma (R.A.), segundo a mesma fonte, é definida por "um estabelecimento de alojamento temporário ou permanente que funciona num apartamento, moradia ou outra tipologia similar, destinado a pessoas com deficiência e incapacidade que, mediante apoio, possuem capacidade de viver de forma autónoma".

O Centro de Atividades Ocupacionais (C.A.O.), segundo o Diário da República, 1ª série – B, nº85 – 3 de Maio de 2006, portaria nº432/2006, com base no Decreto-Lei nº18/89, de 11 de Janeiro, é definido como a "modalidade de apoio integrado no âmbito da acção social cujo objectivo é o de promover a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência de forma a permitir-lhes o desenvolvimento possível das suas capacidades sem qualquer vinculação a exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral".

A Residência de Apoio Moderado (R.A.M.) recebe os utentes com diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade psicossocial que se encontram clinicamente estabilizados, mas que apresentem ausência de suporte familiar e/ou social adequado.

Os utentes aquando o encaminhamento para a Associação Quinta das Pontes, são inseridos em uma das respostas sociais (Lar Residencial, Residência Autónoma ou Residência de Apoio Moderado), de acordo com – o seu diagnóstico, indicações restritas no processo individual e o estado de maturação da doença (grau, limitações, idade, entre outras características). Em paralelo com a inserção em uma das três respostas sociais, o utente passa a frequentar também o Centro de Atividades Ocupacionais, onde realiza atividades diversas.

Actualmente, a Associação Quinta das Pontes acolhe um total de 25 utentes que frequentam uma das três respostas sociais, em simultâneo com o C.A.O., à excepção de um utente que apenas frequenta o Centro de Atividades Ocupacionais.

Assim, a frequentar o C.A.O. e a Residência Autónoma encontram-se 5 utentes – 4 do sexo masculino e 1 do sexo feminino; a frequentar o Lar Residencial e o C.A.O. encontram-se 12 utentes – 7 do sexo feminino e 5 do sexo masculino; a frequentar a Residência de Apoio Moderado e o C.A.O. encontram-se 7 utentes – 1 do sexo feminino

e 6 do sexo masculino e a frequentar apenas o C.A.O. encontram-se apenas 1 utente do sexo masculino.

Na visão dos utentes da Associação Quinta das Pontes, e neste caso em particular, aos olhos do utente Jorge (utente pertencente à amostra do estágio), a instituição é definida como um espaço de mudança e crescimento. Assim:

Um rapaz

Havia um rapaz um pouco inteligente
Que gostava de algumas
Raparigas
E então namorou e queria casar, mas deixou-se disso.
Certo dia veio
Para o Espinhal, onde não conhecia ninguém!
E agora é alguém!
Começou a aprender coisas
Novas
E é um rapaz feliz
Como sempre quis.
Esse sou
Eu!
(Jorge, 05/03/2018)

População-alvo – Doença mental e Incapacidade intelectual

A Associação Quinta das Pontes (AQDP) trata-se de uma instituição que acolhe utentes em fase adulta, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade, que apresentem diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual. O diagnóstico único ou duplo diagnóstico revelam-se critérios obrigatórios na admissão dos utentes na instituição. Uma vez que, ambas as hipóteses, exibem graus significativos de dependência, bem como, de incapacidade nos diferentes níveis (nível físico, nível intelectual, entre outros). De acordo com o grau de funcionamento de cada utente, os mesmos são encaminhados para a(s) resposta(s) social que melhor se adequa a cada um, nomeadamente, a Residência Autónoma (RA), o Lar Residencial (LR), a Residência de Apoio Moderado RAM) e/ou o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO).

Sabe-se que, presentemente, a média de idades é de 44 anos em que as patologias mais presentes são a esquizofrenia, a depressão e a doença bipolar, com utentes oriundos de todo o país (Lisboa, Aveiro, Arganil, Avelar, entre outros).

Revisão Bibliográfica

Nesta secção do trabalho serão abordados, em maior pormenor, os conceitos fundamentais para a concretização do estágio – especificidades da amostra, ferramenta de intervenção e técnicas especificas. Pretende-se com isso, a aquisição de conhecimentos prévios, para uma melhor execução de todo o processo terapêutico.

Musicoterapia

"O ser humano é um todo, e a Musicoterapia é a técnica que mais se dirige ao todo do individuo" (Benenzon, 1988)

A música, mais do que qualquer outra arte, tem uma extensa representação neuropsicológica, conseguindo emergir no campo da afectividade, do controlo de impulsos e nas emoções, promovendo ainda, a motivação. É uma arte que proporciona a estimulação da comunicação e da memória não-verbal, sendo também, um estímulo para a plasticidade das funções cerebrais, uma vez que, envolve o armazenamento de símbolos organizados e a capacidade de retenção e memorização (Ghezeljeh *et al*., 2017; Weigsding & Barbosa, s/data).

A origem da musicoterapia moderna remonta ao período posterior à segunda guerra mundial, onde vários músicos visitavam os diversos hospitais nos Estados Unidos da América, para tocar música para as pessoas que estavam a sofrer de traumas físicos e/ou emocionais, derivados da guerra. Desde aí, a música num contexto específico tomou significado, e os clínicos começaram a exigi-la nas suas próprias clínicas, uma vez que, era notável os benefícios significativos que a mesma conseguia provocar na saúde de cada paciente (Bulfone, Quattrin, Zanotti, Regattin & Brusaferro, 2009; Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011; Nizamie & Tikka, 2014; Stanczyk, 2011).

Contam os muitos anos de história que perdura a ideia de que existe uma associação entre a música e a mente – Platão, um filósofo grego antigo que viveu entre

428 e 347 a.C., referiu "a música deixa as almas em mente", que significava que a música executada de formas diversas conseguia despertar emoções distintas em cada pessoa (Mohammadi *et al*., 2012; Nizamie & Tikka, 2014).

Com a evolução dos tempos, essa ideia foi sendo estudada, chegando até aos dias de hoje, tomando a acepção de "musicoterapia", que é definida como "o uso clínico da música, explorando as qualidades inatas da música (som, ritmo, melodia, harmonia, dinâmica e tempo), por um musicoterapeuta qualificado, para atingir as metas individuais, ao nível físico, ao nível psicológico, ao nível cognitivo e/ou ao nível social, trabalhando com todo o espectro de idades e problemáticas, com um utente ou um grupo" (Mössler *et al*., 2011), promovendo o "processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde, usando experiências musicais e os relacionamentos que se desenvolvem através delas, como forças dinâmicas de mudança" (Nizamie & Tikka, 2014).

A musicoterapia com a definição descrita acima, baseia-se em três particularidades: a modalidade – activa ou receptiva; o nível de estrutura – mais estruturado ou mais livre; e o foco – foco no produto musical ou no processamento verbal das experiências musicais (Mössler *et al.*, 2011). A modalidade pode assumir técnicas activas ou técnicas receptivas. As técnicas activas incluem todas as atividades em que o utente interage directamente, tocando e explorando os diversos instrumentos musicais, cantando com e/ou sem letra, compondo letras e/ou melodias e fazendo diversas experiências com instrumentos e sonoridades, incluindo uma variedade de atividades que vão desde a improvisação até à reprodução de músicas. Por sua vez, as técnicas receptivas colocam o utente a usufrui da audição de música. Essa música pode ser gravada ou tocada pela terapeuta, tendo por base, os gostos do utente ou a orientação

pretendida pela terapeuta. Ambas as técnicas (activas e receptivas) conseguem produzir uma activação do processamento interno do utente, produzindo resultados variados (Mössler *et al.*, 2011; Sharafi, 2016). O nível de estrutura (mais estruturado ou mais livre) pode apresentar alternância ao longo do decorrer da sessão, bem como, de sessão para sessão, em concordância com os objectivos terapêuticos de cada utente em cada sessão e sua pré-disposição, no momento. Esses níveis de estrutura, podem compreender diferentes graus, que vão desde formas mais estruturadas de atividades e de criação musical, com planeamento prévio, antes das sessões, até ao fluir da sessão, num plano improvisado, de acordo com o diálogo verbal, musical e/ou não-musical, estabelecido entre o terapeuta e o utente no decorrer da sessão (Mössler *et al.*, 2011; Nizamie & Tikka, 2014). Do foco – foco no produto musical ou no processamento verbal das experiências musicais, sabe-se que o mesmo varia de acordo com o modelo que serve de base à intervenção terapêutica, podendo ser dirigido mais para os processos que ocorrem na música, ou ao invés, podem ser orientados para uma reflexão verbal das questões que resultam dos processos musicais. Contudo, ambos são fundamentais porque ajudam o utente a entender o potencial da experiência, associando-o às situações da sua vida diária, com a ajuda constante do terapeuta (Montánchez *et al.,* 2016; Mössler *et al.*, 2011; Nizamie & Tikka, 2014;).

A intervenção musicoterapêutica possibilita a actuação individual, explorando os sentimentos, provocando mudanças positivas nos estados emocionais; promovendo a consciência do eu e do meio envolvente, adoptando formas adequadas no comportamento; estimulando a expressão verbal e a não-verbal, desenvolvendo os processos relacionais intra e interpessoais; melhorando a capacidade de memória, de

concentração e de atenção, promovendo uma melhor qualidade de vida, usando a prevenção, reabilitação ou tratamento (Martí-Augé *et al*., 2015).

Ao verificar-se o descrito, o utente reflecte melhorias ao nível da exteriorização e da verbalização, diminuindo o stress, a ansiedade e a agitação, criando uma pessoa mais confiante e independente, promovendo o seu bem-estar (Gold, 2007).

Podemos assim concluir que a musicoterapia é uma ferramenta de reabilitação, mais concretamente, reabilitação psicossocial, promovendo a coesão social, o bem-estar psicológico e fisiológico, e ainda, o funcionamento cognitivo e a expressão emocional de cada pessoa (Gold, 2009; Mohammadi *et al*., 2012).

A música, ferramenta central do processo musicoterapêutico, possui qualidades não-verbais, criativas, estruturais e emocionais que são centrais na relação terapêutica (Stanczyk, 2011) e que proporcionam melhorias nas necessidades físicas, emocionais (expressão), sociais (comunicação e relacionamentos), cognitivas (organização) e mentais. A música é um dos caminhos mais rápidos e eficazes na promoção do equilíbrio entre o estado fisiológico e o estado emocional, promovendo o bem-estar físico e psíquico do utente (Weigsding & Barbosa, s/data).

Percebemos então que, falar de musicoterapia e consequentemente, falar de música, é referir diversas metodologias e diferentes técnicas ao serviço da exteriorização e da comunicação. A comunicação é um elemento central do prazer, que induz a procura de relações humanas, e que, segundo o Principio do Iso apresentado por Benenzon (1988), surge da necessidade de estabelecer um contacto com o outro, começando pelo processo de imitação logo na primeira infância.

O Principio do Iso desenvolvido por Benenzon (1988), que engloba as técnicas não-verbais, reflecte um conceito dinâmico que condensa a noção da existência de um

som ou de um conjunto de sons, ou o de fenómenos acústicos e de movimentos internos, que definem cada ser humano. O autor criou cinco estruturas dinâmicas de Isos: o ISO gestáltico (Ig), o ISO cultural (Ic), o ISO universal (Iu), o ISO complementário (Ico) e o ISO grupal (Igr).O ISO gestáltico é definido como único de cada indivíduo. O ISO cultural é a identidade sonora cultural da qual o individuo e o seu grupo fazem parte. O ISO universal é comum a todos os seres humanos, independentemente dos seus contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos, referindo-se aos batimentos cardíacos, aos sons de inspiração e expiração, ao fluxo sanguíneo, entre outros. O ISO complementário estrutura-se temporalmente devido às pequenas mudanças que se produzem a cada dia, como resultado de circunstâncias ambientais específicas ou psicológicas do indivíduo. O ISO grupal é a identidade sonora que caracteriza um grupo, tendo em conta as afinidades musicais de cada elemento.

Incapacidade Intelectual e Doença Mental

"Não desejo suscitar convicções, o que desejo é estimular o pensamento e derrubar preconceitos" (Sigmund Freud)

A incapacidade intelectual e/ou a doença mental são os dois tipos de diagnósticos presentes na população-alvo do estágio. Pelos traços específicos que evidenciam cada um dos diagnósticos, torna-se relevante estudar e compreender, em maior pormenor, as duas problemáticas.

Incapacidade Intelectual ou Deficiência Intelectual

Ao longo dos tempos, a forma como a sociedade tratava as pessoas portadoras de deficiência foi-se modificando, progredindo desde as atitudes de extermínio e

superstição até ao processo de integração, à educação especial e à institucionalização. Especificando cronologicamente: a Antiguidade foi uma época marcada pela rejeição e pelo abandono, onde a pessoa portadora de deficiência era considerada um objecto de maldição. Isto porque, o valor central na sociedade da época era definido como a perfeição humana; a Idade Média evidenciou algumas alterações, onde o conceito de "pessoa portadora de deficiência", por influências da Igreja, passou a ser definido como "um fenómeno metafísico e espiritual, onde o individuo ocupava um papel de pessoa possuidora de um carácter divino ou demoníaco"; Mais tarde, surgiu a atitude de protecção para com os mais fracos (onde se incluíam as pessoas portadoras de deficiência), passando, ao invés do abandono, a ser acolhidas por instituições de caridade que surgiram com essa finalidade, designadas de asilos ou hospícios; O Renascimento veio salientar a perspectiva humanitária que já tinha surgido e que se prolongou até aos finais do século XVIII, período durante o qual, ocorreu uma crescente consciencialização da realidade da sociedade – diferenças, especificidades, necessidades e apoios necessários, levando à criação de instituições especializadas.

Para além disso, foi também nesta época que começaram a ser realizados os primeiros ensaios experimentais sobre métodos de tratamento, marcando assim, o início do estudo científico sobre a Deficiência Mental, actualmente designada por Incapacidade Intelectual ou Deficiência Intelectual (Teixeira, 2012).

Segundo o DSM-5 (2014) e a Organização Mundial de Saúde (http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/, consultado em 25/07/2018), a Incapacidade Intelectual ou Deficiência Intelectual, inserida dentro das perturbações do desenvolvimento intelectual, reflecte a consequência de uma lesão adquirida durante o

período de desenvolvimento e apresenta limitações em diversas áreas – área motora, área cognitiva, área socioeducativa e área da comunicação.

Essas limitações apresentam diferentes graus de lesão que, segundo o modelo teórico da American Association on Mental Retardation (2002), reflectem-se em cinco dimensões – dimensão I que compreende as habilidades intelectuais, que consiste nas capacidades necessárias para se adequar ao ambiente onde está inserido; a dimensão II que abrange o comportamento adaptativo, onde estão incluídas: as habilidades conceptuais, as sociais e as práticas da vida diária, apreendidas pela pessoa; a dimensão III que inclui os processos de interacção, de participação e os papéis sociais, com base no ambiente, na qual a pessoa está inserida; a dimensão IV que diz respeito à saúde, ao nível físico, mental e etiológico; a dimensão V onde está inserido o contexto, em que cada contexto promove diferentes oportunidades no âmbito da educação, do trabalho, do lazer, reflectindo uma influência na pessoa.

Assim, os diferentes graus de lesão resultam num espectro de Incapacidade Intelectual, que se divide, segundo o DSM-5 (2014) e a Organização Mundial de Saúde, em quatro graus diferentes – grau leve/ligeiro, grau moderado/médio, grau grave/severo e grau profundo.

O grau leve/ligeiro, no domínio conceptual, em crianças em idade escolar, evidencia dificuldades de aprendizagem académica (leitura, escrita, …) e em adultos, evidencia dificuldades ao nível do comprometimento do pensamento abstracto, das funções executivas, da memória a curto-prazo e do uso funcional das capacidades académicas; no domínio social, é notável uma imaturidade social (tudo à base do concreto) e uma dificuldade na regulação emocional e comportamental; no domínio

prático, evidencia-se numa necessidade de suporte das atividades complexas de vida diária (DSM-5, 2014; Santos & Morato, 2002).

O grau moderado/médio, no domínio conceptual, de uma forma geral, revela um atraso na aquisição de competências e conhecimentos; no domínio social, demonstra limitações no comportamento social e comunicativo e no domínio prático, o individuo consegue desempenhar os seus cuidados básicos pessoais (alimentação, vestir, higiene), sendo necessário um maior tempo para a execução dos mesmos. Nas restantes tarefas, também se tornam possíveis quando adaptadas – com supervisão e um maior tempo para a execução das mesmas (DSM-5, 2014; Santos & Morato, 2002).

O grau grave/Severo, no domínio conceptual, sucede uma dificuldade evidente na compreensão da linguagem escrita e/ou de conceitos (números, quantidades, …); no domínio social, apresenta uma linguagem limitada, a nível de termos, discurso e comunicação. O discurso e a comunicação são focados no aqui e agora. As relações com família e/ou conhecidos são um elemento importante de prazer e ajuda,

O grau profundo, no domínio conceptual, a sua base está no mundo físico, em vez, dos conceitos simbólicos. Contudo, as incapacidades motoras e sensoriais podem impedir o uso funcional de objectos; no domínio social, a compreensão da comunicação simbólica no discurso e nos gestos dos indivíduos está muito limitada; e no domínio prático, os indivíduos apresentam uma dependência total de outros. A sua actividade é baseada em tarefas simples, onde será necessário haver uma supervisão permanente.

A incapacidade intelectual ou deficiência intelectual apresenta uma incidência na população em geral cerca de 1%, variando com a influência da idade. Mais especificamente, o grau grave da doença em epígrafe prevalece em 6 em cada 1000 casos (DSM-5, 2014; Santos & Morato, 2002).

Doença Mental

A incidência da doença mental, nos diversos países, tem assumido valores relevantes, que justificam os estudos que têm vindo a ser realizados sobre a mesma. Em 2014, havia cerca de 43 milhões de adultos nos Estado Unidos da América com diagnóstico de doença mental, o que representa cerca de 18% da população adulta desse mesmo país. Metade da população com diagnóstico de doença mental apresenta doença mental profunda. Agravado isso, surge o facto de apenas 13% dos 43 milhões de adultos ter recebido tratamento (Asher, 2017).

Em Portugal, com base no Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), conseguimos concluir que a doença mental afeta mais de um quinto da população portuguesa, que representa, aproximadamente, 22,9% - 4% com doença mental grave, 11,6% com doença mental moderada e 7,3% com doença mental ligeira.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/, consultado a 25/07/2018), existem diversos tipos de doença mental que se caracterizam pela combinação de vários factores e que reflectem diferentes graus de limitação na vida diária de cada pessoa. Esses mesmos factores dizem respeito às falhas no funcionamento do cérebro, predisposição genética, alterações clínicas, alterações químicas cerebrais e/ou situações de stress no presente ou já anteriores.

