

**Universidades Lusíada**

Monteiro, Marta Sofia Xavier, 1996-

**Musicoterapia em cuidados paliativos : a sonoridade das emoções**

<http://hdl.handle.net/11067/5003>

**Metadados**

**Data de Publicação**

2020

**Resumo**

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Seminário de Estágio do 2.º ano do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, no ano letivo 2018/2019, consiste na descrição e reflexão sobre a intervenção em musicoterapia com 25 participantes – doentes, familiares e profissionais de saúde na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães. Teve como objetivo criar um espaço de musicoterapia de forma a complementar os serv...

This internship report was produced for the course unit Internship Seminary of Masters Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, in the academic year 2018/2019, and it describes and reflects upon music therapy intervention on 25 subjects – patients, family and health care professionals of Palliative Care Unit of Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães. This intervention aimed to enable a music therapeutical complement for the service provided by the multidisciplinary in-hosp...

**Palavras Chave**

Cuidados paliativos, Musicoterapia - Prática profissional, Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães, Portugal). Unidade Intrahospitalar de Cuidados Paliativos - Ensino e estudo (Estágio)

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T10:59:48Z com informação proveniente do Repositório



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia em cuidados paliativos:  
a sonoridade das emoções**

**Realizado por:**  
Marta Sofia Xavier Monteiro

**Supervisionado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

**Orientado por:**  
Dr.<sup>a</sup> Gerly Naylet Macedo Gonçalves

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Supervisora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jimenez

Dissertação aprovada em: 18 de Janeiro de 2020

Lisboa

2019



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Musicoterapia**

**Musicoterapia em cuidados paliativos:  
a sonoridade das emoções**

**Marta Sofia Xavier Monteiro**

Lisboa

julho 2019



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

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

**Mestrado em Musicoterapia**

**Musicoterapia em cuidados paliativos: a sonoridade  
das emoções**

**Marta Sofia Xavier Monteiro**

Lisboa

julho 2019

Marta Sofia Xavier Monteiro

## Musicoterapia em cuidados paliativos: a sonoridade das emoções

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

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Gerly Naylet Macedo Gonçalves

Lisboa

julho 2019

## Ficha Técnica

**Autora** Marta Sofia Xavier Monteiro  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
**Orientadora de estágio** Dr.<sup>a</sup> Gerly Naylet Macedo Gonçalves  
**Título** Musicoterapia em cuidados paliativos: a sonoridade das emoções  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2019

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

MONTEIRO, Marta Sofia Xavier, 1996-

Musicoterapia em cuidados paliativos : a sonoridade das emoções / Marta Sofia Xavier Monteiro ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Gerly Naylet Macedo Gonçalves. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - GONÇALVES, Gerly Naylet Macedo, 1977-

LCSH

1. Cuidados paliativos
2. Musicoterapia - Prática profissional
3. Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães, Portugal). Unidade Intrahospitalar de Cuidados Paliativos - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço à minha família, aos meus pais por todo o apoio e amor, por me ajudarem a alcançar os meus sonhos, estando sempre dispostos a ajudar. À minha irmã e ao Diogo pela amizade, amor, compreensão e paciência, por estar sempre presente e pelo apoio.

Agradeço a todos os professores do Mestrado de Musicoterapia, pela partilha de conhecimentos e pela disponibilidade em ajudar, em particular à Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Jiménez, pela sua compreensão, apoio, orientação e pela partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras.

À Equipa Intra-Hospitalar de Serviços em Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães, que me acolheu na equipa e permitiu a realização do estágio, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário, por tudo o que me ensinaram e pelos momentos de descontração.

À Dra. Gerly Macedo, a minha orientadora no local de estágio agradeço por todo o apoio, disponibilidade e confiança que depositou em mim. À Dra. Celeste, coordenadora da Unidade de Cuidados Paliativos, pelo carinho e atenção.

Obrigada aos meus utentes, que sem eles, não era possível realizar o estágio.

Por fim, agradeço a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste relatório.

## **Resumo**

### **Musicoterapia em Cuidados Paliativos: a sonoridade das emoções**

Marta Sofia Xavier Monteiro

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Seminário de Estágio do 2.º ano do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, no ano letivo 2018/2019, consiste na descrição e reflexão sobre a intervenção em musicoterapia com 25 participantes – doentes, familiares e profissionais de saúde na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães. Teve como objetivo criar um espaço de musicoterapia de forma a complementar os serviços prestados pela equipa intra-hospitalar da Unidade de Cuidados Paliativos, proporcionando uma nova abordagem que visa o apoio emocional e facilita a autoexpressão e a comunicação entre todas as partes envolvidas no processo terapêutico.

Neste relatório são descritos e analisados detalhadamente dois estudos de caso. O primeiro descreve a intervenção individual a uma utente viúva sobrevivente de um doente oncológico falecido em acompanhamento pela equipa intra-hospitalar de serviços em cuidados paliativos. O segundo caso descreve a intervenção em musicoterapia familiar a uma utente oncológica, ao seu marido e à sua cunhada. A intervenção foi avaliada recorrendo a questionários, grelhas de observação e análise das gravações vídeo/áudio. Os objetivos delineados foram alcançados em ambos os estudos de caso. Verificou-se que a musicoterapia é uma abordagem benéfica para utentes e equipa intra-hospitalar de serviços em cuidados paliativos (EIHSCP), proporcionando apoio emocional, mental e social em contexto hospitalar, nomeadamente na Unidade de Cuidados Paliativos.

**Palavras-chave:** Musicoterapia, Cuidados Paliativos, Luto, Família, *Burnout*



# **Abstract**

## **Music Therapy in Palliative Care: the sound of emoticons**

Marta Sofia Xavier Monteiro

This internship report was produced for the course unit Internship Seminary of Masters Degree in Music Therapy at Universidade Lusfada de Lisboa, in the academic year 2018/2019, and it describes and reflects upon music therapy intervention on 25 subjects – patients, family and health care professionals of Palliative Care Unit of Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães. This intervention aimed to enable a music therapeutical complement for the service provided by the multidisciplinary in-hospital palliative care team (EIHSCP), offering a new approach on emotional support and promoting self-expression and communication between all parts involved in the therapeutical process.

This report describes and offers a detailed analysis of two case studies. The first case describes the individual intervention on an oncological patient widow followed by EIHSCP. The second case describes the use of music therapy on an oncological patient, her husband and her sister-in-law. This process was evaluated with surveys, observation grids and video/audio analysis. In both case studies the objectives previously determined were achieved. Music therapy was a beneficial approach to both patients and EIHSCP, granting them emotional, mental and social support in hospital context, specifically in the Palliative Care Unit.

**Keywords:** Music Therapy, Palliative Care, Grief, Family, Burnout

## **Lista de tabelas**

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos participantes	32
<b>Tabela 2</b> – Agenda semanal	39
<b>Tabela 3</b> – Plano Terapêutico do Estudo de Caso I	42
<b>Tabela 4</b> – Valores pré e pós sessão dos Termómetros Emocionais do Estudo de Caso I	46
<b>Tabela 5</b> – Valores pré e pós intervenção da qualidade de vida do Estudo de Caso I	47
<b>Tabela 6</b> – Plano Terapêutico do Estudo de Caso II	50
<b>Tabela 7</b> – Valores pré e pós sessão dos Termómetros Emocionais do Carlos	54
<b>Tabela 8</b> – Valores pré e pós sessão dos Termómetros Emocionais da Carminho	54

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

**HSOG** – Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

**EIHSCP** – Equipa Intra-hospitalar de Serviços em Cuidados Paliativos

**MTCC** – Musicoterapia Cognitivo-Comportamental

**TE's** – Termómetros Emocionais

**WHOQOL-BREF** – World Health Organization Quality of Life - Bref

**BPI-SF** – Brief Pain Inventory - Short Form

**ICG** – Inventory of Complicated Grief

**HSM** – História Sonoro-Musical

**POC** – Perturbação Obsessivo Compulsivo

## Índice

Introdução.....	1
Caracterização da instituição .....	3
Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos.....	3
Valência da terapia complementar .....	5
Caracterização da população-alvo .....	7
Enquadramento teórico.....	9
Cuidados Paliativos.....	9
O cuidador.....	10
Os profissionais de saúde.....	11
A doença, o morrer e a morte e suas implicações.....	13
Processo de luto.....	13
O processo de luto na infância.....	15
O processo de luto em idade avançada.....	16
Musicoterapia.....	17
Musicoterapia em contexto hospitalar.....	18
Musicoterapia em cuidados paliativos.....	20
Métodos e técnicas de musicoterapia em cuidados paliativos.....	21
Musicoterapia centrada na família.....	24
Musicoterapia no processo de luto.....	26
Musicoterapia no burnout .....	29
Objetivos do Estágio.....	30
Metodologia.....	31
Participantes .....	31
Instrumentos de avaliação .....	32
Procedimentos.....	34
<i>Setting</i> .....	36
As sessões.....	37
Técnicas utilizadas .....	38
Agenda semanal.....	39
Estudos de Caso.....	40
Estudo de caso 1 .....	40
Caracterização.....	40

Encaminhamento para musicoterapia.....	40
Avaliação inicial.....	41
Objetivos e plano terapêutico.....	41
Processo terapêutico.....	42
Conclusão.....	46
Discussão do caso.....	47
Estudo de caso 2.....	48
Caracterização.....	48
Encaminhamento para musicoterapia.....	48
Avaliação inicial.....	48
Objetivos e plano terapêutico.....	49
Processo terapêutico.....	50
Conclusão.....	53
Discussão do caso.....	54
Outras intervenções clínicas.....	56
Família Pereira.....	56
João e Mafalda.....	57
Rosário.....	59
Constança.....	59
Joana.....	60
Mariana.....	60
Alberto.....	61
Grupo de Luto.....	61
Grupo <i>Burnout</i> .....	64
Outros projetos.....	66
Conclusões.....	68
Reflexão final.....	71
Referências.....	73
Apêndices.....	80
Lista de apêndices.....	81
Apêndice A.....	82
Apêndice B.....	84
Apêndice C.....	86

Apêndice D.....	88
Apêndice E.....	90
Anexos.....	92
Lista de anexos.....	93
Anexo A.....	94
Anexo B.....	96
Anexo C.....	99
Anexo D.....	102
Anexo E.....	104
Anexo F.....	107
Anexo G.....	111
Anexo H.....	113
Anexo I.....	116

## Introdução

No âmbito do plano curricular do curso do Mestrado de Musicoterapia do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa foi desenvolvido um estágio curricular descrito no presente relatório. O estágio decorreu entre outubro de 2018 e junho de 2019 na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães e teve como principal objetivo a intervenção clínica em contexto paliativo com problemáticas a nível da gestão emocional e na comunicação entre utentes e suas famílias, fornecendo um meio de expressão de sentimentos. A intervenção centrou-se nas necessidades dos utentes e respetivos cuidadores e/ou familiares, bem como na equipa de Cuidados Paliativos.

Por definição, os Cuidados Paliativos são os cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles em fim de vida, sendo aplicáveis durante todo o curso da doença, de acordo com as necessidades do doente. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e cuidadores. Não pretendem antecipar nem adiar a morte, afirmando a vida e reconhecem a morte como um processo natural (World Health Organization, 2018).

A musicoterapia tem vários domínios de intervenção incluindo a medicina e reabilitação, cujos objetivos se centram na motricidade, na gestão da dor e nos cuidados psicossociais. Esta é uma terapia relacional em que o desenvolvimento da relação pode ser facilitado através da interação musical com os utentes e familiares em contexto hospitalar, procurando atender às suas necessidades físicas, sociais, psicológicas, emocionais e espirituais e, até mesmo, nas questões familiares, utilizando a improvisação, a composição, escuta musical, bem como contar histórias através de canções. Neste sentido, a musicoterapia pode ser utilizada enquanto terapia complementar às equipas multidisciplinares de prestação de serviços de cuidados paliativos, visto que esta se guia pelos mesmos objetivos para dar resposta às necessidades dos doentes, dos familiares e cuidadores.

Durante o período do estágio foi possível intervir 25 participantes, com idades compreendidas entre os 9 e os 71 anos.

Em primeiro lugar, é apresentada uma caracterização da instituição abordando aspetos como tipologia da instituição, valências terapêuticas, a sua missão e valores.

Descreve-se a população alvo, focando as características da mesma, assim como a sua integração e intervenção na instituição.

Considerando a informação recolhida, o enquadramento teórico incide sobre a abordagem musicoterapêutica como complemento aos Cuidados Paliativos.

Após reflexão acerca do enquadramento teórico, são apresentados os objetivos gerais para o estágio e, posteriormente, é descrita toda a metodologia aplicada ao longo deste processo. Nesta secção são explanados, de forma pormenorizada, dois estudos caso seguidos durante o estágio, bem como o trabalho desenvolvido com os utentes paliativos e os seus cuidadores e familiares.

A intervenção musicoterapêutica decorreu em sessões individuais e em sessões de grupo. A nível individual foram seguidos doentes em tratamento de cuidados paliativos que se encontravam em situação de internamento hospitalar; doentes acompanhados pela equipa intra-hospitalar de serviços em cuidados paliativos (EIHSCP) que promove atividades terapêuticas e criativas no Hospital de Dia; familiares e cuidadores alvo de acompanhamento e apoio no processo de luto. As sessões de grupo incidiram sobre dois grupos – um grupo de luto, constituído por 6 utentes em processo de luto; um grupo *burnout*, constituído pela EIHSCP.

As sessões individuais decorreram com uma periodicidade semanal ou quinzenal, de acordo com a disponibilidade dos utentes. As sessões de grupo de luto tiveram uma periodicidade mensal e as sessões de grupo de *burnout* ocorriam sempre que a equipa demonstrava disponibilidade. Foram aplicadas as técnicas e metodologias mais adequadas a cada indivíduo ou grupo, tendo em conta os objetivos propostos no respetivo plano terapêutico. As intervenções privilegiaram a musicoterapia ativa e recetiva sobretudo através de improvisações instrumentais e vocais, jogos por turnos, *toning* vocal, construção e recriação de canções, escuta musical.



## **Caracterização da instituição**

O Hospital de Guimarães presta cuidados de saúde à população há mais de 400 anos, sendo que a 25 de setembro de 1991 foi instituído enquanto Hospital Senhora da Oliveira Guimarães (HSOG).

A instituição localiza-se na Rua dos Cutileiros, na cidade de Guimarães e presta diretamente cuidados de saúde diferenciados a uma área correspondente aos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Vizela e Mondim de Basto, acolhendo, ainda, utentes dos concelhos de Famalicão, Felgueiras e Celorico de Basto.

Os profissionais de saúde que constituem a equipa de trabalho assumem a paixão e compaixão como valores de competência, guiando-se pelos seguintes princípios: reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa; centralidade no doente e promoção da saúde na comunidade; garantia de prestação de cuidados de qualidade; postura e prática com elevados padrões éticos; respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis. A instituição tem como principal missão realizar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos doentes, assegurando os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais. O HSOG pretende destacar-se enquanto exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, ambicionando a excelência e a criação de valor para todos os seus públicos, tornando-se referência no setor da saúde.

O hospital proporciona serviços de urgência médico-cirúrgico, unidade de convalescença e de cirurgia de ambulatório, unidade de crise e da dor, um centro de procriação medicamente assistida, viatura de emergência médica e de cuidados ao domicílio; equipa de cuidados paliativos e central de esterilização certificada (Capelas H. , 2018).

### **Caracterização da Unidade de Cuidados Paliativos**

A Unidade de Cuidados Paliativos do HSOG encontra-se ativa há 5 anos e presta um serviço médico centrado na prestação de serviços em contexto intra-hospitalar.

A Unidade de Cuidados Paliativos do HSOG presta cuidados a doentes no Internamento, assim como no Hospital de Dia, numa estrutura subjacente ao hospital

localizada na Consulta Externa II. Estes cuidados são desenvolvidos no sentido de promover atividades terapêuticas e recreativas. A Consulta Externa III destina-se a consultas de apoio psicológico para doentes e familiares.

A EIHS CP disponibiliza aconselhamento em Cuidados Paliativos e apoio a toda a estrutura hospitalar, doentes, família e cuidadores no ambiente hospitalar, tendo um gabinete onde realiza reuniões multidisciplinares. Os Cuidados Paliativos promovem o alívio da dor e de outros sintomas, a afirmação da vida, promovendo a aceitação da morte como um processo natural, a integração de aspetos psicossociais e espirituais ao cuidador do utente, o fornecimento de sistemas de apoio à família para aprender a lidar com a doença do utente e com o luto, a abordagem às necessidades dos utentes e respetivas famílias incluindo o encaminhamento para o luto se necessário, o reforço e melhoramento da qualidade de vida e influência positiva no curso da doença e deverão ser aplicáveis no início do curso da doença em simultâneo com outras terapias que promovam a qualidade de vida.

Considera-se, para admissão na unidade, um critério de referenciação específico: a situação de dependência de um doente portador de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida a patologia de base, podendo, ainda, proporcionar internamento a estes doentes com o intuito de proporcionar descanso do principal cuidador. Por sua vez, existem também critérios de exclusão para internamento na unidade: se o doente está com episódio de fase aguda; se necessita exclusivamente de apoio social; se requer exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade de cuidados paliativos; se está infectado e o regime terapêutico inclui medicamentos de exclusivo uso hospitalar.

A prestação de cuidados paliativos inclui a prevenção, identificação precoce, avaliação e gestão globais dos problemas físicos – incluindo a dor e outros sintomas graves ou nocivos – do sofrimento psicológico, da angústia espiritual e das necessidades sociais. A EIHS CP proporciona apoio para ajudar a pessoa doente a viver da forma mais plena possível até à morte, facilitando a comunicação, permitindo que a pessoa e a sua família determinem quais os objetivos de tratamento. Para além dos doentes, a equipa proporciona apoio à família e aos cuidadores durante a doença e no período de luto, mantendo sempre o respeito pelos valores e crenças culturais da pessoa doente e da sua família. Estes serviços são aplicáveis em contextos de prestação de cuidados (domicílio e instituições) e em todos os níveis de cuidados (primário e terciário) e, sempre que

necessário, são fornecidos em conjunto com intervenções terapêuticas modificadoras da evolução da doença (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

A EIHSOP é constituída por uma médica de medicina geral, uma médica anestesista, uma médica oncologista, duas enfermeiras, uma psicóloga clínica e da saúde, uma assistente social e um assistente espiritual. Esta equipa disponibiliza aconselhamento em cuidados paliativos e apoio a toda a estrutura hospitalar no internamento, na consulta externa e nas consultas ao domicílio, atuando junto de utentes, mas também da família e cuidadores em ambiente hospitalar (Radbruch & Payne, 2010).

Os profissionais que atuam neste contexto proporcionam abordagens farmacológicas e não farmacológicas adequadas e procuram identificar com maior precisão as necessidades, desejos e preferências dos utentes, constituindo uma importante estratégia para a melhoria da sua qualidade de vida. Também procuram promover atividades terapêuticas aos doentes paliativos e respetivos familiares e fornecem supervisão clínica de modo a diminuir a sobrecarga dos familiares/cuidadores (World Health Organization, 2018).

### **Valência da terapia complementar**

Em Portugal estima-se que haja no continente cerca de 71 500 a 85 000 doentes com necessidades paliativas, sendo que em 2015, na região Norte, 25 320 doentes necessitaram de serviços de cuidados paliativos. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017-2018).

A EIHSOP do HSOG é constituída por profissionais diferenciados que prestam cuidados multidisciplinares assegurando um acompanhamento clínico de doentes e famílias, consultadoria/assessoria a outros profissionais e promovem a articulação com universidades, escolas superiores de saúde e outros centros de investigação. Disponibiliza atendimento telefónico aos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde e exerce a sua atividade prestando consultadoria a toda a estrutura do HSOG, entendendo, igualmente, estende a sua atividade de consultadoria aos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde – Cuidados de Saúde Primários, Equipas/Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas/Dependentes. Para assegurar o acompanhamento dos doentes referenciados para os diferentes locais acima referidos e para os doentes que tiveram

alta do internamento hospitalar, a EIHS CP presta serviços na Consulta de Cuidados Paliativos no Hospital de Dia, em formato de consulta externa, de modo a permitir a realização de procedimentos terapêuticos, tais como a administração de fármacos, realização de pensos e paracenteses. As consultas podem ser programadas ou não programadas de modo a dar resposta aos doentes em situação de crise.

O presente estágio insere-se na valência de terapia complementar aos serviços prestados pela EIHS CP, tendo a estagiária sido orientada pela psicóloga clínica e da saúde que integra a equipa.

O funcionamento da musicoterapia assentou em dois formatos: 1) Internamento, cujo foco foi cuidar do doente paliativo numa perspetiva de alta precoce; 2) Hospital de Dia, onde se realizavam as sessões de musicoterapia individuais e em grupo, procurando proporcionar um cuidado e alívio da sobrecarga dos familiares e cuidadores. A intervenção também foi direcionada para proporcionar apoio à EIHS CP, de modo a contribuir para uma melhor gestão emocional de todos.

## Caracterização da população-alvo

A EIHS CP acompanha utentes com doença progressiva avançada e incurável (em tratamento paliativo) que apresentam descontrolo sintomático complexo e de difícil gestão. Centrando-se na dignidade da pessoa, os cuidados paliativos procuram prevenir um grande sofrimento motivado por sintomas associadas à doença crónica e terminal e dar uma resposta indispensável aos problemas do final da vida, ajudando no processo de aceitação da morte como uma etapa natural da vida, reduzindo o risco de lutos patológicos (Radbruch & Payne, 2010).

Uma vez que a equipa intervém em doentes com diferentes níveis de complexidade, é necessário avaliar as diferentes necessidades dos doentes e familiares para delinear a melhor abordagem. Neste sentido, podem-se considerar três níveis de complexidade, nomeadamente: doentes com necessidades de complexidade baixa a intermédia com sintomatologia não complicada, mas com potencial de evolução para situações mais complexas. O acompanhamento pode ser feito nos três níveis de cuidados: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados; doentes com necessidades de complexidade intermitente que apresentam necessidades de diferentes intensidades que, para além da abordagem paliativa, requerem consultadoria ou períodos de intervenção direta de uma equipa de cuidados paliativos especializados para resolução dos problemas mais complexos; doentes com necessidades complexas persistentes que apresentam problemas persistentes de alta intensidade ou complexidade em qualquer das dimensões do sofrimento, pelo que necessitam de cuidados paliativos especializados. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Gómez-Batiste e Tuca (2005) indicam os diversos fatores de risco a ter em conta para uma correta avaliação nomeadamente: fatores dependentes do doente: idade jovem, pluripatologia, toxicodependência, antecedentes de doença psiquiátrica; fatores dependentes da situação clínica: intensidade, número e tipo de sintomas (dor, dispneia, hemorragias e *delirium*); situações clínicas de especial complexidade (situação de últimas horas ou dias de vida e “agonia”, por exemplo); fatores dependentes da situação emocional: depressão e ansiedade; fatores dependentes do estadió da doença (evolução rápida ou com crises frequentes) e o tratamento específico (ter em atenção à toxicidade dos tratamentos dirigidos à doença); fatores dependentes da família/cuidadores (dependência do doente, ausência de um cuidador, conflitos familiares, lutos

patológicos); fatores dependentes da intervenção de outras equipas terapêuticas; dilemas ou conflitos éticos, de valores, atitudes ou crenças (sedação paliativa, suspender ou não iniciar nutrição/hidratação ou medidas de suporte avançado de vida).

