



Universidades Lusíada

França, Sérgia Raquel Maia, 1996-

Musicoterapia na unidade de saúde mental de adultos

<http://hdl.handle.net/11067/5884>

Metadados

Data de Publicação	2020
Resumo	<p>O presente relatório tem como objetivo descrever o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio decorreu no serviço de psiquiatria do Hospital de São João da Madeira (HSJM) entre novembro de 2019 e julho de 2020. Foram encaminhados 17 utentes para a intervenção musicoterapêutica, sendo 12 participantes inseridos em grupo e 5 em sessões individuais. Quanto à intervenção individual optou-se por seleccionar utentes c...</p> <p>This paper aims to describe the work carried out within the scope of the curricular internship of the master's degree in music therapy at the Universidade Lusíada de Lisboa. This internship took place in the psychiatry service of the Hospital de São João da Madeira (HSJM) between November 2019 and July 2020. In total, 17 users were referred to the music therapy intervention, with 12 participants in group and 5 in individual sessions. Regarding the individual intervention, we chose to select onl...</p>
Palavras Chave	Doenças mentais - Tratamento, Doentes mentais - Reabilitação, Musicoterapia, Musicoterapia - Prática profissional, Hospital de São João da Madeira (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	yes
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T11:33:53Z 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 na unidade de saúde
mental de adultos**

Realizado por:
Sérgia Raquel Maia França

Supervisionado por:
Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Estefânia Graciett de Almeida Larez

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 1 de abril de 2020

Lisboa

2020



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 na unidade de saúde mental de adultos

Sérgia Raquel Maia França

Lisboa

novembro 2020



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 na unidade de saúde mental de
adultos**

Sérgia Raquel Maia França

Lisboa

novembro 2020

Sérgia Raquel Maia França

Musicoterapia na unidade de saúde mental de adultos

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

Supervisora de estágio: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.^a Estefânia Graciett de Almeida Larez

Lisboa

novembro 2020

FICHA TÉCNICA

Autora Sérgia Raquel Maia França
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Estefânia Graciett de Almeida Larez
Título Musicoterapia na unidade de saúde mental de adultos
Local Lisboa
Ano 2020

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FRANÇA, Sérgia Raquel Maia, 1996-

Musicoterapia na unidade de saúde mental de adultos / Sérgia Raquel Maia França ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Estefânia Graciett de Almeida Larez. - Lisboa : [s.n.], 2020. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - LAREZ, Estefânia Graciett de Almeida, 1985-

LCSH

1. Doenças mentais - Tratamento
2. Doentes mentais - Reabilitação
3. Musicoterapia
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Hospital de São João da Madeira (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Mental illness - Treatment
2. Mentally ill - Rehabilitation
3. Music therapy
4. Music therapy - Practice
5. Hospital de São João da Madeira (Portugal) - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F73 2020

Resumo

O presente relatório tem como objetivo descrever o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio decorreu no serviço de psiquiatria do Hospital de São João da Madeira (HSJM) entre novembro de 2019 e julho de 2020.

Foram encaminhados 17 utentes para a intervenção musicoterapêutica, sendo 12 participantes inseridos em grupo e 5 em sessões individuais. Quanto à intervenção individual optou-se por selecionar utentes com patologia psicótica. No que diz respeito à intervenção de grupo, os critérios de inclusão foram já ter participado em atividades do hospital de dia do HSJM e ter patologia depressiva, perturbação da personalidade, perturbação de ansiedade, não havendo critérios de exclusão.

Foram utilizadas diversas técnicas como a improvisação, a recriação de canções, a exploração do movimento, etc. A relação terapêutica também demonstrou ser um fator muito importante na intervenção. Quanto à avaliação foram aplicados a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), o *Beck Depression Inventory*®-II (BDI®-II), a Breve Escala de Classificação Psiquiátrica (BECF), a *Global Assessment of Functioning* (GAF), a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), o *World Health Organization Quality Of Life-bref* (WHOQOL-bref), uma entrevista semiestruturada e uma grelha de observação de musicoterapia adaptada.

A intervenção demonstrou como resultados uma maior expressão emocional e de sentimentos, maior autoestima, melhores competências interpessoais, maior compreensão do outro e maior foco no “aqui e agora”.

Palavras-chave: musicoterapia; psiquiatria; adultos; improvisação; relação terapêutica.

Abstract

This paper aims to describe the work carried out within the scope of the curricular internship of the master's degree in music therapy at the Universidade Lusíada de Lisboa. This internship took place in the psychiatry service of the Hospital de São João da Madeira (HSJM) between November 2019 and July 2020.

In total, 17 users were referred to the music therapy intervention, with 12 participants in group and 5 in individual sessions. Regarding the individual intervention, we chose to select only users with psychotic pathology. As for the group intervention, the inclusion criteria were having already participated in activities of the HSJM and having depressive pathology, personality disorder, anxiety disorder, and with no exclusion criteria.

Several techniques were used, such as improvisation, the recreation of songs, the exploration of movement, etc. The therapeutic relationship also proved to be a particularly important factor in the intervention. The assessment included Rosenberg Self-Esteem Scale, Beck Depression Inventory®-II, Brief Psychiatric Classification Scale, Global Assessment of Functioning, Assessment Positive and Negative Syndrome Scale, the WHOQOL-bref, a semi-structured interview and an adapted music therapy observation grid.

The intervention demonstrated as results a greater emotional expression, better self-esteem, better interpersonal skills, greater understanding of the other and greater focus on "here and now".

Keywords: music therapy; psychiatry; adults; improvisation; therapeutic relationship.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Tabela 2 – Horário

Tabela 3 – Plano terapêutico Joana

Tabela 4 – Plano terapêutico Grupo

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

BDI®-II – *Beck Depression Inventory®-II*

BECP – Breve Escala de Classificação Psiquiátrica

CHEDV – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

COVID-19 – *COronaVirus Disease 2019*

EAR – Escala de Autoestima de Rosenberg

GAF – *Global Assessment of Functioning*

HSJM – Hospital de São João da Madeira SNS – Sistema Nacional de Saúde

PANSS – *Positive and Negative Syndrome Scale*

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*

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

Lista de apêndices

Apêndice A – Entrevista Semiestruturada

Apêndice B – Grelha de Observação

Lista de anexos

Anexo A – Escala de Autoestima de Rosenberg

Anexo B – *Beck Depression Inventory*®-II

Anexo C – Breve Escala de Classificação Psiquiátrica

Anexo D – Global Assessment of Functioning

Anexo E - *Positive and Negative Syndrome Scale*

Anexo F - *World Health Organization Quality Of Life-bref*

Anexo G – Folha de Registo das Sessões

Anexo H – Consentimento Informado

Índice

1	Introdução	1
2	Caracterização da Instituição	2
3	Caracterização da População-alvo	4
4	Enquadramento Teórico	5
4.1	Contextualização da saúde mental	5
4.2	Tipos de doenças mentais	7
4.2.1	<i>Psicose</i>	7
4.2.2	<i>Perturbações de ansiedade</i>	8
4.2.3	<i>Perturbações do humor</i>	9
4.2.4	<i>Perturbações da personalidade</i>	10
4.3	Tratamento	11
4.3.1	<i>Tratamento farmacológico</i>	11
4.3.2	<i>Tratamento psicoterapêutico</i>	12
4.3.3	<i>Terapias de estimulação cerebral</i>	13
4.4	Musicoterapia na doença mental	14
4.4.1	<i>Musicoterapia na psicose</i>	19
4.4.2	<i>Musicoterapia nas perturbações de ansiedade</i>	21
4.4.3	<i>Musicoterapia nas perturbações do humor</i>	22
4.4.4	<i>Musicoterapia nas perturbações da personalidade</i>	24
4.4.5	<i>Relação terapêutica na musicoterapia</i>	26
4.4.6	<i>Grupos terapêuticos</i>	28
4.5	COVID-19	30
5	Objetivos do Estágio	33
6	Metodologia	33
6.1	Participantes	33
6.2	Instrumentos de avaliação	34
6.3	Procedimentos	36
6.4	Setting	39
6.5	Agenda	39

7 Estudos de Caso	40
7.1 Estudo de caso 1	40
7.1.1 <i>Caracterização</i>	40
7.1.2 <i>Encaminhamento para a musicoterapia</i>	40
7.1.3 <i>Avaliação inicial</i>	41
7.1.4 <i>Objetivos e plano terapêutico</i>	42
7.1.5 <i>Processo terapêutico</i>	43
7.1.6 <i>Discussão do caso</i>	44
7.2 Estudo de caso 2	46
7.2.1 <i>Caracterização</i>	46
7.2.2 <i>Encaminhamento para a musicoterapia</i>	46
7.2.3 <i>Avaliação inicial</i>	47
7.2.4 <i>Objetivos e plano terapêutico</i>	47
7.2.5 <i>Processo terapêutico</i>	48
7.2.6 <i>Discussão do caso</i>	52
8 Outras Intervenções e Projetos	54
8.1 A.S.	54
8.2 J.H.	55
8.3 K.C.....	56
8.4 S.G.	58
8.5 Realização de um artigo científico	59
9 Conclusões	60
10 Reflexão Final	61
11 Referências Bibliográficas	623
12 Apêndices	79
13 Anexos	83

1 Introdução

O presente relatório tem como objetivo descrever o trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio decorreu no serviço de psiquiatria do Hospital de São João da Madeira (HSJM) entre novembro de 2019 e julho de 2020.

Estima-se que na União Europeia, pelo menos 38% da população está em risco de sofrer de problemas de saúde mental em qualquer momento da vida (Entidade Reguladora da Saúde, 2015; Petrea & McCulloch, 2013). Já em Portugal essa prevalência é de 22,9% (Varandas, 2015). Estes problemas podem trazer outras complicações devido à baixa adesão terapêutica, às barreiras sociais na obtenção de tratamento e à redução do funcionamento imunitário. Para além disso, os problemas de saúde mental verificam uma elevada taxa de mortalidade, sendo o suicídio uma consequência máxima das doenças mentais (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Em Portugal, o tratamento da doença mental é, na maioria dos casos, limitado à prescrição de medicamentos, havendo dificuldade de os utentes beneficiarem de programas de reabilitação psicossocial (Entidade Reguladora da Saúde, 2015; Varandas, 2015). Apesar disso, existem abordagens cada vez mais utilizadas como a psicoterapia, a terapia de estimulação cerebral e terapias complementares e alternativas, incluindo, por exemplo, a musicoterapia (National Institute of Mental Health, 2018b; Ross, Cidambi, Dermatis, Weinstein, Ziedonis, Roth & Galanter, 2008).