De entre os diferentes tipos de doença mental, temos: as perturbações de ansiedade como o ataque de pânico, as fobias e o stress pós-traumático; as perturbações de humor, como a doença bipolar e a depressão; as perturbações alimentares, como a anorexia e a bulimia, as perturbações psicóticas, como os delírios e a esquizofrenia e as perturbações

da personalidade, como a doença da personalidade anti-social. Entre os diversos tipos, seguidamente são descritos, em pormenor, os que se mostraram relevantes estudar aquando a análise da população-alvo da Associação Quinta das Pontes. Assim, temos:

Esquizofrenia

A esquizofrenia define-se como uma perturbação mental grave que apresenta anormalidades na percepção e/ou expressão da realidade, afectando os cinco sentidos (visão, audição, paladar, olfacto e tacto). Trata-se de uma patologia que desencadeia diversos sintomas, nomeadamente, as alucinações (percepções falsas), os delírios (crenças falsas), as perturbações do pensamento, as dificuldades cognitivas, com limitações ao nível da memória, da concentração e do pensamento abstracto, os declínios no funcionamento social e/ou ocupacional, os comportamentos desorganizados e os sintomas negativos, reflectindo a falta de energia, a falta de motivação, a falta de prazer e a falta de expressão (Gold, 2009; Mohammadi *et al.*, 2012; Mössler *et al.*, 2011).

Trata-se de uma doença que reflecte um impacto dramático na pessoa, na família e na sociedade onde a mesma está inserida (Punzi *et al.*, 2018).

Esta patologia insere-se dentro do espectro das perturbações psicóticas, com uma sintomatologia complexa que surge na idade jovem-adulta e apresenta irregularidades, em um ou mais, dos cinco domínios seguintes – delírios, alucinações, pensamento/discurso desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal e sintomas negativos (DSM-5, 2014; Punzi *et al.*, 2018). Dentro dos sintomas positivos, que traduzem o acréscimo de algo à patologia, inserem-se os delírios, as alucinações, o pensamento/discurso desorganizado e o comportamento motor grosseiramente desorganizado. Os delírios são crenças fixas, onde o seu conteúdo

pode incluir uma diversidade de temas com diferentes definições: persecutório (mais comum), prevalece a crença de que o indivíduo irá ser prejudicado e/ou assediado; de referência, onde predomina a crença de que alguns gestos, comentários e/ou estímulos ambientais são direccionados à própria pessoa e de grandeza, assume-se quando uma pessoa crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama. As alucinações são experiências que ocorrem sem haver um estímulo externo, que são vívidas e claras, não estando sob controlo voluntário. Apesar de poderem ocorrer em diversos campos sensoriais, as alucinações auditivas são as mais comuns nas pessoas com doença esquizofrénica. O pensamento/discurso desorganizado é deduzido a partir do discurso da pessoa, uma vez que, esse mesmo discurso pode apresentar mudanças repentinas de tópico, de uma forma incoerente, levando a um discurso incompreensível. O comportamento motor grosseiramente desorganizado manifesta-se de várias formas, desde o comportamento desadequado até a agitação imprevisível. As dificuldades existentes podem ser observadas em qualquer comportamento dirigido a um objectivo, limitando toda e qualquer actividade da pessoa. Os sintomas negativos que reflectem a ausência e/ou a perda de funções normais são diversos – achatamento afectivo, alogia, avolia, anedonia, entre outros. Entre esses, o mais comum na pessoa com doença esquizofrénica é a expressão emocional diminuída, que se caracteriza por uma redução da expressão emocional evidenciada no rosto, no contacto visual, na entoação da fala (prosódia), nos movimentos das mãos, da cabeça e da cara, que são os elementos que complementam a componente verbal do discurso (DSM-5, 2014; Mohammadi *et al.*, 2012). Sabe-se ainda que os sintomas relacionados com a perda da criatividade, expressão emocional, processo relacional e a motivação são aqueles que apresentam maior enfoque no processo de intervenção musicoterapêutica (Mohammadi *et al.*,

2012). Os sintomas descritos acima, evidenciados pelas pessoas com a doença esquizofrénica, revelam diferentes tipos da doença, que podem sofrer alterações no decorrer do tempo. Os tipos de esquizofrenia existentes são a Paranóide, a Hebefrénica, a Catatónica e a Residual. Assim, a esquizofrenia paranóide, tipologia menos grave, reflecte a predominância nos delírios e nas alucinações auditivas; a esquizofrenia hebefrénica ou desorganizada, tipologia mais grave, apresenta incoerência ao nível da fala e do comportamento; a esquizofrenia catatónica, que é o tipo mais raro, evidencia que os sintomas motores característicos são proeminentes e esquizofrenia residual, que descreve os períodos entre episódios, onde há predominância de sintomas negativos (American Psychiatric Association, 2000; DSM-5, 2014; Mohammadi *et al.*, 2012).

Relativamente à incidência da doença em epígrafe, sabe-se que, ao longo do decorrer da vida, pode variar entre os 0,3% e os 0,7%, contudo, esses valores são também influenciados pela raça/etnia e pela origem geográfica (Punzi *et al*., 2018). Para além disso, a proporção entre os sexos difere em amostras e populações, havendo taxas mais elevadas dos sintomas negativos e maior duração da doença no sexo masculino (Programa Nacional para a saúde mental, 2014).

Depressão

A depressão reflecte uma doença psiquiátrica que evidencia estados de humor extremamente baixos, redução dos níveis de energia e perturbações ao nível do estado de vigia. Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde, a depressão trata-se da segunda principal causa de doença em todo o mundo, com uma incidência de 15 a 20 pessoas em cada 100.

A depressão é um termo que pode designar: um estado afectivo normal; um sintoma; uma síndrome; ou um conjunto de várias doenças, que estejam presentes na pessoa (Apóstolo, 2011).

É uma das perturbações mentais mais comuns, que se caracteriza por diversos sintomas, entre eles: os sintomas psíquicos, que englobam a tristeza, a angústia, os sentimentos de culpa, de inutilidade, a falta de confiança, a baixa auto-estima, a fadiga, o cansaço e a perda de energia; os sintomas fisiológicos, onde se insere a insónia, a hipersónia, a falta de apetite, o excesso de apetite e a redução do interesse sexual; os sintomas comportamentais, que abrangem as crises de choro, os comportamentos suicidas e o isolamento social; e os sintomas físicos, como as dores musculares, as dores abdominais, a perda de peso significativo e o aumento de peso significativo (Furegato, 2005; Porto, 1999).

A presença da doença depressiva pode provocar a existência de diversos problemas – comportamento disruptivo da desregulação do humor; o problema depressivo maior; o comportamento depressivo persistente (distimia); o comportamento disfórico pré-menstrual; o problema depressivo induzido por substâncias/medicamentos; o comportamento depressivo devido a outra condição médica; o comportamento depressivo especificado e o comportamento depressivo não especificado (DSM-5, 2014). Todos estes comportamentos distintos podem originar diferentes tipos de depressão – depressão crónica ou distimia, depressão maior, entre outros. Entre os diversos tipos, a depressão crónica, ou também definida, por distimia, revela-se a mais comum na população-alvo da Associação Quinta das Pontes.

Assim, torna-se importante descrever este tipo de depressão. A distimia ou depressão crónica é identificada e diagnosticada quando ocorre uma perturbação contínua do humor, por um período mínimo de dois anos nos adultos e por um período mínimo de um ano nas crianças. Este distúrbio apresenta uma taxa de incidência, na população em geral, entre os 3% e os 6%, aproximadamente. Dentro dessa percentagem,

afecta três vezes mais as pessoas do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino.

Os primeiros sintomas surgem, na maioria dos casos, durante a fase da adolescência. Contudo, é possível aparecerem também durante a infância ou até na fase adulta ou terceira idade (Acedido a 30 de Junho de 2018, no web site do: minuto saudável: https://minutosaudavel.com.br/sintomas-da-depressao).

A pessoa depressiva crónica, aos olhos dos outros, é vista como uma pessoa com mau humor, exigente, implicativa, queixosa e irónica. Por sua vez, aos seus próprios olhos, define-se como uma pessoa triste, desinteressante e com bastantes limitações (Spanemberg & Juruena, 2004).

Este tipo de depressão – depressão crónica ou distimia, comparativamente à depressão maior, apresenta episódios de intensidade mais leve. O maior sofrimento das pessoas com este tipo de depressão reside na ausência de prazer ao realizar as atividades habituais, sentindo uma limitação na sua própria vida (Porto, 1999). Apesar disso, nem sempre a doença se encontra estabilizada, podendo exibir duas fases distintas – a fase estável, que é caracterizada por um período limitado em que o utente não apresenta queixas e/ou referência a episódios negativos; em oposição, a fase mais debilitante, que ocorre com maior frequência e é definida por sentimentos de fadiga, de apatia, de desinteresse, de desânimo, com grande tristeza e dificuldade no processo relacional.

Como referido anteriormente, os utentes com diagnóstico de distimia, percepcionam a realidade da vida de uma forma divergente da realidade: qualquer acontecimento da vida é percepcionado com angústia, sendo que as vivências desagradáveis, tais como as desilusões, as mágoas, as frustrações, estão presentes por longos períodos de tempo e são lembradas com intensidade, sofrimento e emoção. Ao invés, as vivências prazerosas

são facilmente esquecidas, sendo tratadas com desprezo e sem qualquer valorização (DSM-5, 2014).

Doença bipolar

Assim como a depressão (doença descrita anteriormente), também a doença bipolar está inserida no conjunto dos distúrbios do humor. Logo, é possível afirmar que a doença bipolar é uma perturbação psiquiátrica caracterizada por alterações acentuadas do humor, que podem ocorrer de uma forma esporádica, cíclica ou consecutiva (Acedido a 27 de Junho de 2018, no web site da: saúde mental: http://www.saudemental.pt/perturbacao-bipolar/4589916631).

Os episódios que ocorrem na pessoa com diagnóstico de doença bipolar podem ser definidos como: episódios de depressão, episódios de mania ou episódios de hipomania, que podem apresentar-se de forma isolada ou combinada (Souza, 2005).

Os episódios depressivos, ao invés dos episódios de mania e de hipomania, apresentam um humor deprimido. Durante o período mínimo de duas semanas, as pessoas podem apresentar vários sintomas – a perda de interesse e de prazer, na maioria das atividades; a falta de energia ou cansaço constante; as alterações significativas no apetite e no peso; a instabilidade nos períodos de vigia (dormir demais ou não conseguir adormecer); os sentimentos de inutilidade; a dificuldade de concentração e ainda, os pensamentos recorrentes de suicídio ou morte (Soeiro-de-Souza, 2011).

Por sua vez, os episódios maníacos são diagnosticados quando a crise decorre durante um período superior a 7 dias e/ou quando é necessário a hospitalização. Trata-se de episódios que podem afectar o humor, reflectindo-se no humor excessivamente feliz, irritado ou exaltado; e as funções vegetativas, onde surge a grandiosidade (confiança excessiva), a redução da necessidade de dormir, a perda de concentração, o aumento das

atividades dirigidas por objectivos, o aumento da energia (desassossego e agitação) e o discurso exuberante (Moreno *et al.*, 2005; Soeiro-de-Souza, 2011). Para além dos sintomas referidos anteriormente, podem também surgir sintomas psicóticos – as alucinações, os delírios e/ou o pensamento desorganizado (Soeiro-de-Souza, 2011).

Por último, os episódios hipomaníacos são caracterizados por comportamentos semelhantes aos episódios maníacos, embora com uma relevância mais leve, que faz com que, a sua duração seja menor e não ocorram sintomas psicóticos, não requerendo o processo de hospitalização. Apesar disso, este tipo de episódios apresentam mudanças no humor - euforia ou irritabilidade, hiperactividade, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, tomada de iniciativa, participação em atividades prazerosas e impaciência, que se tornam perceptíveis às outras pessoas (Moreno *et al.*, 2005; Soeiro-de-Souza, 2011).

A doença bipolar apresenta uma incidência de 1 em cada 100 pessoas.

Adultos institucionalizados

O conceito de institucionalização é um termo cada vez mais discutido e presente na sociedade de hoje, contudo, a literatura neste campo ainda se revela bastante escassa.

A institucionalização surge como a solução que melhor responde às necessidades dos cuidadores dos doentes que apresentam um grau de dependência e/ou autonomia limitada, que exigem uma supervisão constante (Vieitas, 2015). Segundo o Dicionário Priberam (2008-2013, consultado em 12-07-2018), "institucionalização" consiste no acto de "institucionalizar", que é definido como o processo de "colocar alguém ou colocar-se a si, de forma permanente ou por longo período de tempo, numa instituição de correcção, de assistência ou de cuidados de saúde".

Aqui, a instituição desempenha um papel importante no que se refere ao processo de integração. O doente transporta consigo uma pessoa, uma vida, um livro já escrito, mas não concluído. E dessa forma, é necessário que todo o procedimento, tenha por base alguns elementos centrais, tais como, a história de vida de cada utente, a sua personalidade, o seu processo relacional com os familiares, amigos e a sociedade num todo, bem como, os seus hábitos e rotinas, os seus gostos e preferências e as suas dificuldades e potencialidades. Pretende-se com tudo isto, minimizar o impacto negativo que resulta do processo de institucionalização, no utente, mas também nos seus cuidadores (Vieitas, 2015).

Musicoterapia na doença mental e na incapacidade intelectual

Em 1964 foi publicado o primeiro relatório formal sobre musicoterapia. Nos últimos 15 a 20 anos, apresentou-se um aumento significativo no número de estudos clínicos e avaliações em musicoterapia, especialmente na área da psiquiatria (Nizamie & Tikka, 2014).

A música trata-se de uma ferramenta com um grande potencial dentro do contexto psiquiátrico, uma vez que revela uma forma de estimulação sensorial que consegue mobilizar o paciente devido à familiaridade, previsibilidade e sentimentos de segurança associados à mesma (American Music Therapy Association; Ghezeljeh *et al*., 2017; Stanczyk, 2011). A literatura aponta para efeitos como alterações positivas ao nível do estado de humor, do estado emocional, da capacidade de atenção e de concentração, da capacidade de integração e cooperação, da capacidade de expressão, do estado de relaxamento, da auto-estima, da percepção pessoal, da consciência do eu e do meio envolvente e do desenvolvimento das interacções sociais (Montánchez *et al.*, 2016; Nizamie & Tikka, 2014).

No processo de intervenção musicoterapêutica com este tipo de população, que apresenta diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual, a especificidade do problema psiquiátrico que o utente possui é o elemento central do processo. Essa particularidade na pessoa do utente, vai afectar as suas escolhas, as suas atitudes e os seus comportamentos, os quais, a terapeuta tem que ter em conta no desenvolver todo o processo, para que, a intervenção seja projectada individualmente para a pessoa, com base na sua individualidade enquanto doente, mas também enquanto pessoa, que possui as suas necessidades e potencialidades (Nizamie & Tikka, 2014).

Para acontecer o processo de intervenção musicoterapêutica, são necessários três elementos – o utente, o musicoterapeuta e a música.

O utente é o elemento sobre o qual a terapia vai incidir. Retracta a pessoa que possui um diagnóstico representativo de uma doença, e para a qual, procura um tratamento não farmacológico.

O musicoterapeuta é a pessoa que dirige todo o processo, de acordo com o diagnóstico do utente. Pode ser definido como a figura-chave no processo de intervenção musicoterapêutica, ocupando a função de facilitador na relação. A relação terapêutica estabelecida entre o utente e o terapeuta é fundamental para que o utente crie na sessão um espaço de empatia, aceitação, confidencialidade e segurança, promovendo a expressão e a exteriorização.

A música é o elemento que compreende os instrumentos, as músicas inventadas e do repertório, os jogos e os movimentos. Trata-se de uma ferramenta que permite o emergir em zonas difíceis da pessoa – área da personalidade, área da comunicação; espontaneidade e exploração do processo terapêutico externo e interno. Ao aceder a essas áreas distintas, estimula-se a expressão livre e criativa, a comunicação não-verbal

(uma vez que a componente verbal é uma das áreas com lesão neste tipo de população) e a exteriorização de sentimentos, através do desenvolvimento de formas de comunicação (Montánchez *et al.*, 2016).

Esse processo de intervenção referido até então, que utiliza a música como uma ferramenta no contexto terapêutico, toma a acepção de "musicoterapia", que segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), é definido como "a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um utente ou um grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objectivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas do utente".

O processo de intervenção musicoterapêutica com a população em estudo (pessoas com diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual) define-se como um método psicoterapêutico que utiliza estratégias não-verbais na interacção musical como meio de comunicação e expressão. Uma vez que, como já foi referido, trata-se de uma população que apresenta lesões graves na área da comunicação verbal (Gold, 2007; Montánchez *et al.*, 2016; Mössler *et al.*, 2011).

O processo terapêutico encontra-se dividido por sessões, que podem decorrer em estrutura individual ou em estrutura de pequeno grupo. Independentemente da estrutura da sessão, a mesma acontece com base em diversas técnicas – desde a criação literal e/ou musical até à discussão verbal, incluindo a audição de músicas, a reflexão, a improvisação, entre outras. Entre as diversas técnicas, a improvisação reflecte uma das experiências fundamentais na intervenção com este tipo de população. Trata-se de uma ferramenta que proporciona à pessoa com diagnóstico de doença mental e/ou

incapacidade intelectual, uma oportunidade de estabelecer relações interpessoais, conseguindo explorar e expressar os seus sentimentos de uma forma não-verbal (Gold, 2007; Montánchez *et al.*, 2016; Murow & Sanchez, 2003). Para além disso, proporciona à pessoa a descoberta de si própria, reconhecendo os seus aspectos positivos e os seus aspectos criativos, os quais muitas vezes, estão ocultados pela ausência da valorização pessoal e da baixa auto-estima da pessoa (Gold *et al.*, 2009; Mössler *et al.*, 2011).

Podemos assim concluir que a improvisação define-se como uma técnica essencial no processo de intervenção musicoterapêutica com a população em estudo. Contudo, segundo alguns autores, existe outra técnica importante para o processo terapêutico com este tipo de população – a criação literal e/ou musical. Trata-se de uma técnica que promove a melhoria do processo de socialização do utente; a melhoria da consciencialização da realidade externa; e ainda, a promoção da expressão verbal e não-verbal, como a linguagem corporal que através do gesto, do som, da atitude e do movimento consegue expressar e comunicar (Gold, 2007; Gold *et al.*, 2009; Montánchez *et al.*, 2016; Mössler *et al.*, 2011).