## Enquadramento teórico

Tendo em conta o contexto e a ampla população abrangida pelos serviços prestadas pela EIHS CP, considerou-se pertinente uma revisão de literatura com foco no papel da musicoterapia no campo atuação em cuidados paliativos junto dos utentes e familiares em acompanhamento multidisciplinar, dos utentes em processo de luto e na equipa multidisciplinar.

### Cuidados Paliativos

A prestação de cuidados paliativos a utentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida é um elemento qualitativo essencial do sistema de saúde. Atualmente, a intervenção precoce de cuidados paliativos é reconhecida como uma mais valia para os doentes e para as suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos utentes e a sobrecarga dos familiares, o tempo de internamento e a frequência de reinternamento hospitalar, assim como do recurso ao serviço de urgência, diminuindo, conseqüentemente, os custos em saúde (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Os cuidados paliativos surgiram em Inglaterra na década de 60 para dar resposta ao sofrimento dos doentes incuráveis que, até então, representava uma grande falha nos serviços de saúde. Mais tarde, este serviço de saúde acabou por se proliferar pelo Canadá e Estados Unidos e, mais recentemente pela restante Europa, sendo que a Portugal chegou na década de 90. Contudo, só em 2004 foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos no qual se define cuidados paliativos como os *“cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida”*. São cuidados *“ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação”* (Direção Geral de Saúde, 2004).

Este serviço, centrado na humanização dos serviços de saúde, preza pelo bem-estar do doente terminal e respetiva família, revelando-se a sua pertinência e o seu inequívoco interesse público. Porém, tal serviço continua a não suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem (APCP, 2018).

Os cuidados paliativos destinam-se a doentes de várias idades e a diversas patologias, tais como malformações congénitas ou outras situações que dependam de terapêutica de suporte de vida ou apoio de longa duração, doença aguda, grave e ameaçadora da vida, doença crónica progressiva, doença ameaçadora da vida quando a opção é não recorrer tratamento orientado para a doença ou de suporte/prolongamento da vida, lesões crónicas e limitativas, e em casos de doentes em fase terminal que não têm possibilidade de recuperação ou estabilização (AdvanceCare, 2019).

Existem vários os fatores a considerar para a elaboração de planos de intervenção ajustados e mais eficazes de modo a proporcionar um bom acompanhamento e, conseqüentemente, a produzir melhores resultados terapêuticos. As relações familiares representam um forte suporte emocional. No entanto, é comum que os doentes, como estratégia de *coping*, procurem suprimir e inibir as suas emoções de forma a manter a harmonia sociofamiliar. Por outro lado, alguns doentes procuram exprimir os seus sentimentos e estados físicos. Fora do contexto estritamente familiar, é comum o recurso à espiritualidade como forma de melhor adaptação à doença e à morte. Outros fatores relevantes para a elaboração de um plano de intervenção terapêutica incluem a preocupação com os efeitos secundários dos tratamentos e com os exames clínicos, a necessidade de aprender a lidar com os medos e depressões com apoio formal de um psicólogo ou informal e a preocupação com a aparência física, com a perda das funções corporais e as dores sentidas, mas também as necessidades financeiras. Perante tais preocupações e necessidades, o doente acaba por desenvolver estratégias de autogestão e de adaptação psicossocial. Neste sentido, os profissionais de saúde procuram envolver o doente no seu todo contribuindo assim para um maior bem-estar geral do mesmo (Deep & Leal, 2000).

**O cuidador.** Atualmente, a maior parte dos casos de morte é precedida por um estadio de doença prolongada. Assim, muitas pessoas acabam, eventualmente, por ter de assumir o papel de cuidador –de um membro da família ou de um amigo – e lidar com a morte de um ente querido (Stroebe & Boerner, 2015).

É comum que o papel de cuidador seja atribuído a um membro da família da pessoa doente, ajudando na prestação de cuidados físicos e na gestão da doença. Este papel nem sempre é atribuído unicamente a um adulto, podendo uma criança ou adolescente ser cuidadora e/ou prestadora de cuidados (Payne, 2010). A tarefa de cuidar pode ser bastante exigente pois acarreta responsabilidades na sua vida quotidiana e



ocupa muito do seu tempo, energia e atenção, principalmente se a pessoa doente está em fim de vida, representando um desafio complexo para dar respostas às suas necessidades físicas e psicológicas (Capelas, Lacerda, & Coelho, 2018).

Os familiares cuidadores desempenham um papel significativo no cuidado de doentes paliativos e em fim de vida, pois passam a estar envolvidos em decisões médicas críticas, fornecem assistência vital às atividades da vida diária do doente e realizam uma parte significativa dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Esta intervenção tem um impacto significativo na saúde e processo de morte dos doentes. As abordagens das equipas de cuidados paliativos reconhecem e atendem às necessidades dos familiares envolvendo-os ativamente na tomada de decisão, integram a família como uma unidade de cuidado e promovem a diminuição do sofrimento causado pela morte do ente querido (Hauser & Kramer, 2004).

Para além do acompanhamento do familiar durante a prestação de cuidados ao doente, é fulcral dar continuidade ao acompanhamento durante o processo de luto. Após uma contínua e intensa prestação de cuidados e de atenção aos doentes, assim como uma limitação significativa da sua vida, os cuidadores tendem a sentir uma sensação de isolamento, podendo adotar comportamentos disruptivos e manifestar sintomas vários, tais como dificuldade em dormir, falta ou excesso de apetite, potenciando o risco de depressão (Cameron & Parkes, 1983).

**Os profissionais de saúde.** Os profissionais de saúde que constituem as equipas de cuidados paliativos destinam-se ao acompanhamento de situações complexas tais como: condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento transita de curativo para paliativo, ou situações de controlo sintomático complexo durante tratamento com intuito curativo; doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida, mas o prognóstico é incerto; doenças incuráveis, em que o tratamento é paliativo desde o diagnóstico (doença do neurónio motor, atrofia sistémica múltipla, demência, Parkinson, como por exemplo); situações neurológicas não progressivas cuja severidade provoca necessidades médicas complexas que são ameaçadoras da vida; situações em que o doente tem necessidades físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais complexas que são ameaçadoras da vida (AVC, paralisia cerebral, como por exemplo); situações em que o doente tem necessidades físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais complexas às quais a equipa assistente não consegue dar resposta (sintomas

persistentes, situações familiares difíceis, dilemas éticos em relação a tratamento) (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Cuidar do doente em fase terminal é um processo complexo e por vezes angustiante. Os profissionais de saúde têm de procurar, constantemente, satisfazer as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos doentes. Para além dos conhecimentos técnico-científicos, os profissionais de saúde têm também de ser capazes de recorrer a um conjunto de atitudes centradas no comprometimento, sensibilidade e facilidade de comunicação. Estes comportamentos visam zelar pelo respeito pela pessoa, de forma a proporcionar um cuidado digno, humano, afetuoso e possibilitar que o doente se sinta seguro e confiante (Carreira, 2003).

A prestação de cuidados paliativos pode levar os profissionais de saúde a um estado de exaustão física, psicológica e emocional, que, caso não seja gerido, pode tornar-se crónico.

Maslach e colegas, em 1984, desenvolveram uma definição para a Síndrome de *Burnout* na qual a descrevem como uma resposta desajustada a um *stress* emocional crónico. De acordo com os autores, a Síndrome de *Burnout* caracteriza-se por um estado de esgotamento físico e/ou psicológico, marcado por um cansaço emocional, levando ao desenvolvimento de atitudes frias e despersonalizadas em relação aos seus doentes e colegas de trabalho, comportando-se com cinismo e distanciamento e a um sentimento de incompetência, inadaptação pessoal e profissional. Na sua definição, Maslach e colegas incluíram ainda três dimensões básicas na sua conceção: 1) exaustão emocional; 2) diminuição da realização pessoal; 3) a despersonalização. É possível desenvolver esforços no sentido de prevenir Síndrome de *Burnout* através da deteção precoce dos sintomas e da análise das possíveis causas, permitindo, assim, definir as melhores estratégias a utilizar a nível pessoal, profissional e/ou organizacional (García, et al., 2008).

O'Connor, Neff e Pitman (2018) observaram que profissionais de saúde mental têm, em média, níveis altos de exaustão emocional e níveis moderados de despersonalização que se agravam com o aumento da idade. Fatores relacionados com trabalho como carga de trabalho e relacionamentos no trabalho, são fatores potenciadores de *burnout*, enquanto que a clareza de papéis, o sentido de autonomia profissional, o tratamento justo em contexto de trabalho e o acesso a supervisão clínica regular parecem ser fatores atenuantes.

**A doença, o morrer e a morte e suas implicações.** A doença, o morrer e a morte estão frequentemente presentes nas nossas vidas e a dualidade entre vida e morte tende a criar sentimentos que dificultam a capacidade de lidar o processo. A intervenção da equipa de cuidados paliativos varia e molda-se consoante as fases da doença em que o doente e a sua família se encontram (Pereira & Lopes, 2002; Ordem dos Psicólogos, 2019).

Desde o diagnóstico até ao luto, podemos considerar 8 fases a ter em consideração na prestação de cuidados paliativos aos doentes e familiares: 1) a fase do diagnóstico da doença, que pode durar mais ou menos tempo, tendo em conta os exames adicionais ou de estadiamento da doença; 2) a fase curativa, direcionada para a realização de tratamentos com o intuito de curar ou controlar a doença, que tendem a provocar reações como sentimentos de incerteza, medo da reincidência, dificuldades em lidar com a comorbidade e fadiga crónica; 3) a fase da progressão da doença que consiste no agravamento súbito dos sintomas e da condição física ou a notícia de reaparecimento da doença; 4) a fase de mudança de cuidados, cujo foco não é a cura mas sim o controlo sintomático, o bem-estar e a qualidade de vida; 5) a fase terminal, marcada por um conjunto de vivências a nível físico (deterioração do estado físico, do nível de consciência e da comunicação, coma e falência dos órgãos) e a nível emocional para o doente e familiares (sintomas depressivos e negação, angústia, agitação, crises de medos ou pânico, pesadelos, despedidas, intimidade e tranquilidade, verbalização ou não de sentimentos e pensamentos, perda da noção da realidade); 6) a fase de agonia, correspondente aos últimos dias de vida do doente que pode manifestar sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, reações de evitamento e de negação, sendo comum suspender-se grande parte das terapêuticas e de tomar qualquer medida considerada invasiva; 7) a morte marcada pela angústia, ansiedade, sintomas depressivos, alívio e culpa, é uma etapa na qual a equipa procura antecipar, estar presente e adequar os cuidados ao doente e família; 8) o luto, a equipa prestar apoio à família após o falecimento do doente (Ordem dos Psicólogos, 2019).

**Processo de luto.** Ao longo da vida, o ser humano passa por experiências difíceis como é o caso da perda e o luto. O luto consiste num processo transitório marcado por uma variedade de sentimentos que vão oscilando ao longo do tempo e é vivido de forma única por cada pessoa (Register & Hilliard, 2008).

Kübler-Ross (1997) teve um papel fundamental na compreensão do processo de luto, tendo elaborado um modelo baseado num grupo de doentes em fase terminal e familiares. Este modelo é constituído por cinco etapas ocorrentes no processo de luto – negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Estas não são fases pelas quais cada indivíduo passa de um modo natural e passivo, mas antes manifestações de uma adaptação ativa ao confronto com a perda.

Stroebe e Schut (1999), propuseram o *Dual Process Model of Coping with Bereavement* que consistem num modelo de compreensão do processo de *coping* e de adaptação dos indivíduos ao luto. Neste modelo coexistem três dimensões: orientação para a perda: respostas a fatores de *stress* que surgem da própria perda como a quebra dos laços com o ente querido e a necessidade de recolocar os laços afetivos; orientação para o restabelecimento referente a consequências secundárias à perda que constituem fontes de *stress* com as quais a pessoa enlutada necessita de lidar, bem como à definição de formas de como o fazer; oscilação entre a orientação para a perda e a orientação para o restabelecimento realizada através do confronto e do evitamento dos diferentes *fatores de stress* do luto.

Em contexto paliativo, tanto o doente como o familiar podem vivenciar o luto e os sintomas depressivos mesmo antes da morte do doente – luto antecipado – que podem dar lugar a um luto complicado e a sintomas depressivos pós-perda (Stroebe & Schut, 1999).

O luto antecipado é uma reação de luto que ocorre antes de uma perda iminente, pode ser vivida tanto pelo próprio doente quando se apercebe da iminência da sua morte como pelos familiares/cuidadores (Beng, et al., 2013).

O luto complicado é uma condição caracterizada por um luto intenso que dura mais tempo do que seria esperado de acordo com as normas sociais, alterando o normal funcionamento de um indivíduo. Entre os diversos sintomas, destacam-se anormalidades na memória autobiográfica, a regulação emocional e no funcionamento neuro-cognitivo, distúrbios do sono, abuso de substâncias, pensamentos e comportamentos suicidas e alterações na função imunológica. Estes sintomas tendem a prevalecer em mulheres com mais de 60 anos, podendo persistir caso não haja um acompanhamento clínico. O luto complicado caracteriza-se ainda por sentimentos tristes, persistentes e duradouros por constantes pensamentos, imagens e desejos ou preocupações para com o ente querido, pela descrença ou incapacidade de aceitação da realidade, por emoções como tristeza, raiva, culpa, evitamento e negação, pelo

sentimento de perda de uma parte de si mesmo, pela incapacidade de ter um humor positivo, pelo desejo de apego guardando os pertences da pessoa que partiu e pela dificuldade em se envolver com atividades sociais (Shear M. , 2015; Moon, 2015; Nielsen, et al., 2017).

**O processo de luto na infância.** O processo de luto pode ser particularmente difícil para as crianças que lidam com a perda de um ente querido. Quando deparadas com tal experiência, as crianças podem enfrentar diversos desafios, incluindo dificuldades em identificar e lidar com as emoções, interações sociais danificadas, pensamentos distorcidos e problemas comportamentais (Register & Hilliard, 2008).

É comum considerar que as crianças são demasiado frágeis para aguentar e/ou de compreender a morte. Contudo, privá-las de esclarecimento e impedi-las de elaborar internamente os seus sentimentos pode trazer consequências graves. A experiência da perda e da dor são fenómenos inevitáveis, sendo essencial proporcionar às crianças a oportunidade de amadurecer e de ganhar estratégias e capacidades psicológicas para criar uma respostas interna. A morte de um dos pais, quando a família é jovem, pode ter repercussões a longo prazo, perturbando o equilíbrio emocional e da estrutura familiar numa altura em que essas funções são mais importantes (Mulle & Fiorini, 2006; Worden, 2009).

As reações emocionais e comportamentais de uma criança perante a morte não são equivalentes às dos adultos. A perda de um progenitor é vivida de forma diferente consoante a idade, maturidade e exposição prévia à morte de um ente querido, assim como as vivências prévias da criança com questões relacionadas à morte e perda. Crianças com menos de 5 anos, em geral, não conseguem entender a irreversibilidade da morte, enquanto que crianças com cerca de 11 anos de idade tendem a ter uma resposta mais adulta (Kübler-Ross, 1981).

As crianças em processo de luto podem manifestar emoções explosivas, desorganização, pânico, medo, culpar os outros ou a si mesma, arrependimento, vazio e tristeza (Wolfelt, 1983). Além do sofrimento emocional, são vários as alterações no comportamento de crianças em processo de luto: comportamentos disruptivos, retraídos, regressão do desenvolvimento, queixas somáticas, envolvimento em comportamentos de cuidado e diminuição do desempenho escolar, distração, distúrbios do sono e/ou da alimentação. O desejo de confiança, autonomia e apoio à iniciativa da criança é

essencial para o seu desenvolvimento e para a sua capacidade de lidar com a perda (Register & Hilliard, 2008).

**O processo de luto em idade avançada.** A viuvez é uma ocorrência maioritariamente feminina que, com o aumento da esperança média de vida, acontece cada vez mais tarde no ciclo de vida. Apesar de a experiência de perda ser um acontecimento normativo nas vidas dos mais idosos, é de destacar o impacto que a perda de um companheiro de uma vida tem na pessoa idosa. O surgimento de novos desafios, nomeadamente mudanças pessoais, familiares e sociais que acabam por influenciar o seu bem-estar físico, emocional, cognitivo e comportamental, constituem uma variedade de experiências novas que têm impacto na identidade e no sentido das suas próprias vidas (Silva & Ferreira-Alves, 2012).

Em 2010, Malheiros & Ferreira-Alves realizaram um estudo em lares residenciais em Portugal e observaram que as perdas que acarretam mais consequências físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais negativas são as do cônjuge, pesando menos as perdas dos irmãos e dos amigos.

Os cuidados paliativos têm como objetivo apoiar utentes com doenças incuráveis e respetivos familiares a nível físico, psicossocial e espiritual. A musicoterapia foi introduzida, enquanto abordagem complementar, neste contexto com o intuito de proporcionar uma forma criativa de manter ou melhorar a qualidade de vida, tendo como objetivos proporcionar apoio na gestão sintomática, na regulação emocional e em facilitar a comunicação entre doentes, família e profissionais de saúde bem como gerir melhor as experiências espirituais (Warth, Keßler, Hillecke, & Bardenheuer, 2015).

## **Musicoterapia**

A música está presente ao longo de todo o ciclo de vida, estando presente nos eventos importantes – nascimento, casamento e morte – para além de outras celebrações de ocasiões ou eventos especiais. Tem a capacidade de mover emocionalmente uma pessoa, de ser um meio de comunicação que transcende a linguagem e, cada vez mais, tem sido utilizada para curar pessoas a vários níveis: física, psicológica, social, emocional e espiritualmente (Gallagher, 2011).

A musicoterapia consiste numa terapia relacional onde a música e os seus elementos são utilizados por um musicoterapeuta qualificado num processo terapêutico individual ou em grupo. É uma forma única de trabalhar com as diferentes valências da música para servir as necessidades do cliente, família, ou grupo que procura ajuda. A maioria das pessoas já se sentiu emocionalmente alterada pelo poder da música (Edwards, 2016).

A música é uma forma de expressão utilizada em todo o mundo devido à capacidade de representar ou expressar uma vasta variedade de significados, destacando-se a sua utilização como uma das principais estratégias para criar, melhorar e modular emoções (Cespedes-Guevara & Eerola, 2018).

Esta ligação entre emoções e música é amplamente direcionada aos objetivos terapêuticos da musicoterapia. A utilização da música permite ao utente a expressão de sentimentos profundos e emoções ocultas numa comunicação profunda com o terapeuta (Wigram, Saperston, & West, 1995).

Mary Priestley (1994) desenvolveu um “mapa do território emocional” como uma forma de explorar as emoções em musicoterapia. Esta abordagem inclui sete emoções – paralisar de medo, fugir de medo, medo defensivo, raiva, culpa, tristeza e uma emoção central que inclui amor, alegria e paz – que podem ser manifestadas de uma forma positiva ou negativa. Este mapa pode ajudar o musicoterapeuta em diferentes fases da terapia e em vários contextos. Para tal, Priestley sugeriu improvisações com proposta emocional como ferramenta de avaliação, de modo a ouvir e observar a forma como o cliente expressa as diferentes emoções.

Benezon (1981) desenvolveu uma abordagem musicoterapêutica baseada na utilização da improvisação sonoro-musical num contexto não-verbal, com o intuito de criar um diálogo sonoro entre utente e musicoterapeuta, recorrendo a instrumentos musicais rítmicos e/ou melódicos, que consiste na partilha de emoções num processo de

modulação e regulação recíproca, para desenvolver capacidades adaptativas e trabalhar o *self*, no sentido de fortalecer aspetos afetivos comunicativos e relacionais. Benezon criou o conceito de elemento musical sonoro enquanto forma de expressão da identidade sonora – ISO – que é utilizada pelo musicoterapeuta e utente numa linguagem expressiva e relacional. A identidade sonora de cada indivíduo é constituída por energias formadas por sons, movimentos e silêncios que o caracterizam na sua originalidade.

Cespedes-Guevara e Eeorola (2018) observaram que, nas últimas décadas, tem vindo a manifestar-se um crescente interesse pelo poder emocional da música devido à sua capacidade de despertar e expressar emoções, sendo que grande parte dos estudos se foca na expressão de "emoções básicas".

Juslin (2013) desenvolveu a teoria de que há um código acústico compartilhado para a expressão das emoções na música e na prosódia da fala, organizado em categorias designadas por “emoções básicas” – felicidade, tristeza, medo e raiva, e, por vezes, ternura ou amor. As emoções básicas são consideradas programas de afeto inato e universal que evoluíram para servir importantes funções de sobrevivência – expressões faciais e vocais de emoções básicas (e, portanto, expressões musicais de emoções básicas também) – que são percebidas de forma natural por todas as culturas e mesmo por diferentes espécies mais facilmente do que as expressões de emoções não-básicas.

É comum o recurso à música para regulação emocional e do humor. Há um crescente interesse em estudar as diferentes respostas à música quer em populações jovens quer em populações envelhecidas. Alguns autores observaram que adultos de faixas etárias mais avançadas tendem a ser menos sensíveis à expressão emocional – tristeza, medo, felicidade, tranquilidade – na música em relação a jovens adultos (Lee-Harris & Blackburn, 2018).

**Musicoterapia em contexto hospitalar.** Desde a antiguidade, a música é reconhecida como um catalisador para estimular as emoções e induzir descanso e relaxamento, e os filósofos gregos consideravam que a música podia ser tocada para pessoas que tinham aflições. O modo em que a música foi escrita, passou ter benefícios específicos para a saúde (Groocke & Wigram, 2006).

A relação entre música e medicina é antiga, transversal a muitas culturas e tem vindo a fortalecer-se ao longo da História até aos dias de hoje (Gallagher, 2011).



A literatura tem vindo a aumentar na descrição dos benefícios da aplicação da música na saúde. No entanto, é importante fazer uma distinção clara entre intervenções musicais aplicadas pelos profissionais de saúde (*music medicine*) e aquelas implementadas por musicoterapeutas profissionais (musicoterapia). A *music medicine* consiste num processo de escuta musical, proporcionado pelos profissionais de saúde como método complementar para a gestão sintomática dos utentes. Ao contrário da musicoterapia, este procedimento não implica um plano de tratamento nem uma relação entre o terapeuta e o utente (Bradt & Dileo, Music therapy for end-of-life care, 2010).

Dileo (2005), numa análise de vários estudos, observou que intervenções musicoterapêuticas acabam por ter uma maior eficácia relativamente a intervenções de *music medicine*, quer a nível fisiológico quer a nível psicológico. O autor associa esta diferença ao facto de os musicoterapeutas proporcionarem intervenções individualizadas, atendendo às necessidades dos utentes.

Bradt e colegas (2015) realizaram um estudo misto onde compararam o impacto das intervenções de musicoterapia com as intervenções em *music medicine* a nível psicológico e na dor em doentes com cancro, tendo observado que ambas as intervenções foram eficazes na gestão sintomática. Destaca-se o impacto positivo das sessões de musicoterapia na expressão emocional, no aumento da esperança de sobrevivência e no facto de esta facilitar o acesso a memórias e ajudar o doente a conectar-se com o eu antes da doença. Alguns participantes preferiram a familiaridade e previsibilidade da *playlist* realizada por eles mesmos, referindo que facilitou a reflexão sobre questões existenciais.