A musicoterapia na saúde mental proporciona à pessoa um espaço-tempo de expressão e conexão consigo própria e com os outros num ambiente sem julgamento, havendo oportunidade de, por exemplo, explorar temas como a gestão de problemas e refletir sobre relacionamentos que, por vezes, podem ser inacessíveis através da componente verbal (McCaffrey, 2016; McCaffrey, Carr, Solli, & Hense, 2018; Ross et al., 2008).

Há evidências que revelam que a musicoterapia proporciona uma mudança positiva no perfil psicológico e no comportamento da pessoa através de jogos musicais, improvisação, expressão corporal, entre outras. Para além disso, a musicoterapia tem uma componente relacional e social importantes que promovem uma melhoria no bem-estar e na qualidade de vida (McCaffrey, 2016; Torres, Ramos, Suarez, Garcia, & Mendoza, 2016).

O estágio descrito neste relatório permitiu a intervenção musicoterapêutica individual com cinco utentes com psicose e a intervenção em grupo com utentes com outras perturbações mentais, como perturbações do humor e da personalidade, sendo ambas as intervenções semanais.

Nos capítulos seguintes serão apresentados detalhadamente a instituição que acolheu o estágio abordando aspetos como a caracterização geral, a missão, as especialidades, os técnicos, as intervenções; a população-alvo, focando nas características gerais, critérios de inclusão e exclusão e a divisão em grupos; o enquadramento teórico com as bases teóricas que sustentam a importância e a intervenção da musicoterapia na saúde mental; os objetivos do estágio; a metodologia, incluindo os participantes, os instrumentos de avaliação, os procedimentos, o *setting* e a agenda, sendo apresentados posteriormente os estudos de caso, com a apresentação de dois casos com maior detalhe; e por último, é feita uma conclusão do relatório, seguida da reflexão final, das referências bibliográficas e dos apêndices e anexos.

2 Caracterização da Instituição

O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), E.P.E., foi criado em 2009 e é constituído pelo Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira, pelo Hospital de São João da Madeira e pelo Hospital de São Miguel em Oliveira de Azeméis. É uma instituição que presta cuidados de saúde diferenciados e que intervém com a população residente nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e algumas freguesias de Castelo de Paiva. Com a articulação entre as diferentes unidades hospitalares, há um melhor acesso às consultas externas das diferentes especialidades, uma maior racionalização nos recursos humanos e materiais disponíveis, para além de uma facilitação quanto à gestão das listas de espera cirúrgicas (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2020a).

A missão deste centro hospitalar assenta no atendimento e tratamento eficiente, de qualidade e a custos socialmente aceitáveis, em articulação com a rede de hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a rede de cuidados de saúde primários e com a rede nacional de cuidados continuados integrados. Para além disto, o CHEDV possibilita a participação no ensino e na formação pré e pós-graduada e o desenvolvimento de linhas de investigação clínica (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2020c).

O HSJM foi contruído por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia local, sendo inaugurado em 1966. Em 1975, integra a rede dos hospitais do SNS, ficando agregado ao CHEDV em 2009, como supracitado. Este hospital tem como especialidades Cirurgia Geral, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Psiquiatria e Urologia, que podem ser assistidas nas áreas da cirurgia do ambulatório, consulta externa, hospital de dia médico, urgência, domicílio e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2020b).

No que diz respeito ao departamento de Saúde Mental do CHEDV, coordenado pela Dr^a Sara Mariano, fazem parte a Unidade de Pedopsiquiatria, a Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde, o Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, entre outros, distribuídos por seis psicólogos, uma assistente social, oito enfermeiros, uma terapeuta ocupacional, três pedopsiquiatras e doze psiquiatras (Nunes, 2019).

O Hospital de Dia, coordenado pelo Dr. Miguel Martins, foi inaugurado à data de 26/04/2010 no segundo piso do HSJM, de forma aos doentes receberem cuidados de saúde programados, não permanecendo no hospital por um período superior a 12 horas, e baseando-se em programas e protocolos específicos, de acordo com as especialidades envolvidas. Acolhe em média 43 utentes por dia, na área da contenção da doença mental grave e risco de suicídio e na reabilitação de utentes psicóticos.

É constituído por três gabinetes de consulta, um gabinete da enfermeira-chefe, um gabinete do serviço social, um gabinete de administração do injetável, um gabinete de enfermagem, um gabinete dos técnicos, três salas de atividades multidisciplinares, três salas de tratamento, uma sala do *atelier*, duas salas de estar, duas salas de fumo, três salas de arrumos, dois WC e dois vestiários (para os técnicos e para os utentes), um refeitório e uma copa.

Apresenta intervenções divididas em Programa Psicoterapêutico e Psicofarmacológico em fase aguda, incluindo o tratamento psicofarmacológico, a psicoterapia de grupo diária e a gestão de caso intensiva; em Programa de Reabilitação Psicossocial, incluindo a descompensação aguda de doença mental grave, o programa integrado de intervenção na psicose, a psicoeducação e gestão da doença (para utentes e para cuidadores), a gestão de caso/medicamentosa e a implementação de otimização terapêutica; e em Outras Intervenções

Específicas, incluindo a intervenção psicoterapêutica em grupo ambulatorio, o grupo de relaxamento, o *atelier* terapêutico, a piscina terapêutica, a intervenção social e a articulação com as equipas de cuidados de saúde primários.

Quanto à equipa do hospital de dia, pode ser dividida em duas sub-equipas, uma de Intervenção em Crise e outra de Reabilitação Psicossocial. No caso da Intervenção em Crise é composta por um médico psiquiatra, quatro enfermeiras, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social, sendo as duas últimas comuns na sub-equipa de Reabilitação Psicossocial, constituída por três médicas psiquiatras, três enfermeiras e um psicólogo.

3 Caracterização da População-alvo

Os utentes são encaminhados para este serviço por intermédio do médico de família ou pela sinalização em centros de saúde, sendo que posteriormente há uma triagem. Após a consulta de psiquiatria, o utente é encaminhado para o tratamento mais adequado.

Os utentes que integram o hospital de dia de psiquiatria do CHEDV são provenientes dos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e algumas freguesias de Castelo de Paiva (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, 2020a).

São incluídas pessoas com idade superior a 18 anos, com diagnósticos heterogêneos, desde vários tipos de doença mental grave, como Psicose Esquizofrénica, Psicose Esquizoafetiva, Psicose Delirante, Doença Bipolar, até às perturbações de ansiedade, depressão, perturbações de personalidade, entre outras. Mais especificamente, os critérios de inclusão para a admissão no hospital de dia de psiquiatria do CHEDV são adultos com patologia do foro mental, pessoas com comportamentos suicidários e/ou pessoas com graves perturbações do relacionamento interpessoal. Como critérios de exclusão são consideradas pessoas com toxicoddependência, perturbações do comportamento alimentar e/ou portadores de deficiência cognitiva média/grave.

Os utentes podem ser divididos em dois grupos com intervenções diferenciadas. Os utentes inseridos na Intervenção em Crise são adultos com idade compreendida entre os 20 e os 55 anos, a maioria do sexo feminino. Do ponto de vista nosológico, este grupo inclui

diagnósticos de depressão, perturbações da personalidade, perturbações de ansiedade, pessoas com ideação suicida, entre outros.

No caso do grupo inserido na intervenção na Reabilitação Psicossocial, os utentes são adultos com idade superior aos 18 anos, a maioria do sexo masculino. Quanto ao diagnóstico estão incluídos os diversos tipos de psicoses.

4 Enquadramento Teórico

4.1 Contextualização da saúde mental

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (World Health Organization, 2014). Através desta definição é possível perceber que a saúde mental faz parte integral do conceito de saúde pelo que ter saúde mental implica não só a ausência de perturbações mentais, mas também um estado de bem-estar geral e produtividade onde o indivíduo é capaz de identificar as suas próprias competências, lidar com as tensões normais presentes no quotidiano, podendo trabalhar de forma produtiva e contribuindo para a sua comunidade (Manwell, Barbic, Roberts, Durisko, Lee, Ware & McKenzie, 2015; Santana, Costa, Cardoso, Loureiro, & Ferrão, 2015; World Health Organization, 2001).

Podemos então considerar a doença mental um assunto pertinente para a atualidade dado que este tipo de perturbações tem taxas elevadas de morbilidade e mortalidade, esta última sobretudo devido ao suicídio. Portugal revela das prevalências mais elevadas da Europa, sendo que, em 2016, uma em cada cinco pessoas sofreu de uma doença psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2018). Para além disto, em Portugal há um número elevado de baixas e de reformas para a atividade profissional devido à doença mental, indicando que esta é uma das principais causas de incapacidade para a atividade produtiva (Direção-Geral da Saúde, 2020).

A doença mental pode ser dividida em vários tipos como a psicose, as perturbações de ansiedade, as perturbações do humor ou afetivas, as perturbações da personalidade, as perturbações relacionadas com o abuso de álcool e drogas, entre outras (Almeida, 2018; American Psychiatric Association [APA], 2013). Estima-se que em Portugal, a prevalência de perturbações de ansiedade seja de 6%, depressão de 6%, dependência de álcool e drogas 2% e perturbação bipolar e psicoses 2% (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018).

Este tipo de doenças não afeta as pessoas do mesmo modo, podendo apresentar um curto período de duração ou mesmo tornar-se crónicas. Habitualmente, surgem de uma interação de múltiplos fatores incluindo fatores genéticos, socioeconómicos e também fatores comportamentais e ambientais como, por exemplo, abuso de álcool e drogas, trauma ou problemas de saúde, problemas na gravidez, isolamento e eventos de vida stressantes (*bullying*, abuso sexual e/ou físico) (OECD, 2018; Uher & Zwickler, 2017).

O suicídio pode ser considerado uma das comorbidades associada aos problemas de saúde mental, mas também está associado a múltiplos fatores como, por exemplo, o abuso sexual e/ou físico, a privação parental e o diagnóstico de doença mental. Em 2014, em Portugal, a taxa de suicídios por 100.000 habitantes foi de 11,5 (Oliveira, 2019), sendo que as pessoas com doença mental apresentam cerca de dez vezes maior risco de suicídio do que a população em geral (Bachmann, 2018; Wang, Li, Jia, Lyu, Wang & Sun, 2020).