A conjugação das técnicas utilizadas, da estrutura definida para as sessões e dos objectivos propostos segundo a individualidade da pessoa, definem o(s) modelo(s) teórico(s) que está na base do processo de intervenção musicoterapêutica (Sequeira, 2006). Existem diferentes modelos teóricos, nomeadamente, o modelo biomédico, modelo behaviorista, modelo Rogeriano, modelo psicodinâmico, modelo biopsicossocial, modelo sistémico, entre outros. Entre os vários modelos, o trabalho em epígrafe fundamentou-se na combinação do modelo biopsicossocial com o modelo rogeriano. O modelo rogeriano é um dos modelos da psicologia que foi adoptado pela musicoterapia e direccionado para as intervenções musicoterapêuticas de carácter

psicoterapêutico. É centrado na pessoa, a qual está sujeita a uma constante de experiências em mudança. O foco de atenção direcciona-se para as potencialidades do ser humano e a intervenção é dirigida para as necessidades do utente, com uma abordagem humanista (Hipolito, 1999; Sequeira, 2006). Ao tratar-se de um modelo direccionado para a pessoa e para as suas potencialidades, em que a sua intervenção não é directiva, possibilitando o utente de ter um grande grau de autonomia e também enfatiza a consideração positiva incondicional, onde o terapeuta têm, para com o utente, uma total aceitação e apoio, revelou-se um método fundamental no trabalho com a população-alvo da AQDP, estimulando as competências de cada utente e promovendo um bem-estar e uma melhor qualidade de vida.

Por sua vez, o modelo biopsicossocial também valoriza a pessoa e a sua individualidade, contudo, vai além disso. Trata-se de um modelo que assenta na visão da pessoa como um todo - dimensão física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, entre outras. A doença é explicada por um complexo conjunto de factores, que englobam os biológicos, sociais e psicológicos. Neste modelo é estabelecida uma ligação entre o utente e o profissional de saúde, bem como, com os diferentes profissionais de saúde, de forma a, ocorrer uma adequação e continuação constante de métodos e estratégias (Sequeira, 2006).

A combinação destes dois modelos consegue caracterizar mais distintamente o processo de intervenção desenvolvido no decorrer do estágio. Uma vez que, esse mesmo processo, teve em conta as necessidades e potencialidades da pessoa (modelo rogeriano) enquadradas em diferentes contextos e momentos (modelo biopsicossocial), ocorrendo uma partilha constante sobre métodos, processo e resultados, com a direcção técnica da instituição (modelo biopsicossocial).

Os resultados que advém do processo de intervenção derivam de todos os factores descritos anteriormente, mas também, do número de sessões (dosagem) às quais o utente é sujeito durante o processo terapêutico (Na & Yang, 2009). Assim, sabe-se que quando a dosagem retrata um valor inferior às 20 sessões, a mesma consegue produzir apenas respostas nos efeitos negativos da doença - indiferença e insensibilidade emocional, fraca interacção musical e falta de interesse. Por sua vez, quando a dosagem reflete um valor superior às 20 sessões, já é possível obter resultados mais significativos (Gold *et al.*, 2008; Montánchez *et al.*, 2016; Mossler *et al.*, 2011).

Ao nível da investigação, foram realizados diversos estudos que foram verificando as técnicas e metodologias utilizadas na intervenção musicoterapêutica, obtendo os resultados descritos de seguida.

As experiências musicais podem ser reflectidas num espectro de complexidade – desde o mais simples ao mais complexo, tendo a oportunidade de ser adaptadas às necessidades de cada pessoa com a individualidade que a caracteriza (Montánchez *et al.*, 2016). Assim, percebemos, através dos estudos apresentados em seguida, que a musicoterapia isolada ou em adição aos cuidados padrão consegue trazer diversos benefícios às pessoas com diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual.

Na intervenção em musicoterapia, de uma forma geral, os resultados obtidos nos estudos apresentados demonstram que os utentes com doença mental grave que apresentam dificuldades ao nível da expressão e da comunicação, obtiveram benefícios aquando a participação em programas de intervenção musicoterapêutica (Montánchez *et al.*, 2016). Com o estudo realizado por Hayashi *et al.* (2002) concluiu-se que os efeitos da intervenção musicoterapêutica com esta população são benéficos nos sintomas negativos, bem como, na qualidade de vida de cada utente. Também Murow & Sanchez

(2003) concretizaram um estudo onde examinaram o uso da musicoterapia na percepção do bem-estar dos pacientes com diagnóstico de doença mental, bem como, a evolução dos seus sintomas negativos. Fizeram parte do estudo 15 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de diferentes tipologias, aos quais, foi intervencionado três tipos de programas psicossociais, entre eles, a musicoterapia. Na intervenção musicoterapêutica, foi utilizada a técnica da improvisação, de forma a, promover a comunicação verbal e não-verbal e a interacção interpessoal em pequeno e em grande grupo. Assim, os resultados obtidos mostraram que os pacientes melhoraram o seu bem-estar ao longo do processo terapêutico, bem como, apresentaram uma diminuição significativa dos sintomas negativos. Mais tarde, Na & Yang (2009) realizaram um estudo com o qual demonstraram que ocorreu uma diminuição estatisticamente significativa na frequência de alucinações auditivas e uma diminuição significativa dos sintomas negativos após a audição de música (outras das técnicas musicoterapêuticas). Contudo, os efeitos provocados pela intervenção musicoterapêutica dependem do tipo de tratamento, da duração da intervenção, das técnicas utilizadas e dos instrumentos de avaliação aplicados. Outro estudo que reforça os efeitos provocados pela intervenção musicoterapêutica com utentes com diagnóstico de doença mental e/ou incapacidade intelectual foi apresentado por Mohammadi *et al.* (2012). Trata-se de um estudo que comparou o impacto da intervenção musicoterapêutica nos sintomas negativos em relação aos sintomas positivos em utentes com esquizofrenia. Desse estudo, fizeram parte 96 participantes que foram escolhidos aleatoriamente e divididos por dois grupos - grupo de controlo e dois grupos experimentais. O grupo experimental 1 recebeu musicoterapia activa – reprodução individual e em grupo, improvisação, canto e movimento e o grupo experimental 2 recebeu musicoterapia passiva – audição de

música gravada. Ambos os grupos com sessões semanais durante o período de 1 mês. O grupo de controlo não recebeu nenhuma sessão de musicoterapia. Os resultados obtidos foram que ambos os tipos de musicoterapia tiveram efeitos significativos com melhores resultados nos sintomas negativos em comparação com os resultados dos sintomas positivos. Assim, os autores concluíram que a musicoterapia apresenta efeitos benéficos sobre os sintomas negativos e os sintomas positivos dos utentes com doença mental.

Para além dos autores referidos anteriormente, muitos outros obtiveram resultados significativos na intervenção musicoterapêutica em utentes com doença mental, entre eles: Gold (2005), que referiu que a musicoterapia tem um efeito positivo nos sintomas gerais e também nos sintomas negativos derivados do diagnóstico; Talwar *et al.* (2006) e Ulrich *et al.* (2007), através dos estudos apresentados, demonstraram que a intervenção musicoterapêutica apresenta efeitos positivos nos sintomas negativos do paciente; Martinez *et al.* (1999), através do programa de reabilitação do utente esquizofrénico, onde a música foi utilizada como forma de comunicação verbal, promovendo a interacção grupal, conseguiu demonstrar que a musicoterapia foi eficaz na redução da taxa de hospitalização, na melhoria do funcionamento familiar e psicossocial e ainda no desempenho diário do paciente; e ainda Lorono (1996), na realização do seu estudo, conseguiu percepcionar que os pacientes com doença mental grave apresentam dificuldades especiais de expressão e comunicação, mostrando também rejeição nos relacionamentos. Contudo, conseguiu concluir que, na intervenção musicoterapêutica, os pacientes tem a oportunidade de se expor num contexto diferente, favorecendo a sua expressão e exteriorização.

Na intervenção musicoterapêutica em adição aos cuidados padrão, Tang *et al.* (1994) realizaram um estudo com 76 pacientes internados com diagnóstico de

esquizofrenia residual, divididos aleatoriamente em grupo de controlo e grupo experimental. O grupo de controlo recebeu os cuidados padrão, por sua vez, o grupo de controlo recebeu os cuidados padrão adicionados à intervenção musicoterapêutica, durante o período de um mês. Essa mesma intervenção incluía a audição de música, bem como, o canto. Após a conclusão do estudo, os resultados mostraram que a musicoterapia diminui significativamente os sintomas negativos dos pacientes, aumentando a capacidade de conversar com os outros, reduzindo o isolamento social e ainda, aumentando o interesse em eventos externos.

Segundo o estudo realizado por Gold *et al.* (2005), foram examinados os efeitos da musicoterapia de curto a médio prazo (1 a 3 meses), com a dosagem de tratamento entre as 7 e as 78 sessões, em adição aos cuidados padrão. Os resultados obtidos evidenciaram efeitos positivos no estado mental em geral, nos sintomas negativos e no funcionamento social. Para além disso, também foi possível concluir que a musicoterapia como complemento aos cuidados padrão, ajuda as pessoas com doença mental a melhorar o seu estado global, bem como, a melhorar o seu estado mental e o seu funcionamento, dependendo do número de sessões (dosagem) a que o utente está sujeito.

Mais tarde, Ulrich *et al.* (2007) apresentaram um estudo que foi realizado com 37 pacientes com problemas psicóticos: 21 pacientes no grupo experimental e 16 pacientes no grupo de controlo, escolhidos de forma aleatória. Ambos os grupos receberam os cuidados padrão. Acrescido a isso, o grupo experimental foi sujeito à intervenção musicoterapêutica. Após o estudo, foi possível concluir que a musicoterapia diminuiu os sintomas negativos e melhorou os processos relacionais, o que ajuda o utente a adaptar-se ao ambiente social, após a alta hospitalar.

Ainda no mesmo ano, Gold (2007) apresentou um estudo em que comparou os cuidados padrão com a adição da musicoterapia com os cuidados padrão isoladamente. Os resultados evidenciaram que a musicoterapia em adição aos cuidados padrão ajuda na melhoria dos sintomas negativos inerentes aos utentes com diagnóstico de doença mental.

Como reforço dos resultados obtidos nos estudos anteriores, também Gold *et al.* (2008) apresentaram um estudo em que teve como objectivos a exploração dos efeitos da musicoterapia isoladamente, bem como, a exploração dos efeitos da musicoterapia em adição aos cuidados padrão, em comparação, com os cuidados padrão ou até em comparação com nenhum tratamento, para pessoas com doenças mentais graves. Assim, percebeu-se que para intervenções de "baixa dose" (inferior a 20 sessões), os efeitos no estado mental não foram significativos, mas houve uma resposta significativa nos sintomas negativos da doença. Por sua vez, com uma intervenção de "dose elevada" (superior a 20 sessões), os efeitos no desempenho geral da pessoa foram significativos. É possível concluir que, uma vez que a música consegue emergir nas questões relacionadas à emoção e aos processos relacionais, torna-se uma ferramenta essencial neste tipo de população. Para além disso, para que a intervenção musicoterapêutica apresente efeitos significativos é necessário decorrer o número suficiente de sessões. A musicoterapia adicionada aos cuidados padrão consegue produzir melhorias na condição geral, bem como, no estado mental do utente.

À semelhança do estudo anterior, também Yang & Otros (2008) apresentaram um estudo onde foram examinados os efeitos da musicoterapia em complemento com a medicação em utentes com doença mental. Basearam-se nas seguintes ideias: que o objetivo da psiquiatria é retornar o paciente ao seu ambiente social, bem como, os

antipsicóticos convencionais são eficazes e fundamentais no tratamento de sintomas positivos, mas que os sintomas negativos são mais resistentes a este tipo de tratamento. Assim, após a realização do estudo, concluiu-se que a apatia, a pobreza afectiva e a desorganização cognitiva melhoraram significativamente. Logo a musicoterapia pode ser usada como uma forma de comunicação social e as atividades musicais devem actuar como uma ferramenta de socialização, promovendo a interacção entre pessoas.

Posteriormente, Peng *et al.* (2010) e Sousa e Sousa (2010) descobriram, através dos estudos realizados, que a musicoterapia é uma ferramenta eficaz para a melhoria e reabilitação dos sintomas derivados do diagnóstico de doença mental, quando utilizada como complemento dos cuidados padrão.

E ainda, Mossler *et al.* (2011), através do seu estudo, evidenciaram que a musicoterapia em adição aos cuidados padrão consegue ajudar as pessoas com esquizofrenia a melhorar o seu estado, os sintomas negativos, a depressão, a ansiedade e o funcionamento social a curto e a médio prazo, uma vez que, emerge sobre os aspectos motivacionais, emocionais, relacionais. Contudo, esses mesmos resultados variam de acordo com o número de sessões. As sessões devem ocorrer regularmente e com uma participação ativa por parte do paciente, com um mínimo de 20 sessões e incluem, entre outras técnicas, a improvisação e a discussão. Segundo os resultados obtidos, concluiu-se que os efeitos médios da musicoterapia nos sintomas gerais e negativos, bem como, no funcionamento, ocorrem entre as 16 e as 24 sessões. É uma terapia eficaz nos sintomas negativos (perda de interesse, ausência de motivação, falta de entusiasmo e baixo poder afectivo).

Objetivos do estágio

A música permite contactar com a vida afetiva do utente de uma forma mais acessível que a linguagem verbal (Carvalho, 2012).

Assim, o estágio realizado na Associação Quinta das Pontes entre Setembro de 2017 e Julho de 2018, tendo em conta a sua população-alvo, que reflecte inibição ao nível da comunicação, da memorização e da expressão, utilizou a musicoterapia como uma ferramenta facilitadora desses mesmos processos.

A intervenção musicoterapêutica surgiu assim, como uma abordagem complementar às actividades desenvolvidas na instituição que recorre à actividade musical interactiva como forma de facilitar os processos expressão emocional e de comunicação, auxiliando na promoção da qualidade de vida de cada utente.

Portanto, o estágio curricular descrito neste documento regeu-se pelos seguintes objectivos gerais:

- Promover os processos de exteriorização e expressão da pessoa, através de linguagens alternativas à palavra;
- Promover a auto-determinação e o emergir na identidade pessoal;
- Desenvolver a capacidade de memorização e a continuidade da narrativa do eu

Metodologia

No âmbito do estágio curricular do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa desenvolvido na Associação Quinta das Pontes, com sede no Espinhal (Penela), foram realizadas intervenções terapêuticas em setting individual, com sessões de periodicidade bissemanal, utilizando a música como ferramenta central de expressão, estruturação do pensamento e mediador da relação.

Nesta secção da metodologia, será descrito todo o processo referente à intervenção musicoterapêutica, que decorreu ao nível prático durante o estágio.

Descrição do grupo de participantes

No presente estágio participaram seis utentes - quatro do sexo masculino e dois do sexo feminino, institucionalizados na Associação Quinta das Pontes, com idades compreendidas entre os vinte e sete e os sessenta e três anos de idade. No presente relatório os nomes dos utentes tomaram uma denominação fictícia, para garantir a sua privacidade e confidencialidade.

Nome	Ano de Nascimento	Diagnóstico	Ano de entrada na AQDP	Resposta social
Diogo	1990	Esquizofrenia paranóide	2016	Lar Residencial e C.A.O.
Carlos	1954	Psicose esquizofrénica com sintomatologia residual	2002	Residência Autónoma e C.A.O.
Maria	1991	Quadro depressivo; Doença mental grave; Doença bipolar	2012	Lar Residencial e C.A.O.

Isabel	1968	Epilepsia; Esquizofrenia paranoide	2014	Lar Residencial e C.A.O.
Joaquim	1971	Esquizofrenia paranóide	2016	Lar Residencial e C.A.O.
Jorge	1982	Esquizofrenia hebefrénica	2004	Lar Residencial e C.A.O.

Tabela 1 – Dados da amostra

Instrumentos e métodos de avaliação

No processo de avaliação de cada utente e do seu processo, foram utilizados dois procedimentos: o procedimento contínuo e o procedimento periódico.

No procedimento contínuo, a avaliação do utente e da sessão utilizou vários métodos: a observação-participante da terapeuta no decorrer de cada sessão; o visionamento das gravações de cada sessão; o registo da sessão (anexo X), elaborado e preenchido pela terapeuta; e o registo individual de cada sessão (anexo Y), elaborado pela terapeuta e preenchido pelo(a) utente.

No procedimento periódico, a avaliação foi registada em dois momentos distintos do processo de intervenção musicoterapêutica, nomeadamente,na fase inicial e no término do processo, com a utilização do mesmo instrumento de avaliação, em ambos os momentos. O instrumento utilizado(anexo Z) foi criado pela terapeuta e é constituído por oito questões de reflexão pessoal, com uma escala de resposta com cinco itens, desde o discordo totalmente até ao concordo plenamente – Escala de Likert. O instrumento de avaliação foi preenchido pelos seis utentes que fizeram parte da amostra do grupo de intervenção, assim como, por outros cinco utentes externos à intervenção

que, segundo a direcção técnica da AQDP, apresentam características semelhantes aos utentes intervencionados.

Para além do instrumento de avaliação descrito anteriormente, foi também aplicado um questionário. Esse questionário, definido por "O que eu adoro e o que menos gosto" (anexo W), teve como objectivo aferir os gostos e as preferências, referentes ao nível musical, dos seis utentes que foram encaminhados para o processo de intervenção musicoterapêutica. Contrariamente ao instrumento de avaliação, este questionário foi apenas aplicado na fase inicial do processo de intervenção, de forma a, dar a conhecer à terapeuta algumas particularidades de cada utente, que se revelassem ferramentas úteis no processo terapêutico.

Procedimento

Tudo começou com uma reunião a 29/08/2017 com a direcção técnica da Associação Quinta das Pontes, onde foram abordadas as principais questões: a população-alvo da instituição, os horários e rotinas, as linhas orientadoras da instituição (modelos) e ainda, a discussão de possíveis horários para o estágio.

Ao expor cronologicamente o processo de intervenção do presente estágio, percebemos que se torna importante clarificar dois termos distintos – o estágio e a sessão. O estágio retrata a maior secção que compreende todo o processo e descreve, de uma forma generalizada, o que decorreu ao longo do tempo e os seus respectivos limites temporais, desde a primeira visita à AQDP até à última, incluindo reuniões, sessões e pesquisas. Por sua vez, a sessão corresponde à secção que compreende a descrição da estrutura prevista para cada sessão, como as atividades, a duração de cada actividade, os objetivos a que se propõe cada uma das atividades e a quem se destina.