A musicoterapia tem vários domínios de intervenção incluindo a medicina e a reabilitação, cujos objetivos se centram na motricidade, na gestão da dor e nos cuidados paliativos. Trata-se de uma terapia que promove o desenvolvimento do relacionamento entre terapeuta e utente em contexto hospitalar, facilitado através da interação musical. Uma vez estabelecido este relacionamento, o musicoterapeuta pode apoiar o utente e a família, atendendo às suas necessidades relacionadas com a reabilitação, gestão da dor, cuidados psicossociais ou até mesmo questões familiares. Os musicoterapeutas utilizam a improvisação, a composição, a música gravada, bem como contar histórias através de canções, com o intuito de apoiar e alcançar mudanças positivas de humor e de estado psicológico, gestão da dor, ou a interação social com os outros (Edwards, 2016).

**Musicoterapia em cuidados paliativos.** Há um reconhecimento crescente da musicoterapia enquanto prestadora de um serviço holístico criativo complementar dentro das diversas organizações de cuidados paliativos devido à capacidade de resposta às diversas necessidades dos utentes e da família, nomeadamente para promover a qualidade de vida, facilitar a expressão, a partilha de sentimentos (medo, solidão, raiva e isolamento), a comunicação e interação. O recurso a musicoterapia em utentes paliativos também se tem mostrado útil no sentido de promover o desenvolvimento de competências de gestão emocional, cognitiva, espiritual e social, bem como no sentido de dar significado aos momentos mesmo quando o utente acaba por falecer, apoiando o utente e familiares durante o processo de morte (Gallagher, 2011; Clements-Cortés, 2016).

Estudos têm demonstrado a eficácia da musicoterapia no tratamento da dor e da fadiga, na promoção de conforto e relaxamento e no controle da dispneia em utentes paliativos, bem como na gestão de sintomas da ansiedade, depressão, tristeza, angústia, humor e esperança. O musicoterapeuta pode também utilizar a música como meio de facilitação da comunicação entre o utente e a família e entre o utente e a equipa médica (Gallagher, Lagman, & Rybicki, 2017).

Bradt e Dileo (2010), numa revisão de literatura, constataram que os musicoterapeutas nos cuidados paliativos tendem a trabalhar com utentes portadores de diversas patologias desde cancro, HIV/SIDA, demências e doenças neurodegenerativas. Tais estados de saúde estão na origem de um desequilíbrio emocional por parte dos utentes, uma vez que muitos deles têm consciência do seu estado de saúde, ainda que a maioria não se sinta preparada para enfrentar a realidade (Frias, 2012).

O foco do musicoterapeuta é trabalhar os problemas e necessidades do utente e da sua família através da música. Para tal é necessário ter em consideração vários aspetos como a condição clínica, a história de vida, as circunstâncias e necessidades atuais, idade, expectativas de futuro, recursos disponíveis (Gibson, 2014).

É frequente os musicoterapeutas aproveitarem a presença dos cuidadores de utentes em acompanhamento paliativo e incluí-los nas sessões, procurando atender às suas múltiplas necessidades, uma vez que estão sujeitos a uma carga emocional muito forte devido ao avanço da doença. Sessões de musicoterapia proporcionam aos utentes e cuidadores oportunidades reduzir os sintomas do utente, melhorar a comunicação interpessoal, gerir as emoções e sentimentos, bem como encontrar tempo para fazer o luto antecipado e despedir-se (Dileo & Loewy, 2005).

Em Portugal, a musicoterapia aplicada em contexto de cuidados paliativos não é uma prática muito conhecida, pelo que é necessário que os musicoterapeutas informem sobre as investigações realizadas nesta área às equipas de saúde, utentes e cuidadores sobre as investigações realizadas nesta área, explicando os potenciais benefícios e estratégias úteis que esta terapia pode oferecer. A musicoterapia de um modo geral, pode ser integrada na maioria das situações e os utentes e cuidadores podem envolver-se na procura dos métodos que melhor se adequam à sua situação, pois nem sempre o estímulo musical é adequado. As estratégias de musicoterapia fornecem um meio através do qual os cuidadores podem ajudar os seus entes queridos no sentido de preservar a sua dignidade e promover o sentimento de empoderamento perante a doença, assim como aliviar os seus próprios momentos de *stress*, exaustão e angústia. Tais estratégias podem ainda ser utilizadas fora da sessão para os mesmos fins (Magill, 2009).

**Métodos e técnicas de musicoterapia em cuidados paliativos.** A prática de musicoterapia em cuidados paliativos, seja individual ou em grupo, começa com um processo de referência e avaliação. Os utentes podem ser encaminhados para musicoterapia pela equipa médica, pela família, ou até mesmo por iniciativa própria. Este processo pode ocorrer sobe forma de referência específica para musicoterapia ou comunicada ao musicoterapeuta através das rondas feitas nas alas do hospital ou de reuniões multidisciplinares. Os critérios para encaminhar o doente para musicoterapia assentam nas suas necessidades, que podem ser divididas nas seguintes áreas: gestão sintomática, cuidados psicossociais, cuidados espirituais e reabilitação (Kennelly & Brien-Elliott, 2001).

Os procedimentos de avaliação de musicoterapia variam de acordo com as necessidades do utente e da sua doença. A avaliação de um doente paliativo exige uma análise cuidadosa dos seus estados emocional, físico e espiritual para entender as suas necessidades e determinar metas e objetivos. para realizar um processo de avaliação abrangente é ainda necessário ter em conta os motivos da hospitalização, variando entre uma admissão inicial, admissões múltiplas ou doença crónica. É importante que o musicoterapeuta seja recetivo a todas as possibilidades musicais, o que pode ser desafiante no contexto hospitalar (Edwards, 2016).

Clements-Cortés (2016), numa investigação que incidiu sobre as diferentes técnicas utilizadas na intervenção musicoterapêutica em cuidados paliativos, revela que

a prática é bastante diversificada e adaptada às necessidades individuais dos utentes. Tal como noutros contextos clínicos, as técnicas de musicoterapia em cuidados paliativos podem ser classificadas como técnicas recetivas, técnicas criativas, técnicas recreativas, técnicas combinadas.

A musicoterapia recetiva inclui técnicas como audição de música, seleção de repertório, análise de letras, *entrainment* e música e imaginário, com o objetivo de proporcionar relaxamento e melhorar o bem-estar dos utentes. A seleção de repertório e a análise de letras de música com significado para o utente, proporciona ao musicoterapeuta a oportunidade de conhecer melhor o utente, nomeadamente no que diz respeito aos seus sentimentos e pensamentos presentes ou antigos. Já o *entrainment*, consiste na produção de música, por parte do musicoterapeuta, no sentido de acalmar os batimentos cardíacos e controlar os padrões de respiração do utente. Esta abordagem é ideal na intervenção a doentes em fim de vida que, em geral, apresentam níveis de energia diminuídos, sendo apenas capazes de dar uma resposta mais passiva.

As técnicas de musicoterapia criativas incluem atividades como a composição musical e/ou de letras, improvisação instrumental e/ou vocal, *toning*, *humming*, seleção ou produção de música dedicada a alguém ou a algo e construção de um legado musical do utente.

A composição de música e letras constitui uma técnica bastante eficaz e importante em cuidados paliativos. O'Callaghan (1997) refere que esta técnica oferece aos utentes oportunidades de se expressarem criativamente através da palavra e da música, podendo ser menos ameaçadora do que outras formas de escrita criativa, oferece oportunidades de promoção do bem-estar físico e social, promove oportunidades de aconselhamento, constitui uma forma de validar a expressão de pensamentos e sentimentos e, em simultâneo, as melodias da canção podem inadvertidamente oferecer conforto.

A construção de um legado musical pode ser concretizada de diversas formas, nomeadamente através de dedicatórias musicais, criação de música autobiográfica (revisão da vida musical) ou criação de música que envolve a seleção e/ou escrita de um pensamento, sentimento ou emoção para outra pessoa.

As técnicas recreativas consistem em atividades como tocar instrumentos, cantar canções pré-compostas, dirigir música, comportam vários benefícios tais como a melhoria do humor e conseqüente melhoria da qualidade de vida, a facilitação da

expressão de sentimentos e comunicação entre o utente e a sua família/cuidador e até mesmo entre a equipa de cuidados paliativos.

Para além destes benefícios, atividades que incluam o ato de cantar (por exemplo o *toning* ou o *humming*), potenciam o autoconhecimento, aumentam sentimentos de pertença, desenvolvem a confiança, ajudam na libertação emocional e física, facilitam as interações com a família e estimulam reminiscências (Aldridge, 1999; Bunt & Stige, 2014). A voz é o instrumento musical que nos é intrínseco, é o meio de expressão mais primitivo e íntimo. Desde os primeiros momentos da nossa vida que a utilizamos como forma de comunicar e de expressar sentimentos e emoções (Benenzon, 1981). A voz reflete o tom emocional da fala e recorremo-nos dela para transmitir significado emocional de diversas formas, desde rir, chorar, gritar e inclusive cantar. Por ser um instrumento tão único e pessoal, as pessoas tendem a demonstrar alguma timidez quanto à sua voz (Bodner & Gilboa, 2006).

As técnicas combinadas envolvem a fusão de música com movimento ou outras experiências artísticas, revisão da vida musical e autobiografia musical. A revisão da vida musical é uma técnica que permite aos utentes fazer uma revisão e celebração dos aspetos mais significativos e únicos das suas vidas, permitindo aumentar a sua autoestima e diminuindo o sofrimento emocional de utentes que tenham medo da morte ou que tenham questões existenciais. Este legado também pode ser deixado como presente para os familiares (O'Callaghan, 2001).

Por outro lado, Magill (2009) propôs três estratégias de apoio ao às diversas necessidades do utente e cuidador: 1) O canto: a voz é utilizada para transmitir a presença humana aos utentes em fim de vida, pois tons e melodias vocalizadas promovem a regulação da respiração, facilitam a comunicação e a reminiscência, focam a atenção e promovem sentimentos de paz, as músicas podem fornecer uma estrutura menos ameaçadora, através da qual as letras (originais ou adaptadas) podem ser usadas para articular o que é difícil de expressar e transmitir mensagens significativas entre doente e cuidador. No fim da sessão os cuidadores são orientados para que continuem a usar as suas vozes, cantando melodias simples ou canções originais com significado, recriando compondo livremente canções, de forma a transmitir a sua presença quando os doentes estão agitados ou desanimados; 2) A criação de presentes personalizados como gravações em áudio de canções, reminiscências e mensagens são atividades podem ser utilizadas como ferramentas para a despedida e representar uma fonte de conforto para doentes quando estão agitados ou sob *stress*; 3) A escuta musical

consciente: baseada em princípios de *mindfulness* é uma estratégia especialmente útil em momentos em que os indivíduos podem ficar sobrecarregados permitindo direcionar a atenção para a música e os seus elementos (ritmos, fraseado, harmonia, instrumentos), ao mesmo tempo que mantém uma consciência das sensações provocada pelos sons musicais.

**Musicoterapia centrada na família.** O conceito de família tem vindo a sofrer alterações na sua estrutura e dinâmica, nas relações, funções e organização, acompanhando as transformações na sociedade e tornando a sua compreensão mais complexa. Apesar disso, mantém-se a ideia de família como uma unidade emocional e afetiva mais comum que proporciona suporte aos cuidados desenvolvidos (Simpson & Tarrant, 2006).

A literatura referente à abordagem musicoterapêutica centrada na família é bastante ampla, sendo direcionada para uma variedade de populações e configurações clínicas. Esta intervenção ajuda a família a regredir a um nível simbólico, não-verbal, permitindo contornar a resistência da família à resolução de problemas que tende a aparecer na forma de padrões de linguagem e comunicação. A música pode proporcionar uma forma divertida de exaltar sentimentos, oferecendo oportunidades para a expressão do *self*, mantendo identidades individuais. As técnicas de improvisação proporcionam oportunidades para que as díades entre pai-filho se relacionem, ouçam, compartilhem empatia e de se comuniquem entre si (Jacobsen & Thompson, 2016).

Nemesh (2016) refere que na base da abordagem clínica do modelo de musicoterapia centrada na família estão duas terapias.

A terapia familiar experiencial de Virginia Satir – *Satir's Transformational Systemic Therapy* – caracteriza-se por uma orientação humanista e espiritual, funcionando dentro de sistemas intrapsíquicos – emoções, perceções, expectativas, medos – e interativos – relacionamentos passados e presentes, que a pessoa vivenciou de modo a alcançar uma mudança positiva.

O modelo de improvisação livre de Juliette Alvin que tem por base a crença de que a música tem o potencial de criar um espaço para a liberdade de expressão sem exigir regras ou experiência musical prévia (Wigram, Pederson, & Bonde, 2002).

Apesar de não haver um modelo de destaque em musicoterapia orientado para a família, vários musicoterapeutas referem a aplicação dos vários modelos –

Musicoterapia Analítica de M. Priestley, Improvisação Livre de J. Alvin, Musicoterapia Criativa de Nordoff & Robbins, Guided Imagery and Music de H. Bonny – em contexto familiar (Nemesh, 2016).

Na abordagem musicoterapêutica em grupo, a utilização de atividades lúdicas permite uma melhor compreensão de como os processos familiares influenciam os membros da família. Apesar de enriquecedora, esta abordagem não substitui as necessidades de intervenção individual nos membros da família (Pasiali, 2013).

Miller (1994) refere que a música fornece informações não-verbais adicionais relativas à comunicação e às emoções, num ambiente descontraído que ajuda a evitar comportamentos defensivos habituais, incentiva a autoexpressão, melhora as competências de comunicação familiar e aborda os desequilíbrios estruturais dentro da família.

Bowen, (1965), um dos fundadores da terapia de sistemas familiares, desenvolveu uma abordagem de terapia familiar sistémica que assenta em dois conceitos fundamentais: 1) a “autodiferenciação” que consiste no processo de libertação da “massa do ego indiferenciada” da família; 2) a noção do triângulo como base estável da unidade do relacionamento humano.

Nesta abordagem, quando há manifestação de uma dissonância emocional entre duas pessoas, esta é aliviada pelo triângulo, ou uma pessoa externa – o terapeuta – recorrendo a técnicas com foco no processo e não no conteúdo (para expor os padrões de comunicação e funcionamento do grupo), assumindo uma posição de modo a modelar movimentos de autodiferenciação para membros da família imitar, recorrendo à expressão clara do "eu" da visão ou crença de uma pessoa em relação a outra pessoa (Bowen, 1965).

A escolha da intervenção de musicoterapia familiar centra-se nos padrões de interação no presente, isto é, quando há necessidade de abordar assuntos-chave. Observar o estilo da produção musical de uma família permite ao terapeuta examinar o processo da interação e estrutura familiar sem distrações do conteúdo. Observar as interações dos elementos da família com os instrumentos musicais também permite tirar ilações – as crianças tendem a ser atraídas por instrumentos explorando o seu potencial sonoro enquanto que os adultos tendem a ser mais reservados, tecem comentários e tocam casualmente –, o ritmo, que exige estrutura, é um ótimo recurso para observar e avaliar o relacionamento dos membros da família – observando como a família responde às exigências do ritmo, o terapeuta pode recolher informação sobre como cada

membro responde à estrutura em geral – se respeitam ou não o tempo, se tomam liberdade e improvisam ou resistem à atividade musical. A observação e análise destes dados fornece um ponto de partida para o terapeuta compreender a dinâmica familiar, podendo sempre ser alvo de revisão, à medida que o processo terapêutico se desenvolve (Miller, 1994).

Na intervenção centrada na família, a qualidade do relacionamento entre os pais e o musicoterapeuta é extremamente importante, sendo necessário que todos os participantes se foquem no trabalho conjunto de desenvolvimento da relação familiar, com base no respeito, empatia e capacidade de resposta emocional com o intuito de melhorar a autoestima, autoconfiança dos pais, apoiando-os e fortalecendo a crença nas suas capacidades parentais. Por vezes pode ser desafiante para o musicoterapeuta equilibrar e encontrar uma forma de lidar com as diferentes necessidades dos elementos da família, sendo necessário adotar mecanismos facilitadores da sessão, como por exemplo colocar o pai como parceiro de trabalho na sessão (Pasiali, 2013).

O recuso à música em contexto terapêutico é uma forma mais apelativa, em comparação ao diálogo, de obter e reter competências uma vez que desperta uma combinação de estímulos visuais, auditivos e cinestésicos. A musicoterapia proporciona uma oportunidade de envolver a família numa experiência profunda, aumenta o impacto dos sentimentos vivenciados e fomenta a recordação dos eventos ocorridos na sessão (Miller, 1994).

Gallagher, Lagman e Rybicki (2017), num estudo retrospectivo, consolidaram seis categorias principais no que diz respeito às intervenções utilizadas em sessões de musicoterapia onde doentes e familiares participavam em conjunto: escuta musical; participação verbal/cognitiva (discussão de música, escolhas, composição); participação vocal; participação física (tocar instrumento, bater palmas, bater no pé); participação verbal/emocional (processamento verbal, revisão da vida musical, análise lírica); e relaxamento assistido pela música. Observaram que os métodos de intervenção vocal e emocional foram mais eficazes na melhoria nos sintomas de humor, dor, ansiedade, depressão e falta de ar. Observaram ainda que quando o musicoterapeuta se focava na atenuação de um sintoma como objetivos a alcançar, a terapia era mais eficaz.

**Musicoterapia no processo de luto.** Durante o processo de morte ativa do doente paliativo, a intervenção musicoterapêutica contribui positivamente para os cuidadores durante o processo de luto, pois a música é utilizada como um meio para



celebrar e estimar os momentos de amor, carinho e para a comunicação entre utente e família. As sessões proporcionam um momento para criação de memórias que sustentam positivamente os cuidadores ao longo do processo de luto, ajudando também os cuidadores a que se sintam mais próximos/conectados consigo mesmos e com os outros, proporcionando um espaço para refletir sobre o passado, o presente e o futuro (O'Callaghan, 2001; Magill, 2011).

DiMaio e Economos (2017) investigaram sobre o papel da música no luto e observaram que familiares que perderam um ente querido consideraram que a música é útil durante o processo de luto, oferecendo conforto e apoio espiritual, ajudando também a dar significado e beleza à vida, permitindo uma libertação emocional.

A musicoterapia é uma terapia bastante eficaz no que diz respeito à modificação de comportamentos e à promoção da saúde emocional, sendo utilizada em diferentes contextos. Hilliard (2001), constatou uma melhoria significativa no humor e comportamento de crianças em processo de luto recorrendo a uma intervenção em musicoterapia cognitivo-comportamental ao longo de 8 semanas com o intuito de modificar comportamentos, promover a identificação e expressão emocional, a reformulação cognitiva e uma melhor compreensão do processo de luto, recorrendo a várias técnicas com o canto, a composição de canções, a escrita de *rap*, a improvisação rítmica, a análise de letras e a audição de música.

Iliya realizou, em 2015, um estudo aleatório misto, numa amostra de 10 adultos com luto complicado e doença mental, estudando a eficácia da intervenção musicoterapêutica com base na intervenção do diálogo imaginário de Shear et. al. (2005) e no método de psicoterapia vocal de Austin (2008). Iliya observou uma diminuição dos sintomas de luto quando comparado ao grupo de controlo, quando recorreu a métodos de musicoterapia ativa – improvisação instrumental e vocal combinados com o processamento verbal num formato psicoterapêutico.

Austin (2008) desenvolveu o método de canto associativo livre, afirmando que a voz tem um enorme potencial terapêutico, uma vez que promove uma conexão e expressão das emoções, comportando benefícios reparadores. Este método implica que o terapeuta toque dois acordes no piano para fornecer uma estrutura simples, repetitiva e previsível para que o utente e o terapeuta improvisem vocalmente. O terapeuta pode recorrer à repetição, ao canto em uníssono ou harmonizar os sentimentos e pensamentos do cliente.

Clements-Cortés (2016) constatou que grande parte da literatura refere que as técnicas musicoterapêuticas mais utilizadas com crianças e adolescentes em processo de luto são a composição e improvisação clínica.

Robb (2003), desenvolveu o *Contextual Support Model of Music Therapy*, que consiste numa abordagem centrada na criança, procurando motivá-la, numa abordagem estruturada, a envolver-se e participar em atividades que utilizam a música para promover capacidades positivas de *coping*, facilitando a expressão, a identificação e a tomada de decisões.

Carl Orff desenvolveu o método *Orff-Schulwerk* com base na ideia de que a música pode ser criada a partir dos ritmos naturais inerentes ao movimento e à fala de cada criança, permitindo assim que esta se expresse na criação musical. Shamrock (1997) descreveu a abordagem *Orff-Schulwerk* como um processo que guia as crianças através de várias fases de desenvolvimento musical – exploração musical, imitação, improvisação e criação. Os musicoterapeutas recorrem a técnicas e conceitos *Orff* nos processos terapêuticos aplicados a crianças (Shamrock, 1997).

Hilliard (2007) e Hilliard e Register (2008) aplicaram uma abordagem de musicoterapia baseada em *Orff* num grupo de crianças em processo de luto ao longo de oito sessões semanais, cada uma com um tema atribuído. Esta técnica proporcionou uma forma criativa e ativa de abordar e discutir diferentes temas relacionados com o luto, proporcionando oportunidades de cura emocional, de construção de relações sociais positivas e de diminuição de comportamentos disruptivos, sendo que as crianças tenderam a expressar respostas positivas na experiência musical.

A musicoterapia cognitivo-comportamental (MTCC) é uma abordagem que vai ao encontro das necessidades de crianças que perderam um ente querido, pois lida diretamente com o processamento de informações cognitivas e ajuda o grupo ou indivíduo a resolver problemas emocionais e sociais. Aqui, a música é utilizada como reforço de comportamentos apropriados, para promover novos comportamentos, ajustar pensamentos disruptivos e potenciar o relaxamento. A MTCC consiste numa avaliação inicial do comportamento alvo do utente durante a sessão de musicoterapia, no sentido de identificar e comparar os fatores de risco e os fatores de necessidade. Numa fase posterior, inicia-se a intervenção para incentivar a criança a adquirir novas competências e a modificar comportamentos recorrendo a tarefas/atividades musicais (Thaut & Wheeler, 2010).

A musicoterapia baseada em *Orff* é congruente com a MTCC, uma vez que ambas promovem a tomada de decisão e a resolução de problemas, fornecem estrutura e incentivam a expressão emocional e validação através da experiência musical.

**Musicoterapia no burnout.** O *burnout* é um problema cada vez mais comum e frequente. Os profissionais que são afetados correm o risco de sofrer um colapso mental, após o qual a recuperação completa é difícil. Existe, portanto, uma necessidade urgente de desenvolver e avaliar opções de tratamento eficazes para o *burnout*, uma vez que, atualmente, não existem medicamentos ambulantes, comprovados, de ação rápida e comprovadamente eficazes (Brandes, et al., 2009).

Nos últimos anos, tem-se vindo a observar que a música pode influenciar as funções lesadas do cérebro, modulando a atividade nas estruturas centrais do cérebro do processamento emocional, podendo mesmo ter uma ação sedativa (Blood, Zatorre, Bermudez, & Evans, 1999).