A severidade da doença mental está relacionada com a cronicidade e incapacidade resultante dos próprios sintomas, como também com as suas comorbidades, provocando *stress*, estigma e limitando as competências sociais, emocionais e a estabilidade financeira (Silverman, 2015; Zaninotto, Rossi, Danieli, Frasson, Meneghetti, Zordan, Tito, Salvetti, Conca, Ferranti, Salcuni & Solmi, 2018). Se não houver uma prevenção e tratamento adequados, a doença mental pode ter consequências marcantes na vida das pessoas. Por exemplo, as crianças e jovens podem ter piores resultados na escola e conseqüentemente piores oportunidades de emprego, os adultos podem ser menos produtivos e mais propensos ao desemprego e os idosos podem ser mais isolados e menos ativos na sociedade (OECD, 2018).

Como a doença mental pode apresentar períodos de remissão com relativa estabilidade, é importante a existência de intervenções eficazes aquando uma recaída ou uma situação de crise. Esta intervenção realizada precocemente é crucial pois, com a redução imediata dos sintomas, há melhor prognóstico da evolução da doença (Murphy, Irving, Adams, & Waqar, 2015). Há diversos tipos de intervenção no caso da crise como, por exemplo, o internamento, a intervenção domiciliária e a autogestão. O internamento pode ser estigmatizante e prejudicial, pois há maior distanciamento entre a pessoa e o técnico. Apesar disso, a pessoa pode sentir-se num ambiente seguro e sem obrigações presentes no ambiente doméstico. Por outro lado, alguns estudos preferem a intervenção domiciliária, pois há maior possibilidade de avaliação do contexto, melhor probabilidade de generalização e maior resposta dos técnicos às necessidades dos utentes (Cornelis, Barakat, Dekker, Schut, Berk, Nusselder, Ruhl, Zoeteman, Van,

Beekman & Blankers, 2018; Johnson, Lamb, Marston, Osborn, Mason, Henderson, Ambler, Milton, Davidson, Christoforou, Sullivan, Hunter, Hindle, Paterson, Leverton, Piotrowski, Forsyth, Mosse, Goater, Kelly, Lean, Pilling, Morant & Lloyd-Evans, 2018; Murphy et al., 2015). Esta intervenção pode reduzir os internamentos e aumentar a satisfação das pessoas (Wheeler, Lloyd-Evans, Churchard, Fitzgerald, Fullarton, Mosse, Paterson, Zugaro & Johnson, 2015). Quanto à autogestão, pretende-se dar ferramentas às pessoas para responder aos sinais de uma crise e desenvolver as capacidades para gerir os seus próprios sintomas e outras complicações, de forma a evitar futuras crises ou diminuir o seu impacto (Johnson et al., 2018; Milton, Lloyd-Evans, Fullarton, Morant, Paterson, Hindle, Kelly, Mason, Lambert & Johnson, 2017).

Em Portugal, há respostas diversas na intervenção em saúde mental, entre elas internamento, ambulatório (com consultas, assistência no domicílio e hospital de dia) e comunitária, sendo esta última para descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo a participação das comunidades e mesmo das famílias. Está também prevista a criação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental com equipas de apoio domiciliário, unidades sócio ocupacionais e unidades residenciais (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015; Direção-Geral da Saúde, 2004; Palha & Palha, 2016; Xavier, Paixão, Mateus, Goldschmidt, Pires, Narigão, Carvalho & Leuschner, 2017). Para além destas respostas, há propostas de atividades a desenvolver para promoção da saúde mental e prevenção da doença mental como, por exemplo, ações de sensibilização e de formação em contexto escolar, comunitário e mesmo hospitalar e projetos de prevenção do suicídio e do estigma (Bernardino, 2019; Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

4.2 Tipos de doenças mentais

4.2.1 Psicose

As psicoses são perturbações mentais que afetam a capacidade de a pessoa pensar e compreender a realidade, ou seja, a pessoa não é capaz de perceber o que é e o que não é real, criando um mundo próprio à sua volta, afetando as suas emoções e comportamentos. Pode ser dividida em vários tipos, entre eles, a perturbação psicótica breve, a perturbação delirante, a perturbação esquizofreniforme, a esquizofrenia, a perturbação esquizoafetiva, a perturbação psicótica induzida por substâncias, a perturbação psicótica devido a outra condição médica, a perturbação psicótica especificada e a perturbação psicótica não especificada (APA, 2013; Arciniegas, 2015).

Os sintomas podem ser positivos e negativos. Dentro dos positivos estão incluídos os delírios (por exemplo, persecutórios, de referência, de grandeza, erotomaníacos) que são pensamentos e interpretações bizarras e erradas da experiência real, não passíveis de mudança; as alucinações são distorções da percepção dos sentidos, habitualmente a visão e/ou audição, sem que haja um estímulo externo; a desorganização do pensamento e do discurso, que se traduz numa confusão de ideias, incoerência e tangencialidade no diálogo. Os sintomas negativos podem ser a expressão emocional diminuída, incluindo a redução na expressão de emoções através do corpo e principalmente da face (apatia), a diminuição do contacto ocular e da entoação da fala, a avolição traduzida como diminuição da motivação, a alogia traduzida como produção do discurso reduzida, a anedonia traduzida por incapacidade de ter prazer face a estímulos positivos e a dificuldade nas relações interpessoais com aparente perda de interesse nas mesmas. Para além destes, são também consideradas como características da psicose as dificuldades ao nível da memória, atenção, concentração, ansiedade e depressão (APA, 2013; Arciniegas, 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Rocha & Queirós, 2012).

Atualmente, a etiologia da psicose não contempla uma causa única, pensando-se que haja a contribuição de diversos fatores como, por exemplo, genéticos, neurodesenvolvimentais, ambientais, uso de drogas e substâncias ilícitas, entre outros (APA, 2013; Lieberman & First, 2018; Rocha & Queirós, 2012). Habitualmente surge no início da idade adulta e estima-se que haja 60 mil casos diagnosticados em Portugal (APA, 2013; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2018).

4.2.2 Perturbações de ansiedade

Tanto a ansiedade como o medo são reações normais manifestadas por todos os indivíduos. A ansiedade é relativa ao futuro ou alguma inquietação interna desagradável e o medo é relativo a uma ameaça imediata, sendo que ambas são importantes como forma de proteção (Craske & Stein, 2016).

As perturbações de ansiedade são respostas disfuncionais e inadequadas a uma situação ansiogénica, quer seja ela real ou imaginária. Podem ser de vários tipos, entre eles a perturbação de ansiedade generalizada, a perturbação de pânico, a perturbação obsessivo-compulsiva, o mutismo seletivo, a fobia específica, a perturbação de ansiedade social (fobia social), a agorafobia, a perturbação de ansiedade de separação, a perturbação de ansiedade induzida por substâncias, a perturbação de ansiedade devido a outra condição médica, outras perturbações

de ansiedade especificadas e perturbações de ansiedade não especificadas (APA, 2013; Bandelow, Michaelis, & Wedekind, 2017).

Os sintomas das perturbações de ansiedade podem ser o medo irracional, o evitamento, a preocupação excessiva e persistente, sintomas somáticos como, por exemplo, tremor, palpitações, tonturas, boca seca, desconforto abdominal, náuseas e tensão muscular, o *stress*, as alterações de comportamento, o cansaço, a dificuldade de concentração, a irritabilidade e as perturbações do sono (Bandelow et al., 2017; Peres, Mercante, Tobo, Kamei, & Bigal, 2017).

Atualmente, não existe uma causa definida, sendo considerado que há uma interação de fatores genéticos, ambientais, psicológicos e de desenvolvimento. O início dos sintomas é variável consoante o tipo de perturbação de ansiedade, no entanto, é mais frequente em mulheres, com idade de início entre os 20 e 40 anos (APA, 2013; Craske & Stein, 2016). Estima-se que a prevalência em Portugal seja de 4,9% (World Health Organization, 2017).

4.2.3 Perturbações do humor

As alterações do humor são normais durante o dia-a-dia consoante as situações e contextos experienciados. Já as perturbações do humor são caracterizadas pelas oscilações do humor, da energia e da motivação, afetando a capacidade de funcionamento da pessoa, como os comportamentos e os pensamentos, tendo impacto nas atividades diárias, relacionamentos interpessoais, etc. (Dogra, Lunn, & Cooper, 2017). Podem ser de vários tipos, entre eles, as perturbações bipolares, subdivididas em tipo I, tipo II, ciclotímica, induzida por substâncias, devido a outra condição médica, perturbação bipolar especificada e perturbação bipolar não especificada e as perturbações depressivas, subdivididas em *major*, distímia, perturbação disruptiva da desregulação do humor, perturbação disfórica pré-menstrual, induzida por substâncias, devido a outra condição médica, perturbação depressiva especificada e perturbação depressiva não especificada (APA, 2013).

Os sintomas podem ser distinguidos como maníacos e depressivos. No estado maníaco, a pessoa está excessivamente animada ou irritada, com mais energia do que o habitual, com autoestima elevada, com menos necessidade de dormir, com sentimentos de grandiosidade, com otimismo excessivo, com perda de inibições sociais, falando mais, mais rápido e mais alto do que o habitual, com incapacidade de focar a atenção, com impulsividade e extravagância. No episódio depressivo, a pessoa pode apresentar tristeza ou desespero intenso, sentindo-se sem valor ou esperança, com baixa autoestima e confiança, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, sentimento de inutilidade ou culpa, perturbações do sono, inquietação

ou agitação, mudanças no apetite, perda de energia, fadiga, dificuldade de concentração e pensamentos frequentes de morte ou suicídio (APA, 2013; Dogra et al., 2017; Rakofsky & Rapaport, 2018).

Atualmente, não se identifica uma causa única para as perturbações do humor, sendo considerado que haja múltiplos fatores como bioquímicos, genéticos, de personalidade, ambientais como, por exemplo, o *stress* extremo, o consumo de substâncias ilícitas e as perturbações do sono (APA, 2013). As mulheres são mais propensas a desenvolver este tipo de patologia, havendo a estimativa de 5,7% de prevalência de depressão em Portugal (World Health Organization, 2017) e de 1,1% de perturbação bipolar (Almeida, Xavier, Cardoso, Pereira, Gusmão, Corrêa, Gago, Talina & Silva, 2013).