Estágio – O estágio curricular decorreu ao longo de seis períodos, marcados sobre uma linha cronológica:

Primeiro período, entre 20/09/2017 e 08/11/2017: A terapeuta tomou conhecimento de todos os utentes da Associação Quinta das Pontes – Lar Residencial, Residência Autónoma e Centro de Atividades Ocupacionais, através da leitura dos processos individuais de cada utente. No decorrer das rotinas diárias da instituição, a estagiária observou diversas atividades, tais como, os utentes na realização das atividades de vida diária (AVD) e no atendimento individual (diálogo, atendimento psicossocial e estimulação cognitiva) com a psicóloga da instituição. Em paralelo, foi também sendo realizada uma revisão de literatura sobre a população-alvo da instituição. No término deste primeiro período, procedeu-se a uma reunião com a orientadora de estágio presente na instituição, para debate de questões práticas do estágio, nomeadamente, os horários, o espaço para as sessões, o local para arrumo dos materiais e os utente encaminhados para o processo de intervenção.

Segundo período, entre 09/11/2017 e 13/12/2017: Iniciou-se o processo de intervenção musicoterapêutica, no âmbito do estágio curricular, com seis utentes da instituição, nomeadamente, Carlos, Joaquim, Jorge, Diogo, Isabel e Maria.

Terceiro período, entre 14/12/2017 e 02/01/2018: Férias de Natal – interrupção do processo de intervenção.

Quarto período, entre 03/01/2018 e 19/03/2018: Retomou-se o processo de intervenção musicoterapêutica, com os mesmos utentes referidos anteriormente.

Quinto período, entre 23/03 e 09/04/2018: Férias de Páscoa – interrupção do processo de intervenção. Procedeu-se à redacção da primeira parte do relatório, bem como, ao balanço individual de cada utente em intervenção.

Sexto período, entre 11/04/20118 e 22/06/2018: Concluiu-se o processo de intervenção musicoterapêutica com apenas cinco dos seis utentes mencionados acima, nomeadamente, Carlos, Joaquim, Isabel, Maria e Jorge. Isto porque, surgiu ao utente Diogo uma oportunidade de emprego dentro da sua área de formação (serviço de mesa), em horário coincidente com as sessões, que se revelou importante no seu processo de reabilitação.

De entre a população-alvo da AQDP, foram encaminhados seis utentes para o processo de intervenção musicoterapêutica, que se constituem como o conjunto de participantes do estágio. A escolha da amostra fundamentou-se em dois parâmetros – a história pessoal do utente com ligação à área musical, numa fase anterior à institucionalização e a situação actual do utente, que pode apresentar algumas limitações. Trata-se de uma actividade que pretende dar a conhecer e a experimentar um dinamismo diferente, de promover o processo de exteriorização através de ferramentas menos directivas, de estimular o processo de memorização, e ainda, de ter acesso a atividades em que a condição física não se imponha como uma limitação.

Com base na tabela apresentada anteriormente, os períodos temporais definidos como "processo de intervenção musicoterapêutica, no âmbito do estágio curricular" definem toda a secção mais prática concretizada durante o mesmo. No decorrer desse mesmo processo, foram implementadas diversas atividades: sessões individuais, onde a terapeuta estagiária, de acordo com os objectivos propostos no plano terapêutico

individual, recorreu a várias técnicas, tais como: o processo de improvisação, o repertório do utente, recolhido com base no princípio do Iso Musical, a composição literal e/ou musical e a discussão verbal do produto musical e/ou de outro tema que derive desse mesmo produto musical; aplicação dos instrumentos de avaliação aos utentes que se encontravam a frequentar as sessões de musicoterapia – Maria, Isabel, Diogo, Joaquim, Carlos e Jorge, e também, a outros cinco utentes externos à intervenção musicoterapêutica, que, segundo a direcção técnica da AQDP, foram identificados com características semelhantes (competências cognitivas, sociais, comportamentais, …) aos utentes intervencionados, sendo esses, os utentes Paulo, António, Leonor, Isaura e David; e ainda uma sessão em grupo recreativo, onde foram abordadas as experiências individuais ligadas à música e posteriormente, a execução em grupo.

Sessão – Cada sessão compreende três fases de desenvolvimento, onde em cada uma delas são executados procedimentos distintos de acordo com as particularidades de cada fase, bem como, com o utente. Podemos descrevê-las da seguinte forma:

Fase inicial da sessão (+/- 10 minutos) – Pequeno momento de verbalização entre a terapeuta e o(a) utente, em que ocorre a exteriorização sobre três temáticas: as atividades externas à intervenção musicoterapêutica, que decorreram desde a última sessão de musicoterapia; os elementos essenciais que marcaram a última sessão de musicoterapia, desde instrumentos, canções, criações, entre outros; e o estado físico e/ou emocional do(a) utente, em alguns casos, com a apresentação das principais razões que o justificam. Esta primeira fase da sessão, definida como fase inicial, pretende estimular o processo de memorização do(a) utente, bem como, dar a conhecer, à terapeuta estagiária, a pré-disposição do(a) utente para a sessão. Para além dessas

razões, este momento ajuda, o(a) utente, a estabelecer uma ligação entre as sessões, criando uma linha cronológica de acontecimentos, promovendo a consciencialização e progressão do processo terapêutico.

Fase intermédia da sessão (+/- 25 minutos) – Trata.se do momento que define a maior secção da sessão, reflectindo também, o momento mais díspar entre as sessões, assim como, entre os utentes. É aqui que, de uma forma mais planeada ou mais espontânea, surgem os processos de improvisação, de abordagem do repertório, de criação de letras e/ou melodias, de escuta activa de música gravada e/ou executada pela terapeuta, e ainda, a exteriorização verbal de um tema isolado e/ou como resultado da produção musical apresentada. Entre essas mesmas atividades, são escolhidas para cada sessão, as que se evidenciam mais pertinentes tendo em conta o momento, em coadjuvação, com os interesses expostos pelo(a) utente, de acordo com os objectivos propostos no plano terapêutico individual elaborado para cada utente da AQDP.

Todas as actividades/técnicas mencionadas anteriormente, tomam um ou vários objectivos:

Repertório – O repertório é um elemento singular. Segundo o princípio do Iso Musical, define o utente enquanto pessoa na música (os seus gostos, as suas preferências, entre outras). Constrói-se ao longo da vida, com as vivências e as aprendizagens, conseguindo transportar memórias de momentos marcantes vividos na história da vida. É um instrumento fundamental no jogo das emoções.

Improvisação – A improvisação é um processo fundamental na intervenção musicoterapêutica, principalmente, com este tipo de população. Trata-se de um método que pode acontecer de uma forma isolada (só o(a) utente), como também, num processo a dois (utente com o(a) terapeuta). De uma forma mais livre, o(a) utente pode explorar

os instrumentos do *setting* terapêutico, o seu próprio corpo e a sua própria voz, levando a cabo as suas ideias e sugestões. Torna-se uma ferramenta importante na estimulação da criatividade, da exteriorização, da comunicação (verbal e/ou não-verbal) e da relação interpessoal.

Criação – A criação trata-se de um processo que se pode desenvolver a dois níveis distintos – ao nível musical ou ao nível literal, que, apesar de diferenciados, podem ser complementares. Expõe-se como um método benéfico para a amostra do estágio, uma vez que, exige estruturação, pelo encadeado de ideias que impõe, bem como, pelas escolhas que o utente tem que optar e as decisões que tem que tomar. Ajuda na estimulação da criatividade, da concentração, do processo de exteriorização, promovendo a consciência das competências pessoais, levando à valorização pessoal.

Escuta musical – A escuta musical poderá decorrer em dois planos – audição de música gravada ou audição de música executada pela terapeuta. A escolha por um dos planos diverge de acordo com vários factores, tais como: os interesses de cada utente, o objectivo da actividade e ainda, a viabilidade de execução do tema escolhido.
Ambos os planos podem ser aplicados em diferentes momentos, nomeadamente, num momento em que se pretenda que o utente proceda a um processamento interno, como também, num momento de escuta e relaxamento.

Exteriorização verbal – A exteriorização verbal pode acontecer em qualquer uma das três fases da sessão, já descritas. Contudo, em cada uma delas assume propósitos diferentes. Na fase inicial, o utente relata, maioritariamente, acontecimentos exteriores à sessão. Na fase intermédia, como ocorre uma maior envolvência do utente na sessão e no processo, o utente narra sentimentos e memórias, resultantes da produção

musical. Na fase final da sessão, o utente descreve, de uma forma sucinta, a sessão como um todo.

Fase final da sessão (+/- 10 minutos) – É o último momento da sessão, e que por isso, decorre o balanço final da mesma. Esse balanço final é realizado em duas etapas: inicialmente é de uma forma verbal, onde o(a) utente, com questões apresentadas pela terapeuta, espelha o que foi realizado na sessão (atividades, criações, instrumentos musicais utilizados), bem como, a importância que isso teve para si. Posteriormente, esse mesmo balanço é concretizado com uma apreciação escrita, que consiste no preenchimento autónomo pelo(a) utente, de uma folha onde é escrito o que descreveu verbalmente (atividades, criações, instrumentos musicais utilizados), assim como, onde é pintado um pequeno quadrado com a cor que, segundo o(a) utente, melhor caracteriza a sessão, apresentando a(s) razões que o justificam.

***Setting* terapêutico**

O setting terapêutico compreende o espaço físico onde decorrem as sessões, bem como, os instrumentos que o compõe.

No estágio desenvolvido na Associação Quinta das Pontes, as sessões de musicoterapia decorriam na sala de estar da Residência Autónoma (que não era frequentada durante os horários das atividades). Esse espaço trata-se de uma sala espaçosa, da qual fazem parte algum material – dois sofás, uma televisão, duas mesas, um armário e uma estante. Durante o decorrer do estágio, por opção da estagiária de acordo com o comportamento apresentado pelos utentes, o setting terapêutico tomou duas organizações diferentes: numa fase inicial, era colocada uma carpete no chão sobre a qual eram colocados alguns dos instrumentos – guizeiras, clavas, pandeireta, tubos, xilofone, triângulo, guitarra, garrafas, bongós, reco-reco, ovos shaker, entre outros, e também, onde se sentavam

alguns dos utentes. O teclado era colocado em cima de uma mesa baixa, que se encontrava ao lado da carpete, como como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Setting terapêutico (Organização inicial)

Após o decorrer de algumas sessões, percebeu-se que o sentar no chão não era uma acção fácil e confortável para a maioria dos utentes, e por isso, optou-se pela modificação da organização do espaço.

Assim, os instrumentos (teclado, guitarra, bongós, xilofone, tubos, pau de chuva, entre outros) eram agora colocados, na íntegra, em cima da mesa baixa de madeira, como podemos observar na Figura 2; e os utentes sentavam-se nos sofás ou nas cadeiras de madeira.

Figura 2 – Setting terapêutico (Organização adaptada)

No *setting* terapêutico, para além de todos os instrumentos musicais já mencionados e apresentados nas figuras anteriores, existia também: um livro – "Livro de Canções Populares e Infantis", com letra e respectiva partitura de diversas músicas); folhas

brancas acompanhadas por uma lata de lápis de cor; e a máquina de fotografar/filmar, com a qual eram registadas todas as sessões, para posterior visualização e avaliação.

Horários e dinâmicas da instituição e do estagiário

Instituição – Os horários e dinâmicas da instituição são regulares numa periodicidade semanal, de acordo com a tabela seguinte:

Segunda-feira a Sexta-feira	Sábados	Domingos e feriados
7h45m – Hora de acordar 8h15m - 8h30m – Pequeno-almoço 8h30 - 9h30m – Higiene pessoal e limpeza do quarto e da casa de banho 9h30m – Inicio das atividades 11h – Lanche da manhã e intervalo 11h15 – Recomeço das atividades 13h – Almoço 14h – Hora de descanso 15h – Reinicio das atividades 16h30m - 16h45m – Pausa 17h45 – Término das atividades 17h45m - 20h – Banhos e medicação 20h – Jantar 21h30m – Ceia 22h30m – Hora de descansar	9h45m - 10h – Pequeno--almoço 10h - 13h – Limpezas 13h – Almoço 14h - 20h – Tempo-livre 20h – Jantar 21h30m – Ceia 22h30m – Hora de descansar	Tempo livre, à excepção dos horários das refeições;

Tabela 2 – Horários e dinâmicas da instituição

Estagiária – Os horários e dinâmicas da estagiária decorreram segundo um horário elaborado previamente, de acordo com as disponibilidades da estagiária, bem como, de acordo com os horários da instituição acima mencionados.

Assim, a estagiária apresenta-se na instituição às segundas, quartas e sextas-feiras no período entre as 9h15m e as 13h. Nesses mesmos dias, durante o período apresentado e com uma regularidade semanal, os utentes encaminhados para o processo de intervenção musicoterapêutica, foram distribuídos da seguinte forma:

	Segunda-feira	Quarta-feira	Sexta-feira
9h15m – 9h30m	Organização da sala	Organização da sala	Organização da sala
9h30m – 10h15m	João Carlos	Custódio	João Carlos
10h15m – 11h	João Viegas	João Viegas	Custódio
11h – 11h15m	Intervalo (registo)	Intervalo (registo)	Intervalo (registo)
11h15m – 12h	Cristiano	Ivone	Cristiano
12h – 12h45m	Marta	Marta	Ivone
12h45m – 13h	Organização da sala	Organização da sala	Organização da sala

Tabela 3 – Horário da estagiária

O horário apresentado sofreu alterações sempre que houve necessidade por parte da instituição (atividades coincidentes), dos utentes (doença e/ou consulta em horário coincidente) e/ou por necessidade da estagiária.

Estudos de caso

Do conjunto de participantes que foram intervencionados na AQDP, foram seleccionados dois para descrever mais aprofundadamente o caso e a intervenção musicoterapêutica. Foram eles a Isabel e o Jorge. A escolha destes dois utentes para estudos de caso, justifica-se com os resultados obtidos no processo terapêutico, bem como, com as evidências das técnicas musicoterapêuticas utilizadas.

Estudo de caso - Isabel

Apresentação – Isabel, uma utente do sexo feminino, conta actualmente com 50 anos de idade. Viveu com os seus pais e o seu irmão, em Celas (Coimbra). Aos 38 anos, a sua mãe faleceu. Desde aí, ficou a viver apenas com o seu pai, uma vez que, o seu irmão já se tinha ausentado de casa. Todas as atividades de lida diária eram realizadas, na íntegra, por uma empregada.

Durante a segunda infância (6 anos, aproximadamente), a utente Isabel foi diagnosticada com epilepsia e, mais tarde, no início da idade adulta foi diagnosticada com uma esquizofrenia, sendo desde aí acompanhada no departamento de Psiquiatria nos Hospitais da Universidade de Coimbra (H.U.C.).

Com o decorrer do tempo, o pai de Isabel foi evidenciando, cada vez com maior frequência, as fragilidades resultantes da sua idade avançada. Para além disso, a deterioração de Isabel era, a cada dia, mais marcada. Apresentava, com alguma regularidade, episódios alucinatórios – isolava-se no seu quarto, criava histórias, criava personagens e falava com elas.

Assim, em coadjuvação com o pai de Isabel e o serviço de psiquiatria dos H.U.C., a utente Isabel foi encaminhada para a Associação Quinta das Pontes, para que fosse elaborado um plano individual de reabilitação. Com 46 anos de idade, a utente

Isabel deu entrada na Associação Quinta das Pontes, mantendo-se como residente desta instituição há quatro anos. Mantém um contacto telefónico com o pai e visita-o durante os períodos das férias – Natal, Páscoa e verão.

Posteriormente, em Novembro de 2017, após quatro anos de institucionalização e com cinquenta anos de idade, a utente Isabel foi encaminhada, pela equipa técnica da AQDP, para o processo de intervenção musicoterapêutica. O processo de encaminhamento deveu-se à restrição de actividades às quais a utente estava forçada devido à sua condição física. A musicoterapia pode ser assim uma actividade na qual a utente poderia participar, proporcionando-se momentos de descontracção e alivio.

Diagnóstico e Encaminhamento para a musicoterapia – Como resultado da análise do processo de Isabel, recolheram-se algumas informações sobre o seu diagnóstico e o seu percurso de vida.

Trata-se de uma pessoa que, ao longo da sua vida, teve uma grande proximidade com a arte e com a cultura: desde o contacto com a literatura, à audição de diversos géneros de música até ao experimentar diferentes instrumentos, como o piano e a guitarra. Era assim o dia-a-dia de Isabel, momentos passados numa casa recheada de estantes repletas de livros, com um piano de um lado e uma guitarra do outro e ainda, inúmeras partituras - umas já existentes e outras ali criadas pelo seu pai. Esta riqueza cultural e musical já vinha sendo semeada pelo seu pai, uma pessoa ligada à arte musical, um maestro marcante da sua época e da sua cidade. Sabe-se ainda que as atividades de vida diária (limpezas, arrumações e comida) eram cumpridas por uma empregada contratada pelo seu pai.

Para além de tudo isso, o conhecimento sobre cultura (música, literatura, temas atuais, entre outros) que a mesma adquiriu, e ainda, as experiências e proximidade com

que a utente já teve oportunidade de contactar, agravado pela patologia da utente que a faz pensar de forma persecutória e desconfiada, definiu a sua realidade e vivência.

A utente Isabel demonstra capacidade em ler e em escrever e tem bom vocabulário. É uma pessoa autónoma nas atividades de vida diária (AVD), mas o seu regime de medicação exige monitorização rigorosa. Segundo as informações facultadas pelos técnicos da instituição em complementaridade com o que foi sendo observado nas sessões, a utente caracteriza-se por uma pessoa com ideias fixas, bastante crítica com o que a rodeia e descontente com a institucionalização. Apresenta uma atitude resistente e crítica face à instituição, queixando-se das tarefas e das rotinas que lhe são propostas como se fossem imposições descabidas, em contraste com a sua falta de ocupação e/ou responsabilidade nos tempos que antecederam à institucionalização.

Relativamente ao quadro de doença, a utente Isabel apresenta um duplo diagnóstico constituído por uma esquizofrenia paranóide e uma epilepsia. No presente, com uma monitorização rigorosa da medicação, ambas as problemáticas encontram-se estabilizadas. Contudo, quando surge alguma irregularidade na toma da mesma, resulta em episódios de descompensação, que reflectem uma recaída da utente, que exigem posteriormente, alguns meses de recuperação e estabilização.

Para além do duplo diagnóstico descrito anteriormente, no decorrer dos últimos anos, a utente Isabel tem sofrido com outros problemas de saúde, tais como: perfuração intestinal derivada à petrificação das fezes, colostomia, extracção de um melanoma do dorso e achatamento da plataforma superior vertebral de D11, como resultado de uma queda. Todos esses problemas impuseram, à utente diversas limitações ao nível físico e, consequentemente, uma restrição das atividades possíveis de concretizar, contribuindo para uma desmotivação e desvalorização pessoal da utente.