Em 2006, Hilliard comparou duas abordagens musicoterapêuticas na gestão do *burnout* em duas equipas de cuidados paliativos, observando uma melhoria significativa na dinâmica de ambas: 1) A Musicoterapia Ecológica que consiste num formato livre e sem estrutura, permitindo expressões musicais e verbais espontâneas e recorrendo à improvisação instrumental, ao *tonning* e ao canto; 2) A Musicoterapia Didática num formato estruturado e planeado com intervenções como o relaxamento guiado com música ao vivo, análise de letras de canções e música e movimento.

## Objetivos do Estágio

O estágio teve como objetivo criar um espaço de abordagem de musicoterapia complementar aos serviços prestados pela equipa intra-hospitalar que constitui a Unidade de Cuidados paliativos do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães, com o intuito de proporcionar uma nova abordagem que visasse o apoio emocional e facilitasse a autoexpressão e a comunicação entre todas as partes envolvidas no processo terapêutico. Esta abordagem focou-se principalmente na promoção da autorregulação emocional dos intervencionados através da experiência musical na relação terapêutica.

Foram propostos processos terapêuticos individuais e em grupo organizados da seguinte forma:

- Intervenção em grupo com o grupo de luto, grupo *burnout*, e grupo familiar;
- Intervenção individual do utente e do seu familiar.

A abordagem musicoterapêutica teve como foco a autoexpressão e regulação emocional, onde a música foi utilizada como meio de expressão para aliviar a carga emocional.

## Metodologia

Na presente secção serão descritos os participantes, os procedimentos, a agenda da estagiária, os instrumentos de avaliação, as técnicas e metodologias e os recursos materiais utilizados.

Foram planeadas sessões individuais que podiam ter uma duração de 15 a 45 minutos, dependendo do estado de saúde do utente e de grupo que teriam uma duração de uma hora:

- Sessões de grupo familiar são dirigidas a utentes e/ou familiares de utentes que são ou foram acompanhados pela EIHSCP;
- Sessões de grupo de luto são dirigidas a sobreviventes de doentes oncológico falecido em acompanhamento pela EIHSCP;
- Sessões de grupo *burnout* são dirigidas aos profissionais que integram a EIHSCP.

Semanalmente realizava-se uma reunião com a orientadora local, de modo a partilhar o *feedback* em relação a cada caso clínico.

## Participantes

Os utentes que foram encaminhados para musicoterapia constam num total de 25 pessoas, sendo 20 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 9 e os 71 anos. 10 pessoas tiveram sessões de musicoterapia individuais, 8 pessoas tiveram sessões de musicoterapia de grupo familiar, 7 de grupo de luto e 6 de grupo de *burnout* (Tabela 1).

Tabela 1  
Caracterização dos participantes

Nome	Idade		Diagnóstico	Intervenção
Anninka	38	Cuidadora		Grupo familiar
Paulo	10	Cuidador		Individual e Grupo familiar
Manuel	9	Cuidador		Individual e Grupo familiar
João	47	Doente	Cancro	Individual e Grupo familiar
Mafalda	9	Cuidadora		Individual e Grupo familiar
Constança	69	Doente	Cancro	Individual
Rosário	56	Doente	Cancro	Individual
Mariana	58	Doente		Individual
Aberto	69	Doente	Cancro	Individual
Amélia	54	Doente	Cancro	Grupo familiar
Carlos	54	Cuidador		Grupo familiar
Carminho	60	Cuidadora		Grupo familiar
Dália	63	Cuidadora	Luto complicado, cancro	Grupo de luto e individual
Anita	69	Cuidadora	Luto complicado	Grupo de luto
Ana	71	Cuidadora	Luto complicado	Grupo de luto
Carolina	56	Cuidadora	Luto complicado	Grupo de luto
Isabel	45	Cuidadora	Luto complicado	Grupo de luto
Emília	55	Cuidadora	Luto complicado	Grupo de luto
Joana	67	Cuidadora	Luto complicado	Grupo de luto e individual
Aldina	45	Assistente Social	<i>Burnout</i>	Grupo <i>burnout</i>
Anabela	59	Médica	<i>Burnout</i>	Grupo <i>burnout</i>
Célia	58	Médica	<i>Burnout</i>	Grupo <i>burnout</i>
Clara	35	Enfermeira	<i>Burnout</i>	Grupo <i>burnout</i>
Goreti	40	Psicóloga	<i>Burnout</i>	Grupo <i>burnout</i>
Laura	53	Enfermeira	<i>Burnout</i>	Grupo <i>burnout</i>

*Nota.* Os nomes são fictícios.

## Instrumentos de avaliação

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação para a elaboração do plano terapêutico para cada utente e/ou grupo intervencionado.

**Termómetros Emocionais (TE's).** Instrumento desenvolvido por Alex Mitchell Baker-Glenn, Granger e Symonds (2009) e adaptado para uma versão portuguesa por Teixeira e Pereira (2009), consiste num processo de autoavaliação baseada em cinco parâmetros – sofrimento emocional (*distress*), ansiedade, depressão, revolta,

necessidade de ajuda –, sendo que os primeiros quatro parâmetros são qualificados numa escala de 0 (nenhum) a 10 (extremo) e o parâmetro referente à necessidade de ajuda tem 10 opções de resposta que vão de 0 (estou a lidar muito bem com a situação) a 10 (preciso desesperadamente de ajuda). Este instrumento de avaliação foi aplicado a todos os participantes no início e no fim de cada sessão.

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

Adaptada para uma versão portuguesa por Fleck et. al. em 2000, consiste numa medida genérica, multidimensional e multicultural para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. Este instrumento de avaliação é constituído por 26 questões, cujas respostas são quantificadas de 1 a 5, considerando-se que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Na sua estrutura estão incluídos 4 domínios de qualidade de vida – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente – e a média resultante das respostas correspondem a uma classificação: “necessita melhorar” (de 1 até 2,9); “regular” (3 até 3,9); “boa” (4 até 4,9) e “muito boa” (5) (The WHOQOL Group, 1994). Este instrumento de avaliação foi aplicado nas primeira e na última sessão de musicoterapia aos participantes que mostravam autonomia para o seu preenchimento.

***Inventory of Complicated Grief (ICG).*** Instrumento de avaliação de sintomas de luto constituído por 19 itens quantificados de 0 a 4 (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4= “sempre”) e que proporcionam medidas psicométricas que permitem distinguir entre luto complicado (ICGtotal >25) e não complicado. (Prigerson, et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009). Este instrumento de avaliação foi aplicado na primeira e na última sessão de musicoterapia aos participantes de grupo de luto.

***Brief Pain Inventory - Short Form (BPI-SF).*** Inclui 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Contém um item dicotómico para verificar a existência de dor, um item para a localização da dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10) e um item para registo das estratégias

terapêuticas aplicadas (Lopes, 2007). Este instrumento de avaliação foi aplicado nas primeira e na última sessão de musicoterapia aos utentes que tinham sintomatologia de dor e que mostravam autonomia para o seu preenchimento.

No fim de cada sessão, fez-se ainda observações e registos de aspetos relevantes para o processo terapêutico - como a produção musical e verbal e comportamentos -, bem como das técnicas e atividades, incluindo diversas formas de expressão - desde expressão corporal, dança, pintura escrita - além da expressão musical (improvisação, criação e recriação de canções, escuta ativa de canções).

As sessões de musicoterapia foram gravadas com suporte audiovisual para supervisão do trabalho realizado.

## **Procedimentos**

Neste capítulo são descritos aspetos relacionados com as várias fases do estágio, o encaminhamento dos utentes para o estágio de musicoterapia, as tarefas desempenhadas pela estagiária.

O primeiro contacto estabeleceu-se numa reunião com a Equipa Intra-Hospitalar de Serviços em Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães no dia 15 de outubro de 2018, onde foram abordadas questões como a população alvo da EIHSCP, a rotina da equipa e a discussão do horário para o estágio. No dia 30 de janeiro de 2018, realizou-se uma reunião com a psicóloga clínica, coorientadora local, onde foram discutidos assuntos como a proposta de calendarização das intervenções terapêuticas e da formação, reuniões da equipa do estágio para o mestrado em musicoterapia, procedendo-se também ao preenchimento da documentação institucional.

O primeiro período do estágio, que decorreu entre outubro de 2018 e dezembro de 2019, consistiu numa fase de observação dos diferentes elementos da EIHSCP nas suas atividades diárias. A estagiária observou desde as primeiras consultas dos utentes às consultas subsequentes, tanto em regime de internamento como de consulta externa, quer em atendimento individual quer em grupo, nomeadamente com os familiares/cuidadores. Este período consistiu num processo de adaptação às suas rotinas de trabalho e de funcionamento da unidade dentro da instituição, mas também de adaptação por parte da equipa à presença da estagiária nas instalações. Durante o processo de observação, a estagiária, em conjunto com a EIHSCP, foi aferindo quais os



utentes que eventualmente poderiam beneficiar da intervenção terapêutica em musicoterapia. No final deste período, a estagiária e a orientadora local estabeleceram os horários e o espaço para as sessões, tendo em conta os horários e atividade da EIHSCP. Nos meses de novembro e dezembro, a EIHSCP contactou os utentes que estava a acompanhar e que foram selecionados para a intervenção terapêutica em musicoterapia no sentido de apresentar uma proposta de intervenção, bem como estabelecer horários. No dia de 13 de novembro, a psicóloga clínica da EIHSCP convocou utentes em processo de luto para apresentação de uma proposta de intervenção terapêutica em musicoterapia e, no dia 04 de dezembro, a estagiária iniciou intervenção em musicoterapia com o grupo de luto.

O segundo período decorreu entre janeiro de 2018 e março de 2019, fase em que, ainda sem a certeza de que todos os utentes aceitariam a proposta de intervenção terapêutica em musicoterapia, a estagiária iniciou o processo de intervenção terapêutica a 9 utentes, dos quais permaneceram 6.

O terceiro período decorreu entre março de 2019 a junho de 2019, altura em que a estagiária iniciou intervenção musicoterapêutica em regime de internamento, todas as semanas à segunda-feira e quarta-feira. Os utentes internados eram encaminhados para intervenção musicoterapêutica pela EIHSCP durante as reuniões multidisciplinares. Iniciou-se, nesta fase, a intervenção em musicoterapia no grupo *burnout*, sendo que as sessões decorreram no fim das reuniões multidisciplinares consoante a disponibilidade da equipa.

Os utentes encaminhados pela EIHSCP para sessões de musicoterapia consistem em doentes paliativos e familiares e/ou cuidadores de doentes paliativos acompanhados pela EIHSCP. A amostra foi selecionada com base em dois parâmetros: a ligação do utente à música e possíveis limitações dependentes da situação do utente.

Durante a consulta, a EIHSCP avaliava o estado mental e de saúde do utente, bem como da família, ponderando os critérios para encaminhamento para intervenção em musicoterapia. Uma vez encaminhados, a estagiária estabelecia um primeiro contacto com o utente e fazia a proposta de intervenção agendando a periodicidade e horário das sessões.

Foram propostos planos terapêuticos individuais e em grupo estruturados da seguinte forma:

- Intervenção em grupo com o grupo de luto e com o grupo *burnout* com uma periodicidade mensal e com duração de 1 hora e 30 minutos, respetivamente, de acordo com o agendamento já estruturado pela psicóloga clínica da EIHSCP;

- Intervenção em grupo familiar semanal com uma duração de 1 hora;

- Intervenção do utente e do seu familiar com uma periodicidade semanal ou quinzenal, consoante a disponibilidade, e com uma duração de 45 minutos, de modo a haver alguma margem de manobra, caso as sessões se iniciassem mais cedo ou mais tarde.

Por questões logísticas, que se prendiam com horários e disponibilidade de sala, utentes e familiares que beneficiavam de sessões de musicoterapia individuais e em grupo intercalavam as sessões semanalmente.

### **Setting**

O setting terapêutico consiste no local onde decorrem as sessões e nos instrumentos utilizados. As sessões de musicoterapia decorreram em quatro locais distintos:

**Internamento.** As sessões ocorriam nos quartos onde os utentes se encontravam instalados em regime de internamento, junto das suas camas, ficando o processo terapêutico comprometido devido à falta de privacidade, à exposição aos restantes utentes que se encontravam acamados no mesmo quarto, separados apenas por uma cortina e à existência de uma televisão permanentemente ligada.

**Consulta Externa II.** As sessões direcionadas a utentes que não se encontravam em regime de internamento e para os respetivos familiares decorriam em 3 salas distintas, mediante disponibilidade – a sala da pediatria, a sala de tratamentos e a sala do Hospital de Dia, também dedicada a tratamentos. As salas primavam pela privacidade, contudo todo o equipamento médico presente nas salas apresentava um desafio à concentração dos utentes. As salas eram espaçosas e disponibilizavam secretárias, cadeiras, bancos, cadeirões e/ou macas, aparelhos de medição e armários com medicação.

**Consulta Externa III.** As sessões de grupo de luto decorriam numa sala de reuniões que constituía um espaço reservado, garantindo privacidade. No entanto, o espaço disponível era limitado devido ao mobiliário que lá se encontrava – uma mesa

ampla que ocupava grande parte da sala, 10 cadeiras, uma secretária com computador, uma tela de projeção e uma estante de grandes dimensões.

**Gabinete da Unidade de Cuidados Paliativos.** A sala onde decorriam as sessões de grupo *burnout* era ampla, com 3 secretárias, uma mesa redonda de reuniões com 6 cadeiras e um armário com medicação, documentos e livros. Consistia num espaço reservado e permitia que a equipa beneficiasse das sessões com privacidade e sem exposição.

À exceção da voz de cada participante, os instrumentos musicais utilizados nas sessões – castanholas, guizos, maracas, pandeiretas, pratos chineses, triângulo, guitarra, ukulele tenor e teclado – faziam parte do espólio pessoal da estagiária (Figura 1). Para além dos instrumentos musicais, a estagiária também recorreu a outros materiais como folhas de papel brancas, marcadores e lápis de cor, duas esteiras, computador, colunas e uma máquina de filmar que, com o consentimento dos intervencionados, permitiu o registo das sessões. O material necessário à realização das sessões de musicoterapia era guardado num cacifo, fornecido pela EIHSCP, localizado na sala de reuniões da Unidade de Cuidados Paliativos.

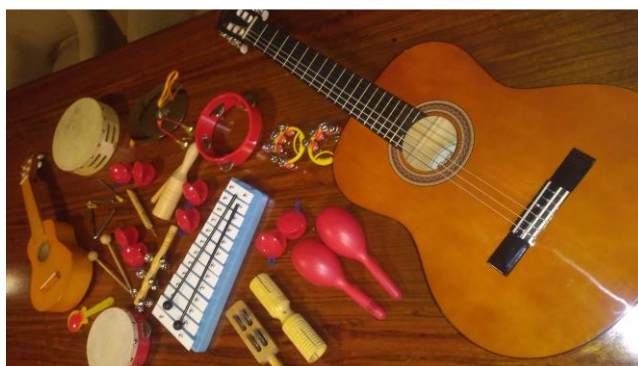


Figura 1. Espólio pessoal da estagiária de instrumentos musicais

### As sessões

A primeira sessão destinava-se ao estabelecimento de um primeiro contacto com o utente, onde a estagiária fazia uma apresentação da intervenção em musicoterapia – breve definição de musicoterapia, benefícios, objetivos, atividades – e recolhia informação sobre o utente.

As sessões posteriores, iniciavam-se com o preenchimento dos Termómetros Emocionais seguindo-se um diálogo sobre acontecimentos significativos que

decorreram ao longo da semana e uma breve reflexão sobre a sessão anterior. Esta fase permitia à estagiária compreender a disposição do utente para a sessão. Numa fase posterior, decorria a intervenção conforme o plano delineado pela estagiária ou de uma forma mais espontânea, procurando dar resposta às necessidades dos utentes. No encerramento das sessões estavam previstos uma reflexão sobre a sessão e o preenchimento dos *TE's* pós-intervenção.

A última sessão ficava reservada para uma reflexão final do processo terapêutico, procurando obter o *feedback* dos participantes. Por motivos alheios à estagiária, nem sempre foi possível concretizar a última sessão dedicada à reflexão do processo terapêutico.

### **Técnicas utilizadas**

As sessões de musicoterapia foram adaptadas a cada utente e grupo de utentes. Deste modo, optou-se por realizar sessões estruturadas e sessões menos estruturadas, previamente definidas pela estagiária.

Nos processos terapêuticos individuais e em grupo, a estagiária recorreu a diversas atividades e técnicas de acordo com os objetivos estabelecidos pela mesma, tais como atividades que incluíam a prática instrumental, a prática vocal, escrita de canções e análise da biografia musical, assim como jogos musicais, movimento e dança em música e artes plásticas, como o desenho. Antes de cada sessão, a estagiária realizava um plano de intervenção, delineando possíveis atividades a realizar. Contudo, o plano era muitas vezes colocado de parte, procurando-se em vez disso trabalhar assuntos relevantes que foram abordados no diálogo inicial.

A análise da biografia musical desempenhou um papel fundamental no fortalecimento da relação terapêutica e revelou ser benéfico sobretudo para os utentes internados, muitos dos quais em fim de vida, que recordaram momentos bons das suas vidas (casamentos, festas, bailaricos). Esta atividade revelou-se um importante quebra-gelo para os utentes que não estavam muito recetivos à intervenção. A improvisação musical, a criação e recriação de letras e canções, seguidas de um processamento verbal, foram as atividades que mais potenciaram a expressão emocional. A expressão vocal foi essencial para o grupo de luto experienciar o sentimento de pertença e a escuta ativa de música com movimento e coreografia constituiu a atividade que mais promoveu o fortalecimento dos laços familiares.

## Agenda semanal

O estágio decorreu entre outubro de 2018 e junho de 2019, estando a estagiária presente no Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães todas as semanas à segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira e, uma vez por mês, à terça-feira durante o período da tarde. As intervenções foram organizadas semanalmente de acordo com o horário do estágio, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2  
*Agenda Semanal*

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
9h			Reunião EIHSCP	
10h			Grupo <i>Burnout</i>	
11h	Reunião com orientadora		Internamento	
12h				
13h	Almoço		Almoço	Preparação do <i>setting</i>
14h		Preparação do <i>setting</i>		Sessão individual/familiar
15h	Internamento	Grupo de Luto	Internamento	Sessão individual/familiar
16h		Organização da sala		Sessão individual/familiar
17h				Sessão individual/familiar
18h				Organização da sala

*Nota.* As sessões do grupo de luto e do grupo *burnout* tinham uma periodicidade mensal

## Estudos de Caso

Na presente secção serão descritos os processos terapêuticos dos vários participantes intervencionados, sendo que dois casos clínicos serão descritos mais aprofundadamente.

### Estudo de caso 1

**Caracterização.** A Dália tem 63 anos, é viúva e mãe de gémeos de 33 anos, um rapaz e uma rapariga, autónomos e independentes. Vive sozinha, porém passa grande parte da semana em casa dos filhos, ajudando a tomar conta dos netos. Referiu que teve um casamento muito feliz com o marido, de muito respeito e confiança. Dos 13 aos 30 anos trabalhou numa fábrica e desde que teve os filhos não voltou a exercer a profissão, tendo ficado até hoje em casa para se dedicar à família. É uma mãe presente e preocupada com o bem-estar dos filhos.

Em abril de 2016, o marido foi diagnosticado com cancro e, em outubro do mesmo ano, a Dália foi diagnosticada com cancro da mama. Os dois começaram a fazer tratamento juntos, prestando apoio um ao outro ao longo do processo de tratamento. Em maio de 2018, o marido da Dália acabou por falecer e, em agosto do mesmo ano, a Dália terminou os tratamentos estando com a doença estabilizada até então.

Após o falecimento do marido, a Dália passou a visitar os filhos em Braga com mais regularidade, ajudando-os e dando-lhes apoio. Ia para sua casa, em Guimarães, dois dias por semana para arrumar a casa, ir à missa e ao cemitério visitar a campa do marido. Referiu que a filha começou a sofrer de ataques de ansiedade e o filho ficou com problemas de saúde.

**Encaminhamento para musicoterapia.** A utente estava a ser acompanhada pela psicóloga clínica da saúde da EIHSCP desde o falecimento do marido e, em outubro de, foi encaminhada para grupo de luto, de forma a ser submetida a intervenção de psicoterapia complementada com musicoterapia, onde a estagiária iria intervir para promover a expressão e validação emocional.

Em março, a estagiária propôs aos participantes do grupo iniciar intervenção musicoterapêutica em contexto individual com uma frequência semanal, uma vez que, devido a alguns contratemplos, só seria possível realizar mais duas sessões de grupo de

luto. A Dália mostrou-se recetiva, iniciando assim o seu processo terapêutico individual em abril e terminando em junho, realizando-se um total de 6 sessões.

**Avaliação inicial.** Durante as sessões de grupo de luto, a utente demonstrou ser uma pessoa reservada, com um aspeto, em geral, cuidado, vestida de preto integral. A Dália mostrava um comportamento adequado, colaborante, pouco participativo, com humor triste com labilidade emocional. Chegou a referir que costumava cantar nas missas e, quando era mais nova, dava aulas de catequese e pertencia ao coro da igreja.

Na 1ª sessão individual, referiu que mantinha o hobby que tinha com o marido – pintar esculturas que o marido costumava fazer para vender nas feiras. Dizia que a fazia sentir-se próxima dele.

Referiu que tinha muitas dores nos membros, queixava-se de que andava muito ansiosa, “como o coração apertado”, que não conseguia dormir com medo de que a doença voltasse, com medo de que acontecesse alguma coisa de grave aos filhos.

**Objetivos e plano terapêutico.** Numa fase inicial do processo terapêutico, a estagiária elaborou um plano terapêutico individual da utente, tendo em consideração toda a informação recolhida assim como o que observou nas sessões já decorridas (Tabela 3). Posto isto, o trabalho realizado nas sessões individuais baseou-se na exploração de sentimentos, emoções e das suas vivências através da música, gestão da ansiedade e valorização do *self*.

Tabela 3  
*Plano Terapêutico do Estudo de Caso I*

---

Nome do utente: Dália
Idade: 63
Início do tratamento: maio 2019
Diagnóstico: luto complicado, cancro da mama
Informações prioritárias: Sobrevivente de doente oncológico falecido em acompanhamento pela EIHSCP

---

Problema nº 1: Dificuldade de expressão emocional
Objetivo: Promover competências de gestão emocional
Sub-objetivos
Verbalizar assuntos chave, uma vez por sessão
Debater temas chave uma vez por sessão
Validar sentimentos e emoções

---

Problema nº 2: Baixa autoestima
Objetivo: Promover a valorização pessoal
Sub-objetivos
Verbalizar desejos, sonhos, necessidades
Cantar ou tocar canção de que gosta
Descrever uma situação boa decorrida fora da sessão

---

Problema nº 3: Ansiedade
Objetivo: Gestão da ansiedade
Sub-objetivos:
Indução de relaxamento
Verbalizar medos

---

**Processo terapêutico.** O encaminhamento da Dália para musicoterapia deveu-se à sua ligação à música, uma vez que tinha experiência em cantar nos coros da igreja.