4.2.4 Perturbações da personalidade

A personalidade é a maneira de pensar, de sentir e de se comportar que torna uma pessoa diferente das outras. É influenciada por experiências, ambiente, situações de vida e características herdadas. As perturbações da personalidade envolvem padrões de comportamento persistentes que não vão ao encontro das normas culturais e que estão profundamente enraizados na pessoa. Geralmente, verificam-se alterações nos pensamentos relativos à própria pessoa e aos outros na forma de resposta emocional, de relacionamento e de comportamento, causando sofrimento pessoal subjetivo e/ou inadaptação funcional socio-ocupacional (APA, 2013; Kavanagh, Brennan-Olsen, Turner, Dean, Berk, Ashton, Koivumaa-Honkanen & Williams, 2019; Scalabrini, Mucci, & Northoff, 2018).

As perturbações da personalidade podem ser divididas em dez tipos, distribuídos por três grupos: o grupo A, que inclui personalidades bizarras e excêntricas, como a paranoide, a esquizoide e a esquizotípica; o grupo B, que inclui indivíduos com aparência apelativa, manipuladora e dramáticos, como antissocial, *borderline*, histriónica e narcísica; e o grupo C, com aparência ansiosa e receosa, com personalidades evitativas, dependentes e obsessivo-compulsivas (APA, 2013; Gawda & Czubak, 2017).

Atualmente, não existe uma causa definida para as perturbações da personalidade, sendo considerada a existência de interação entre múltiplos fatores como, por exemplo, vulnerabilidade genética, fatores fisiológicos e ambientais (APA, 2013; Scalabrini et al., 2018). Não foram encontrados dados sobre a prevalência das perturbações da personalidade em Portugal, no entanto, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2013), estimativas de prevalência sugerem que o grupo A tenha 5,7%, o grupo B 1,5% e o grupo C 6%.

4.3 Tratamento

O tratamento na doença mental é constituído por uma combinação de várias abordagens, entre elas a farmacológica, a psicoterapêutica, as terapias de estimulação cerebral, num contexto estruturado e de suporte (National Institute of Mental Health, 2018b).

4.3.1 *Tratamento farmacológico*

No que respeita a abordagem farmacológica, esta permite a estabilização dos sintomas *major* que interferem com o funcionamento da vida diária. Assim, a pessoa é capaz de mudar o comportamento e ter pensamentos mais organizados, sendo capaz de trabalhar outras competências, se necessário (Arciniegas, 2015).

Há vários tipos de fármacos específicos para a doença mental, entre eles os antipsicóticos, estabilizadores do humor, antidepressivos e ansiolíticos. Cada vez mais há uma melhor relação de eficácia e efeitos secundários (National Institute of Mental Health, 2018c). Os antipsicóticos são fundamentais para a diminuição dos sintomas positivos da psicose e podem ser divididos em antipsicóticos de primeira e de segunda geração. Alguns exemplos de antipsicóticos de primeira geração são o haloperidol, a flufenazina e a clorpromazina e de segunda geração são, por exemplo, a clozapina, a risperidona e a quetiapina, que podem ter efeitos secundários como, por exemplo, boca seca, obstipação, tonturas, retenção urinária, aumento do apetite, aumento de peso, parkinsonismo, discinesia tardia, taquicardia, visão turva, distonia aguda e acatisia (Queirós, Coelho, Linhares, & Correia, 2019; Stępnicki, Kondej, & Kaczor, 2018). Já os estabilizadores do humor são utilizados em episódios específicos das perturbações do humor. No caso da fase maníaca poderá ser utilizado o lítio ou um anticonvulsivante como, por exemplo, o valproato de sódio ou o neurontin, sendo que são também considerados estabilizadores do humor alguns medicamentos antipsicóticos como, por exemplo, a olanzapina e a quetiapina (Direção-Geral da Saúde, 2012; Pisanu, Papadima, Del Zompo, & Squassina, 2018). No caso da fase depressiva poderão ser utilizados os antidepressivos como o bupropion, a mirtazapina, o citalopram, a fluoxetina, a agomelatina, o levomilnacipran, a vortioxetina, a vilazodona, a sertralina, a trazodona e a venlafaxina. Têm como efeitos secundários complicações gastrointestinais como, por exemplo, náuseas e diarreia, aumento de peso, sonolência, anormalidades metabólicas, problemas cardiovasculares como, por exemplo, hipertensão ou hipotensão ortostática, problemas geniturinários como, por exemplo, retenção urinária ou incontinência, disfunção sexual e osteoporose (Carvalho, Sharma, Brunoni, Vieta, & Fava, 2016; Cipriani, Furukawa, Salanti, Chaimani, Atkinson,

Ogawa, Leucht, Ruhe, Turner, Higgins, Egger, Takeshima, Hayasaka, Imai, Shinohara, Tajika, Ioannidis & Geddes, 2018). Quanto aos ansiolíticos, podem ser utilizadas as benzodiazepinas, como o alprazolam, o diazepam, o lorazepam, que são eficazes, mas causam dependência, ou o buspirona que não aparenta criar dependência. Podem ter efeitos secundários como, por exemplo, sedação, sonolência, náuseas, dor de cabeça, cansaço, irritabilidade, desinibição e comportamentos inapropriados (Andreescu & Lee, 2020; Bandelow et al., 2017; Bandelow, Reitt, Röver, Michaelis, Görlich & Wedekind, 2015).

Apesar desta abordagem ser significativa na sintomatologia não há resultados impactantes na promoção de competências necessárias para a vida diária em comunidade. Para isso, existem as intervenções psicoterapêuticas com intervenções, por exemplo, ao nível de educação familiar e do próprio utente, intervenções na comunidade e treino de competências sociais (Arciniegas, 2015).

4.3.2 Tratamento psicoterapêutico

A psicoterapia é a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posturas interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos com a finalidade de assistir pessoas a modificar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais no sentido que os participantes consideram desejável. (Norcross, 1990).

Pode dizer-se então que a psicoterapia é uma forma de tratamento psicológico que pressupõe a aplicação de um conjunto variado de técnicas para atingir os objetivos definidos, visando uma melhor compreensão de si e o autocontrolo. Esta intervenção tem como base a relação interpessoal entre o terapeuta e a pessoa, sendo um dos aspetos mais importantes a interação verbal (Corey, 2009; Wampold, 2019).

A psicoterapia demonstra ser eficaz tanto no tratamento de dificuldades emocionais como também da psicose, das perturbações da ansiedade, das perturbações do humor e das perturbações da personalidade, podendo ser aplicada na população infantil até à população idosa. Pode ser realizada individualmente, em grupo, em casal e em família (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019; Wampold, 2019).

Existem várias orientações teóricas de psicoterapia como a cognitivo-comportamental, a interpessoal, a psicodinâmica, entre outras, sendo que algumas podem ser mais eficazes em certas patologias ou questões. A terapia cognitivo-comportamental é uma forma de psicoterapia breve, estruturada e orientada para o presente, sendo direcionada para a resolução de problemas

atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais da pessoa. Para isso, o terapeuta procura entender as crenças e os padrões de comportamento da pessoa de forma a produzir uma mudança cognitiva para provocar mudanças emocionais e comportamentais (Beck, 2011; Wright, Turkington, Kingdon, & Basco, 2009). A terapia interpessoal está direcionada para a identificação, por parte da própria pessoa, de eventos marcantes da vida e problemas nas relações interpessoais atuais que condicionam a sua saúde. Desta forma, a pessoa é motivada a alterar o seu ambiente interpessoal, estando consciente de que isso irá modificar o seu humor (Eells, 2007; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2018). A terapia psicodinâmica assenta no pressuposto de que o comportamento é moldado pelos processos inconscientes. Assim sendo, pretende-se que a pessoa torne consciente os seus mecanismos de defesa desadaptados, de forma a ter maior capacidade de resolução de problemas (Quatman, 2015; Usher, 2013).

A escolha do tipo de terapia depende da doença e das circunstâncias particulares da pessoa. Os terapeutas podem combinar elementos de diferentes abordagens de forma a ir ao encontro às necessidades da pessoa (Cuijpers et al., 2019; Prochaska & Norcross, 2018). Dentro das diferentes abordagens podem ser encontrados aspetos em comum como, por exemplo, a expectativa positiva, a relação terapêutica, o processo de mudança, o aumento da consciência, a catarse, o poder de escolha, o estímulo condicional, o controlo de contingência e a contenção terapêutica (Corey, 2009; Prochaska & Norcross, 2018; Wampold, 2015).

4.3.3 Terapias de estimulação cerebral

Apesar das intervenções mais utilizadas serem as farmacológicas e as psicoterapêuticas, as terapias de estimulação cerebral podem também desempenhar um papel eficaz no tratamento de doenças mentais. O cérebro é um órgão eletroquímico e nesta intervenção são utilizadas essas propriedades como mecanismo de ação, pretendendo-se que o cérebro seja ativado ou inibido através da eletricidade, de forma não invasiva (Dougherty & Widge, 2017; National Institute of Mental Health, 2018a; Pandurangi, Fernicola-Bledowski, & Bledowski, 2012).