Desta forma, a utente Isabel foi encaminhada, pela equipa técnica da AQDP, para o processo de intervenção musicoterapêutica: a) por se tratar de uma actividade fisicamente acessível para a utente; b) por toda a proximidade com as artes que parecia ter tido ao longo da vida, e ainda, c) como forma de contribuir positivamente para a melhoria dos seus graus de motivação e mobilização de competências pessoais.

O processo de intervenção musicoterapêutica dirigida à utente Isabel iniciou no mês de Novembro de 2017 com uma regularidade bissemanal de sessões com a duração de 45 minutos cada, tendo tido o seu término em Junho de 2018, com um total de 36 sessões.

No decorrer das primeiras sessões, a utente Isabel apresentou-se como uma pessoa reticente e vacilante. Sentou-se sempre no mesmo lugar (cadeira em frente ao piano), aguardando um pedido ou instrução da terapeuta, que teria que ser validado pela mesma. Estabelecia contacto ocular com a terapeuta mas mantinha uma expressão facial séria e sisuda, e na sua postura reflectia uma pessoa pouco energética, com uma amplitude de movimentos muito reduzida, e ainda, um discurso bastante empobrecido. Do ponto de vista cognitivo, a utente apresentava consciência das orientações espaciais e temporais, bem como dos horários e rotinas da associação.

Como produto das informações recolhidas do processo individual da utente em conjugação com as evidências expostas nas primeiras sessões da intervenção, foi elaborado um plano terapêutico individual, que visava desenvolver as potencialidades de cada utente e reduzir algumas das suas fragilidades. Assim, no plano terapêutico individual de Isabel, foram propostos três objectivos, nomeadamente, promover a autoconsciência, estimular o interesse e a motivação e aumentar os níveis de memória a curto-prazo.

Processo terapêutico – Numa fase inicial da intervenção musicoterapêutica, a utente refutava o gosto pela música e o interesse em frequentar as sessões de musicoterapia, referindo em diversas sessões "não gosto disto", "eu não sou feliz na musicoterapia", "isto não me faz nada", entre outras afirmações. A terapeuta ouvia, respeitava e de seguida colocava algumas questões para dar seguimento à sessão – "Por onde quer começar hoje?", "Qual é o instrumento que a Isabel quer tocar?", ou então, a terapeuta começava a tocar um instrumento e questionava a utente "Acompanha-me, Isabel?" ou ainda, pegava num dos instrumentos do *setting* terapêutico e aproximava-se da utente, solicitando a sua ajuda. No entanto, a rejeição das propostas terapêuticas no plano verbal eram contrapostas com alguma adesão e mobilização no contexto das actividades musicais não-verbais. O processo foi se desenvolvendo e a relação estabelecendo-se e, mais tarde, a utente omitiu a sua rejeição no plano verbal, assim como, no plano musical e não-musical.

A atitude de rejeição e oposição apresentada pela utente, nesta fase da intervenção musicoterapêutica, expõe a complexidade de adaptação a uma actividade distinta que exige um processo de mudança, ajuste e conhecimento.

Essa foi a postura de Isabel no período inicial da intervenção, onde ainda não havia domínio da actividade nem do espaço, tendo a mesma, no decorrer do processo terapêutico, apresentado modificações, progredindo de forma positiva.

As primeiras evidências de mudança na atitude da utente no plano musical surgiram por volta da 5ª sessão, em Novembro, onde pela primeira vez a utente Isabel tomou a iniciativa de propor uma ideia musical. Tocou uma improvisação ao piano, que designou como "invenção", durante o período de quatro minutos. A terapeuta validou o produto apresentado pela utente, dando também resposta ao sorriso da utente. Logo

depois, também por decisão autónoma da utente, surgiu uma segunda improvisação ao piano acompanhada pela terapeuta, que tocou pandeireta.

Ainda na 5ª sessão, aquando do momento da avaliação final da sessão, a utente registou: "Esse momento foi importante para mim. Não é importante para mim, eu estar aqui." – uma contradição clara, onde a utente se deixa invadir pela música, mas de forma oposta, mantém a sua posição firme de rejeição no plano verbal/escrito. Com os resultados evidenciados nesta sessão, podemos concluir que a utente Isabel partilha agora dos primeiros momentos de envolvimento com a música, apesar de, ainda não o ter consciente no plano verbal/escrito.

Nesta fase do processo terapêutico, o pilar fundamental baseia-se na validação do produto musical e/ou não-musical apresentado pela utente, promovendo a sua participação e motivação, estimulando a valorização pessoal e, consequentemente, a melhoria da auto-estima.

Após a sessão nº6, as improvisações rítmicas e/ou melódicas apresentadas na sessão começaram a ganhar sentido dentro da individualidade da pessoa que existe dentro da utente, tendo começado a atribuir títulos às suas improvisações e justificando os títulos que criava. Esses momentos de criação e invenção denotam um emergir do *self* da utente, criando significado no "aqui e agora". Os títulos começavam a revelar as experiências internas da utente e a predominância do afecto negativo e de um estado depressivo: "Lágrimas", justificando com "faz parte do meu "eu", choro quando estou triste"; "Confusão", referindo "porque são notas confusas"; "Filhos", entre outros.

Com esta mudança de postura, pode afirmar-se que a utente começou a demonstrar no plano musical, o seu interesse em fazer, em tocar e/ou em inventar, contrariamente ao

que sucede no plano verbal/escrito, onde ainda assumia uma postura firme de rejeição e desagrado para com a musicoterapia.

O processo terapêutico foi progredindo em pequenos passos: a utente apresentava-se mais disponível e interessada, com iniciativa e questionamento sobre o "aqui e agora". No plano musical e não-musical, a utente continuava apresentando uma postura interessada, participativa e colaborante, tendo exposto modificações também no plano verbal/escrito.

Na sessão nº9, no momento do preenchimento da avaliação final da sessão, a utente Isabel descreveu pela primeira vez com normalidade os instrumentos que tinha tocado na sessão, o que tinha feito durante a sessão e qual tinha sido o instrumento preferido naquela sessão. Para além disso, a utente pintou o quadrado com a cor amarela, justificando "Escolhi esta cor porque a sessão de hoje foi bonita. Ouvi vários instrumentos diferentes". Uma avaliação "positiva" da autoria da utente, que surgiu de forma autónoma. Contudo, tendo sido esta a primeira sessão em que a utente, no plano verbal/escrito, não reforçou a sua rejeição e desagrado para com a musicoterapia, ocorreram algumas sessões posteriores, em que a utente retomou a sua posição de oposição. Temos como exemplo: a sessão nº10: "Enquanto estive aqui, estive triste porque os instrumentos não me fizeram sentir bem e não me fizeram feliz, também eu ando na musicoterapia contra a minha vontade, como é que eu posso ser feliz?" e a sessão nº14: "Não senti nada. Nem com vontade de tocar instrumentos.".

Até então, o processo terapêutico desenvolvido com a utente Isabel decorreu de forma ininterrupta, contribuindo assim para uma progressão e evolução do mesmo, e mais concretamente, para a coesão da relação terapêutica entre a utente e a terapeuta, para o domínio e conhecimento do espaço (*setting* terapêutico), da actividade e das rotinas, e

consecutivamente, na criação de um espaço de escuta, confidencialidade e aceitação, promovendo a exteriorização verbal e/ou musical.

Relativamente ao domínio e conhecimento do espaço, conseguimos comprová-lo com a sessão nº14. Na sessão nº14, a utente Isabel começou, pela primeira vez, a reparar em pormenor no *setting* terapêutico: os instrumentos que estavam presentes e aqueles que estavam em falta. Esse momento aconteceu regularmente nas sessões seguintes, logo que, a utente entrava na sala de musicoterapia, o que denota uma presença mais aberta e uma emergente ligação ao setting e aos materiais.

Mais tarde, em sessões posteriores, Isabel apresentou momentos "surpresa". Sugeria tocar uma improvisação ao piano, e após um conjunto reduzido de notas, a utente sorria para a terapeuta, reconhecendo aquele pequeno apontamento como sendo um excerto de uma melodia de uma música conhecida do seu repertório. Conseguia referir, em algumas das vezes, o título e a letra da música, assim como, executar um excerto maior da mesma. O primeiro episódio ocorreu na sessão nº15, com o tema "Frère Jacques", seguindo-se posteriormente, outros episódios semelhantes. Esses episódios que se foram repetindo ao longo do processo terapêutico, revelam o expandir da utente, em que a mesma começa a estabelecer relação, a sentir segurança, conseguindo exteriorizar e colocar produto seu na sessão.

Ainda na sessão nº15, para além do reconhecimento auditivo do tema e da execução do mesmo ao piano, a utente iniciou o processo criativo. O processo criativo trata-se de um procedimento mais exigente relativamente aos que foram apresentados até agora, uma vez que exige uma maior reflexão e estruturação, proporcionando, à utente, um sentimento de pertença. Nesta fase, o processo criativo cingiu-se à escolha de uma melodia de uma música pré-existente (como o caso do tema "Frère Jacques"), onde a

utente escolhia um tema e com as suas ideias e criatividade, criava uma letra, adaptando-a à melodia escolhida. Ao primeiro trabalho deu o título de "A canção da alegria", onde referiu que "Alegria é boa disposição, riso ou sorrisos (…) tocar piano, estar na companhia do namorado, falar com as amigas, recordar quando era bebé". Para além do descrito até então sobre a sessão nº15, foi também nessa mesma sessão que a utente evidenciou, no plano escrito, a relação empática estabelecida com a terapeuta. No preenchimento escrito da avaliação final da sessão, a utente escreveu: "Gostava de ter um casaco igual ao da Margarida (…) Gosto de estar ao pé da Margarida e dizer-lhe bom dia".

De forma semelhante ao que aconteceu na sessão nº15, também na sessão nº20, a utente Isabel "descobriu" o tema "Dó, Ré, Mi, a Mimi", tendo começado por uma improvisação livre. A utente reconheceu auditivamente o tema, contudo, não conseguiu recordar o título nem a letra do mesmo. A terapeuta auxiliou nesse processo, cantando a melodia com a letra para a utente. Após esse momento, contrariamente ao habitual e pela primeira vez, a utente começou de imediato a entoar autonomamente a música: primeiramente com a letra original (relembrada pela terapeuta) e posteriormente com as letras inventadas pela utente, em rima, sobre as duas coisas que a utente mais gostava de fazer - comer e dormir.

Mais tarde, na sessão nº 28, a utente começou a apresentar conversas com temas mais eróticos, exteriorizando um pouco mais de si e dos seus gostos mais intimistas. Referenciou algumas das características que, no seu ponto de vista, definem um "homem ideal", assim como, descreveu as razões/acções que mais a deixam feliz.

Posteriormente, na sessão nº30, surgiu na sessão um momento especial, com alguma intimidade – a utente aceitou partilhar a mesma guitarra, em simultâneo com a

terapeuta. Assim, enquanto a terapeuta colocava os dedos para fazer a posição dos acordes, a utente tocava, com diferentes formas, nas cordas da guitarra.

Já na sessão nº31, pela primeira vez, a utente criou, autonomamente, uma pequena letra sobre uma temática à escolha (Amor): "O amor é paixão/ O amor é solução/ Para a paz nesta terra/ Sem guerra", e posteriormente, a melodia respectiva. Com um procedimento semelhante, na sessão seguinte (sessão nº32) a utente Isabel criou uma letra sobre "A guerra": "Eu odeio esta guerra/ Que existe na terra/ Ela é mesmo muito feia/ Porque tenho uma veia", acrescentando desta vez, uma introdução e um final instrumental. Ambas as temáticas abordadas e escolhidas pela utente, provam a pessoa critica que existe em si, mas também, a cultura que está intrínseca em si mesma.

Na recta final do processo terapêutico, mais concretamente na sessão nº33, a utente apresentou um episódio em que afirmava que a sua casa tinha sido invadida por criminosos, que apertavam os pescoços ("apertaram o pescoço do meu verdadeiro pai") e matavam as pessoas ("mataram primeiro a minha mãe e depois o meu pai"). Este momento germinou de uma improvisação musical livre que a utente interpretou e ao fim da qual afirmou "A vida tem mais tristezas do que alegrias". Ao ser questionada sobre as suas tristezas, surgiu esse episódio, o qual, a terapeuta acompanhou com um motivo melódico em tom menor, dando espaço e abertura para a exteriorização. Com este episódio conseguimos aferir que com a progressão do processo terapêutico, a utente começou a ganhar segurança, emergindo no self, manifestando-se sobre várias questões, entre elas a sua patologia - um discurso delirante. O discurso delirante é um episódio típico em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia.

Posteriormente, em momentos exteriores à sessão foi possível perceber que a atitude e a postura da utente, mostrando-se uma pessoa mais motivada e compreensiva

sobre os diversos factores que interferiam consigo (rotinas, outros utentes, colaboradoras, entre outras).

Resultados e discussão – Um dos maiores obstáculos que surgiram ao longo do processo terapêutico foi, de uma forma mais evidente na fase inicial, a falta de receptividade da utente para a actividade de musicoterapia. Verbalizava e redigia o seu desagrado para com a música e os instrumentos, para com a musicoterapia, apresentando também alguma resistência ao tocar e/ou participar na sessão. Com o avançar das sessões, essa resistência foi-se suavizando: primeiramente ao nível musical e posteriormente ao nível verbal e/ou escrito. Essa rejeição e clareza no desagrado para com as sessões de musicoterapia eram um sinal da sua resistência à mudança, da dificuldade de sair da sua zona de conforto e de controlo, uma vez que, nos doentes esquizofrénicos ocorre uma diminuição da motivação, alterações na afectividade, e ainda, alterações do pensamento, como afirma o autor Mário Rodrigues Louzã Neto (2010).

Ultrapassada a fase inicial de adaptação, a utente começou a ter um maior domínio sobre o espaço, os materiais a actividade, resultando numa maior entrega nas sessões, com uma postura mais proactiva, motivada, participativa, tendo até, apresentado sugestões de ideias para executar. Esse entusiasmo que a utente foi criando e demonstrando ao longo do decorrer das sessões, contribuiu positivamente para o sucesso das mesmas.

Para além disso, outra das componentes da intervenção que, desde cedo se foi fortalecendo diz respeito à relação terapêutica, uma "peça" fundamental para a evolução do processo terapêutico, como refere Mössler *et al*. (2011). A relação terapêutica foi

adquirindo coesão, tornando possível abordar questões mais específicas do *self* da utente, promovendo a exteriorização verbal e/ou musical.

Ao longo de todo o processo terapêutico, era apresentado por parte da terapeuta, uma validação de todas as ideias e projectos apresentados pela utente. Isso ajudou a utente a autovalorizar-se, contribuiu positivamente para o crescimento da auto-estima, da confiança e do reconhecimento das competências pessoais.

Após a utente ter o domínio do espaço, da actividade, dos horários e rotinas, da terapeuta (relação terapêutica), conseguiu estabelecer ali um momento de confidencialidade, segurança e empatia, promovendo o processo de exteriorização verbal e musical, principalmente, através da técnica da improvisação. Partindo da improvisação musical ou literal, como descrito acima, a utente exteriorizou diferentes temáticas (Amor, guerra, ideais, …).

Conseguimos concluir, após o término do processo terapêutico, que a utente apresentou uma progressão notável. Evoluiu de uma pessoa com uma postura fechada, não comunicativa, que rejeitava o gosto e o prazer em frequentar a musicoterapia até uma utente que tomou iniciativas (no campo da improvisação), explorou instrumentos e adaptou-se a variações rítmicas e de andamento. No campo da improvisação, a utente tocou, exteriorizou e criou letras sobre diversos temas (amor, guerra, gostos e desejos), tendo até apresentado, um momento de discurso delirante.

Com tudo o mencionado anteriormente, podemos afirmar que com este tipo de população (doença mental e/ou incapacidade intelectual), as técnicas musicoterapêuticas mais valiosas são a “improvisação” e o processo de “criação”. Ambas as técnicas reflectem uma ferramenta fundamental nos processos de memorização, de comunicação

e de exteriorização, revelando factos importantes através da criatividade exposta no processo.

Estudo de caso – Jorge

Apresentação – Jorge é um utente do sexo masculino com 36 anos de idade, com um diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, que reside na instituição há 14 anos.

História pessoal e clínica – Durante o seu percurso de vida teve um pai ausente e uma mãe, professora de matemática, bastante exigente para consigo. Seguiu o percurso escolar regular até aos 16 anos de idade, momento em que lhe foi diagnosticada a doença de esquizofrenia hebefrénica, acabando por já não concluir o 12º ano. Em paralelo com o percurso escolar, o utente frequentou durante 2 anos, aulas particulares de piano.

Em 2004, já com 22 anos de idade, o utente Jorge foi encaminhado para a Associação Quinta das Pontes (Espinhal), onde seria elaborado um plano individual de reabilitação. Desde aí, manteve contacto telefónico com a sua mãe, que continuava com as suas exigências para com o filho, até ao ano de 2010. Nesse mesmo ano a mãe de Jorge faleceu, derivado de problemas de saúde. Após essa data, o utente continuou a contactar com a família, um tio que vivia em Lisboa, onde também passava as férias de Natal, da Páscoa e do verão.

Diagnóstico e Encaminhamento para a musicoterapia – No mês de Novembro de 2017 iniciou o processo de intervenção musicoterapêutica. Foi encaminhado pela equipa técnica da instituição pela forte ligação que teve com a música em fases prévias – tanto na institucionalização como anteriormente.

Da análise do processo individual do utente Jorge, foi possível compreender e conhecer um pouco do seu percurso de vida, das suas vivências, assim como, perceber algumas das oscilações e obstáculos que lhe surgiram.

Após o encaminhado do utente para AQDP, a sua vida mudou de rumo. Procedeu-se à elaboração de um plano individual de reabilitação para que conseguisse tomar a medicação de forma correta, conseguisse desenvolver algumas das suas capacidades, contribuindo para a estabilização da doença e a promoção da sua qualidade de vida.

Sabe-se ainda que era um jovem que, para além da exigência constante imposta pela mãe para o conhecimento e domínio das diversas áreas (matemática, português, entre outras), sofria de agressões físicas por parte da mesma.

Em 2010, derivado de problemas de saúde, a mãe de Jorge faleceu, tendo desde aí, sido recebido no período das férias de Natal, Páscoa e verão por um tio, que também residia em Lisboa.