Numa fase inicial, correspondentes às 1ª e 2ª sessões, procurou-se fortalecer a relação terapêutica que apesar já se tinha estabelecido no grupo de luto. A utente participava em sessões de musicoterapia de grupo, porém foi a primeira vez que participou em sessões de musicoterapia individual. Num diálogo inicial, a utente apresentava uma postura tímida, comunicativa, com humor triste e labilidade emocional, chorosa quando falava do marido. A Dália partilhou os seus receios em relação aos filhos (medo de que algo de mal lhes aconteça), queixou-se de dores nos joelhos e braços, tendo receio de que fossem sintomas do cancro, e queixou-se que andava muito ansiosa, com pontadas no coração.



Referiu que gostaria de vir para as sessões individuais para ter mais oportunidades de intervenção, uma vez que as sessões de grupo de luto tinham uma periodicidade mensal. Porém, pediu para que estas se realizassem nos dias em que tivesse consultas no hospital – oncologia, cardiologia, ortopedia – o que acabou por limitar o número de sessões.

Nas sessões seguintes, a estagiária optou por uma estrutura que consistia no preenchimento dos TE's, procedendo-se a um diálogo inicial de exploração de acontecimentos significativos e revisão sobre a sessão anterior, seguindo-se atividades de relaxamento, improvisação vocal/instrumental com reflexão verbal, escuta ativa de canções, recriação de canções, terminando com o preenchimento dos TE's.

Em todas as improvisações, a Dália referiu que estava ou a falar com o seu marido ou com Deus ou a relembrar os momentos que viveram juntos. A nível musical, a Dália optava por instrumentos rítmicos, percutindo um som seco e contido, como que se estivesse a rezar. Numa fase inicial, após a improvisação melódica ou rítmica, a Dália verbalizava pensamentos constantes do marido como, por exemplo:

*“Meu Deus, porque me tiraste o meu homem. Eu sei que se o fizeste é porque precisavas dele junto de ti. Agora estou sozinha ... à espera de que me leves para junto dele...”*

Como Shear (2015) refere, observou-se uma resposta de luto complicado pelo facto de a Dália manter pensamentos constantes de desejo e preocupação pelo marido.

Na 3ª sessão, a estagiária propôs que a Dália escrevesse um texto sobre si, acabando por escrever uma carta:

*“Dália,  
Aceita a tua vida como ela é agora, para bem dos teus filhos e netos que te amam muito. Pois se aceitares a doença não irás sofrer tanto. Procura ser feliz com aquilo que tens ainda que tenhas muitas saudades do teu querido marido. Ele está sempre contigo, nunca te deixará. Cada vez te ama mais. Ele partiu para junto do Pai do Céu, que é Amor e nunca nos abandona”*

Posteriormente, leu a carta e a emoção manifestou-se através das lágrimas. A atividade revelou-se importante no sentido em que permitiu à Dália exteriorizar os seus sentimentos e emoções.

Para alterar a dinâmica da sessão, a estagiária iniciou um diálogo sobre os gostos musicais da Dália. A utente referiu que costuma cantarolar dois cânticos “Senhor, quem entrará no Santuário” e “Uma certeza nos guia”. Este último cântico era uma canção que o marido costumava cantar enquanto estava a trabalhar na horta, observando-se uma mudança no sentido de recordar de lembranças positivas sobre o marido. De seguida, a estagiária e a utente interpretaram juntas a canção e, de seguida, a estagiária propôs que a Dália alterasse a letra:

*“Um amor nos guia  
Ao longo do caminhar  
Sem amor não conseguiria  
Viver para te amar  
Não vou só  
Eu sei que estás comigo  
Não vou só  
Eu sei que tu me amas”*

De seguida, a estagiária sugeriu que as ambas cantassem a canção em conjunto e que, em simultâneo, fizessem um acompanhamento rítmico. A Dália iniciou a atividade timidamente. Contudo, foi progressivamente perdendo o constrangimento e começou a percutir no tambor que a estagiária segurava com vivacidade e com uma expressão de felicidade no rosto. No fim da atividade, a Dália riu-se e disse que estava a imaginar o marido a achar piada à atividade. Partilhou que ela sempre foi mais tímida e calma e que o marido estava sempre a brincar com ela, era uma pessoa que enchia a casa, sempre feliz com um sorriso na cara.

Na 4ª sessão, no diálogo inicial, partilhou que, no dia anterior tinha encontrado uma carta que o marido lhe tinha escrito dias antes de falecer, o que a motivou a escrever uma carta de volta:

*“Te Amei, te Amo e te Amarei. Eternamente, Amor sem fim. Partiste, mas ficaste para sempre no meu coração. Querido, nunca te esquecerei. Amor igual ao teu já mais encontrarei. Tu és o meu Anjo da guarda, o meu Santo protetor. Por isso, noite e dia, peço por ti ao Senhor. Ao ver o céu estrelado, vejo nele o teu sorriso. Sei que estás a meu lado sempre que preciso. Obrigada meu Bem pelo que me deste nesta vida. Tanto Amor. Tanto Carinho. Amo-te muito”*

Ao ler a carta a Dália não conteve as lágrimas e expressou pensamentos como:

*“Eu amei-o muito... Coitadinho, ele estava tão bem e de repente ficou tudo tão mal... Aconteceu tudo tão de repente ... Perdoai-me senhor, pois eu sei que isto não é só comigo, não acontece só a mim ... Nunca me passou pela cabeça viver sem ele ...”*

Na 5ª sessão, no diálogo inicial a Dália partilhou que andava a pensar muito nas sessões de musicoterapia e que a estavam a ajudar. Referiu que estava preocupada com a filha que andava muito ansiosa devido ao excesso de trabalho. Nesta sessão, a estagiária optou por realizar atividades criativas recorrendo às músicas utilizadas na sessão anterior, sendo que a estagiária propôs à Dália recriar o texto enquanto ambas tocavam nas pandeiretas. No fim da atividade, a Dália disse que a sessão representou um momento de alegria. Observou-se uma diminuição na labilidade emocional e aumento da expressão facial feliz, tendo até soltado gargalhadas e improvisado texto, falando consigo mesma:

*“Dália, olha por ti... Faz isto pelos teus filhos”.*

No fim do exercício, libertou um suspiro com um sorriso e disse sentir alívio.

Na 6ª e última sessão, Dália partilhou a preocupação com o seu estado de saúde – as dores nas pernas e braços pioraram e passou também a sentir dor lombar – indicando que iria iniciar fisioterapia. Partilhou também que estava a ponderar começar a frequentar aulas de natação para ocupar o seu tempo por sentir cada vez mais necessidade de se manter ocupada. Observou-se, portanto, uma mudança no seu comportamento, manifestando vontade de fazer planos e investir no seu bem-estar.

Observou-se ainda uma mudança na interação com a terapeuta – pela primeira vez numa improvisação rítmica, a utente procurou brincar com a estagiária – observou-se e uma diminuição da labilidade emocional – não chorou ao referir-se ao marido, sorrindo, ao invés, lembrando os bons momentos.

No fim da sessão, deu-se uma reflexão final da intervenção e a Dália referiu que a intervenção musicoterapêutica a ajudou no processo de aceitação da perda. No fim da sessão, deu-se uma reflexão final da intervenção e a Dália referiu que a intervenção musicoterapêutica proporcionou uma forma de a ajudar no processo de aceitação da perda.

*“As sessões de musicoterapia ajudaram-me a aliviar a dor”; “representam um momento de alegria numa fase tão triste”; “Gostei muito da musicoterapia. Foi excelente, ajudou muito a ultrapassar os meus problemas”.*

**Conclusão.** Após a observação dos participantes e dos registos de observação das sessões, observou-se que os objetivos do plano terapêutico foram cumpridos. Observou-se, ao longo da intervenção musicoterapêutica, alterações na utente ao nível emocional e social.

Ao longo das sessões foi possível observar uma mudança no comportamento da Dália, observando-se uma melhoria na sua autoestima e nas suas capacidades de gerir as emoções e a ansiedade.

De sessão para sessão, a estagiária registou um progressivo fortalecimento da relação terapêutica. A utente começou a verbalizar mais, a participar com mais interesse nas atividades propostas.

Após a análise dos resultados dos questionários realizados, foi possível observar que os valores dos cinco TE’s desceram do início e para o fim de cada sessão. Comparando a primeira com a última sessão, porém, os valores permaneceram elevados, demonstrando a necessidade de dar continuidade ao processo terapêutico (Tabela 4). Foi ainda possível observar no WHOQOL-BREF que a qualidade de vida melhorou nos domínios de Relações Sociais e Meio Ambiente (Tabela 5).

Tabela 4

*Valores pré e pós sessão dos Termómetros Emocionais do Estudo de Caso I*

	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5		Sessão 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Sufrimento emocional	9	9	9	8	10	10	9	9	9	8	8	7
Ansiedade	9	9	9	7	10	10	9	7	9	7	8	7
Depressão	9	9	8	7	10	10	10	7	9	7	8	7
Revolta	9	9	9	5	10	10	10	9	9	7	8	7
Necessidade de ajuda	8	8	9	9	10	10	10	9	10	9	8	7

Tabela 5

*Valores pré e pós intervenção da qualidade de vida do Estudo de Caso I*

	Pré	Média	Significado	Pós	Média	Significado
Domínio 1 - Físico	18	2,5	Necessita melhorar	19	2,7	Necessita melhorar
Domínio 2 - Psicológico	13	2,1	Necessita melhorar	15	2,5	Necessita melhora
Domínio 3 - Relações Sociais	5	1,6	Necessita melhorar	11	3,6	Regular
Domínio 4 - Ambiente	21	2,6	Necessita melhorar	25	3,1	Regular

**Discussão do caso.** No início do processo, a Dália apresentou-se como uma utente calma, tímida, cabisbaixa, com choro fácil e, no fim da intervenção, a Dália mostrou estar cada vez mais motivada para a sessão, mais recetiva a participar nas atividades propostas, mudou o foco do lamento da perda para relembrar os bons momentos com o marido, alterou a sua rotina, procurando experimentar coisas novas para ocupar o tempo, demonstrando vontade de se adaptar à nova realidade.

A Dália revelou dificuldade na escolha de atividades a realizar, aceitando sempre as atividades propostas pela estagiária. A nível musical, a utente revelou ter facilidade em cantar e tocar instrumentos de percussão.

A utente tirou partido das atividades de improvisação vocal e instrumental com reflexão verbal. Tal como Iliya (2015) refere, observou-se que as sessões de musicoterapia proporcionaram uma diminuição dos sintomas de luto complicado na Dália, principalmente no sofrimento emocional e na ansiedade. Atividades de escrita criativa potenciaram a expressão de sentimentos e emoções da utente, revelando-se benéficas para a sua autoestima. Foi possível observar-se o desenvolvimento da sensação de conforto espiritual, constatando-se a posição de O'Callaghan (1997).

## Estudo de caso 2

**Caracterização.** A Amélia tem 54 anos de idade, tem como habilitação literária a 4ª classe, exercia a profissão de costureira e estava de baixa médica desde outubro de 2017. Foi-lhe diagnosticada perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e, em 2018, foi diagnosticada com cancro da mama com metastização cerebral. Vive com o marido Carlos, operário fabril, e com a filha de 29 anos de idade. Referia uma boa dinâmica familiar e revelou-se a utente mais motivada para a intervenção musicoterapêutica.

Em maio de 2019, foi internada no HSOG devido a uma infeção e, nessa altura, observou-se alteração de comportamento, manifestando confusão (despia-se em público, por exemplo) para além do aumento da frequência de comportamentos obsessivo-compulsivos durante a noite – ajeitava a roupa da cama dos utentes internados no mesmo piso, lavava as janelas, ajudava as enfermeiras e auxiliares nas tarefas –, associado a falta de sono.

**Encaminhamento para musicoterapia.** No referido internamento, a utente foi encaminhada para a EIHSOP que, após a realização de uma avaliação e observação direta da utente, constatou o gosto da Amélia por música – o seu irmão e o seu marido eram músicos – e encaminhou-a para musicoterapia para gestão emocional.

O processo médico referia que a Amélia apresentava humor triste, algo irritável e labilidade emocional, sentia solidão em casa quando o marido e a filha estavam a trabalhar, dizia que “ficava sem ter o que fazer” e mostrava-se insatisfeita com a sua imagem - aparência desgastada, envelhecida, com pouco cabelo. O processo reportava ainda que a utente sentia que a sua postura e a cara não estavam iguais e que, quando soube da doença, ficou em choque, piorando após a cirurgia.

A família – marido, filha e cunhada – referiram que a utente não aceitava ser contrariada, apresentava falta de força nas pernas, falava em tom elevado, não conseguia estar sossegada e tinha tendência para começar as tarefas sem as terminar.

**Avaliação inicial.** O primeiro contacto deu-se no quarto onde a utente estava internada. Nesse momento, a estagiária tinha como objetivo de propor a intervenção em musicoterapia, contudo a Amélia mostrou-se confusa e pediu que aguardasse pela chegada do marido. A Amélia estava sentada numa cadeira junto da sua cama de pijama, com o cabelo desgrenhado, fixando a janela com uma expressão vaga, ausente.

Com a chegada do marido, o Carlos, a estagiária apresentou a proposta de intervenção, fazendo uma exposição sobre musicoterapia, explicando os benefícios e as atividades que se poderiam realizar. O casal manifestou interesse e o marido disse que, apesar de não saber bem o que esperar da intervenção, achava que seria uma boa forma de animar a esposa e de o distrair da situação. O diálogo foi estabelecido essencialmente com o marido, uma vez que a utente apresentava sinais de confusão. Posteriormente, iniciou-se um diálogo sobre a História Sonora Musical e, no desenrolar da conversa, o marido ficou emotivo ao descrever a esposa antes do diagnóstico – uma pessoa animada cheia de vida que gostava de se arranjar. A Amélia interrompeu o marido, tentando consolá-lo dando-lhe a mão, e dirigiu-se à estagiária colocando questões como quando é que ia ouvir música, se nas sessões podia dançar e cantar e mostrou o desejo de que as sessões se realizassem no jardim (não era, no entanto, permitido levar os utentes para fora do internamento).

O marido referiu que achava a autoestima da esposa baixa, que não gostava de ser ver com a roupa que tinha porque sentia que não assentava da mesma forma, andava calada, retraída, sem vontade de sair de casa e que, antes do diagnóstico, era uma pessoa alegre, animada e que gostava de se arranjar. Contou que interrompeu a sua atividade profissional, assumindo uma rotina diária centrada na prestação de cuidados à esposa. Mostrou preocupação com o agravamento da doença e, por consequência, dos comportamentos da esposa, que não podia ficar sozinha (chegou a ter acidentes domésticos na sua ausência), referindo que não conseguia descansar, principalmente à noite que era a altura do dia que a Amélia estava mais ativa.

**Objetivos e plano terapêutico.** Após a avaliação inicial, a estagiária elaborou um plano terapêutico para a utente, tendo em consideração toda a informação recolhida, assim como o que observou nas sessões iniciais (Tabela 6). Posto isto, o trabalho realizado nas sessões de grupo familiar, onde, para além do marido da Amélia, participou a cunhada, Carminho, a pedido da família. A intervenção consistiu na adaptação à nova realidade, na exploração de sentimentos e emoções através da música e na valorização do *self*.

Tabela 6

*Plano Terapêutico do Estudo de Caso II*

---

Nome do utente: Amélia

Idade: 54

Início do tratamento: maio 2019

Diagnóstico: cancro da mama com metastização cerebral e perturbação obsessivo compulsivo

Informações prioritárias: a Amélia é acompanhada pela EIHSCP desde 2019 para controlo sintomático

---

Problema nº 1: Agravamento da doença

Objetivo: Adaptação à nova realidade

Sub-objetivos:

Realizar atividades musicais em conjunto

Realizar atividades até ao fim

---

Problema nº 2: Dificuldade da gestão emocional

Objetivo: Promover a gestão emocional

Sub-objetivos:

Verbalizar assuntos chave, uma vez por sessão

Debater temas chave uma vez por sessão

Descrever situações decorridas fora da sessão

---

Problema nº 3: baixa autoestima

Objetivo: Promover a valorização do *self*

Sub-objetivos:

Tocar e cantar ao mesmo tempo o ritmo da canção

Completar espaços nas canções de que gosta

Coordenar movimentos com o tempo da canção

---

**Processo terapêutico.** A Amélia foi encaminhada para musicoterapia pela sua ligação à música - marido tocou guitarra e cavaquinho num rancho folclórico e irmão era músico profissional. A intervenção terapêutica iniciou-se em maio e terminou em junho, realizando-se ao todo 6 sessões de musicoterapia familiar: 2 sessões com o marido no Internamento e 4 sessões com o marido e cunhada na Consulta Externa II.

Numa fase inicial, correspondente às 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> sessões, procurou-se estabelecer a relação terapêutica com o casal e dar a conhecer o *setting* terapêutico. A utente explorou os instrumentos todos, perguntando à estagiária o nome de cada, questionando como se tocavam e manifestou interesse especial pelas maracas e pelo xilofone. Foi possível



aferir que a utente apresentava dificuldade em manter a concentração e em conseguir controlar os movimentos das mãos. O marido pegou na guitarra e começou a relembrar os acordes, revelando boas capacidades musicais. Referiu ainda que já não tocava desde o diagnóstico da esposa. Algures no decorrer da 1ª sessão, o Carlos começou a tocar a canção “Sonhos de menino”, de Tony Carreira, para a esposa. A Amélia esboçou um sorriso e começou a cantar com ele, mas rapidamente o foco de atenção foi desviado para diferentes instrumentos *orff* aleatoriamente.

Nesta fase de internamento, a Amélia manifestou-se uma pessoa alegre, mas confusa devido à metástase cerebral e ao facto de ainda não estar sob medicação e manifestava dificuldade em dormir. Durante as sessões de musicoterapia, apesar de não conseguir dar continuidade a um diálogo, colocava constantemente questões à estagiária. O Carlos mostrou-se uma pessoa calma, com humor triste e labilidade emocional, apresentava um discurso escasso e superficial, coerente, centrado na queixa de apatia. Referiu que se esforçava por ajudar a esposa naquilo que conseguia e reconhecia um bom suporte da filha e da irmã mais velha, porém grande parte da família não compreende o estado de saúde da Amélia nem as suas necessidades.

No dia em que se realizou a 2ª sessão, estava agendada a alta de Amélia e o marido mostrou-se ansioso e partilhou que estava com muita dificuldade em lidar com a situação por não saber se conseguiria lidar com o regresso da esposa a casa. O Carlos sentia-se cansado, a esposa não dormia durante a noite e não conseguia estar sossegada (comportamento normativo de POC). A Amélia, por sua vez, partilhou que não queria ir para casa pois estava melhor no hospital a cuidar dos doentes.

As sessões seguintes realizaram-se na Consulta Externa II, uma vez que a Amélia tinha tido alta do internamento. A estagiária optou por estruturar as sessões da seguinte forma: 1) diálogo inicial de exploração de acontecimentos significativos, 2) atividades de relaxamento, escuta ativa de canções e jogos musicais, por fim, 3) intervenção o marido e cunhada através do preenchimento os TE's (a Amélia não apresentava capacidade para preencher o questionário).

Na 3ª sessão, assim que a Amélia chegou à sala, procurou a validação da estagiária em relação ao seu aspeto. De facto, era possível observar uma mudança na apresentação física da Amélia que apresentava um aspeto em geral cuidado, utilizando um lenço colorido na cabeça, tapando a cabeça entretanto rapada, a condizer com a roupa que trazia vestida. O marido disse que a esposa estava bastante entusiasmada em relação à sessão, tendo passado a semana a perguntar pela sessão de musicoterapia

seguinte. Referiu ainda que, desde que havia saído do Internamento, a Amélia pedia com frequência para colocar música para dançar. A utente tinha começado a tomar medicação para dormir à noite, mas sem muito efeito, impedindo o marido de descansar.

Observou-se que a utente se encontrava menos confusa, respondia às questões que lhe colocavam e participava nas atividades musicais, propondo cantar e pedindo ao marido para tocar guitarra para ela dançar. Desta feita, enquanto o marido tocava, a estagiária sugeriu movimentos ritmados com o corpo para a que Carminho e a Amélia repetissem ao mesmo tempo que todos cantavam. Verificou-se que a Amélia fazia um esforço para se manter concentrada e não desistia do exercício.

O Carlos continuou a mostrar-se queixoso, com humor triste e labilidade emocional. Dizia:

*“Eu sei que pode acontecer a qualquer um, mas às vezes fico mesmo a pensar porque é que aconteceu isto agora... Ela já estava a melhorar e agora voltou tudo e está pior do que nunca...”*

Na 4ª sessão a Amélia estava cansada na sequência de um tratamento realizado nessa manhã, acabando por adormecer. O marido e a cunhada aproveitaram para falar sobre as dificuldades e preocupações, manifestando ambos labilidade emocional e choro fácil. O marido disse estar muito cansado, sentir constantemente necessidade de estar vigilante em relação à esposa. Contou ainda que, por vezes se distraía e, como consequência, a Amélia tinha sofrido uma queda e queimado um braço.

A Amélia acordou com energia e vontade de cantar, mostrando-se ativa nas atividades de escuta ativa de canções – “Laurindinha”, “Ó Malhão”, “Ó rosa arredonda a saia”. Foi possível verificar uma melhoria na concentração, conseguindo inclusivamente imitar ritmos simples que a estagiária propunha enquanto cantava. No fim da sessão, observou-se uma melhoria do humor nos três participantes.

A 5ª sessão destacou-se pela motivação de todos em participar nas atividades. A estagiária propôs ao grupo realizar um exercício de preenchimento de espaços em algumas canções - “Laurindinha”, “Ó Malhão”, “Ó rosa arredonda a saia”. Observou-se que a Amélia conseguia completar os espaços em branco com sucesso. Tal conquista acabou por afetar positivamente o humor do marido e cunhada. A estagiária levou um teclado para a sessão com o intuito de colocar a utente a tocar no mesmo instrumento que o marido. Foi possível constatar que a Amélia tinha dificuldade em tocar nas teclas.

Apesar do esforço, demonstrou dificuldade em relaxar as mãos e em repetir uma ideia musical simples de duas notas.

Na 6ª e última sessão, a Amélia estava muito cansada, queria participar nas atividades, mas demonstrou dificuldade em concentrar-se. Referiu que anda a dormir melhor permitindo o marido descansar mais. O Carlos manifestou-se queixoso, desta vez reclamando da falta de apoios para pessoas na mesma circunstância.

Nas atividades musicais, a Amélia mostrou-se concentrada numa interação musical. O marido, alternando com a estagiária, tocava uma canção na guitarra e o restante grupo cantava e acompanhava com instrumentos de percussão. Neste jogo era pedido que o grupo prestasse atenção à pessoa da guitarra, tendo de parar quando a guitarra parasse. Não só alcançaram o objetivo como se observou que o grupo respeitou o tempo da canção e as dinâmicas da guitarra – forte e piano.

O marido lamentou que a intervenção estivesse a terminar, uma vez que o tinha ajudado a lidar com a situação, sentindo necessidade de dar continuidade à intervenção. A cunhada referiu que considerou as sessões importantes, sentindo que tinham contribuído para o bem-estar da Amélia.