Existem diversos tipos de terapias de estimulação cerebral como a eletroconvulsivoterapia, a estimulação do nervo vago, a estimulação magnética transcraniana repetitiva e a estimulação cerebral profunda (Dougherty & Widge, 2017; Pandurangi et al., 2012). A eletroconvulsivoterapia utiliza impulsos elétricos controlados que causam uma convulsão e pode ter como efeitos secundários a amnésia anterógrada e retrógrada, a dor de cabeça, a dor de estomago e dores musculares (Fisher & O'Donohue, 2006). Este tipo de terapia

tem uma eficácia de 37% (Mutz, Vipulanathan, Carter, Hurlemann, Fu & Young, 2019). A estimulação do nervo vago implica, tal como o nome indica, o envio de impulsos elétricos pelo nervo vago, de forma a transmitir mensagens para áreas do cérebro que controlam, por exemplo, o humor e o sono, podendo ter efeitos secundários como a tosse, o desconforto na garganta, a dispneia, a dor de pescoço, a dor de cabeça, a dificuldade na deglutição, entre outros. Este tipo de terapia tem uma eficácia de 14% (Berry, Broglio, Bunker, Jayewardene, Olin & Rush, 2013; Pakdaman, Harandi, Abbasi, Karimi, Arami, Mosavi, Haddadian, Rezaei, Sadeghi, Sharafi, Gharagozli, Bahrami, Ashrafi, Kasmae, Ghassemi, Arabahmadi & Behnam, 2016). A estimulação magnética transcraniana repetitiva utiliza um íman para ativar o cérebro, induzindo mudanças na atividade cerebral de zonas específicas e pode ter efeitos secundários como dores de cabeça, dor no local da estimulação e nasofaringite. Este tipo de terapia tem uma eficácia de 14%, sendo que numa segunda fase a remissão dos sintomas subiu para quase 30% (George, Lisanby, Avery, McDonald, Durkalsky, Pavlicova, Anderson, Nahas, Bulow, Zarkowski, Holtzheimer, Schwartz & Sackeim, 2010; Kaster, Daskalakis, Noda, Knyahnytska, Downar, Rajji, Levkovitz, Zangen, Butters, Mulsant & Blumberger, 2018). A estimulação cerebral profunda envolve uma cirurgia, sendo implantados um par de elétrodos no cérebro, controlados por um gerador implantado no peito e pode ter como efeitos secundários infeções, desorientação, tonturas, disfagia, perturbações do sono, comprometimento verbal, por exemplo, na fluência verbal e disartria e perturbações do humor (Dougherty & Widge, 2017; Downar, Blumberger, & Daskalakis, 2016; Pandurangi et al., 2012). Este tipo de terapia diminui em 53% a severidade da doença (Senova, Clair, Palfi, Yelnik, Domenech & Mallet, 2019; Yin, Cao, Zheng, Duan, Zhou, Xu, Hong & Lu, 2018).

4.4 Musicoterapia na doença mental

Para além das intervenções supracitadas, o *National Institute for Health and Care Excellence* (2016) considera também as terapias artísticas como a musicoterapia, para redução dos sintomas da doença mental tanto na fase aguda, como em fases posteriores.

A musicoterapia pode ser definida como:

Musicoterapia é o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida. A pesquisa, a prática, o ensino e a formação clínica estão estruturadas conforme os contextos culturais, sociais e políticos. (World Federation of Music Therapy, 2011).

Um musicoterapeuta é um profissional qualificado que utiliza de forma adequada a música, a relação terapeuta-pessoa e o envolvimento de ambos na experiência musical, tendo como base um plano terapêutico adaptado a cada utente com avaliação, objetivos, técnicas e métodos que podem conduzir a mudanças significativas na saúde física, psicológica e na qualidade de vida da pessoa (Geretsegger, Mösser, Bieleninik, Chen, Heldal & Gold, 2017; Raglio, 2019; Sherriff, Mathews, Reynish, & Shenkin, 2017; Shuman, Kennedy, DeWitt, Edelblute, & Wamboldt, 2016; Silverman, 2018a).

A atuação da musicoterapia ao nível hospitalar pode acontecer nas unidades de cardiologia, cuidados intensivos, gestão da dor, neonatologia, neurologia, neuropsiquiatria, oncologia, ortopedia, pediatria, pedopsiquiatria, pneumologia, psiquiatria, quimioterapia, radioterapia e reabilitação (Lam, 2007; Raglio, 2019; Silverman, 2015). Conforme a área de intervenção e as necessidades de cada pessoa pode ter objetivos como reduzir a ansiedade e o *stress*, induzindo o relaxamento, promover competências motoras globais e finas, promover a coordenação e o equilíbrio, reduzir a dor, reduzir as emoções negativas, elevando o humor, melhorar a qualidade de sono, melhorar as competências cognitivas, sociais e de comunicação, reduzir a utilização de fármacos, reduzir o tempo de estadia no hospital, aumentar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida, tudo isto através de uma intervenção centrada na humanização e personalização (Iyendo, 2016; Raglio, 2019; Shuman et al., 2016).

O musicoterapeuta pode atuar em hospitais psiquiátricos articulando com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeiros e assistentes sociais (Choi, 1997). No geral, a musicoterapia é considerada benéfica pelos outros profissionais de saúde, no entanto, Silverman e Bibb (2018) revelam que estes podem não estar conscientes do tipo de grau académico exigido para exercer a profissão de musicoterapeuta, bem como a população com quem trabalha, o tipo de intervenções que podem ser utilizadas e a prática baseada na evidência. Isto pode ter um impacto negativo na forma como a musicoterapia é percebida. Estudos revelam que quanto maior o conhecimento acerca da musicoterapia, maior a compreensão e apreciação pela área. Os profissionais que assistem a sessões de musicoterapia compreendem melhor o tipo de intervenção e os objetivos terapêuticos, encaminhando mais facilmente utentes para este tipo de atuação (Chadder, 2019; Choi, 1997; Silverman, 2018; Silverman & Bibb, 2018).

O musicoterapeuta intervém na doença mental para que as pessoas melhorem as competências emocionais e de relação, trabalhando questões que sejam difíceis de traduzir por

palavras. Para isso, são trabalhados processos psíquicos e sociais, utilizando a interação musical (não-verbal) como meio de comunicação, expressão e transformação (Geretsegger et al., 2017). Alguns dos objetivos da musicoterapia para pessoas com experiência de doença mental podem ser melhorar o autoconhecimento e autoconsciência, melhorar o conhecimento dos outros e de que forma se relacionar, melhorar a noção de identidade, melhorar a sensação de segurança, facilitar a autoexpressão e o crescimento psicológico, promover a comunicação verbal e não-verbal, promover a interação entre pares e o desenvolvimento da sensação de estar em grupo a fazer música em conjunto, melhorando a autoestima, promover a motivação para o tratamento, reduzir os sintomas psiquiátricos, melhorar as competências de *coping*¹ e melhorar o funcionamento global (Shuman et al., 2016; M. Silverman, 2018; Torres et al., 2016).

Bruscia (2014) menciona duas formas de terapia, a ativa e a receptiva. Na forma ativa é utilizada a improvisação (experiência de participação ativa por parte do utente e do musicoterapeuta na produção musical utilizando os instrumentos, a voz, o corpo ou outros objetos), a composição (criação, por exemplo, de letras de canções de forma a gerar ideias de experiências pessoais, estruturando-as e fornecendo uma narrativa) e a recriação (reprodução de material pré-composto vocal ou instrumentalmente), onde os utentes são convidados a expressar e explorar os seus problemas, refletir sobre eles e encontrar uma solução, tudo isto através do sonoro-musical. Na forma receptiva é utilizada a audição, onde os utentes são expostos à experiência musical gravada ou tocada pelo musicoterapeuta, absorvendo e apreendendo as suas vibrações e refletindo sobre o *self*, o mundo dos outros, revivendo experiências através do sonoro-musical.

Atualmente, fala-se no conceito de *recovery*, que pode ter um significado clínico relacionado com o tratamento de sintomas e restabelecimento do funcionamento social e um significado pessoal, descrito como um processo único, com mudança de atitudes, de comportamentos, de valores, de sentimentos, de objetivos, de competências e/ou funções, que convida a pessoa a inserir-se novamente na comunidade com um propósito na vida e com aquisição de novos papéis sociais significativos ao nível do emprego, da educação ou da família (McCaffrey et al., 2018; Silverman, 2019; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). O *recovery* depende de pessoa para pessoa e do suporte, facilidade, esforços, *insight* das necessidades, preferências e objetivos da recuperação (Solli & Rolvsjord, 2015; Solli et al., 2013).

¹ Competências que permitem lidar de forma adequada com uma situação, normalmente stressante

Existem três fatores importantes para o *recovery* de pessoas com experiência de doença mental. O primeiro é a autodeterminação, sendo a pessoa capaz de desempenhar um papel ativo na sua própria recuperação, tomando decisões e retomando o controlo da sua vida. O segundo é a inclusão social, que diz respeito à reintegração na sociedade, desenvolvendo as competências sociais. O terceiro diz respeito ao foco no bem-estar e nos acontecimentos positivos da pessoa, não permitindo que os eventos negativos sejam o centro das atenções da pessoa com experiência de doença mental (Solli et al., 2013).

A musicoterapia e o *recovery* partilham alguns dos seus princípios. No caso da musicoterapia na saúde mental, há um foco na promoção dos pontos fortes e das atitudes positivas, aliado a aspetos de autodeterminação e relações colaborantes, sendo que quando os potenciais terapêuticos da música estão envolvidos no contexto da comunidade, os objetivos vão de encontro à inclusão e participação social. Nas sessões de musicoterapia, o facto de improvisar tanto individualmente como em grupo, permite à pessoa a oportunidade de se relacionar com segurança, explorando e expressando sentimentos que poderão ser difíceis de verbalizar. Para além disso, são revelados aspetos positivos e criativos da pessoa que, muitas vezes, estão omitidos nos sentimentos de baixa autoestima, pois a improvisação leva ao surgimento de conteúdos mentais abstratos, memórias e emoções, geralmente acompanhados pela componente emocional. Para realizar a improvisação, o utente não necessita de conhecimento musical específico, podendo também ser aplicada esta técnica a pessoas com capacidade verbal reduzida ou nula (Erkkilä, Brabant, Saarikallio, Ala-Ruona, Hartmann, Letulè, Geretsegger, & Gold, 2019; Silverman, 2019; Solli et al., 2013).

Segundo Solli et al. (2013), podemos considerar que a intervenção da musicoterapia na saúde mental tem os seguintes temas: “*Having a Good Time*”, com os subtemas de prazer e alegria, liberdade e relaxamento e motivação e esperança (Silverman, 2016a); “*Being Together*”, com os subtemas de pertença, trabalho de equipa e participação social; “*Feeling*”, com os subtemas de consciência de emoções, expressão de emoções e regulação emocional (McCaffrey et al., 2018); e “*Being Someone*”, com os subtemas de identidade, domínio e recuperar a música. Solli & Rolvsjord (2015) sugerem como temas a liberdade da doença, do estigma e do tratamento, o contacto consigo mesmo, com a vitalidade, com emoções e com outras pessoas, o bem-estar, prazer, satisfação, motivação e esperança e o alívio dos sintomas, o estado psicótico, o pensamento, as vozes e as alucinações visuais.