Jorge sabe tocar piano, recordando actualmente, ainda algumas pequenas melodias (a duas mãos) que aprendeu quando frequentava as aulas de piano, no período em paralelo com o ensino escolar. Para além disso, sabe ler pautas musicais, escrever pequenas melodias com figuras e notas, e ainda, reconhecer a simbologia musical (clave de sol, barra de divisão, pauta, …). Na área literária, o utente apresenta conhecimento de vocabulário de diferentes temáticas, conseguindo desenvolver um discurso fluido e coerente. Para além disso, apresenta capacidade e facilidade no processo de escrita de poemas, em particular, numa estrutura de rima.

Avaliação inicial – Actualmente o utente encontra-se inserido no Lar Residencial da AQDP, frequentando em paralelo, o Centro de Atividades Ocupacionais.

Apresenta autonomia nas atividades de vida diária (AVD), uma relação adequada com os outros – utentes, colaboradores e equipa técnica e demonstra interesse em participar na generalidade das propostas.

O utente é acompanhado no hospital Sobral Cid (Coimbra), onde sob as orientações médicas é administrada a medicação diariamente, apresentando-se a doença estabilizada. Aquando o período de férias (ausência da instituição), o utente leva consigo a medicação, conseguindo proceder a uma gestão autónoma e adequada da mesma.

Em Setembro de 2017, quando surgiu a oportunidade do encaminhamento para o processo de intervenção musicoterapêutica na Associação Quinta das Pontes, o utente Jorge foi imediatamente referenciado. Essa referência é justificada por vários motivos: primeiramente, por toda a ligação que o utente já exibia com a área musical – aulas de piano que frequentou na idade da adolescência, mas também, pelo facto de o utente, durante o período da institucionalização ter frequentado a Banda Filarmónica do Espinhal. Uma experiência recebida com entusiamo pelo utente, mas que não apresentou os melhores resultados. E depois, para que pudessem ser trabalhadas algumas das competências do utente – valorização pessoal, a memorização, a comunicação e a exteriorização (verbal e não-verbal).

Assim, a intervenção musicoterapêutica com o utente Jorge iniciou no mês de Novembro de 2017, tendo o seu término em Junho de 2018, apresentando um total de 36 sessões. Ainda numa fase inicial do processo terapêutico, após a realização das primeiras sessões, a terapeuta elaborou um plano terapêutico individual para o utente, de acordo com a informação que obteve no seu processo individual com complemento com o que observou nessas mesmas sessões já decorridas.

Processo terapêutico – Jorge, como já foi referido, foi encaminhado para as sessões de musicoterapia pela sua ligação à música desde a adolescência. Uma pessoa que já tinha contactado com alguns instrumentos, tendo inclusive frequentado aulas individuais de piano.

No princípio do processo terapêutico, onde ainda se percorria sobre o desconhecido, onde a relação terapêutica ainda não estava concretizada e onde ainda não existia uma base de segurança e entrega, o utente atuava sobre o concreto. Verbalizava, de forma sucinta, a dor de costas e/ou o nome do instrumento que ia tocar, experimentava todos ou quase todos os instrumentos presentes no *setting* terapêutico, explorava-os com diferentes formas e diferentes ritmos e na avaliação final da sessão escrevia de forma clara e sucinta o que tinha feito e/ou os instrumentos que tinha tocado durante a sessão.

Ainda numa fase inicial, o utente também explorou o espaço físico da sessão – percorria a sala com um itinerário contínuo e repetitivo, rindo-se, tocando e cantando. Nestas suas viagens, tentava sempre evitar a terapeuta, ao nível físico – chegando a modificar a sua trajectória para não criar aproximação física com a terapeuta, mas também, na música – escolhendo de forma livre os temas que cantava, como os cantava e quando mudava de tema.

Na 6ª sessão, durante a interpretação de um tema de Natal ("É Natal!"), o utente utilizando a comunicação não-verbal (olhar e expressão facial), requereu o auxílio da terapeuta para relembrar uma parte da letra que não se lembrava. Ainda na mesma sessão, no momento da avaliação final, o utente evidenciou a presença da terapeuta: "A Margarida/ E eu, tocámos guitarra/ E pandeireta.".

Numa fase posterior, aquando o preenchimento do instrumento de avaliação e do questionário (sessão nº12), o utente referiu que tinha interesse em tocar músicas através da leitura de pautas pré-existentes e/ou por pautas construídas na sessão. Assim, desde aí, surgiu no *setting* terapêutico um livro de músicas populares (com pauta e com letra de cada tema). Durante 6 sessões, o utente tocou todos os temas que faziam parte do livro "Livro de canções populares e infantis", desde o primeiro até ao último. Uns temas conhecidos e outros temas desconhecidos, uns temas mais fáceis e outros temas mais difíceis, uns temas em compassos simples e outros temas em compassos compostos, uns temas com tempos mais longos e outros temas com tempos mais curtos, foram todos estes pormenores que o utente foi comentando e questionando ao longo desses momentos de leitura e execução dos diversos temas.

No término da sessão nº18, após ser executado o último tema do livro, a terapeuta questionou o utente sobre o que o mesmo gostaria de fazer nas sessões futuras. De imediato e sem hesitação, respondeu "Fazer uma música minha". Conseguimos com isto aferir, que o utente gostaria de produzir uma música de sua autoria, da qual conseguia retirar um maior valor e com um maior significado.

A partir da 19ª sessão, o utente começou a desenvolver um investimento no processo criativo, querendo compor canções e assumindo interesse nas suas próprias criações. A primeira letra à qual deu título foi "Lindos pensamentos", uma letra longa, escrita em rima, que relata um desabafo da vida, do ontem até ao amanhã, como refere o utente – " "Lindos pensamentos"/ Descreve momentos/ Que passei nesta/ Vida" (sessão nº20). Após o término da construção da letra, passou-se à escrita e composição da melodia para essa mesma letra. Essa melodia, por escolha e decisão do utente, foi escrita numa pauta musical, tendo em conta a divisão silábica das palavras (para que

encaixassem na música) e alguma simbologia musical (compasso, barra de divisão de compasso, figuras rítmicas e valores, suspensão). A letra foi iniciada e concluída na primeira sessão do processo e a melodia concluída nas duas sessões posteriores, tendo sido necessário proceder à correcção de pequenos "erros" (como referenciava o utente), tais como, a mudança de valores das figuras, o acrescentar de informações sobre o andamento (lento/moderato/rápido) e o instrumento com o qual seria suposto interpretar-se a música (piano/guitarra/xilofone), e ainda, adicionar suspensões e barras de divisão dos parágrafos.

O processo criativo espelha uma ferramenta fundamental na valorização pessoal do utente, como se pode comprovar com a avaliação do próprio utente após terminado o primeiro trabalho ("Lindos pensamentos"): "Senti-me atento/ E encantado/ Com o que/ Soube/ Fazer/ Escrever" (sessão nº20) e "Finalmente estou/ Realizado/ Musicalmente/ Actualmente" (sessão nº21).

A seguir, surgiu o segundo trabalho intitulado "Um rapaz". Uma composição bastante interessante pelo seu conteúdo, onde foram abordadas questões mais pessoais, resultantes da reflexão individual do utente ("Hoje estive mais atento e calado" – sessão nº25). Revela, com as palavras do utente, "(…) de como foi o meu viver", a mudança que ocorreu na sua vida e o que, hoje, significa para si a Associação Quinta das Pontes.

Um rapaz

Antigamente

Havia um rapaz um pouco inteligente

Que gostava de algumas

Raparigas

E então namorou e queria casar, mas deixou-se disso.

Certo dia veio

Para o Espinhal, onde não conhecia ninguém!

E agora é alguém!

Começou a aprender coisas

Novas

E é um rapaz feliz

Como sempre quis.

Esse sou

Eu!

(Jorge, 05/03/2018)

Para além desses trabalhos descritos anteriormente, surgiram outros, entre eles: "Pensar calmamente", que como o título induz, aborda a tranquilidade, da qual, nós às vezes precisamos na nossa vida, para podermos pensar, libertar e relaxar; "A ventania", um tema do momento, que descreve a situação meteorológica que esteve durante a sessão. Um tema mais concreto no conteúdo, mas mais abrangente ao nível musical. Contrariamente ao que acontecia até então, o utente começou a ouvir as sugestões da terapeuta, reflectindo sobre elas e utilizando algumas. Para além de toda a composição musical sobre a letra, surgiu uma introdução inventada e executada pelo utente, bem como, algumas sonorizações sobre o tema "infiltradas" na melodia construída com base na letra. No culminar deste trabalho, depois do utente absorver as novas aprendizagens (introdução, compasso livre para as sonorizações, …), os objectivos propostos cada vez estavam mais concretizados – auto-valorização e promoção da sua auto-estima,

comprovando-se isso através da sua avaliação na sessão nº30, no dia 09/05/2018: "Descobri coisas que não pensava saber!/ O som surge correto!/ Sai certo!/ Estou a perceber/ Mais de Música!/ Senti-me bem!/ Sei que sou alguém!/ A Música/ É um Universo/ Fantástico/ Para mim/ Até ao fim!".

Num plano inverso ao inicial, o utente Jorge, terminou agora o processo terapêutico dirigindo-se até à terapeuta para tocarem piano a 4 mãos.

Como foi possível aferir, ao longo do decorrer das sessões, as avaliações finais começaram a ganhar estrutura, desenvolvendo-se em rima e reflectindo, para além do concreto (o que tinha sido feito na sessão, instrumentos tocados e músicas), questões direccionadas para a pessoa do utente, havendo uma exteriorização de sentimentos e emoções.

Resultados e discussão – Analisando todo o processo terapêutico, que progrediu desde a primeira até à última sessão, conseguimos obter alguns resultados.

No início do processo, Jorge apresentou-se como um utente calmo, tranquilo, pouco falador, com percepção de todos os horários e rotinas da instituição, bem como, com uma compreensão das noções espaciais e temporais. O culminar de todas estas características criou, numa fase inicial, uma barreira na relação entre a terapeuta e o utente, uma vez que, o utente não criava diálogo com a terapeuta e respondia sucintamente às questões colocadas pela mesma, seguindo de forma autónoma os vários momentos da sessão – começava a tocar logo que entrava na sessão, evitando o diálogo; cantava e tocava as suas músicas – escolhia a música, a sua duração, o(s) instrumento(s) para a executar, os andamentos e as estruturas; e no momento final da sessão, dirigia-se até à mesa onde se encontrava a folha para preencher com a avaliação final.

Numa fase inicial, a terapeuta deixou as sessões decorrerem de forma fluída, de acordo com a condução do utente. Não insistiu no diálogo verbal, tentando interagir com o utente, musicalmente. A esse nível e nesta fase, o utente tocava e explorava a maioria dos instrumentos presentes no *setting* terapêutico. Na sessão nº4, reduziu o número de instrumentos a experimentar, passando a explorar o espaço da sessão: cantando, tocando e passeando, evitando ir ao encontro da terapeuta enquanto pessoa e da terapeuta enquanto música. Isto mostra-nos a barreira, presente nas pessoas com este diagnóstico, que reside na dificuldade em comunicar com o outro, em conseguir estabelecer uma relação, antes do conhecer e dominar.

Com o evoluir do processo terapêutico, a relação terapêutica entre o utente e a terapeuta começou a desenvolver-se: segurança, privacidade, empatia e confidencialidade começaram a fazer sentir-se durante a sessão. Assim, na sessão nº6, surgiram os primeiros pequenos momentos de comunicação, ao nível não-verbal: o utente requereu a ajuda da terapeuta através do olhar, para completar a letra da música que já não se lembrava. Para além disso, nessa mesma sessão, e também pela primeira vez, o utente referiu na avaliação final o nome da terapeuta - "A Margarida/ E eu tocámos guitarra/ E pandeireta (…)".

A relação terapêutica foi tornando-se cada vez mais definida e estruturada, proporcionando, ao utente, momentos de confiança, de exteriorização e de suporte. O utente começou agora a comunicar com a terapeuta de uma forma verbal, sendo esse um dos objectivos propostos no plano terapêutico individual de Jorge. Após preencher o questionário "o que eu adoro e o que menos gosto" (sessão nº12), apresentou a ideia do que gostava de fazer nas sessões futuras – tocar temas musicais, partindo da leitura de partituras pré-existentes e/ou construídas na sessão. Levando a cabo a sugestão de Jorge,

na sessão seguinte, iniciou-se a execução de músicas com leitura de partituras. Surgiu no *setting* terapêutico um livro de canções populares, em que para cada tema tinha a respectiva partitura e letra, o qual o utente seguiu um por um, do início até ao fim do livro. Durante as cinco sessões em que decorria o processo descrito anteriormente, Jorge foi exteriorizando pequenas observações: "não está bem" (sessão nº14), mencionando os temas que não conhecia e os que já faziam parte do seu repertório, apresentando o nome e o número de tempos das figuras e dos compassos. Este momento demonstrou os gostos, as músicas com que o utente melhor se identificava, mas também, o comportamento do utente quando deparado com o "obstáculo" – música que não conhecia a letra nem a melodia. O utente revelou-se persistente e curioso, lendo a partitura e tentando sempre tocar todos os temas que não conhecia.

Dos objectivos apresentados no plano terapêutico de Jorge, vários foram os objectivos atingidos, nomeadamente, "tocar músicas através de partituras pré-existentes e/ou construídas no decorrer das sessões" e "estimular a exteriorização de sentimentos e emoções", que foram alcançados quando o utente referenciou, no instrumento de avaliação, o que gostaria de fazer nas sessões futuras. Em complementaridade, foi alcançado outro objectivo "Estimular competências já adquiridas", uma vez que, o utente com base na partitura do tema escolhido conseguia executá-la no piano, comentando o número de tempos e o valor das figuras rítmicas e dos compassos.

Um dos objectivos fundamentais no trabalho com este tipo de população, que apresenta inibição no discurso verbal, diz respeito ao objectivo "potenciar a criatividade e a auto-valorização". Este, foi alcançado na sessão nº19 onde o utente iniciou o processo criativo, elaborando várias composições ao nível literal, bem como, ao nível musical.

Assim, podemos concluir que todos os objectivos propostos no plano terapêutico individual do utente foram atingidos. Sabe-se ainda que, segundo o descrito sobre o caso de Jorge, a técnica musicoterapêutica fundamental na intervenção musicoterapêutica foi a "criação". O processo criativo, tanto ao nível musical como ao nível literal, permitiu ao utente exteriorizar os seus sentimentos e os seus pensamentos. Revelou-se um processo interessante pelo seu progresso e evidências e com o seu culminar, podemos afirmar, segundo o utente:

"Gostei muito da

Musicoterapia!

Toquei

E cantei

Músicas,

Algumas bem bonitas!

Fui capaz de fazer músicas

Originais.

Nestas

Manhãs

Fui capaz de ficar surpreendido

Com aquilo que já sei fazer

Fico agradecido

Aos Céus, a mim tenho que agradecer!

(Jorge, 15/06/2018)

Outras intervenções clinicas

Para além da utente Isabel e do utente Jorge, em que os seus processos foram descritos anteriormente em maior pormenor, fizeram também parte da amostra do estágio, outros quatro utentes da AQDP: Maria, Diogo, Joaquim e Carlos.

Maria - A utente Maria é natural de Arganil e nasceu no ano de 1991. Na sua localidade, concluiu o 12º ano de escolaridade, no ensino técnico profissional. Do seu agregado familiar, mantém contacto telefónico com a mãe, o pai e o irmão mais novo, os quais também visita em alguns períodos de férias (Natal, Páscoa e verão), de acordo com a estabilidade que apresente. Para além desses elementos, fazem também parte do seu agregado familiar, dois irmãos mais velhos, que se encontram em famílias de adopção, e com os quais a utente não tem contacto.

A utente Maria deu entrada na Associação Quinta das Pontes no verão do ano de 2012 num plano de emergência direccionado pelos serviços dos HUC, onde se encontra institucionalizada até à data. Desde então, a utente tem progredido, contudo apresenta momentos de descompensação, principalmente após o período de férias com a família.

A Maria apresenta-se como uma pessoa reservada, tímida, com baixa auto-estima, pouco sociável, com dificuldade em exteriorizar e pouco expressiva, características essas que foram tidas em conta para o encaminhamento para o processo de intervenção musicoterapêutica. Relativamente ao processo de intervenção musicoterapêutica, a utente Maria iniciou-o em Novembro de 2017 com término em Junho de 2018, tendo o mesmo sido interrompido no período de 08/01/2018 a 23/01/2018, por internamento derivado de uma descompensação. Na fase inicial do processo de intervenção, a utente, ainda que de uma forma tímida e reservada, foi participando, tocando os instrumentos e preenchendo a avaliação final da sessão,

descrevendo o que fazia, o que cada actividade suscitava em si e como se sentia após a sessão. Inventou e entoou músicas a partir de uma palavra (sessão nº7, 29/11/2017), observou e comentou o *setting* terapêutico (sessão nº8, 09/12/2017), apresentou referências a memórias auditivas com melodias de sessões anteriores (sessão nº10, 11/12/2017), criou letras, avaliando como "liberdade" (sessão nº11, 05/01/2018):

Um dia de chuva

Está tudo molhado

Umas botas, todos têm calçado

Está cinzento o céu

Coberto com véu

E nestes dias tristes

Gosto de estar em casa

(Maria, 05/01/2018)

Após o período de descompensação, a utente regressou às sessões: apática, pouco participativa e pouco responsiva, com dificuldades de memorização e uma fala arrastada, sendo quase que como que um reinicio do processo terapêutico. Ao longo das sessões seguintes, percebeu-se que a utente direccionava tudo para a sua família, referia que pensava na sua família, que gostava muito dela, e descrevia, na avaliação final, que a distância existente era: "tristeza"; "raiva" – "raiva comigo"; esperança" – "que as coisas melhorem" e "dias fiquem melhores"; "harmonia" – "preciso de harmonia"; "paz" – "eu preciso de paz" e "eu quero ter paz". Na sessão nº30 (02/05/2018), a utente criou uma letra sobre a mãe (figura-exemplo). Esse processo decorreu durante algumas sessões, e teve como resultado:

A mãe

Mãe, eu gosto muito de ti

Dos teus abraços e beijinhos

E também dos teus carinhos

Gostava de te ouvir

Gostava de te ver

Gostava de estar contigo

Maria, 02/05/2018

Assim, conseguimos aferir que, do plano terapêutico individual da utente Maria, não foi atingido um dos objectivos – "Motivar o aumento da auto-estima". Por sua vez, os restantes objectivos foram alcançados, nomeadamente, "Estimular a exteriorização de sentimentos e/ou emoções" e "Aumentar os níveis de memória a curto-prazo". No término do processo, a utente não evidenciou qualquer opinião sobre o mesmo.