**Conclusão.** Após a observação dos participantes e dos registos de observação das sessões, observou-se que os objetivos do plano terapêutico foram cumpridos.

Ao longo das sessões foi possível observar uma mudança no comportamento da Amélia, observando-se uma melhoria na sua autoestima e na sua capacidade de concentração. No que diz respeito ao Carlos, é de notar uma diminuição da labilidade emocional, manifestando, ao longo do processo terapêutico foi mais vontade em participar nas atividades. A Carminho acabou por ser dar um apoio ao casal e foi possível verificar uma diminuição da labilidade emocional. No que diz respeito ao grupo familiar, a música incentivou a autoexpressão e melhorou as competências de comunicação entre os dois irmãos, o Carlos e a Carminho.

Nas sessões foram aplicados TE's ao marido e à cunhada, uma vez que a Amélia não conseguia compreender nem responder aos questionários (Tabela 7 e Tabela 8). Observou-se que os valores de sofrimento emocional, ansiedade e depressão diminuíram da primeira para a última sessão, sendo que ambos referiram que necessitavam de mais sessões.

Tabela 7

*Valores pré e pós sessão dos Termómetros Emocionais do Carlos*

	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5		Sessão 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Sofrimento emocional	9	9	9	8	8	7	7	5	5	4	6	3
Ansiedade	9	9	9	8	8	7	6	5	5	4	8	4
Depressão	9	9	8	7	8	7	7	6	9	7	4	2
Revolta	7	4	7	5	5	4	6	3	5	2	2	2
Necessidade de ajuda	6	6	6	6	5	5	6	5	6	5	5	5

Tabela 8

*Valores pré e pós sessão dos Termómetros Emocionais da Carminho*

	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4		Sessão 5		Sessão 6	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Sofrimento emocional	8	7	9	8	8	7	5	4	5	4	5	4
Ansiedade	5	1	9	8	8	7	6	5	5	4	5	4
Depressão	5	3	5	3	4	3	4	3	5	3	5	2
Revolta	3	2	3	2	4	2	3	2	4	2	3	2
Necessidade de ajuda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

**Discussão do caso.** De sessão para sessão, a estagiária notou um progressivo fortalecimento da relação terapêutica. A nível musical, a Amélia revelou ter capacidades vocais e rítmicas, observando-se que a utente conseguiu valorizar as suas capacidades e desviar o foco da patologia.

Numa fase inicial, quando não compreendia uma atividade ou não conseguia realizar determinado exercício, a Amélia perdia rapidamente o interesse e direcionava a sua atenção para os instrumentos de percussão. Com a evolução do processo terapêutico, observou-se que, numa situação idêntica, a Amélia se esforçava para alcançar o objetivo musical, atingindo assim o objetivo de não desistir da atividade.

Sempre que viam a Amélia com dificuldade em realizar uma atividade, o marido e a cunhada procuravam logo auxiliá-la, explicando ou demonstrando até que a utente compreendesse ou fosse bem-sucedida na sua execução. Progressivamente, o Carlos e a Carminho começaram a perceber e a respeitar o tempo da Amélia, verificando-se uma adaptação do comportamento perante a nova realidade.

Foram observadas alterações na utente ao longo da intervenção musicoterapêutica ao nível emocional. De um modo geral, a estagiária observou que a intervenção musicoterapêutica ajudou a família a regredir a um nível simbólico, recorrendo à música para, de uma forma divertida, exaltar sentimentos, trabalhar o *self*, observando-se o fortalecimento dos laços familiares, como defendido por Jacobsen & Thompson (2016).

Tal como sustentado por Gallagher, Lagman e Rybicki, (2017), foram várias as atividades que potenciaram uma melhoria no humor na gestão da ansiedade e na valorização do *self*, destacando-se atividades de escuta ativa com participação vocal (canto), instrumental (acompanhamento com guitarra, instrumentos rítmicos e corpo), bem como o movimento ao som da música.

## Outras intervenções clínicas

Para além dos casos clínicos apresentados anteriormente, ao longo do estágio a estagiária fez intervenção musicoterapêutica a outros utentes acompanhados pela EIHSCP.

**Família Pereira.** A família Pereira, residente em Guimarães, é constituída pelo Leonardo de 42 anos, professor universitário de engenharia eletrónica, pela sua esposa Anninka, polaca com 37 anos, engenheira de polímetros, e pelos dois filhos do casal - o Paulo com 9 anos e o Manuel com 8 anos, que frequentavam o 3º e 2º ano de ensino regular respetivamente. O Leonardo foi diagnosticado com carcinoma gástrico no estágio IV com metastização óssea, em fevereiro de 2017. A família estava em processo de luto antecipado e o Leonardo em negação, o que teve impacto no sucesso do processo.

A Anninka e os filhos foram encaminhados pela psicóloga clínica da EIHSCP para musicoterapia para gestão emocional e de luto antecipado, uma vez que a família referiu ter contacto musical na sua vida quotidiana – a Anninka tocou piano em criança e em casa tinha o hábito de ligar a rádio para ouvir uma estação polaca, acrescentando o facto de a família partilhar os gostos musicais. O Leonardo não quis participar na terapia, mas incentivou a família a fazê-lo.

O Leonardo acabou por falecer em janeiro de 2019 em casa na companhia da família.

A intervenção em musicoterapia familiar teve início em janeiro e terminou em junho. Realizou-se apenas uma sessão de musicoterapia, antes do falecimento do Leonardo, destinada à observação e avaliação dos participantes. Após o acontecimento, a família voltou à intervenção em fevereiro, dando continuidade à intervenção até junho.

A família participou em 8 sessões de grupo familiar, sendo que as sessões com a duração de 1h ocorriam com uma regularidade quinzenal. Mais tarde, os filhos iniciaram a intervenção individual em musicoterapia, realizando-se, no total, 6 sessões individuais por cada irmão, respetivamente, com uma duração de 30 minutos cada.

Numa primeira observação, a Anninka mostrou ser uma pessoa reservada, com aspeto frágil e com humor triste e dedicada aos filhos. Não estabelecia diálogo com frequência, estava pouco recetiva a participar nas sessões, embora fosse da opinião de que as sessões seriam benéficas para os filhos. O Paulo mostrou-se calmo e reservado

como a mãe, estabelecia pouco contacto visual, mas comunicava se fosse interpelado. O Manuel mostrou-se bastante comunicativo e apelativo, procurava constantemente um tema para conversa. Ambos eram bastante educados, não falavam do pai, mas tinham um humor triste. A mãe preferia falar sobre o Leonardo na ausência dos filhos, sem verbalizar o que sentia.

Após a avaliação inicial, elaborou-se um plano terapêutico e foram estipulados os seguintes objetivos: fortalecer os laços afetivos na adaptação à nova realidade, validação emocional como normativa de adaptação à perda e desenvolver competências de autorregulação. Nas sessões recorreu-se a várias atividades – criação de canções, escuta ativa de canções, improvisação rítmica e melódica.

Observou-se uma alteração no comportamento dos filhos, após o falecimento do pai. O Paulo começou a ter comportamentos disruptivos e uma postura retraída e o Manuel manifestou um descontrole emocional e desenvolveu comportamentos de cuidado para com a mãe (Register & Hilliard, 2008).

Além da intervenção familiar, os filhos tiveram sessões de musicoterapia individual que consistiu sobretudo na identificação, expressão e validação de sentimentos e emoções, recorrendo essencialmente a atividades de improvisação seguida de uma reflexão verbal e de composição de canções para o pai.

No fim da intervenção, foi possível observar que o Paulo mostrava uma postura mais confiante e mais comunicativa. O Manuel alterou o seu comportamento, procurando melhorar a sua relação com o irmão e observou-se uma diminuição do descontrole emocional. A Anninka revelou uma boa adaptação à realidade.

**João e Mafalda.** O João tem 47 anos de idade, era reformado de técnico de máquinas industriais e vivia com a esposa e a filha Mafalda de 9 anos, que estava a frequentar o 4º ano com um rendimento, descrito pelo pai, como sendo excelente.

Em abril de 2015, o João foi diagnosticado com neoplasia no pâncreas e, em julho do mesmo ano, passou a ser acompanhado pela EIHSCP para controlo sintomático – vômitos e diarreia. Mais tarde, acabou por ser encaminhado para psicologia devido a sofrimento espiritual. Segundo os relatórios médicos, ficou de baixa médica desde o diagnóstico até ser reformado por invalidez, há cerca de 1 ano.

A filha Mafalda, foi sinalizada, em dezembro de 2016, no contexto da consulta de psicologia do João, por apresentar terrores noturnos. O processo médico referia que tinha medo da morte e medo da doença do pai, para além de apresentar humor triste e

ansioso, exacerbado desde diagnóstico do pai com quem parecia manter uma relação tensa, apresentando no dia a dia episódios de descontrole emocional.

Em setembro de 2018 a situação clínica do João encontrava-se estável, tendo desenvolvido, porém, uma dor lombar crônica. Foi referido que a mãe da Mafalda reconheceu uma melhoria dos comportamentos da filha, manifestada essencialmente através de mudança nas rotinas e recurso ao autocontrole. Porém, a mãe queixava-se de problemas que a Mafalda tinha junto dos pares, nomeadamente no que diz respeito à falta de assertividade e de resolução de problemas – protecionismo dos próprios pais.

Uma vez que o João tinha contacto com música e chegou mesmo a ser músico amador numa banda, tocando banjo em eventos, a EIHSCP encaminhou o João e a sua filha para musicoterapia com o intuito de promover gestão emocional, gestão da ansiedade, bem como ajudar a relação entre a díade na adaptação à nova realidade, numa fase em que a doença estava controlada. A intervenção teve início a 31 de janeiro e terminou a 27 de junho.

Numa fase inicial, o João mostrou ser uma pessoa bem-humorada, positiva e bastante comunicativa. Demonstrou algum desconforto em falar da doença em frente à filha. A Mafalda mostrou-se tímida ao início, mas rapidamente ganhou à-vontade com a estagiária e revelou ser bastante comunicativa, embora apresentasse um discurso rápido, quase impercetível, revelando a dificuldade de autorregulação. O pai referiu que a Mafalda gostava de ter razão e de fazer as coisas à maneira dela, enervando-se facilmente quando as coisas não corriam de acordo com o que idealizava. Partilhou também que, na fase em que esteve internado em 2015, a Mafalda começou a protagonizar na escola episódios de descontrole emocional, gritando na sala de aula. Com o acompanhamento da psicóloga clínica, começou a adquirir competências de autorregulação e vinha a diminuir a frequência desses episódios.

Após a avaliação inicial, foi possível delinear três objetivos: promover a expressão de sentimentos e emoções entre a díade, desenvolver competências de autorregulação da ansiedade e frustração, fortalecer os laços afetivos na adaptação à nova realidade.

A intervenção musicoterapêutica consistiu numa abordagem de musicoterapia familiar com foco na expressão e gestão emocional recorrendo a atividades de improvisação musical e escrita de canções. Foi possível observar uma diminuição da tensão entre a díade. Numa fase inicial, não prestavam atenção ao outro na realização de atividades musicais em conjunto, estando focados em si próprios. Progressivamente,



foram modificando o foco e, no fim da intervenção, a díade procurava ouvir-se, respeitando o espaço e o tempo um do outro. Foi também possível verificar que a Mafalda começou a demonstrar uma maior capacidade de controlar a frustração e a ansiedade.

**Rosário.** A Rosário tem 56 anos de idade, é viúva, vive com o companheiro e é mãe de três filhos autónomos e independentes. Estava a ser acompanhada pela EIHSCP no internamento para controlo sintomático de uma dor lombar, consequência de uma neoplasia renal esquerda com metastização óssea. Encontrava-se internada no hospital, acamada e dependente de cuidados até conseguir uma vaga numa Unidade de Cuidados Continuados, por não ter forma de os receber em casa. Foi encaminhada pela psicóloga clínica da EIHSCP para musicoterapia devido a apresentação de humor triste e labilidade emocional.

O trabalho realizado com a Rosário baseou-se na exploração de sentimentos, emoções e recordação das suas vivências através da música durante o período em que esteve internada. As sessões basearam-se na improvisação musical e na interpretação da imagética da utente sobre as suas recordações e vivências. A Rosário revelou dificuldade na escolha de atividades a realizar, aceitando sempre as atividades propostas pela estagiária. A nível musical, a utente revelou ter facilidade em criar frases melódicas. Nas duas sessões iniciais, partilhou aspetos da sua vida passada. Contudo veio a revelar que preferia focar-se no presente, pois falar no passado era fonte de tristeza por considerar que não tinha aproveitado a vida enquanto havia tido oportunidade. Devido à alta do hospital e consequente transferência para os Cuidados Continuados, não foi possível dar continuidade às sessões.

**Constança.** A Constança tem 69 anos de idade, é viúva e mãe de um filho adulto e autónomo. A utente está reformada, tendo exercido como professora primária, e é autónoma e independente. Estava a ser acompanhada pela psicóloga clínica da EIHSCP devido a humor triste e labilidade emocional como consequência de um diagnóstico recente de adenocarcinoma pulmonar.

Embora tenha manifestado interesse em usufruir de sessões de musicoterapia, a utente acabou por participar numa única sessão apenas por vir a saber que não tinha de dar continuidade aos tratamentos e, procurando afastar-se do contexto hospitalar, iria ausentar-se de Guimarães. O trabalho realizado com a Constança baseou-se na

exploração de sentimentos, emoções. A sessão única consistiu em atividades de improvisação musical, tendo demonstrado facilidade e conhecimentos musicais, e de escuta ativa da canção “Everybody Hurts” dos R.E.M, música que foi fonte de conforto nesta fase complicada.

Verificou-se que a sessão de musicoterapia proporcionou à utente uma forma de encerrar um período complicado da sua vida.

**Joana.** A Joana tem 67 anos, é mãe de 3 adultos independentes e divorciada (vítima de violência doméstica). A utente vive com o filho mais novo e tinha perdido a irmã mais velha havia um ano vítima de cancro (a família tinha antecedentes de cancro). A utente estava em processo de luto complicado, apresentava humor triste e labilidade emocional e estava sempre vestida de preto. Encontrava-se desempregada, ocupando o seu tempo livre na horta e fazia voluntariado com o filho.

A Joana estava a ser acompanhada pela psicóloga clínica da saúde da EIHSCP desde o falecimento da irmã e foi encaminhada para musicoterapia de grupo de luto e, mais tarde, para sessões individuais para gestão emocional.

O trabalho realizado nas sessões individuais baseou-se na exploração de sentimentos, emoções e das suas vivências através da música, gestão da ansiedade e valorização do *self*. As sessões incluíram improvisação musical e em exercícios de relaxamento para ajudar a lidar com a arritmia. A utente revelou dificuldade na escolha de atividades a realizar, aceitando sempre as atividades propostas pela estagiária. A nível musical, a utente revelou ter facilidade em cantar e tocar instrumentos.

Observou-se que, ao longo do processo terapêutico, as 5 sessões de musicoterapia promoveram o aumento da autoestima da utente e a diminuição da labilidade emocional, bem como o sentimento de raiva.

**Mariana.** A Mariana tinha 58 anos e havia sido diagnosticada com um carcinoma do urotélio estágio IV, que estava na origem de dor mista severa incapacitante. Era mãe de dois filhos adultos e independentes, era casada e vivia com o marido que tinha o 9º ano de escolaridade e era auxiliar de ação médica. Desde os 16 anos que tinha hábitos tabágicos, fumando, em média, dez cigarros por dia. Foi encaminhada para musicoterapia pela psicóloga clínica da EIHSCP para gestão emocional. Iniciou intervenção em janeiro de 2019 e acabou por falecer em maio de 2019.

A utente participou em 3 sessões de musicoterapia, sendo que duas se realizaram no Internamento e a última na Consulta Externa. O foco da intervenção foi a expressão emocional e indução de relaxamento. As sessões basearam-se na improvisação musical. A utente, que aceitou sempre participar nas atividades propostas, revelou dificuldade em participar ativamente nas atividades devido à sua debilidade que se manifestava também como dificuldade em ouvir, falar, ver, respirar.

Observou-se que a utente conseguia abstrair-se da dor e relaxar enquanto improvisava com a voz. No fim de cada sessão, a utente dizia que queria ter mais sessões, apenas não tinha disponibilidade. Observou-se que a utente conseguia abstrair da dor e relaxar enquanto improvisar com a voz. No fim de cada sessão, a utente dizia que queria ter mais sessões, apenas não tinha disponibilidade.

**Alberto.** O Alberto tem 69 anos de idade, é reformado, mora com esposa e tem duas filhas. Encontrava-se internado por pneumonia na unidade de Neurologia e tinha sido diagnosticado com carcinoma epidermoide do pulmão em progressão. Estava a ser acompanhado pela EIHS CP para controlo sintomático – dispneia e disfonia.

A EIHS CP encaminhou-o para musicoterapia para gestão da ansiedade potenciada pelo desejo de regressar a casa. Ao todo, realizou duas sessões de musicoterapia até ter tido alta do internamento. Não foi possível dar continuidade ao processo terapêutico na Consulta Externa, por questões administrativas.

A primeira sessão consistiu na apresentação da musicoterapia e num diálogo sobre a História Sonora Musical do utente e da sua esposa que o acompanhava. A segunda sessão consistiu na realização de exercícios musculares e de respiração para aliviar a tensão muscular e a ansiedade. O utente referiu ter sentido melhorias e que iria utilizar os exercícios noutras alturas do dia, para aliviar o desconforto da cama de hospital.

**Grupo de Luto.** O grupo de luto consistiu num grupo de intervenção psicológica com musicoterapia complementar para promover a expressão e validação emocional de 7 utentes do sexo feminino (6 viúvas e 1 cuidadora de irmã), com uma média de idades de 61 anos, sobreviventes de doentes oncológicos falecidos em acompanhamento pela EIHS CP.

A Emília, com 55 anos, perdeu o marido em novembro de 2017. É mãe de um casal de filhos, autónoma e independente, mora sozinha na residência do casal. Apresentava um aspeto em geral cuidado, comportamento adequado e cooperante,

humor disfórico e labilidade emocional, discurso organizado e lógico. Reconhecia carecer de suporte familiar. Assumia uma rotina ativa e estruturada, centrada na ocupação de tempo livre com tarefas domésticas e voluntariado.

A Joana tem 67 anos, é divorciada e mãe de 3 filhos. Autónoma e independente, mora com o filho mais novo. Perdeu a irmã em março de 2018 e expressava muita revolta pela forma como a irmã foi tratada em contexto hospitalar (possível negligência médica). Os seus padrões de funcionamento global - sono, apetite e humor - estavam comprometidos. Apresentava um aspeto cuidado, mas envelhecido, um comportamento adequado e cooperante, humor triste com labilidade emocional, com discurso organizado e lógico.

A Anita tem 69 anos, é reformada e mãe de duas filhas. Autónoma e independente, mora sozinha na residência do casal, tendo perdido o marido em setembro de 2018. Apresentava um aspeto, em geral, cuidado, exibia um comportamento inadequado, mas cooperante, postura queixosa e apelativa, humor ansioso.

A Isaura tem 45 anos e perdeu o marido em abril de 2018. Assistiu apenas à 4ª sessão de grupo de luto, uma vez que o horário da sessão não era compatível com o horário de trabalho. Porém, esta manifestou interesse na intervenção musicoterapêutica, lamentando não poder comparecer nas restantes sessões.

A Carolina tem 56 anos e perdeu o marido em 2011. É mãe de duas filhas, é autónoma e independente e mora sozinha na residência do casal. Apresentava um aspeto cuidado, exibia um comportamento inadequado, mas cooperante, com postura queixosa e apelativa, recorria a um humor ansioso e discurso pobre e circunstanciado.

A Dália tem 63 anos, é reformada e mãe dois filhos. Vive sozinha e perdeu o marido em maio de 2018. Apresentava-se com um aspeto cuidado, vestida de preto integral, exibindo um comportamento adequado, colaborante e participativo, humor triste e labilidade emocional.

A Ana, com 71 anos, é reformada e mãe de duas filhas. Vive sozinha desde que ficou viúva em julho de 2017, tendo participado noutros grupos de luto. Apresentava um aspeto, em geral, cuidado, vestia preto integral e exibia um comportamento adequado, colaborante e participativo. Assumia, porém, uma postura queixosa e apelativa, humor triste e alguma labilidade emocional. Apresentava uma resposta de luto complicado apesar de assumir desde a sua sinalização para psicologia um esforço intencional e ativo na concretização das distintas tarefas de lutos para a sua normal resolução.

Ao todo foram realizadas 5 sessões. A nível estrutural, as sessões iniciavam-se com o preenchimento de questionários, seguindo-se um diálogo inicial com exploração de acontecimentos significativos, dando-se o mote para a intervenção da psicóloga clínica. Após a intervenção da psicóloga clínica, a estagiária iniciava a intervenção musicoterapêutica ativa, recorrendo a técnicas de improvisação instrumental e vocal combinados com o processamento verbal num formato psicoterapêutico (Iliya, 2015), bem como à escuta ativa de canções. No fim da sessão, as utentes preenchiam os TE's e o questionário de satisfação.

Foram realizadas, principalmente, atividades de exploração musical através do canto e da experimentação instrumental, com partilha verbal. Estas atividades permitiram às participantes desenvolver o sentido de pertença, fomentando o sentimento de equidade dentro do grupo no sentido de respeitar o espaço uns dos outros, bem como a expressão e validação dos sentimentos e emoções das mesmas. Tal como Austin (2008) refere, a voz foi identificada pelas participantes como uma das formas mais úteis para aliviar a dor, bem como para fomentar sentimentos de pertença ao grupo.

Os elementos do grupo destacaram que estas atividades promoveram a sensação de pertença, desviando a atenção da sensação de solidão que sentiam fora das sessões. De um modo geral, as participantes manifestaram agrado com a intervenção, tendo gostado da experiência pelo convívio e promoção da sensação de bem-estar. A Ana, que já havia participado noutros grupos de luto sem intervenção em musicoterapia, referiu notar diferenças, sentindo não só aumento da motivação para as sessões como também uma maior ajuda a lidar com a perda.

Da análise dos questionários preenchidos pelas utentes, foi possível constatar que os valores de luto complicado diminuíram em todas as participantes, sendo que os valores do questionário da Joana demonstraram que, no final da intervenção, já não se encontrava em processo de luto complicado.

Foi possível desenvolver um processo musicoterapêutico cujo foco foi a utilização da música como meio facilitador da expressão e validação de sentimentos e emoções das utentes e promover a dinâmica do grupo. Para tal, a estagiária recorreu a atividades musicais de exploração musical com partilha verbal, desde escuta ativa de canções à improvisação instrumental e vocal. Constatou-se que a intervenção musicoterapêutica não só se adequa como é útil na gestão emocional da pessoa em processo de luto, permitindo alcançar resultados positivos para utentes que recorrem a grupos de luto.

**Grupo *Burnout*.** O grupo de *burnout* era constituído por 8 profissionais de saúde do sexo feminino, com uma média de idades de 45 anos. As intervenientes, que prestam apoio ou constituem a EIHSCP, apresentavam sinais de que estariam em processo de *burnout*.