Segundo Wheeler (1983), a prática de musicoterapia na psiquiatria pode ser dividida em três níveis, a musicoterapia de suporte orientada para atividades, a musicoterapia reeducativa orientada para o *insight* e processo e a musicoterapia reconstrutiva, analítica e de catarse. Na primeira, as atividades musicoterapêuticas são orientadas de forma a proporcionar a experiência da participação e a prática de comportamentos saudáveis, visando o fortalecimento das defesas, desenvolvendo o controle do comportamento e apoiando os sentimentos e pensamentos. Na segunda prática, o envolvimento ativo é complementado pela verbalização, que se torna mais importante no processo terapêutico. As atividades são estruturadas de forma a proporcionar a exposição de sentimentos, pensamentos e reações interpessoais, ajudando a pessoa a reorganizar os seus valores e padrões comportamentais, adquirindo novas atitudes. Na terceira prática, procura-se resolver os conflitos que afetaram negativamente a construção da personalidade da pessoa, sendo melhorado o comportamento adaptativo, não se concentrando em pensamentos, sentimentos ou padrões de comportamento (Unkefer & Thaut, 2005).

Outros programas e técnicas são propostos por Unkefer & Thaut (2005). São elas a performance musical, com improvisação instrumental em grupo, ensemble de performance instrumental, terapia de canto em grupo, ensemble de performance vocal, instrução instrumental individual, instrução vocal individual e improvisação/interação musical individual; a psicoterapia musical, com grupo musical de apoio e/ou terapia individual, grupo musical interativo e/ou terapia individual e grupo musical catalítico e/ou terapia individual; o movimento e a música, com consciência, exploração e interação do movimento, movimento expressivo e dança; a combinação da música com outras artes expressivas, como a música e artes plásticas (desenho, escultura) e música e escrita (poesia, prosa); a música recreativa, com jogos musicais, consciencialização da apreciação musical, grupos recreativos de performance musical e desenvolvimento de atividades de lazer; e a música e relaxamento, com treino do relaxamento muscular progressivo, relaxamento superficial, *imagery* e relaxamento centrado na música.

Segundo Silverman (2015), as intervenções musicoterapêuticas na área da psiquiatria podem ser a escrita de canções, podendo apenas ser completar os espaços em branco numa canção escrita (muito estruturado), a substituição de versos (estrutura média) ou a composição livre (baixa estrutura), a análise de canções, as intervenções recreativas, as intervenções baseadas em ritmo e a improvisação.

Segundo Sabbatella (2007), uma sugestão para uma sessão de musicoterapia em grupo seria com os participantes de pé e em círculo, favorecendo assim o contacto ocular, a interação, a ativação do corpo e os sentimentos de pertença. A sessão assentaria na seguinte estrutura: técnicas de ativação do corpo, canções de nomeação, com uma estrutura musical simples, improvisação instrumental livre ou estruturada, por exemplo, utilizando instrumentos de percussão e a escrita de canções.

Uma outra sugestão de estrutura seria a improvisação individual, a improvisação em grupo, a expressão pessoal de sentimentos e a autoavaliação do participante na sessão, tendo como objetivos o desenvolvimento das competências sociais, melhorando a funcionalidade, a diminuição dos sintomas negativos e a melhoria em aspetos como o contacto ocular, a atenção, a concentração, a interação pessoal e o reconhecimento e expressão de sentimentos (Valencia, Murow, & Rascón, 2006).

Em suma, o *recovery* utilizando a musicoterapia vai muito além da redução dos sintomas. A musicoterapia, tendo em conta a individualidade da pessoa e da patologia, permite um aumento de experiências significativas e prazerosas que contribuem para o aumento do bem-estar, da esperança e da motivação para o estabelecimento de objetivos. Para além disso, a musicoterapia facilita o estabelecimento de relações interpessoais, favorecendo a inclusão social e a expressão e reconhecimento de emoções, explorando os talentos, interesses e pontos fortes, promovendo experiências de domínio e uma identidade mais fortalecida e positiva.

4.4.1 Musicoterapia na psicose

A musicoterapia permite que a pessoa com psicose tenha um espaço criativo onde se relacione, expresse e organize as suas experiências, sentimentos e emoções de uma forma estética, satisfatória, segura e socialmente aceitável. Para além disso, pode ter impacto na motivação para o tratamento, na construção e aceitação de relacionamentos interpessoais e na expressão emocional (Geretsegger et al., 2017; Pedersen, Bonde, Hannibal, Nielsen, Aagaard, Bertelsen, Jensen, & Nielsen, 2019).

A musicoterapia na psicose pode promover melhorias em alguns sintomas como nas perturbações afetivas, incluindo o embotamento afetivo, o afeto inadequado e o humor disfórico, nas perturbações do conteúdo e forma do pensamento, incluindo o pensamento delirante e os delírios de referência, nas perturbações da perceção, incluindo as alucinações, na desorganização do discurso, incluindo a perda de associações, a pobreza do conteúdo da fala e

o comprometimento cognitivo, na avolição, incluindo a ambivalência em relação à ação, a falta de iniciativa e de objetivos e a falta de perseverança, nas perturbações do *self*, incluindo a distorção da autoimagem e a falta de *insight*, nas perturbações da relação com o mundo externo, incluindo o isolamento social e nas perturbações do comportamento psicomotor, incluindo a redução do movimento espontâneo, a rigidez, a falta de consciência corporal e os movimentos estereotipados e/ou rituais. Para além destes, a intervenção da musicoterapia pode ter resultados positivos na redução dos comportamentos agressivos, na melhoria das funções cognitivas e da qualidade do sono, no aumento da esperança, espontaneidade e resiliência e na diminuição das hospitalizações, proporcionando um melhor funcionamento global, bem-estar e qualidade de vida (Chung & Woods-Giscombe, 2016; Geretsegger et al., 2017; Paul, Lotter, & van Staden, 2020; Pedersen et al., 2019; Solli & Rolvsjord, 2015; Tseng, Chen, Lin, Tu, Wang, Cheng, Chang, Chang, Chung, & Wu, 2016; Unkefer & Thaut, 2005; Van Alphen, Stams, & Hakvoort, 2019; Wang, Shentong, & Agius, 2018; Witusik & Pietras, 2019).

De forma a alcançar os objetivos, a intervenção da musicoterapia pode consistir em técnicas de audição musical guiada ou de movimento para evocar respostas ou alterar sentimentos, técnicas de expressão musical e de movimento utilizando os sentimentos como temas de performance, interação verbal de suporte para identificar sentimentos e emoções, tarefas musicais verbais e não-verbais prazerosas, sem julgamento e de orientação para a realidade, atividades musicais que promovam a interação verbal ou não-verbal com um tema central, uso de mnemónicas que promovam a memória, sequenciação de tarefas e estimulação sensorial para as competências de perceção auditiva, uso do *feedback* sensorial e social nas atividades de performance para promover as competências de resolução de problemas e a tomada de decisões, uso de *feedback* sensorial e social nas técnicas performativas de forma a assegurar o sucesso musical imediato e a longo prazo, utilização da música como prazerosa e atrativa para estimular a motivação e promover o envolvimento em atividades com um objetivo terapêutico, técnicas performativas que assegurem o sucesso imediato e a longo prazo como o reforço e o suporte nas atividades, uso do ritmo, forma, dinâmicas, melodia e harmonia na performance musical e estrutura de interação do *self* com o ambiente, estruturação dos objetivos para a performance na composição e improvisação musical, uso da música como estímulo multissensorial para suportar a perceção da realidade, uso de técnicas introdutórias da música e movimento para induzir respostas de movimento, técnicas de movimento estruturado, dança e exercício físico com acompanhamento musical para promover a consciência corporal e movimento funcional, exercícios de controlo de movimento e relaxamento usando a música

como *feedback* e estímulo de suporte (Chung & Woods-Giscombe, 2016; Geretsegger et al., 2017; Pedersen et al., 2019; Tseng et al., 2016; Unkefer & Thaut, 2005).

Segundo Unkefer & Thaut (2005) devem ser utilizadas como técnicas a improvisação instrumental em grupo, o ensemble de performance instrumental, a terapia de canto em grupo, o ensemble de performance vocal, a instrução instrumental individual, a instrução vocal individual, a improvisação/interação musical individual, o grupo musical de apoio e/ou terapia individual, o grupo musical interativo e/ou terapia individual, a consciência, exploração e interação do movimento, o movimento expressivo, a dança, a combinação da música com outras artes expressivas, como artes plásticas (desenho, escultura) e escrita (poesia, prosa), os jogos musicais, a consciencialização da apreciação musical, os grupos recreativos de performance musical, o desenvolvimento de atividades de lazer, o treino do relaxamento muscular progressivo e o relaxamento superficial.

4.4.2 Musicoterapia nas perturbações de ansiedade

A musicoterapia nas perturbações de ansiedade pode melhorar os estados crónicos ou ataques agudos de ansiedade como, por exemplo, a tensão muscular, os sintomas somáticos (taquicardia, pressão sanguínea, hiperventilação, hipersensibilidade à dor, perturbações gastrointestinais, perturbações do sono, etc.), a expectativa apreensiva, a vigilância (hiperatenção resultando na dificuldade de concentração) e o humor ligeiramente ou moderadamente depressivo. Para além disso, a intervenção musicoterapêutica pode promover melhorias ao nível da empatia, autoestima e segurança, fomenta a discussão de tópicos que surgem das experiências musicais, trabalhando a resolução de conflitos, facilita mudanças cognitivas, modificando pensamentos e crenças irracionais, permite criar situações num contexto seguro que simulam problemáticas do quotidiano e promove alternativas para lidar com essas situações de ansiedade e *stress* (Gutiérrez & Camarena, 2015; Ugwuanyi, Ede, Onyishi, Ossai, Nwokenna, Obikwelu, Ikechukwu-Ilomuanya, Amoke, Okeke, Ene, Offordile, Ozoemena, & Nweke, 2020; Umbrello, Sorrenti, Mistraletti, Formenti, Chiumello, & Terzoni, 2019).