Diogo - O utente Diogo nasceu no ano de 1990. Tem um contacto regular com o seu agregado familiar - mãe, pai e irmão. Frequentou o ensino regular, tendo concluído o 11º ano na Escola de Hotelaria de Coimbra. Exibe um diagnóstico de esquizofrenia paranóide, bem como, uma debilidade ligeira a moderada.

O Diogo apresenta um discurso fluido, sem dificuldade em exteriorizar, ainda que, com alguma incoerência. Frequenta a Associação Quinta das Pontes, até hoje, desde o dia 09/09/2016. Frequenta as diversas atividades dirigidas pela associação, e em Setembro de 2017 foi encaminhado para a musicoterapia. Iniciou o processo de intervenção musicoterapêutica em Novembro de 2017 e terminou em Março de 2018. O

término antecipado da intervenção, comparativamente à restante amostra, foi justificado pelo facto de ter surgido uma oportunidade de emprego na área da restauração em horários coincidentes. Durante o período de intervenção, o utente apresentou alguma dificuldade na coordenação motora, na entoação melódica e também no auto-controlo e impulsividade. Essas questões foram trabalhadas durante o processo de intervenção musicoterapêutica, resultando em pequenas evoluções, em particular, na impulsividade e auto-controlo. Assim podemos concluir, com base no plano terapêutico individual do Diogo, foi apenas atingido um dos objectivos – "melhorar a impulsividade/auto-controlo", ainda que com algumas evidências relativas aos outros objectivos.

Joaquim – O utente Joaquim nasceu no ano de 1971, em Angola. Ao longo da sua vida, já passou por vários momentos: veio para Portugal, foi vítima de maus-tratos, foi sem-abrigo, já esteve preso, viveu uma experiência mal sucedida em Londres com os tios, tendo sido posteriormente hospitalizado e mais tarde, institucionalizado.

Actualmente mantêm apenas contacto telefónico com os tios que se encontram emigrados em Londres. A mãe já faleceu e o pai não estabelece qualquer contacto. O seu diagnóstico descreve uma esquizofrenia paranoide com sinais de deterioração cognitiva. Apresenta-se como uma pessoa pouco participativa e com dificuldade em dialogar, agindo de acordo com as suas preferências e vontades.

O Joaquim foi encaminhado para o processo de intervenção musicoterapêutica com o objectivo de "melhorar o processo relacional com o outro", "promover a precisão das habilidades motoras" e ainda, "aumentar os níveis de memória a curto-prazo".

Ao longo do processo terapêutico, apresentou momentos de participação, de interesse, de curiosidade e exploração: explorou instrumentos de formas diferentes; entoou melodias, ainda que com pouca letra; apresentou o nome dos instrumentos;

desafiou, de uma forma não-verbal, a terapeuta para o jogo "Quem apanha quem"; e ainda, verbalizou pequenas memórias da sua vida e da sua família. Na sessão nº6, pela primeira vez, fez referências a recordações de Coimbra, que lhe vieram à memória através da guitarra e na sessão nº10, também pela primeira vez, relembrou uma memória auditiva (música que tinha sido cantada em sessões anteriores). Na sessão nº11 conseguiu, segundo as instruções prévias, tocar cada som do corpo de acordo com o instrumento que a terapeuta tocava. No final do processo terapêutico, o interesse do utente foi sendo cada vez menor, não participando na sessão, nem respondendo a qualquer pergunta colocada.

Carlos - Nasceu no ano de 1954. É o utente que se encontra há mais tempo institucionalizado na AQDP. Deu entrada no ano de 2002, permanecendo interruptamente até hoje. Nos períodos de férias, ausenta-se da instituição, uma vez que, mantém o contacto com a família – um sobrinho. O diagnóstico presente no processo de Carlos refere psicose esquizofrénica com sintomatologia residual. Actualmente, com uma medicação diária controlada, o utente apresente a doença estabilizada. É colaborante e receptivo dentro das atividades que já domina, oferecendo alguma resistência à mudança, quando sugeridas atividades novas (como foi o caso da musicoterapia). Apresenta uma boa adaptação às condições da instituição – utentes, colaboradores e rotinas.

O Carlos foi encaminhado para as sessões de musicoterapia pela equipa técnica da instituição, tendo iniciado a sua intervenção em Novembro de 2017 e terminado em Junho de 2018. O período de intervenção musicoterapêutica iniciou em simultâneo com os outros cinco utentes da amostra, mas no caso de Carlos, não decorreu de forma contínua. Isto porque o utente, por diversos motivos, entre o dia 17/11/2017 e o dia

16/01/2018 negou-se a participar nas sessões de musicoterapia. A 17/01/2018 o utente retomou as sessões de musicoterapia, tendo apresentado um progresso interessante ao longo das sessões. Inicialmente refugiava-se na dor que sentia num braço, e que se queixava todas as sessões. Para além disso, não tomava iniciativa e reflectia alguma fragilidade e vulnerabilidade às dificuldades, sendo necessário uma constante aprovação e valorização do produto apresentado. Com o decorrer do tempo, a relação terapêutica estabeleceu-se e o utente começou a tomar iniciativa, a apresentar ideias do que gostaria de fazer, a definir papéis para si e para a terapeuta.

Mais tarde, começou a verbalizar situações da sua vida, locais onde residiu, situações que viveu e culpabilizava maioritariamente os outros pelas situações incorrectas decorridas. Iniciou também o processo criativo: primeiramente começou por acrescentar estrofes as músicas pré-existentes, posteriormente, a definir estruturas para músicas pré-existentes (parte instrumental e parte cantada), e mais tarde a construir letra, melodia e estrutura originais, apenas com a vigilância, correcção de pequenos erros e acompanhamento harmónico da terapeuta. Após abordar a peça musical "terapia da música" durante várias sessões, e concluir todos os pormenores, o utente no dia 23/05/2018, disse que gostava de apresentar a sua criação aos restantes colegas. A seu pedido, no dia 08/06/2018 foi apresentada, durante o intervalo, a peça "terapia da música", um marco importante no processo de Carlos.

O utente Carlos tomou consciência dos efeitos que os momentos que passava nas sessões de musicoterapia lhe provocavam, percepcionando a evolução que fez, chegando a verbalizar e/ou escrever: "Ajuda a cabecinha" (sessão nº11), "Fico mais aliviado" (sessão nº14), "Faz-me muito bem" (sessão nº15), "Senti-me contente/ Fez-me bem ao corpo e à mente" (sessão nº18), "Fiquei surpreendido por fazer uma música

minha" (sessão nº22), "Senti-me relaxado e não dei pelo tempo passar" (sessão nº23), "(…) ajuda-me a reflectir sobre os meus pensamentos" (sessão nº26), conseguindo admitir os seus erros, compreender e aceitar que nem sempre fazia tudo de forma mais correta – "Sinto-me bem e percebi que também faço erros, com esses erros devo aprender com eles" (sessão nº29). Apresenta capacidade de memorização, de adaptação às variações rítmicas e de andamento, de percepção de mudanças em motivos melódicos, de reconhecimento auditivo de temas pré-existentes, de coordenação, conseguindo cantar e tocar ao mesmo tempo. É bastante afinado. Podemos concluir que, segundo o descrito anteriormente, os objectivos propostos no plano terapêutico individual de Carlos foram todos atingidos: "Motivar o aumento da auto-estima", "Promover o alívio da dor" e "Aumentar os níveis de memória a curto-prazo".

Informação sobre outras atividades desenvolvidas no âmbito do estágio

Ao longo do estágio, para além do procedimento regular do mesmo como foi apresentado acima, decorreram outras atividades. De entre essas atividades – passeios (Aveiro, entre outros) e atividades temáticas ("Menina dança", dia da criança, entre outras) em que a estagiária apresentava uma postura passiva, decorreu uma em que foi orientada pela estagiária.

Grupo recreativo – A actividade definida como "grupo recreativo", aconteceu no dia 30/04/2018 com oito utentes da AQDP: Lucas, Isabel, Maria, Nélia, Bruno, Joaquim, André e Henrique, e ainda, com a psicóloga. Com a duração de aproximadamente 1h30m, compreendeu: a) uma apresentação inicial individual, onde era referido as informações básicas sobre cada utente; b) conhecimento e designação dos instrumentos presentes no *setting* terapêutico; c) experimentação e exploração dos instrumentos presentes no *setting* terapêutico; d) descrição individual, de experiências musicais vividas; e) momento musical em conjunto, repertório e improvisação.

Conclusão

O presente estágio desenvolvido na Associação Quinta das pontes (AQDP) teve como base três objectivos fundamentais – melhorar a auto-estima do utente, ajudando-o a reconhecer as suas capacidades e a desenvolver novas competências; contribuir para o processo de reabilitação psicossocial, estimulando a autonomia e as competências relacionais do utente no seu meio; proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do utente, ajudando-o na exteriorização de sentimentos através de diferentes linguagens.

Pretendeu-se assim, criar um espaço e uma abordagem alternativa às práticas já presentes na instituição, de forma a, facilitar o processo de exteriorização verbal e/ou não-verbal, bem como, contribuir para o processo de auto-reconhecimento, e consequentemente, para a valorização pessoal de cada utente.

Um trabalho desenvolvido em coadjuvação com a estagiária e com a equipa técnica da instituição, de modo a, haver uma coerência e um complemento do trabalho desenvolvido com cada utente, mantendo sempre a base da empatia e da confidencialidade.

Numa fase inicial, verificou-se que a amostra do estágio compreendia utentes que exibiam dificuldades nos processos relacionais, de expressão e de exteriorização, fundamentados por evidências das patologias presentes nos diagnósticos, por discordâncias das regras e dos horários propostos pela instituição, mas também, por constantes restrições e negações vividas ao longo da vida. Ao longo do processo terapêutico, após delimitado um espaço e um tempo e estabelecida a relação terapêutica, os utentes começaram a apresentar material pessoal nas sessões: verbalizar queixas ao

nível físico, queixas sobre as lidas diárias e as colaboradoras, direccionando mais tarde, para vivências passadas, marcos importantes da sua vida.

Das técnicas utilizadas, os processos de "improvisação" e "criação" (já descritos anteriormente) revelaram-se o procedimento mais importante para facilitar a expressão e exteriorização de sentimentos. Os utentes, muitas vezes com complemento do processo verbal, conseguiam assim relatar situações e/ou sentimentos mais particulares que necessitavam de ser tratados ao nível emocional.

Relativamente ao papel da estagiária enquanto terapeuta, nem sempre fez sentido, principalmente para a própria terapeuta. Por se tratar de uma população que apresenta alguma resistência à mudança, a fase inicial do processo não se revelou fácil: houve desistências, não havia evidências por parte dos utentes. Só em Fevereiro começaram a surgir pequenas conquistas, começando as coisas a fazer sentido. Apesar de tudo isto, podemos afirmar que a presença da estagiária de musicoterapia foi pertinente, promovendo um espaço de empatia e confidencial que proporcionou a cada utente a sua abertura e exteriorização

Por fim, após a implementação do estágio de intervenção musicoterapêutica, podemos concluir que os objectivos propostos foram atingidos. Os utentes da AQDP conseguiram percepcionar algumas das suas competências, desenvolver o processo de exteriorização e emergir no seu self, tornando-se mais autónomos e consequentemente, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Através das técnicas referidas na literatura, em especial, a improvisação, que permite uma comunicação alternativa à palavra, que é uma das dificuldades da população-alvo, foi possível compreender e trabalhar algumas das dificuldades e preocupações dos utentes.

Reflexão final

"Algumas coisas não precisam fazer sentido, basta valer a pena"

(Renato Russo)

Nada melhor que esta frase de Renato Russo, pois é mesmo isto! Numa fase inicial, não fez sentido, contudo valeu a pena. Foi como resultado desses momentos sem sentido que, mais tarde, surgiram as pequenas conquistas que fizeram "valer a pena".

Uma experiência única, a primeira de um futuro cheio de experiências e aprendizagens. De crescimento pessoal enquanto terapeuta, mas também, enquanto pessoa, que espera poder receber, mas também dar muito.

Foi um desafio constante, de semana a semana, de sessão para sessão: as respostas, as decisões, os silêncios que exigiam num pensar terapeuticamente correto, nem sempre foram fáceis e com certezas. Apesar disso, foram sempre com a consciência de que estaria a dar o meu melhor, com aquilo que conseguia e que melhor sabia.

Tratou-se de uma população com a qual nunca tinha trabalho e que se revelou um grande obstáculo, numa fase primária. A resistência ao processo de mudança e o aceitar uma nova e diferente actividade criou, inicialmente, uma barreira. Contudo, ao longo do processo as coisas começaram a ganhar sentido, a relação terapêutica foi estabelecida e os resultados tornaram-se visíveis.

Sugestões

Após o culminar todo o processo imposto durante o estágio, surgem agora algumas questões que, futuramente poderiam ser instituídas:

a) Implementação de um grupo recreativo constante, para que seja possível trabalhar as competências relacionais e sociais;

b) Horário das sessões mais extenso, de forma a, não haver colisão dos horários das diferentes sessões;

Referências

American Psychiatric Association. (2014). DSM V-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Asher, G., Gerkin, J., Gaynes, B. (2017). Complementary Therapies for Mental Health Disorders.

Bulfone, T., Quattrin, R., Zanotti, R., Regattin, L., Brusaferro, S. (2009). Effectiveness of music therapy for anxiety reduction in women with breast cancer in chemotherapy treatment. *Holist Nurs Pract, 23* (4), 238 – 242.

Çamsari, U. (2009). Music therapy in psychiatry. *Department of Psychiatry, Cleveland Clinic*.

Carvalho, A., Mateus, P., Xavier, M., Nogueira, P., Farinha, C., Alves, M., Soares, A., Rosa, M., Martins, J., Serra, L., Oliveira, A. (2014). PORTUGAL:

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

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008-2013). Consultado em: 12/07/2018.

Furegato, A. (2005). Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre académicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.*

Ghezeljeh, T., Ardebili, F., Rafii, F. (2017) The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. *Burns, 5160*, 1 – 10. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2017.01.011.

Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalized with schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health*, 10(3), 77.

Gold, C., Heldal, T., Dahle, T., Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.

Gold, C., Heldal, T., Dahle, T., Wigram, T. (2008). Musicoterapia para la esquizofrenia y enfermedades relacionadas. *Oxford: Update Software Ltd*, 2, 47 – 68.

Gold, C., Solli, H., Krüger, V., Lie, S. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 193 – 207. Doi: doi:10.1016/j.cpr.2009.01.001.

Gold, S., Solli, H., Krüger, V., Lie, S. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 193 – 207. Doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001.

Hayashi, N., Tanabe, Y., Nakagawa, S., Noguchi, M., Iwata, C., Koubuchi, Y., Watanabe, M., Overall, J., Gorham, D. (2002). Effects of group musical therapy on impatients with chronic psychoses: a controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences,* 56, 187 – 193.

Martí-Augé, P., Mercadal-Brotons, M., Solé-Resano, C. (2015). La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, *14* (6), 346 – 352. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013.

Mohammadi1, A., Minhas, L., Haidari, M., Panah, F. (2012). A Study of the Effects of Music Therapy on Negative and Positive Symptoms in Schizophrenic Patients. *German Journal of Psychiatry*. 15(2), 56 – 62.

Montánchez, M., Juárez, V., Martínez, P., Alonso, S., Torres, M. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering,* 4(2). Doi: http://dx.doi.org/10.4172/2090-2719.1000116.

Moreno, R., Moreno, D., Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (l), 39 – 48.

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T., Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Review. D*oi: 10.1002/14651858.CD004025.pub3.

Murow, E., Sánchez, J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Journal Salud Mental*, 26 (4), 47 – 58.

Na, H., Yang, S. (2009). Effects of listening to music on auditory hallucination and psychiatric symptoms in people with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39, 62 – 71.

Neto, M. Retirado de: http://www.saudemental.net/o_que_e_esquizofrenia.htm.

Nizamie, S., Tikka, S. (2014). Psychiatry and music. *Indian Journal of Psychiatry*, 56 (2), 128 – 140. Doi: 10.4103/0019-5545.130482.

Peng, S., Koo, M., Kuo, J. (2010). Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing,* 24, 429 – 434. Doi: http://www.gjpsy.uni-goettingen.de.

Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1). Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003.

Punzi, G., Bharadwaj, R., Ursini, G. (2018). Neuroepigenetics of Schizophrenia. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*. Doi: https://doi.org/10.1016/bs.pmbts.2018.04.010.

Santos, S., Morato, P. (2002). Comportamento Adaptativo. *Porto: Porto Editora*.

Saúde Mental em números – 2014. In Direção-geral de saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental. Local: Lisboa.

Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Coimbra: Quarteto Editora*.

Shimosakai, R. (2011). Deficiência Intelectual e Doença Mental. Qual a diferença?. Retirado de: https://turismoadaptado.com.br/deficiencia-intelectual-e-doenca-mental/.

Sousa, A., Sousa, J. (2010). Music therapy in chronic schizophrenia. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7, 13 – 17.

Souza, F. (2005). Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 63 – 70.

Spanemberg, L., Juruena, M. (2004). Distimia: características históricas e nosológicas e a sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26 (3). Doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000300007.

Stanczyk, M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of practical oncology and radiotherapy, 16*, 170 – 172. doi:10.1016/j.rpor.2011.04.005.

Talwar, N., Crawford, M., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 405 – 409. Doi: 10.1192/bjp.bp.105.015073.

Tang, W., Yao, X., Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry*, 165 (24), 38 – 44.

Ulrich, G., Houtmans, T., Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (5), 362 – 370.

Vieira, P. (2015). Bem-estar, qualidade de vida e saúde mental: estudo descritivo na cidade da horta. *Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Psicologia.*

Vieitas, M. (2015). O processo de institucionalização: o olhar de quem vê de dentro. *Instituto Superior de Serviço Social do Porto*.

Weigsding, J., Barbosa, C. (sem data). A influência da música no comportamento humano. *Arquivos do MUDI*, 18 (2), 47 – 62.