Num total de 6 sessões com duração de 1 hora previstas, realizaram-se apenas 3 sessões que dificilmente chegaram aos 30 minutos de duração, sendo nem sempre estiveram presentes todos os elementos do grupo, dificultando o processo terapêutico. Assim, a estagiária optou por recorrer a uma abordagem de Musicoterapia Ecológica, referida por Hilliard (2006), que consiste numa intervenção com um formato livre e sem estrutura, permitindo expressões musicais e verbais espontâneas recorrendo à improvisação instrumental, ao *tonning*, à escuta ativa de canções com significado para os membros da equipa e a exercícios de relaxamento, com o intuito de promover a autorregulação e melhorar a dinâmica da equipa e diminuir os sintomas de exaustão no dia da intervenção.

Inicialmente o objetivo da intervenção musicoterapêutica era, não só a autorregulação emocional, como também identificar e trabalhar temas chave para melhorar a dinâmica de trabalho da equipa. Tal não foi possível, devido à falta de disponibilidade da equipa.

Nas três sessões, os elementos do grupo de *burnout* participaram ativamente nas atividades propostas e manifestaram interesse na intervenção, referindo que esta promovia o seu bem-estar. Constatavam, no entanto, a necessidade de maior disponibilidade por parte da equipa para obtenção de mais benefícios.

A reunião de equipa que antecedia sempre a intervenção musicoterapêutica tinha, muitas vezes, um impacto negativo no bem-estar dos elementos, constituindo um relevante fator de stress. Após as sessões de musicoterapia, foi possível observar uma redução da ansiedade nas participantes, promovendo uma maior motivação para o desempenho das suas funções.

Da avaliação realizada através da realização dos TE's pré e pós intervenção, observou-se uma diminuição dos valores significativos ( $>5$ ) para valores não significativos ( $<5$ ) de ansiedade.

Uma vez que a intervenção se resumiu a três sessões, não foi possível observar um efeito a longo prazo nos valores de *burnout* das participantes. No entanto, a estagiária verificou que a musicoterapia contribuiu para a promoção do bem-estar geral

das profissionais da saúde constatando também uma diminuição da tensão entre as colegas, corroborando, assim, os benefícios da intervenção.

## Outros Projetos

No decorrer do estágio a estagiária participou em várias atividades que decorreram na instituição. Durante o período de adaptação, as orientadoras locais proporcionaram à estagiária a oportunidade de participar nas primeiras consultas e nas consultas subsequentes em diferentes contextos – consulta externa, internamento e sessões de psicologia com enfermeiras, médicas e psicóloga clínica – de vários utentes com o intuito de conhecer possíveis casos de futura intervenção em musicoterapia. Esta oportunidade facilitou o processo de adaptação à equipa, bem como uma melhor compreensão do funcionamento da equipa nos diferentes contextos.

Em dezembro, a EIHSCP realizou uma formação em Cuidados Paliativos para os profissionais de saúde do HSOG, durante a qual cada profissional de saúde que integrava a equipa realizou uma breve apresentação das valências da unidade. No fim da apresentação, a equipa colocou o filme “Wit” de Mike Nichols (2001) com o intuito de promover uma reflexão sobre a realidade dos hospitais no que diz respeito à sensibilidade e à capacidade empática, à comunicação e ao julgamento por parte dos profissionais na relação com o doente.

No dia 30 de janeiro de 2019, a EIHSCP realizou uma reunião que juntou os profissionais de saúde que prestam serviços paliativos do Norte do país, para celebrar o 5º aniversário da Unidade de Cuidados Paliativos e a estagiária teve oportunidade de participar ativamente na organização do momento musical. Nesta atividade, as profissionais de saúde realizaram uma breve apresentação das valências da unidade e procedeu-se a um *brainstorm* em grupos pequenos, com o objetivo de debater as diversas dificuldades e problemáticas associadas aos serviços prestados (organização, estrutura, funcionamentos e financiamento). A atividade finalizou com um debate aberto de exposição de problemáticas e possíveis soluções.

Nos dias 15 e 18 de maio de 2019, realizou-se o XXX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. A conferência que decorreu no Centro Cultural Vila Flores, em Guimarães, revelou-se uma oportunidade de a estagiária apresentar um poster onde se apresentaram os resultados intermédios de um estudo caso acompanhado no decorrer do estágio.

No dia 10 de julho de 2019, realizou-se uma festa final no auditório do HSOG onde a estagiária musicoterapeuta pôde reunir todos os utentes que participaram no



estágio e a EIHS CP. O evento consistiu numa breve apresentação do projeto de estágio aliado à realização de atividades musicoterapêuticas.

## Conclusões

A elaboração do presente relatório teve como objetivo descrever o estágio curricular realizado na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães, no âmbito da Unidade curricular de Seminário de Estágio do 2º ano do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada.

O estágio teve uma duração de 9 meses, durante os quais a estagiária pretendeu desenvolver uma abordagem terapêutica complementar aos serviços prestados pela equipa intra-hospitalar de serviços de cuidados paliativos. O complemento prestado pela intervenção musicoterapêutica visava o apoio emocional, mas também a promoção e facilitação da autoexpressão e da comunicação entre todas as partes envolvidas no processo terapêutico - utente, cuidadores e prestadores de cuidados paliativos em contexto hospitalar - recorrendo a música como meio de expressão e de alívio da carga emocional.

A população intervencionada incluiu utentes, familiares/cuidadores de utentes que são ou já foram acompanhados pela EIHSCP e profissionais que constituem a Unidade de Cuidados Paliativos em situação de *burnout*. As sessões ocorreram em formato individual ou de grupo, de acordo com as necessidades dos utentes e/ou familiares/cuidadores, à exceção das sessões de *burnout* que ocorreram sempre em formato de grupo.

A revisão de literatura levada a cabo pela estagiária fundamentou os planos e abordagens terapêuticas aplicadas em cada sessão, após uma análise do perfil dos participantes e adequando-se às suas necessidades de sessão para sessão. A abordagem de musicoterapia em cuidados paliativos, de acordo com a literatura (O'Callaghan, 1997; Aldridge, 1999; Kennelly & Brien-Elliott, 2001; Dileo & Loewy, 2005; Magill, 2009; Bradt e Dileo 2010; Gallagher, 2011; Bunt & Stige, 2014; Gibson, 2014; Clements-Cortés, 2016; Gallagher, Lagman, & Rybicki, 2017;), proporciona um serviço holístico criativo complementar, promovendo a qualidade de vida, facilitando a expressão, a partilha de sentimentos, a comunicação e interação, ajuda a lidar, a cura espiritual, ajuda a dar significado aos momentos, mesmo quando o utente acaba por falecer, e proporciona apoio ao utente e familiares durante o processo de morte. Neste contexto, o terapeuta trabalha os problemas e necessidades múltiplas do utente e da sua família através da música relacionada com a identidade da pessoa e do grupo.

Após uma análise e reflexão sobre as intervenções realizadas nos diferentes contextos concluiu que o trabalho desenvolvido foi ao encontro dos objetivos delineados no início do estágio, proporcionando assim um espaço e uma abordagem alternativa às práticas já existentes na unidade de cuidados paliativos. Porém, observou-se a necessidade de mais tempo para trabalhar outros aspetos de igual importância.

Na intervenção em musicoterapia familiar, observou-se que o uso de material musical facilitou a participação e envolvimento dos utentes, facilitando a autoexpressão e proporcionando sentimentos de bem-estar. Tal como é referido na literatura (Miller, 1994; Jacobsen & Thompson, 2016), a assimilação dos sentimentos exprimidos permitiu a criação de mecanismos de gestão de novas realidades e fortalecimento dos laços familiares. Técnicas de improvisação e criação musical destacaram-se no processo terapêutico como agentes facilitadores da expressão e exteriorização emocional.

A intervenção em musicoterapia no luto proporcionou conforto e apoio espiritual, ajudou a dar significado à vida e permitiu uma libertação emocional. Foi ainda possível verificar alterações do humor e do comportamento das utentes do grupo do luto. As técnicas de criação e recriação de canções foram as técnicas que mais potenciaram a expressão e a validação de pensamentos e sentimentos combinados com o processamento verbal num formato psicoterapêutico. Em concordância com Aldridge (1999), atividades que incluíram o ato de cantar destacaram-se no impacto da intervenção musicoterapêutica, por fomentar sentimentos de pertença, diminuir sentimentos de isolamento, sobretudo nos utentes em idade avançada, e potenciar a libertação emocional e apoio espiritual.

A experiência musical e as estratégias terapêuticas utilizadas pela estagiária, desde a escuta musical ativa e passiva, a improvisação vocal e a indução de relaxamento, promoveram a criação de canais de comunicação com utentes em estados terminais em contexto de internamento, facilitando a expressão de emoções, a ativação de memórias, potenciando o relaxamento, a gestão da ansiedade e evitando a sensação de isolamento.

Observou-se um impacto positivo na EIHSCP que, apesar das poucas oportunidades de intervenção terapêutica, reconheceu que as sessões de musicoterapia tiveram um impacto significativo na diminuição de sintomas de *burnout*.

Numa fase inicial, a estagiária sentiu alguma dificuldade em motivar os utentes para participar em sessões de musicoterapia. Esta resistência deve-se ao facto de a população alvo, sobrecarregada pelo stress e emoções e pouco receptiva à mudança, revelar pouca abertura para experimentar uma intervenção que não conhecia. Porém, a

estagiária assumiu uma postura empática e procurou promover um espaço confortável e seguro de modo a que cada utente se sentisse confortável e motivado para as sessões, identificando-as como um lugar confortável e um momento de prazer, expressão, libertação e alívio.

O trabalho desenvolvido durante o estágio foi considerado pela estagiária e pela EIHSCP bem-sucedido, destacando-se a importância que musicoterapia teve para incentivar todos os participantes intervencionados para a mudança e para melhorar o seu bem-estar físico, emocional, espiritual e social.

## Reflexão final

Ao longo do meu percurso académico musical vim a constatar que a música, mais do que uma arte performativa, é um meio de expressão e de comunicação que acarreta diversas potencialidades e foi o que me motivou a realizar o mestrado de musicoterapia.

Este estágio foi bastante desafiante, concedeu-me a oportunidade de ter um primeiro contacto com uma Unidade de Cuidado Paliativos que presta serviços de saúde a uma população diversificada. Esta experiência permitiu-me não só aplicar a aprendizagens anteriores como também adquirir novos conhecimentos, nomeadamente através da revisão de literatura que me proporcionou uma melhor compreensão das várias valências da EIHSCP, da diversidade de necessidades dos vários utentes nos diferentes contextos de intervenção, mas também através da aplicação da teoria descrita na literatura que acarretou um conjunto de incertezas e de receios – o que esperar da população e da equipa e vice-versa, o medo de falhar e o receio de não conseguir dar resposta às necessidades dos utentes.

Apesar de ter sido um estágio com uma carga emocional intensa, foi um período de 9 meses de crescimento profissional, por me permitir dar os primeiros passos na musicoterapia, e de crescimento pessoal, pelo contacto com uma população em fim de vida e com as pessoas que sobrevivem à perda de um ente querido. Houve alturas em que foi difícil gerir toda a carga emocional que o estágio acarretou, porém fiz um esforço para me focar nos utentes e em ir ao encontro das necessidades individuais dos utentes.

A EIHSCP é constituída por profissionais de saúde que se esforçam para prestar os melhores cuidados de saúde aos seus utentes, mas que nem sempre veem o seu trabalho ser devidamente reconhecido de alguns colegas. Porém, constata-se o reconhecimento por parte dos utentes e familiares que têm contacto com a equipa. É de destacar a disponibilidade e a confiança que a equipa depositou em mim, incentivando-me a participar noutros projetos promovidos pela instituição.

Numa fase inicial, adaptação não foi fácil devido às diversas valências da Unidade de Cuidados Paliativos, apesar da notória atenção prestada pelos vários elementos da EIHSCP. Durante esta fase, foi fulcral a observação de utentes em vários contextos – Internamento, Hospital de Dia, consulta de cuidados paliativos, consulta de psicologia – de modo a avaliar os utentes que mais beneficiariam com intervenção musicoterapêutica, mas também no sentido de desenvolver competências de

profissionais no que diz respeito à atitude a ter com o utente: postura empática e escuta ativa, procurar uma proximidade com o utente de modo a deixá-lo confortável, dirigir o discurso à pessoa e não ao doente.

Foi notória a resistência por parte dos utentes, numa fase inicial, em participar nas sessões de musicoterapia por diversos motivos – estado de saúde, desmotivação associada ao contexto hospitalar, entre outros fatores externos. Senti alguma dificuldade na interpretação de reações e comportamentos dos utentes o que, com o desenvolvimento do processo terapêutico e com a orientação da EIHSCP, se foi tornando mais perceptível.

O *setting* também foi causa de constrangimento na prossecução das sessões – as salas estavam equipadas com material médico diverso que tinha o potencial de se revelar perigoso para os participantes, fomos advertidos para a importância de não perturbar outros utentes ou consultas, pelo que a produção musical ficava comprometida e o internamento não dispunha de condições que promovessem a privacidade das sessões de musicoterapia.

De um modo geral, é de destacar que o estágio foi bastante enriquecedor a vários, principalmente através do contacto com todos os utentes que permaneceram na minha memória. Permitiu-me observar o impacto positivo que a musicoterapia tem no ser humano em diferentes fases da vida.

## Referências

- Advancecare. (17 de setembro de 2019). *Para Si - Cuidados paliativos: a quem se destinam?* Obtido de AdvanceCare: <https://advancecare.pt/artigos/saude-e-bem-estar/cuidados-paliativos-a-quem-se-destinam>
- Aldridge, D. (1999). Music therapy in palliative care: New voices . Em D. Aldridge, *Music therapy in palliative care: New voices* (pp. 1-175). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (12 de Outubro de 2018). *Cuidados Paliativos: O que são?* Obtido de Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. O. (1981). *Music Therapy Manual*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publishers.
- Beng, T. G., Seang, L., Pathmawathi, S., Ming, M., Jane, L., Chin, L., & Loong, L. (2013). The Experiences of Suffering of Palliative Care Informal Caregivers in Malaysia: A Thematic Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 473-489. doi:10.1177/1049909112473633
- Blood, A., Zatorre, R., Bermudez, P., & Evans, A. (1999). Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions. *Nature Neuroscience*, 382–387. doi:10.1038/7299
- Bodner, E., & Gilboa, A. (2006). Emotional Communicability in Music Therapy: Different Instruments for Different Emotions? *Nordic Journal of Music Therapy*, 3-16. doi:10.1080/08098130609478147
- Bowen, M. (1965). Family psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40-60 .
- Bradt, J., & Dileo, C. (2010). Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-36. doi:10.1002/14651858.cd007169.pub2
- Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., . . . Komarnicky-Kocher, L. (2015). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Support Care Cancer*, 1261–1271. doi:10.1007/s00520-014-2478-7
- Brandes, V., Terris, D., Fischer, C., Schuessler, M., Ottowitz, G., Titscher, G., . . . Thayerb, J. (2009). Music Programs Designed to Remedy Burnout Symptoms

- Show Significant Effects after Five Weeks. *New York Academy of Science*, 422–425. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04790
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). Music Therapy An art beyond words. Em L. Bunt, *Music Therapy An art beyond words* (pp. 1-266). London: Routledge. doi:<https://doi.org/10.4324/9781315817989>
- Cameron, J., & Parkes, C. (1983). Terminal care: evaluation of effects on surviving family of care before and after bereavement. *Postgraduate Medical Journal*, 73-78. doi:10.1136/pgmj.59.688.73
- Capelas, H. (12 de 11 de 2018). *Inofo Institucional*. Obtido de Hospital de Guimarães: <http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/Lservico.asp?c=6>
- Capelas, M. L., Lacerda, J., & Coelho, P. (Novembro de 2018). Secção Caracterização e Satisfação dos Cuidadores Informais. *Relatório de Outono 2018*. Lisboa, Porto, Viseu: Católica Instituto de Ciências Humanas.
- Carreira, S. (2003). Relação enfermeiro/doente. *Nursing*, 30-34.
- Cespedes-Guevara, J., & Eerola, T. (2018). Music Communicates Affects, Not Basic Emotions – A Constructionist Account of Attribution of Emotional Meanings to Music. *Frontiers in Psychology*, 1-19. doi:10.3389/fpsyg.2018.00215
- Clements-Cortés, A. (2016). Development and efficacy of music therapy techniques within palliative care. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 125–129. doi:10.1016/j.ctcp.2015.04.004.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017-2018). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018. 1-41. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)
- Deep, C., & Leal, I. (2000). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. 4º *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 336-340.
- Dileo, C., & Loewy, J. (2005). *Music therapy at the end of life*. Cherry Hill: Jeffrey Books.
- DiMaio, L., & Economos, A. (2017). Exploring the role of music in grief. *Bereavement Care*, 65-74. doi:10.1080/02682621.2017.1348585
- Direção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. 1-20. Lisboa.
- Edwards, J. (2016). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press.



- Frade, B., Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. (2009). Complicated Grief - A validation of ICG instrument. *"Trauma in lives and communities: Victims, violators, prevention and recovery"*. Oslo - Noruega: 11th European Conference on Traumatic Stress.
- Freud, S. (1917). *Luto e Melancolia*. Rio de Janeiro: Obras Completas.
- Frias, C. (2012). O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. *Avances en Enfermería*, 13-22.
- Gallagher, L. M. (2011). The Role of Music Therapy in Palliative Medicine and Supportive Care. *Seminars in Oncology*, 403-406.  
doi:10.1053/j.seminoncol.2011.03.010
- Gallagher, L. M., Lagman, R., & Rybicki, L. (2017). Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients . *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-8.  
doi:10.1177/1049909117696723
- García, E., Rodríguez-Salvanés, F., Gonzáles-Gonzáles, R., Luque, M., & Sánchez, A. (2008). Síndrome de burnout en profesionales sanitários de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa*, 273-278.
- Gibson, J. (2014). Musical Lifeworlds. Em G. Ansdell, *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life* (pp. 41-50). London: Routledge.  
doi:10.4324/9781315587172
- Groocke, D., & Wigram, T. (2006). *Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hauser, J., & Kramer, K. (2004). Family caregivers in palliative care. *Clinic Geriatric Medicine*, 671– 688. doi:10.1016/j.cger.2004.07.003
- Hilliard, R. (2001). The Effects of Music Therapy-Based Bereavement Groups on Mood and Behavior of Grieving Children: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 291-306. doi:10.1093/jmt/38.4.291
- Hilliard, R. (2006). The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *Arts Psychother*, 395–401.  
doi:https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.06.002
- Hilliard, R. (2007). The effects of Orff-based music therapy and social work groups on childhood grief systems and behaviors. *Journal of Music Therapy*, 123-138.  
doi:http://dx.doi.org/10.1093/jmt/44.2.123

- Iliya, A. (2015). Music Therapy as Grief Therapy for Adults With Mental Illness and Complicated Grief: A Pilot Study. *Death Studies*, 173–184.  
doi:10.1080/07481187.2014.946623
- Jacobsen, S. L., & Thompson, G. (2016). *Music Therapy with Families: Therapeutic Approaches and Theoretical Perspectives*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Juslin, P. N. (2013). What does music express? Basic emotions and beyond. *Psychology*, 1-14. doi:10.3389/fpsyg.2013.00596
- Kennelly, J., & Brien-Elliott, K. (2001). The role of music therapy in paediatric rehabilitation. *Journal Pediatric Rehabilitation*, 4, 137-143.
- Kübler-Ross, E. (1981). *Living with death and dying: how to communicate with the terminally ill*. New York: Touchstone.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (1997). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner.
- Lee-Harris, G., & Blackburn, D. (2018). Music for Relaxation: A Comparison Across Two Age Groups. *Journal of Music Therapy*, 1–24. doi:10.1093/jmt/thy016
- Lopes, J. M. (2007). Questionários Sobre a Dor Crónica. *Dor*, 3-56.
- Magill, L. (2009). Caregiver empowerment and music therapy: Through the eyes of bereaved caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 68–75. doi:10.1177/082585970902500114
- Magill, L. (2011). Bereaved Family Caregivers' Reflections on the Role of the Music Therapist. *Music and Medicine*.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *Maslach burnout inventory*.
- Miller, E. (1994). Musical Intervention in Family Therapy. *Music Therapy*, 39-57.  
doi:10.1093/mt/12.2.39
- Moon, P. (2015). Anticipatory grief: A mere concept? *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 1-4. doi:10.1177/1049909115574262
- Mulle, J., & Fiorini, J. (2006). Understanding Grief and Loss in Children. *American Counseling Association*, 31-34.
- Nemesh, B. (2016). Family-based music therapy: from dissonance to harmony. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-18. doi:10.1080/08098131.2016.1144638
- Nielsen, M., Neergaard, M., Jensen, A., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. (2017). Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A

- Nationwide Prospective Cohort Study. *Journal Pain Symptom Manage*, 540-550. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013
- O'Connor, K., Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
- O'Callaghan, C. (1997). Therapeutic opportunities associated with the music when using songwriting in palliative care. *Music Therapy Perspectives*, 32-38.
- O'Callaghan, C. (2001). Bringing music to life: a study of music therapy and palliative care experiences in a cancer hospital. *Journal Palliative Care*, 155-160.
- O'Callaghan, C., Hudson, P., McDermott, F., & Zalcborg, J. (2011). Music among family carers of people with life-threatening cancer. *Music and Medicine*.
- Ordem dos Psicólogos. (13 de Agosto de 2019). *Guia Orientador para a Intervenção Psicológica nos Cuidados Paliativos*. Obtido de Ordem dos Psicólogos: <http://www.ordemdospsicologos.pt>
- Pasiali, V. (2013). A clinical case study of family-based music therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 249-264. doi:10.1080/15401383.2013.821925
- Payne, S. (2010). White Paper on improving White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 2. *European Journal of Palliative Care*, 286-290. Obtido de European Journal of Palliative Care.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., . . . Millera, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 65-79.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe : part 2. *European Journal of Palliative Care*, 22-33.
- Register, D. M., & Hilliard, R. E. (2008). Using Orff-based techniques in children's bereavement groups: A cognitive-behavioral music therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 162-170. doi:10.1016/j.aip.2007.10.001
- Robb, S. (2003). Designing music therapy interventions for hospitalized children and adolescents using a contextual support model of music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 27-40. doi:10.1093/mtp/21.1.27

- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir model: Family therapy and beyond*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Shamrock, M. (1997). Orff-Schulwerk: An Integrated Foundation. *Music Educators Journal*, 1-5. doi:10.2307/3399024
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2601–2608. doi:10.1001=jama.293.21.2601
- Shear, M. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 153–160. doi:10.1056/nejmcp1315618
- Silva, M., & Ferreira-Alves, J. (2012). O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das Variáveis Contextuais em Diferentes Modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 588-595.
- Simpson, P., & Tarrant, M. (2006). Development of the Family Nursing Practice Scale. *Journal of Family Nursing*, 413-25. doi:10.1177/1074840706290806
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 197-224. doi:10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., & Boerner, K. (2015). Caregiving and bereavement research: Bridges over the gap. *Palliative Medicine*, 574-6. doi:10.1177/0269216315585952
- Thaut, M. H., & Wheeler, B. (2010). *Music therapy Handbook of music and emotions: Theory, research, applications*. Oxford: University Press.
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T., & Bardenheuer, H. (2015). Music Therapy in Palliative Care: A Randomized Controlled Trial to Evaluate Effects on Relaxation. *Deutsches Ärzteblatt International*, 788–794. doi:10.3238/arztebl.2015.0788
- Wigram, T., Pederson, I., & Bonde, L. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research, and training*. London: Jessica Kingsley.
- Wigram, T., Saperston, B., & West, R. (1995). *The art and science of music therapy: A handbook*. Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Wolfelt, A. (1983). *Wolfelt, A. (1983). Helping children cope with grief. Muncie, IN: Accelerated Development*. New York: Routledge.