Para isso, utiliza técnicas de expressão musical e de movimento de forma a promover a libertação de energia física de forma adequada, para melhorar a autoconfiança e motivação, tendo um foco positivo na atenção, técnicas performativas que promovam o sucesso imediato e a longo-prazo, técnicas de audição guiada para alterar estados emocionais, técnicas de relaxamento combinadas com audição musical, técnicas de movimento e improvisação para

evocar respostas ao sentimento (Fiore, 2018; Gutiérrez & Camarena, 2015; Unkefer & Thaut, 2005).

Segundo Unkefer & Thaut (2005) devem ser utilizadas como técnicas a improvisação instrumental em grupo, o ensemble de performance instrumental, a terapia de canto em grupo, o ensemble de performance vocal, a instrução instrumental individual, a instrução vocal individual, a improvisação/interação musical individual, o grupo musical de apoio e/ou terapia individual, o grupo musical interativo e/ou terapia individual, o grupo musical catalítico e/ou terapia individual, a consciência, exploração e interação do movimento, a dança, os jogos musicais, a consciencialização da apreciação musical, os grupos recreativos de performance musical, o desenvolvimento de atividades de lazer, o treino do relaxamento muscular progressivo, o relaxamento superficial, a *imagery* e o relaxamento centrado na música.

4.4.3 Musicoterapia nas perturbações do humor

A música por si só pode ter um potencial terapêutico e é utilizada frequentemente pelas pessoas na regulação do humor e das emoções no dia-a-dia (Erkkilä et al., 2019). A musicoterapia nas perturbações do humor promove a melhoria de mecanismos de *coping*, a melhoria da concentração, a redução da ansiedade, a adequação de fatores pessoais como a melhoria da autoestima, da autoimagem, da resiliência, da motivação para o tratamento, da esperança, do *empowerment*, etc., permitindo um melhor funcionamento global, bem-estar e qualidade de vida, com uma maior gestão de estados internos e partilha de emoções, sentimentos e experiências (Aalbers, Fusar-Poli, Freeman, Spreen, Ket, Vink, Maratos, Crawford, Chen, & Gold, 2017; Atiwannapat, Thaipisuttikul, Poopityastaporn, & Katekaew, 2016; Magee & Davidson, 2002; Odell-Miller, Fachner, & Erkkilä, 2018; Werner, Wosch, & Gold, 2017; Windle, Hickling, Jayacodi, & Carr, 2020).

A musicoterapia nas perturbações do humor, mais propriamente na fase maníaca, pode promover melhorias em alguns sintomas como nas perturbações afetivas e do humor, incluindo a euforia ou humor elevado, a labilidade do humor e a irritabilidade, na agitação psicomotora, incluindo a hiperatividade, a inquietação física, a distração e a confusão de ideias, nas perturbações do *self* e da consciência social, incluindo o excesso de autoconfiança, autoestima e grandiosidade e a falta de julgamento e nas perturbações do conteúdo e forma do pensamento, incluindo o pensamento delirante, os delírios de referência, a perda de associações, a pobreza do conteúdo da fala e o comprometimento cognitivo. Na fase depressiva pode promover melhorias nas perturbações afetivas e do humor, incluindo a anedonia e a aparência ou humor

depressivo, nas perturbações do *self*, incluindo os sentimentos de culpa e inutilidade, o afastamento interpessoal e das responsabilidades, a preocupação com a morte e a preocupação hipocondríaca, na agitação ou lentidão psicomotora, incluindo as perturbações do sono, a diminuição da energia, os movimentos repetitivos e a dificuldade de concentração (Unkefer & Thaut, 2005; Wang & Agius, 2018).

Na fase maníaca podem ser utilizadas técnicas de expressão musical e de movimento utilizando os sentimentos como temas de performance, técnicas de audição musical guiada, de movimento ou performance que promovam a melhoria do humor e do foco de atenção num tema central de discussão, interação verbal de suporte para identificar sentimentos e emoções, uso de atividades musicais para fornecer estímulo à realidade, estrutura e limites para processos de sentimento, técnicas de relaxamento combinadas com audição musical, técnicas de expressão musical e de movimento de forma a promover a libertação de energia física de forma adequada, estruturação dos objetivos para a performance na composição, improvisação musical e movimento, com foco na atenção, uso de *feedback* sensorial e social na interação musical e/ou de movimento para promover competências interpessoais adequadas, melhorar o julgamento social e melhorar a autoestima, interação verbal de suporte e/ou atividades musicais verbais ou não-verbais, proporcionando uma orientação para a realidade e estrutura não-ameaçadora para autoavaliação, atividades de performance que exijam o cumprimento de regras, consciência do outro e cooperação, promovendo a experiência de liderança, uso de mnemónicas que promovam a memória, sequenciação de tarefas e estimulação sensorial para as competências de perceção auditiva (Unkefer & Thaut, 2005).

Na fase depressiva podem ser utilizadas técnicas performativas de forma a assegurar o sucesso musical imediato e a longo prazo, técnicas de expressão musical e de movimento utilizando os sentimentos como temas de performance, interação verbal de suporte para identificar sentimentos e emoções, técnicas de audição guiada para alterar estados emocionais, uso de *feedback* sensorial e social na interação musical e de movimento para promover uma autoavaliação apropriada, participação em atividades musicais que estimulem a interação do grupo centrado num tema, técnicas de performance expressiva para promover a autoconfiança, motivação e foco de atenção positiva, uso da música como estímulo auditivo para facilitar o exercício físico, técnicas de relaxamento combinadas com audição musical, uso da música como estímulo multissensorial externo para proporcionar experiências agradáveis e motivadoras, estruturação dos objetivos para a performance na composição, improvisação

musical e movimento, com foco na atenção e técnicas de audição musical guiada que promovam o foco de atenção num tema central de discussão (Unkefer & Thaut, 2005).

Segundo Unkefer & Thaut (2005) para a fase maníaca devem ser utilizadas como técnicas a improvisação instrumental em grupo, o ensemble de performance instrumental, a terapia de canto em grupo, o ensemble de performance vocal, a instrução instrumental individual, a instrução vocal individual, a improvisação/interação musical individual, o grupo musical de apoio e/ou terapia individual, o grupo musical interativo e/ou terapia individual, a consciência, exploração e interação do movimento, a dança, os jogos musicais, a consciencialização da apreciação musical, os grupos recreativos de performance musical, o treino do relaxamento muscular progressivo e o relaxamento superficial. Na fase depressiva poderão ser utilizadas as mesmas técnicas, adicionando a combinação da música com outras artes expressivas, como artes plásticas (desenho, escultura) e escrita (poesia, prosa) (Aalbers et al., 2017).

4.4.4 Musicoterapia nas perturbações da personalidade

A música nas perturbações da personalidade pode ser utilizada como conexão entre as emoções e os pensamentos. A intervenção da musicoterapia nesta população utiliza a música para explorar musicalmente os papéis recíprocos e criar vínculos, permitindo aumentar a compreensão e a expressão das emoções e de que maneira as gerir, sendo que as propriedades estéticas nesta patologia são importantes (Hannibal, 2016; Hannibal, Pedersen, Bonde, & Bertelsen, 2019; Odell-Miller, 2007).

O musicoterapeuta pode ter dificuldades na intervenção com esta população, pois é difícil alcançar o utente e a contratransferência poderá ser um problema. O musicoterapeuta necessita de ter especial atenção e manter uma postura de aceitação e compreensão, mesmo quando a estrutura e conteúdo das sessões de musicoterapia ou mesmo a prestação do musicoterapeuta é colocada em causa (Odell-Miller, 2016; Strehlow & Lindner, 2016). Assim sendo, o primeiro objetivo na intervenção com as perturbações da personalidade é criar uma relação terapêutica. De seguida, são trabalhados outros aspetos como as competências sociais e de comunicação, as competências cognitivas e as competências de regulação emocional. A musicoterapia tem um grande impacto na melhoria dessas competências, promovendo a mentalização, os sentimentos de autoeficácia e autoestima, uma noção positiva do *self*, a transferência, a tomada de decisões, a negociação, o pensamento positivo, a consciência interpessoal, a empatia, a assertividade e melhores estratégias de *coping*, reduzindo sintomas

característicos da patologia, aumentando o funcionamento global, verificando-se também uma maior aderência e participação no tratamento (Hannibal, 2016; Odell-Miller, 2016; Odell-Miller, 2011).

Hannibal e colaboradores (2019) referem que a intervenção deve iniciar e manter um foco no “aqui e agora”, mesmo que os intervenientes exponham experiências passadas. Os sentimentos e emoções que podem surgir na sessão estão inseridos num contexto e interação do próprio momento, ou seja, deverá haver consciência do passado, mas foco no presente.

Nas perturbações da personalidade, a intervenção da musicoterapia pode utilizar as técnicas de composição, de recriação, a musicoterapia baseada em atividades e a improvisação livre, podendo também ser utilizados métodos recetivos (Hannibal et al., 2019; Odell-Miller, 2016). A composição na vertente de escrita de canções é uma oportunidade de os utentes explorarem e organizarem os seus pensamentos relativos a um tema por exemplo, sendo que o musicoterapeuta deve auxiliar no acompanhamento musical e incentivar os diferentes tons emocionais. Para além disso, deve promover a superação de sentimentos de vergonha, aumentando a autoestima e autovalorização. Isto ajuda a pessoa a processar musicalmente o tema e, quando os aspetos a ser trabalhados pela canção já estiverem refletidos e consolidados, a música não é mais necessária. A recriação, cantando músicas já compostas, é uma forma de interação, podendo ser uma maneira de iniciar um relacionamento. Apesar disso, pode funcionar como mecanismo de defesa, pois pode impedir que os participantes exponham e reflitam sobre os seus próprios problemas. A musicoterapia baseada em atividades tem impacto no respeito, na confiança, na troca e aceitação de ideias e na cooperação entre os elementos do grupo, verificando-se, por exemplo, numa atividade partilhada. A improvisação livre é a principal forma de intervir com esta população, sendo utilizada para integrar pensamentos e sentimentos e expressá-los emocionalmente de forma adequada. Esta técnica permite a escuta do outro e o ajuste musical ao mesmo, o respeito e a empatia, diminuindo o julgamento e aumentando a aceitação. Há utentes que se focam mais na estética da criação, contudo, ao longo da intervenção tornam-se mais capazes de permitir a cacofonia, transpondo essa aceitação para o quotidiano. Na improvisação, o musicoterapeuta pode utilizar a imitação, a sincronia, a reflexão e o *grounding*, devendo haver uma componente de reflexão verbal que pode promover o *insight* (Hannibal et al., 2019; Odell-Miller, 2016).