Yang W., Otros, Y. (2008). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatry*, 8, 38 – 40.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Horário do estágio

Apêndice B – Instrumento de avaliação

Apêndice C – Questionário "O que eu adoro e o que menos gosto"

Apêndice D – Folha de "Registo da sessão" para preenchimento da terapeuta

Apêndice E – Folha de "Registo da sessão" para preenchimento do utente

Apêndice F – Plano terapêutico individual de Isabel

Apêndice G – Plano terapêutico individual de Jorge

Apêndice H – Instrumentos de avaliação e questionário relativo à utente Isabel

Apêndice I – Instrumentos de avaliação e questionário relativos ao utente Jorge

APÊNDICE A

Horário do estágio

Horário

Estágio Musicoterapia

Margarida Santinho

	Segunda-feira	Quarta-feira	Sexta-feira
9h15m – 9h30m	Organização da sala	Organização da sala	Organização da sala
9h30m – 10h15m	João Carlos	Custódio	João Carlos
10h15m – 11h	João Viegas	João Viegas	Custódio
11h – 11h15m	Intervalo (Registo)	Intervalo (Registo)	Intervalo (Registo)
11h15m – 12h	Cristiano	Ivone	Cristiano
12h – 12h45m	Marta	Marta	Ivone
12h45m – 13h	Organização da sala	Organização da sala	Organização da sala

APÊNDICE B

Instrumento de avaliação

Instrumento de Avaliação

Nome:_____

Idade:_____

Data de entrada na AQDP:_____

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Observações
1. Sou feliz						
2. Sinto ansiedade regularmente						
3. Tenho facilidade em olhar e/ou tocar no outro						
4. Gosto da pessoa que sou						
5. Tenho iniciativa para fazer as coisas						
6. Consigo relaxar facilmente						
7. Há coisas que eu faço bem						
8. Gosto das atividades que me são propostas						

APÊNDICE C

Questionário "O que eu adoro e o que menos gosto"

Questionário "O que eu adoro e o que menos gosto"

Estágio musicoterapia – AQDP – 2017/2018

NOME: _____Idade: ____ Entrada na AQDP: __/___/___

1. Gosto de música? O que significa a música para mim?

_____
_____
_____

2. Que estilo de música mais gosto?

_____
_____
_____

3. Quais são as minhas bandas favoritas? E o meu cantor(a)?

_____
_____
_____

4. Quais os meus instrumentos preferidos?

_____
_____
_____

5. O que gosto mais de fazer com a música? Ouvir, cantar, dançar, tocar, …

_____
_____
_____

APÊNDICE D

Folha de "Registo da sessão" para preenchimento da terapeuta

Associação Quinta das Pontes

Registo da sessão

Nome: _____

Sessão nº: _____ Data_____ Horário:_____

Assuntos abordados
Instrumentos escolhidos
Episódios-chave apresentados pelo paciente (novidades e/ou mudanças)
Expressões musicais // Técnicas
Improvisação rítmica ☐ Espelhar ☐ Improvisação melódica ☐ Provocar ☐ Recriação ☐ Induzir ☐ Composição ☐ Suportar ☐ Audição ☐ Conter ☐ Outra(s) ☐ _____ Outra(s) ☐ _____
Reacções terapeuta
Resumo/Reflexão da sessão

APÊNDICE E

Folha de "Registo da sessão" para preenchimento do utente

Associação Quinta das Pontes

Nome:_____

Data:_____

Sessão nº:_____

Horário:_____

APÊNDICE F

Plano terapêutico individual de Isabel

Isabel	**Problema**	**Objetivo**	**Sub-objectivos**
Diagnóstico: 1. Esquizofrenia paranóide; 2. Epilepsia; Outras informações: 1. Rejeição à mudança; 2. Tem contacto com o pai, onde vai passar férias; 3. Tem como lema "O ideal é trabalharem para mim"	Falsa negação	Promover a auto-consciência	Uma vez por sessão, admitir o momento de "prazer" (ex: fez-me sentir bem)
			Empregar o termo "gosto" (instrumento, músicas, …), uma vez por sessão
			Iniciar a execução de um instrumento, duas vezes por sessão
	Ausência de interesse/ motivação	Estimular o interesse e a motivação	Propor, uma vez por sessão, uma ideia de forma autónoma
			Sorrir quatro vezes por sessão, durante o decorrer das actividades
			Exibir, uma vez por sessão, mudanças/diferenças rítmicas e/ou melódicas nos motivos que apresenta
	Dificuldade de memorização	Aumentar os níveis de memória a curto-prazo	Imitar, de forma sequencial, pequenas frases rítmicas e/ou melódicas, três vezes na sessão
			Relembrar cronologicamente 50% dos conteúdos abordados na sessão anterior
			Descrever três atividades diferentes na sessão, que realiza fora das sessões de MT

APÊNDICE G

Plano terapêutico individual de Jorge

Jorge	**Problema**	**Objetivo**	**Sub-objectivos**
Diagnóstico: 1. Esquizofrenia Hebefrénica; Outras informações: 1. Já frequentou aulas de piano; 2. Já fez parte da Banda Filarmónica do Espinhal (onde não foi respeitado);	Auto-valorização	Potenciar a criatividade e a auto-valorização	Criar, uma vez por sessão, um pequeno texto sobre temática livre (sessão, gostos, …)
			Apresentar, uma vez por sessão, uma experiência/exploração nova
			Produzir, uma vez por mês, uma pequena melodia, de autoria própria
	Dificuldade na exteriorização de sentimentos e emoções	Estimular a exteriorização de sentimentos e emoções	Verbalizar assuntos em geral, de forma autónoma, duas vezes por sessão
			Apresentar/debater, duas vezes por sessão, ideias apresentadas e/ou para apresentar
			Descrever, uma vez por sessão, situações decorridas fora das sessões da MT
	Auto-estima	Estimular competências já adquiridas	Ler uma melodia melodicamente correta, uma vez por sessão
			Identificar o compasso da música, uma vez por sessão
			Executar instrumentos já estudados - piano, saxofone e/ou clarinete, uma vez por sessão

APÊNDICE H

Instrumentos de avaliação e questionário relativos à utente Isabel

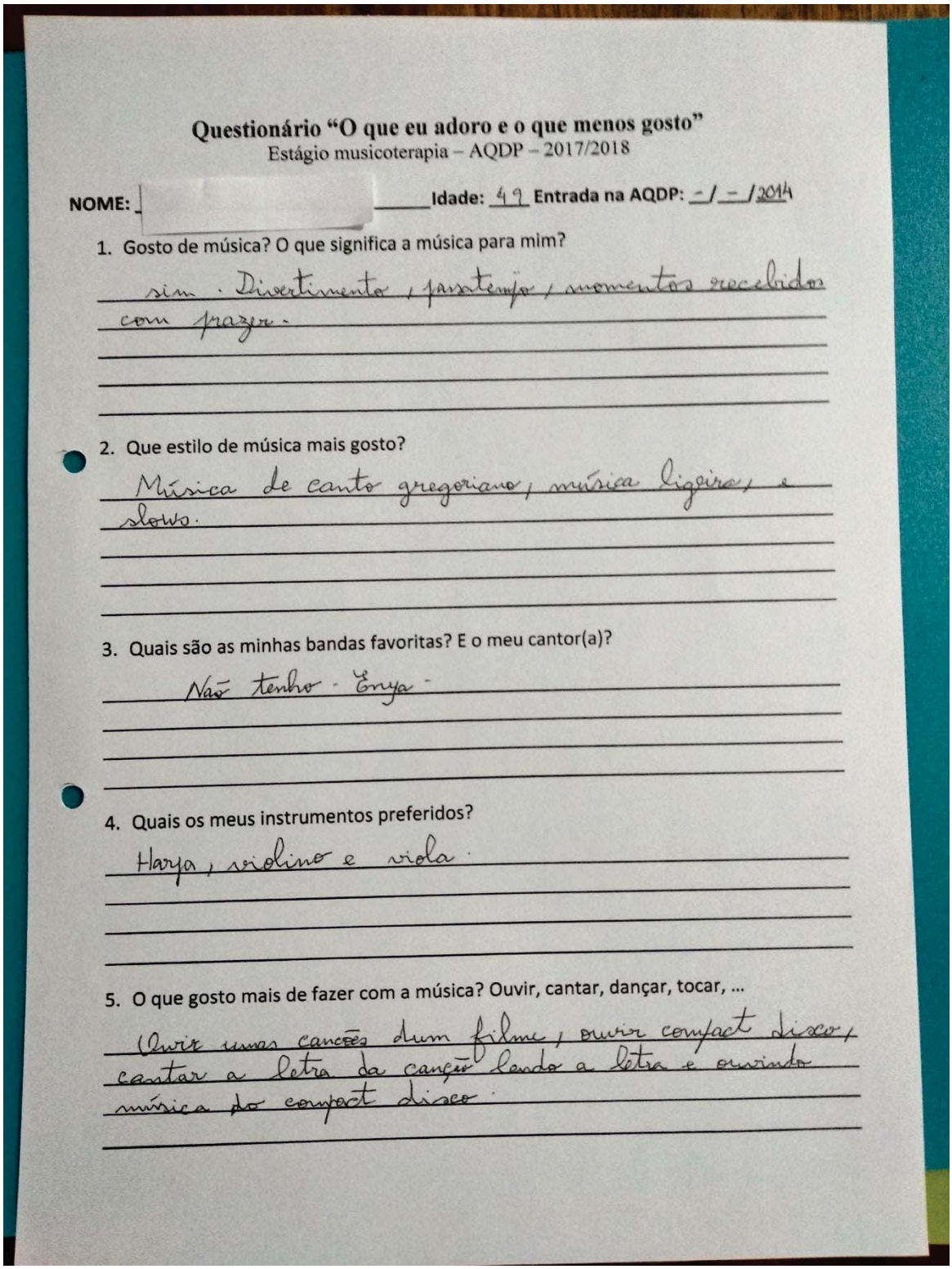
Instrumento de Avaliação

Nome: [redacted]

Idade: 49 anos

Data de entrada na AQDP: 2014 Preenchido a 20/06/2018

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Observações
1. Sou feliz	X					
2. Sinto ansiedade regularmente			X		X	
3. Tenho facilidade em olhar e/ou tocar no outro		X X				
4. Gosto da pessoa que sou		X			X	Descobri que consigo fazer teatro com música.
5. Tenho iniciativa para fazer as coisas	X	X				
6. Consigo relaxar facilmente	X	X				
7. Há coisas que eu faço bem	X	X				
8. Gosto das atividades que me são propostas		X			X	Poesia com música(+) "Rapsódia"



Questionário "O que eu adoro e o que menos gosto"
Estágio musicoterapia – AQDP – 2017/2018

NOME: [redacted] **Idade:** 49 **Entrada na AQDP:** -/-/2014

1. Gosto de música? O que significa a música para mim?

sim. Divertimento, passatempo, momentos recebidos com prazer.

2. Que estilo de música mais gosto?

Música de canto gregoriano, música ligeira, e slow.

3. Quais são as minhas bandas favoritas? E o meu cantor(a)?

Não tenho. Enya.

4. Quais os meus instrumentos preferidos?

Harpa, violino e viola.

5. O que gosto mais de fazer com a música? Ouvir, cantar, dançar, tocar, ...

Ouvir umas canções dum filme, ouvir compact disco, cantar a letra da canção lendo a letra e ouvindo música do compact disco.

Preenchido a 12/04/2013

Instrumento de Avaliação

Nome: [redacted]

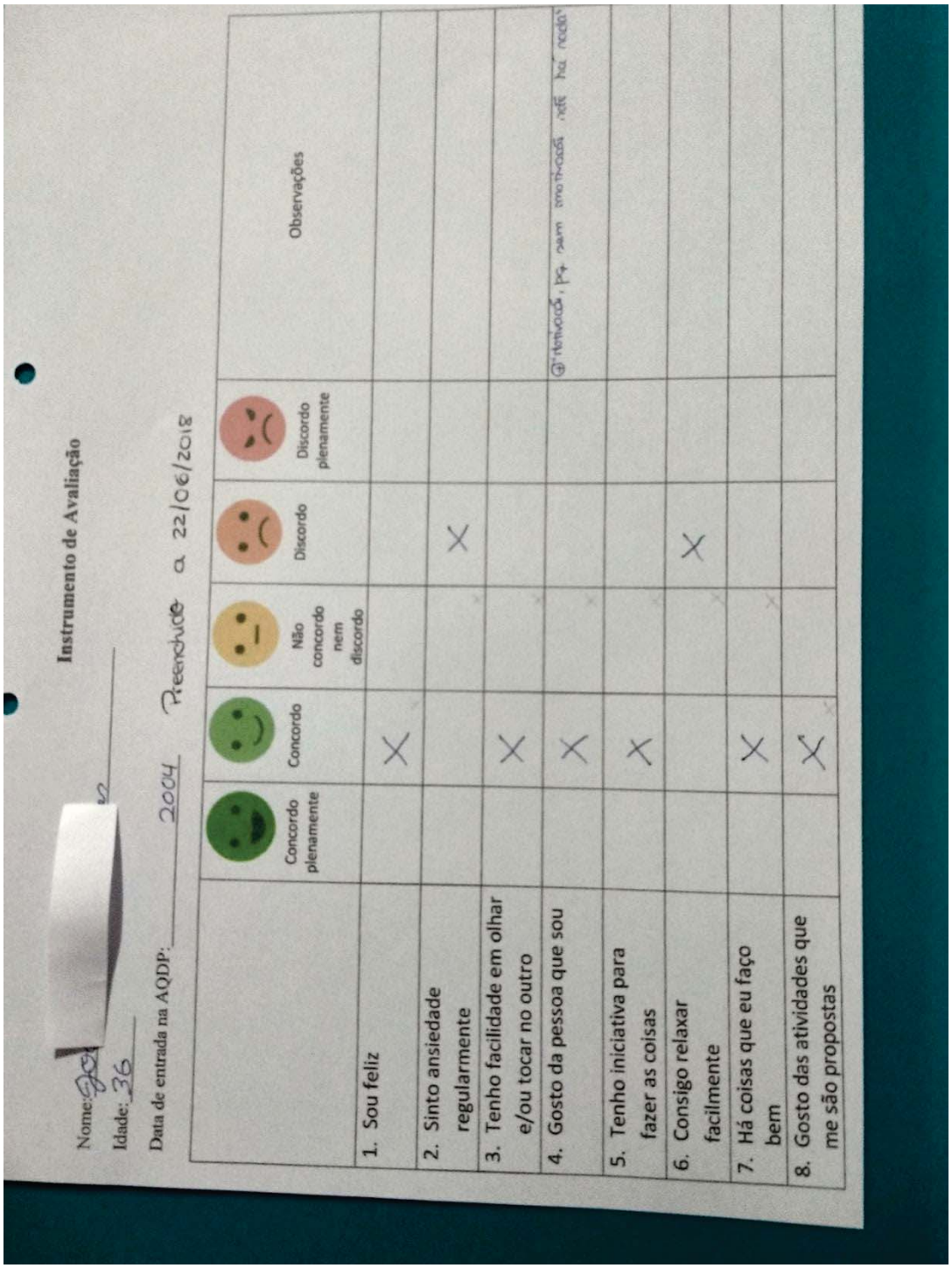
Idade: 49

Data de entrada na AQDP: 2014

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Observações
1. Sou feliz				X		
2. Sinto ansiedade regularmente				X		
3. Tenho facilidade em olhar e/ou tocar no outro		X				
4. Gosto da pessoa que sou					X	
5. Tenho iniciativa para fazer as coisas	X					
6. Consigo relaxar facilmente	X					
7. Há coisas que eu faço bem	X					
8. Gosto das atividades que me são propostas					X	

APÊNDICE I

Instrumentos de avaliação e questionário relativos ao utente Jorge



Instrumento de Avaliação

Nome: [illegible]

Idade: 36

Data de entrada na AQDP: 2004 Reenvio a 22/06/2018

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Observações
1. Sou feliz		X				
2. Sinto ansiedade regularmente				X		
3. Tenho facilidade em olhar e/ou tocar no outro		X				
4. Gosto da pessoa que sou		X				@ Atividade, pq sem motivação não há nada
5. Tenho iniciativa para fazer as coisas		X				
6. Consigo relaxar facilmente				X		
7. Há coisas que eu faço bem		X				
8. Gosto das atividades que me são propostas		X				

Instrumento de Avaliação

Nome: [redacted]

Idade: 36

Data de entrada na AQDP: 2004

	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente	Observações
1. Sou feliz		X				
2. Sinto ansiedade regularmente			X			
3. Tenho facilidade em olhar e/ou tocar no outro			X			
4. Gosto da pessoa que sou			X			
5. Tenho iniciativa para fazer as coisas			X			
6. Consigo relaxar facilmente			X			
7. Há coisas que eu faço bem			X			
8. Gosto das atividades que me são propostas		X				

Questionário "O que eu adoro e o que menos gosto"

Estágio musicoterapia – AQDP – 2017/2018

NOME: Jo [redacted] **Idade:** 36 **Entrada na AQDP:** -/02/2004

1. Gosto de música? O que significa a música para mim?

Gosto de música. A música é uma coisa boa para mim.

2. Que estilo de música mais gosto?

Eu gosto mais de música POP.

3. Quais são as minhas bandas favoritas? E o meu cantor(a)?

As minhas bandas favoritas são Bruno Mars e Augusto Canário. O meu cantor favorito é o Bruno Mars.

4. Quais os meus instrumentos preferidos?

Os meus instrumentos preferidos são a pandeireta e o órgão musical.

5. O que gosto mais de fazer com a música? Ouvir, cantar, dançar, tocar, ...

Gosto de ouvir, cantar, dançar e tocar música.

(*) O utente demonstrou interesse em tocar com pauta → pré-leitura ou cuidado em ser, e também, em cular uma música com uma letra da sua autoria.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Declaração

ANEXO A

Declaração

DECLARAÇÃO

Eu, Teresa Leite, coordenadora científica do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, declaro que a supervisão clínica dos estagiários deste curso é realizada nas instalações da Universidade através do registo video das sessões, que se considera ser uma componente fundamental da actividade de supervisão clínica. Na impossibilidade de nós, os supervisores, nos podermos deslocar a cada instituição onde os nossos alunos realizam trabalho clínico, as gravações em registo video das sessões de intervenção directa constituem uma ferramenta muito importante para o nosso trabalho de acompanhamento e aperfeiçoamento do trabalho dos estagiários e são utilizadas exclusivamente para este efeito, mediante as devidas recomendações de confidencialidade junto dos alunos presentes nas sessões de supervisão.

Eu, _____, portador do C.C. nº _____, residente em _____, que desenvolvo atividades na Associação Quinta das Pontes, no âmbito do Centro de Atividades Ocupacionais, subscrevo a declaração supra redigida.

(Assinatura)

Tomei conhecimento,

(Dta Andreia Constâncio, Diretora Técnica da Associação Quinta das Pontes)

Para mais esclarecimentos, poderei ser contactada através do endereço de correio electrónico teresaleite@edu.ulusiada.pt.

Lisboa, 1 de Outubro de 2017

Teresa Leite, Coordenadora Científica

Mestrado em Musicoterapia - Universidade Lusíada de Lisboa