Worden, J. W. (2009). Grief and Family Systems. Em J. W. Worden, *Grief Counseling and Grief Therapy: a Handbook for the Mental Health Practitioner* (pp. 217 - 244). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization. (8 de Novembro de 2018). *Definition of Palliative Care*.

Obtido de World Health Organization:

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

## APÊNDICES

---

## **Lista de apêndices**

**APÊNDICE A** - Grelha de observação inicial da Dália.

**APÊNDICE B** - Grelha de observação final da Dália.

**APÊNDICE C** - Grelha de observação Inicial da Amélia.

**APÊNDICE D** - Grelha de observação final da Amélia.

**APÊNDICE E** - Poster.

**APÊNDICE A**

---

Grelha de observação inicial da Dália



GRELHA DE OBSERVAÇÃO INICIAL DA DÁLIA

Avaliação cognitiva, motora, musical, emocional e relacional por observação das sessões de MT

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>					
Canta		X			
Produz sons Vocaais		X			
Toca instrumentos		X			
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>					
Manifesta-se expressivamente			X		
Mostra-se ansioso					X
Mostra motivação			X		
Demonstra iniciativa		X			
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>					
Produção verbal			X		
Ativação de Memórias			X		
Orientação no espaço					X
Orientação no tempo					X
<b>ATENÇÃO / CONTACTO</b>					
Mostra energia		X			
Estabelece contacto visual			X		
Mostra-se atento à sessão			X		
<b>RELACIONAMENTO</b>					
Mostra disponibilidade para a sessão			X		
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta			X		

**APÊNDICE B**

---

Grelha de observação final da Dália

GRELHA DE OBSERVAÇÃO FINAL DA DÁLIA

Avaliação cognitiva, motora, musical, emocional e relacional por observação das sessões de MT

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>					
Canta				X	
Produz sons Vocais				X	
Toca instrumentos			X		
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>					
Manifesta-se expressivamente					X
Mostra-se ansioso			X		
Mostra motivação					X
Demonstra iniciativa			X		
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>					
Produção verbal					X
Ativação de Memórias					X
Orientação no espaço					X
Orientação no tempo					X
<b>ATENÇÃO / CONTACTO</b>					
Mostra energia			X		
Estabelece contacto visual				X	
Mostra-se atento à sessão				X	
<b>RELACIONAMENTO</b>					
Mostra disponibilidade para a sessão					X
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta					X

**APÊNDICE C**

---

Grelha de observação Inicial da Amélia

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INICIAL DA AMÉLIA

Avaliação cognitiva, motora, musical, emocional e relacional por observação das sessões de MT

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>					
Canta				X	
Produz sons Vocais				X	
Toca instrumentos				X	
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>					
Manifesta-se expressivamente		X			
Mostra-se ansioso				X	
Mostra motivação				X	
Demonstra iniciativa				X	
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>					
Produção verbal		X			
Ativação de Memórias		X			
Orientação no espaço			X		
Orientação no tempo			X		
<b>ATENÇÃO / CONTACTO</b>					
Mostra energia			X		
Estabelece contacto visual		X			
Mostra-se atento à sessão		X			
<b>RELACIONAMENTO</b>					
Mostra disponibilidade para a sessão			X		
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta		X			

**APÊNDICE D**

---

Grelha de observação final da Amélia

GRELHA DE OBSERVAÇÃO FINAL DA AMÉLIA

Avaliação cognitiva, motora, musical, emocional e relacional por observação das sessões de MT

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>					
Canta				X	
Produce sons Vocaes				X	
Toca instrumentos				X	
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>					
Manifesta-se expressivamente			X		
Mostra-se ansioso		X			
Mostra motivação				X	
Demonstra iniciativa				X	
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>					
Produção verbal			X		
Ativação de Memórias		X			
Orientação no espaço				X	
Orientação no tempo				X	
<b>ATENÇÃO / CONTACTO</b>					
Mostra energia			X		
Estabelece contacto visual			X		
Mostra-se atento à sessão		X			
<b>RELACIONAMENTO</b>					
Mostra disponibilidade para a sessão				X	
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta			X		

---

**APÊNDICE E**

Poster



**XXX Encontro da Associação de Psiquiatria da Infância e Adolescência**

## MUSICOTERAPIA: A SONORIDADE DAS EMOÇÕES

Gerly Macedo, Psicóloga Clínica; Marta Monteiro, Musicoterapeuta Estagiária; Celeste Gonçalves, Médica Coordenadora da EIHS/CP  
*Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, Universidade Lusíada de Lisboa*

**Resumo:** Apresentação de resultados intermédios de uma intervenção musicoterapêutica que ilustra os benefícios da musicoterapia enquanto abordagem complementar à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHS/CP) de um hospital regional no apoio emocional e na promoção da autoexpressão e comunicação de uma criança em processo de luto.

**Introdução:** A musicoterapia utiliza a música como agente facilitador do processo terapêutico. Os musicoterapeutas recorrem a técnicas reativas, orientativas, recreativas e combinadas, onde se incluem atividades como improvisação, composição, música gravada e/ou contar histórias através de canções. Estas atividades são desenvolvidas com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida, saúde física, social, relacional, emocional, intelectual e espiritual. Esta abordagem terapêutica tem vindo a alocar um reconhecimento crescente enquanto terapia holística orientativa complementar devido à capacidade de resposta às várias necessidades dos clientes. A musicoterapia tem vindo a ser utilizada com crianças em processo de luto com o intuito de ajudar com questões relacionadas com a validação, identificação, esclarecimento, expressão de sentimentos e emoções.

**Metodologia:** Um rapaz, com 8 anos de idade, perdeu o pai em Janeiro de 2019 e foi encaminhado para musicoterapia pela EIHS/CP para gestão emocional. As sessões de musicoterapia individuais, com uma duração de 30 minutos, deocoreram com uma frequência quinzenal e basearam-se na abordagem *Contextual Support Model of Music Therapy*, centrada na criança, procurando motivá-la a envolver-se e a participar em atividades musicais para promover capacidades positivas de coping, facilitando a expressão, a identificação e a tomada de decisão. Termómetros Emocionais foram utilizados como complemento, consistindo num processo de autoavaliação, antes e após cada sessão, baseada em cinco parâmetros – sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta, necessidade de ajuda –, quantificados pelo paciente numa escala de 0 a 10.

**Conclusão:** Até então, foi possível observar uma diminuição dos valores de sofrimento emocional e ansiedade entre sessões, bem como nas avaliações antes e após sessão. Verificam-se, assim, os benefícios da musicoterapia na gestão emocional de uma criança em processo de luto, embora haja necessidade de um estudo alargado para comprovar a sua eficácia.

**Referências:**  
Beng, T. G., Seang, L., Pathmaswathi, S., Ming, M., Jane, L., Chin, L., & Loong, L. (2013). The Experiences of Suffering of Palliative Care Informal Caregivers in Malaysia: A Thematic Analysis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*.  
Clements-Corke, A. (2016). Development and efficacy of music therapy techniques within palliative care. *Complementary Therapies in Clinical Practice*.  
Dillies, L., & Economou, A. (2017). Exploring the role of music in grief. *Bereavement Care*.  
Robb, S. (2003). Designing music therapy interventions for hospitalized children and adolescents using a contextual support model of music therapy. *Music Therapy Perspectives*.  
Thaut, M. H., & Wheeler, B. (2010). *Music therapy handbook of music and emotions: Theory, research, applications*. Oxford: University Press.

**Sessão 1**

Parâmetro	Antes da sessão	Após a sessão
SOFRIMENTO EMOCIONAL	7	4
ANSIEDADE	4	2
DEPRESSÃO	1	0
REVOLTA	2	1
NECESSIDADE DE AJUDA	2	1

**Sessão 2**

Parâmetro	Antes da sessão	Após a sessão
SOFRIMENTO EMOCIONAL	7	4
ANSIEDADE	4	2
DEPRESSÃO	2	1
REVOLTA	2	1
NECESSIDADE DE AJUDA	2	1

**ANEXOS**

---

## **Lista de anexos**

**ANEXO A** - Declaração de Gravação de Vídeo.

**ANEXO B** - História Sonoro-Musical.

**ANEXO C** - Termómetros Emocionais.

**ANEXO D** - Inventário de Luto Complicado.

**ANEXO E** - Inventário Resumido da dor.

**ANEXO F** - WHOQOL-BREF.

**ANEXO G** - Questionários de Satisfação.

**ANEXO H** - Registo de Sessão Individual e em Grupo.

**ANEXO I** - Grelha de observação Individual e Grupo.

---

**ANEXO A**

Declaração de gravação de vídeo

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, pai / mãe / guardião legal / encarregado (a) de educação do(a) \_\_\_\_\_ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação vídeo/áudio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local)                      (dia)                      (mês)                      (ano)

O Próprio ou o(a) Guardião Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome Legível

---

**ANEXO B**

História Sonoro-Musical

## HISTÓRIA SONORO-MUSICAL

Adaptação da História Sonoro-Musical de Susana Jiménez

Nº Processo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### **Utente:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Onde vive? \_\_\_\_\_

### **Cuidador:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Onde vive? \_\_\_\_\_

### **A família:**

Tem alguma experiência musical? \_\_\_\_\_

Tocam algum instrumento? \_\_\_\_\_

Quais são as músicas preferidas? \_\_\_\_\_

Quais as músicas de que não gostam? \_\_\_\_\_

### **Você:**

Tem alguma canção preferida quando está triste? \_\_\_\_\_. Qual? \_\_\_\_\_

É habitual ouvir música em casa? \_\_\_\_\_. Em que situação? \_\_\_\_\_

Qual é a música que não gosta? \_\_\_\_\_

Qual é a música que mais gosta de ouvir? \_\_\_\_\_

Recorda alguma situação gratificante com música na sua vida?

---

Recorda alguma situação negativa com música na sua vida?

---

Gosta de tocar algum instrumento musical especificamente? \_\_\_\_\_. Porquê?

---

**Ambiente sonoro em casa:**

Quais os sons que predominam em sua casa? \_\_\_\_\_

Quais os sons que gosta? \_\_\_\_\_

Quais os sons que rejeita? \_\_\_\_\_

Mostra indiferença em relação a alguns sons? \_\_\_\_\_

**Musicoterapia:**

O que pensa que é musicoterapia?

---

Quais as suas expectativas sobre esta formação?

---

**Observações:**

---

---

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!



---

**ANEXO C**

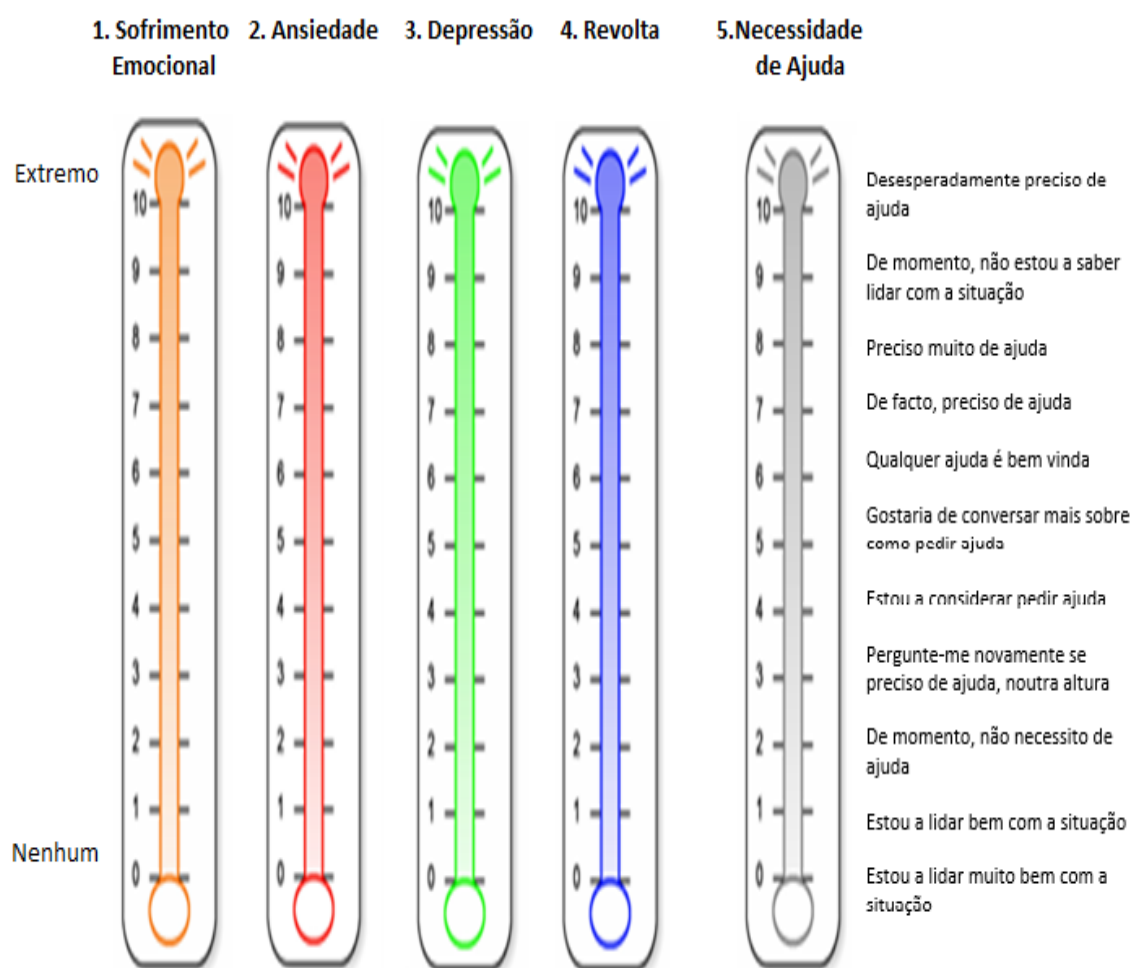
Termómetros Emocionais

## Termómetros Emocionais (TE's)

Versão de Investigação de R. J. Teixeira & M. G. Pereira – Universidade do Minho, 2010

### Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.



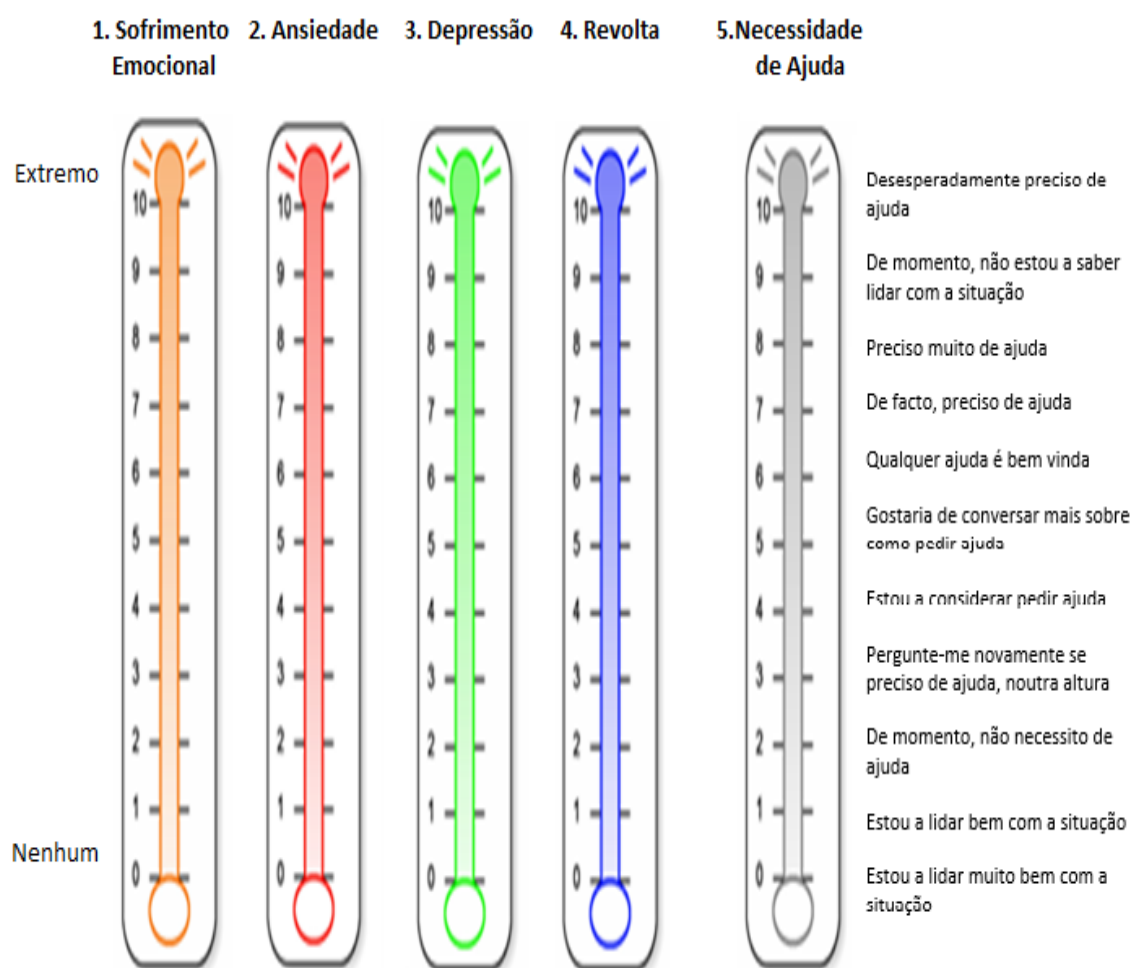
Adaptado do *Distress Thermometer*, NCCN, Alex Mitchell

## Termómetros Emocionais (TE's)

Versão de Investigação de R. J. Teixeira & M. G. Pereira – Universidade do Minho, 2010

### Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional neste preciso momento. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.



Adaptado do *Distress Thermometer*, NCCN, Alex Mitchell

**ANEXO D**

---

Inventário de Luto Complicado

Instrumento de Avaliação Psicométrica

— ICG —

Inventário de Luto Complicado

(Frade e Rocha, 2010)

**Instruções:** A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após a perda de um ente querido. Por favos, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente ultimamente em relação a uma situação de luto.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente fazia...	0	1	2	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5. Eu sinto-me atraído pelas coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9 Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	0	1	2	3	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17. Eu sinto-me amargurado(a) sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

**ANEXO E**

---

Inventário Resumido da Dor

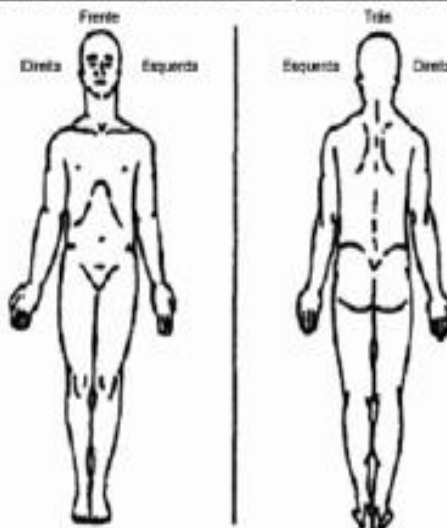
## Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

\_\_\_ Sim

\_\_\_ Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

A pior dor que se pode imaginar

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

**7** Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

---



---

**8** Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
 Nenhum Alívio  
 alívio completo

**9** Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

**A** **Actividade geral**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**B** **Disposição**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**C** **Capacidade para andar a pé**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**D** **Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**E** **Relações com outras pessoas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**F** **Sono**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente

**G** **Prazer de viver**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Não Interferiu  
 interferiu completamente



---

**ANEXO F**  
WHOQOL-BREF

**DADOS PESSOAIS**

<b>A1</b>	<b>Idade</b>	<input type="text"/>	anos	<b>A2</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
-----------	--------------	----------------------	------	-----------	---------------------------	--

<b>A3</b>	<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/>	Masculino	<b>A4</b>	<b>Escolaridade</b>	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Feminino			Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>

<b>A5</b>	<b>Profissão</b>	<input type="text"/>
-----------	------------------	----------------------

<b>A6.1</b>	<b>Freguesia</b>	<input type="text"/>
<b>A6.2</b>	<b>Concelho</b>	<input type="text"/>
<b>A6.3</b>	<b>Distrito</b>	<input type="text"/>

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

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

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem?

**B2** Há quanto tempo?

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

**C. Forma de administração do questionário**

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

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

---



---



---



---



---

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe pareça que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Modestamente	Bastante	Completamente
10 (F1.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F10.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

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

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

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

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

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

**ANEXO G**

---

Questionários de Satisfação

## QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

(Andreia Leal)

Em relação aos seguintes pontos considera-se: Nada Satisfeito, Pouco Satisfeito, Satisfeito ou Muito Satisfeito?

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Atividades Propostas				
Instrumentos musicais utilizados				
Repertório				
Interação da Terapeuta				

Tem alguma sugestão?

---

---

---

---

---

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

---

**ANEXO H**

Registo de Sessão Individual e em Grupo

## REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nº DA SESSÃO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...



## REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO - MT

**IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:** \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nº DA SESSÃO: \_\_\_\_\_

PRESENTES:
FALTARAM:
DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:
TEMAS CENTRAIS:
OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspetos individuais ou processo de grupo)
MÚSICA PRODUZIDA (atividade, instrumentos, repertório)
NOVIDADES OU MUDANÇAS:
REACÇÕES PESSOAIS:
A FAZER...

---

**ANEXO I**

Grelha de Observação Individual e Grupo

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO - INDIVIDUAL

Avaliação cognitiva, motora, musical, emocional e relacional por observação das sessões de MT

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>					
Canta					
Produz sons Vocais					
Toca instrumentos					
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>					
Manifesta-se expressivamente					
Mostra-se ansioso					
Mostra motivação					
Demonstra iniciativa					
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>					
Produção verbal					
Ativação de Memórias					
Orientação no espaço					
Orientação no tempo					
<b>ATENÇÃO / CONTACTO</b>					
Mostra energia					
Estabelece contacto visual					
Mostra-se atento à sessão					
<b>RELACIONAMENTO</b>					
Mostra disponibilidade para a sessão					
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta					

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO - GRUPO

Adaptação da Grelha de Observação de Grupo de Munk-Madsen (2001)

Avaliação cognitiva, motora, musical, emocional e relacional por observação das sessões de MT

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>					
Canta Produz sons Vocais					
Toca instrumentos					
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>					
Manifesta-se expressivamente					
Mostra-se triste, nervoso, ansioso					
Mostra motivação					
Demonstra iniciativa					
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>					
Produção Verbal					
Ativação de Memórias					
Orientação no espaço					
Orientação no tempo					
<b>ATENÇÃO / CONTACTO</b>					
Mostra energia					
Estabelece contacto visual					
Mostra-se atento à sessão					
<b>RELACIONAMENTO</b>					
Interage verbalmente					
Interage musicalmente					