4.4.5 Relação terapêutica na musicoterapia

A qualidade da relação entre a pessoa e o terapeuta não é considerada um componente fundamental na intervenção, no entanto, esta relação ou aliança terapêutica é parte integrante na intervenção da musicoterapia e também das psicoterapias (Craske, 2010; Hannibal, Domingo, Valentin, & Licht, 2017). Este conceito pode ser descrito como a qualidade e a robustez de um relacionamento colaborativo entre a pessoa que recebe a terapia e a pessoa que a fornece. Esta relação deve ser baseada na confiança entre o terapeuta e a pessoa, com uma abordagem de colaboração entre ambos e não numa perspectiva de “curador” e paciente passivo. Como é um aspeto tão importante do tratamento, é fundamental trabalhar nesta relação desde o início da avaliação (Norcross, Beutler, & Levant, 2006; Silverman, 2015).

Silverman (2015) revela que com a introdução da música no processo de relacionamento, a aliança e a confiança podem ser fortalecidas (Kim, 2016). Isto acontece porque a musicoterapia, utilizando a escrita de canções, a improvisação, entre outros, facilita a capacidade de a pessoa aceder e expressar sentimentos negativos num ambiente seguro e de suporte, sendo que, quando isto acontece, há facilitação da relação terapêutica (Silverman, 2019). Para além disso, a evidência revela que uma boa relação terapêutica articulada com uma experiência de improvisação partilhada, pode dar origem a um melhor modo de relacionamento fora da terapia (Davies, Richards, & Barwick, 2015).

Na musicoterapia pretende-se que a pessoa tenha consciência dos seus estados internos e que os comunique através da música, que retrata e dá significado a esse estado emocional que vai ser espelhado, acompanhado e compreendido pelo musicoterapeuta. Esta relação terapêutica distingue-se pela atenção do musicoterapeuta às suas próprias reações, sentimentos, fantasias e ideias que são despoletadas pela transferência do utente (Edwards, 2016). Esta transferência é o veículo emocional que se forma entre a pessoa e o terapeuta ou outros participantes da sessão, onde há sincronia inconsciente de sentimentos, pensamentos e perceções de uma pessoa para com a outra. Nos grupos, geralmente as pessoas sentem um maior vínculo após a improvisação ou composição com o terapeuta e mesmo com os restantes pares, pois aprendem mais sobre cada participante e desenvolvem conexões através das experiências partilhadas (Silverman, 2015). Para além da transferência pode existir a contratransferência que acontece quando há uma reação por parte do terapeuta, que pode influenciar a pessoa ou o grupo nas suas interações (Høglend, 2014).

Ahonen (2018) revela que há uma ênfase no papel do *self* do terapeuta na relação terapêutica, sendo que na musicoterapia, os musicoterapeutas dão importância à relação entre o terapeuta, a pessoa e a música, ou seja, aos níveis verbal, não verbal, musical, emocional, intra e interpessoal. Assim, é importante o equilíbrio da qualidade e das propriedades estéticas da música ao vivo, executada pelo musicoterapeuta, para que não haja consequências na percepção de competências da pessoa. Outras características relativas ao musicoterapeuta que podem influenciar o tratamento são, por exemplo, a competência, o carinho, a afetividade, a empatia, a autenticidade, a aceitação, a delicadeza, a paciência e a imaginação (American Music Therapy Association, 2020; Borczon, 2004; Silverman, 2015; Silverman, 2018).

Evidências revelam que, tanto na musicoterapia como noutras terapias, quanto mais forte for a relação terapêutica, maiores mudanças terapêuticas são verificadas, para além de melhores resultados ao nível clínico, maior duração do tratamento, ou seja, maior adesão à terapêutica e maior nível de satisfação (Bolsinger, Jaeger, Hoff, & Theodoridou, 2020; Gavrielidou & Odell-Miller, 2017; Hannibal et al., 2017; Norcross & Lambert, 2018; Silverman, 2015; Silverman, 2016b). Por outro lado, uma relação terapêutica fraca está associada à descontinuação prematura do tratamento e risco de violência (Bolsinger et al., 2020; Silverman, 2018).

Algumas técnicas sugeridas por Silverman (2015) para melhorar a relação musicoterapêutica são: reconhecer e validar a problemática e o contexto da pessoa, ter consideração positiva incondicional e respeito pela pessoa, tocar músicas adequadas e do gosto da pessoa, colaborar no desenvolvimento de soluções para resolução ou gestão da problemática, pedir, aceitar e implementar o *feedback* da pessoa mesmo que o musicoterapeuta não seja especialista no alívio da angústia, usar técnicas de modelagem, quando apropriado, ser realista em relação ao que a pessoa pode realizar nas sessões, usar reforço verbal e não-verbal variado, aquando a formulação de questões, evitar questões negativas, entre outras.

Bruscia (2014) sugere algumas técnicas para melhorar a empatia. Na forma ativa, o musicoterapeuta pode utilizar técnicas como imitar, por exemplo, reproduzindo o ritmo ou a melodia após a apresentação pelo utente, sincronizar, por exemplo, tocando o mesmo ritmo ou melodia ao mesmo tempo do utente, refletir, por exemplo, representando musicalmente o estado de humor do utente e incorporar, por exemplo, utilizando um motivo musical do utente como parte da música. Na forma recetiva, o musicoterapeuta deve selecionar a música de acordo com as preferências da pessoa, tendo em conta o que o utente está a experienciar fisicamente,

emocionalmente ou mentalmente. Por exemplo, pode utilizar música que corresponda a aspetos fisiológicos como o batimento cardíaco ou a respiração e a aspetos emocionais, correspondendo a pensamentos, sentimentos, comportamentos ou mesmo expressando diferentes estados de consciência.

4.4.6 Grupos terapêuticos

A musicoterapia pode ser feita tanto individualmente como em grupo. Na intervenção grupal o dispêndio é menor ao nível económico, bem como ao nível temporal, pois numa sessão de grupo estão várias pessoas, ao invés de uma sessão individual. Uma razão mais importante para a intervenção em grupo é o facto de o Ser Humano ser social, ou seja, geralmente em todos os contextos, está perante outras pessoas e muitos dos problemas são encontrados em situações sociais (Wheeler, Shultis, & Polen, 2005).

Tal como supracitado, o Ser Humano é social e, por isso, está inserido em vários grupos como o grupo de trabalho, o grupo de amigos, o grupo de jogadores, etc. Contudo, para uma experiência de grupo ser considerada terapêutica há alguns fatores que devem ser considerados, entre eles o cultivo da esperança, pois cada pessoa tem o seu tempo de recuperação e um novo elemento pode ser encorajado por outros elementos que estejam numa fase mais positiva da recuperação; a universalidade, pois geralmente as pessoas assumem que são as únicas que têm um problema em particular e em grupo é possível perceber que não estão sozinhas e há pessoas com problemas semelhantes; a transmissão de informações, que podem ser relativas à doença ou conselhos e soluções muitas vezes sugeridas por outros elementos do grupo; o altruísmo, pois os elementos do grupo sentem que são úteis ao ajudar outras pessoas com problemas semelhantes; as técnicas de socialização, que pode ocorrer em vários níveis e cada pessoa tira o seu próprio proveito; o comportamento imitativo, onde cada pessoa adapta o seu comportamento após verificar o terapeuta ou outros elementos do grupo; a aprendizagem interpessoal, onde as pessoas aprendem sobre as relações, as experiências emocionais e como ser adequado socialmente; a coesão grupal, que motiva a aceitação dos membros do grupo, adaptando os comportamentos e emoções adequadas; a catarse, onde, num ambiente protegido e de suporte, as pessoas têm oportunidade para experimentar sentimentos intensos e aprender a expressá-los de forma adequada e aceitável; e os fatores existenciais, que incluem a consciencialização de questões relacionadas com a vida e a dor (Rutan, Stone, & Shay, 2014; Wheeler et al., 2005; Yalom & Leszcz, 2005).

Ao longo da vida, cada pessoa vai adquirindo vários papéis, por exemplo, o papel de filho, de estudante, de trabalhador, etc. Nos grupos isso também acontece, sendo que durante o processo terapêutico é importante cada pessoa perceber e experimentar vários papéis. Inicialmente, o único papel conhecido é o do terapeuta, sendo que alguns tipos de papéis, segundo Benne & Sheats (1948) podem variar desde, por exemplo, papéis orientados para as tarefas, que tal como o nome indica são focados na conclusão das tarefas do grupo; papéis orientados para a manutenção, que são focados no desenvolvimento e manutenção das relações no grupo; e papéis auto-orientados, que são focados nas necessidades pessoais e não tanto no grupo. Já segundo Bernard & MacKenzie (1994) existem papéis como o papel estrutural, que é focado na compreensão das tarefas grupais, sendo praticamente um papel de líder; o papel sociável, que é focado na qualidade dos sentimentos nas relações interpessoais; o papel divergente, que é focado na percepção de outras perspectivas e pontos de vista, habitualmente associado a comportamentos de oposição e desafiantes; e o papel cauteloso, que normalmente está associado a uma pessoa mais tímida e que poderá ser ignorada (Rutan et al., 2014).

Quando ao desenvolvimento do grupo, pode acontecer em quatro fases. É importante referir que o desenvolvimento do grupo pode avançar ou recuar e com a admissão de novos elementos é necessária uma nova adaptação. Na primeira fase, ou fase formativa, é uma etapa de introdução, onde os elementos têm presentes as expectativas para o grupo, aprendem as regras de funcionamento, conhecem os restantes participantes e tentam encontrar características comuns. É uma fase de dependência, com mecanismos evidentes de autoproteção, com participações hesitantes e de procura de significado. Na segunda fase, ou fase reativa, ao contrário do que acontece na fase anterior, as características individuais de cada um sobressaem, provocando uma diferenciação que poderá gerar assertividade ou passividade. Nesta etapa a regulação emocional é solicitada, de forma a gerir os conflitos, aceitar e falar abertamente sobre as emoções e sentimentos, por forma a consolidar o grupo. Na terceira fase, ou fase de maturação, o grupo é mais independente e eficaz. Nesta etapa, a interação é espontânea, os temas são geridos pelos elementos de sessão para sessão, cada elemento sabe qual é o seu papel ou papéis no grupo, há partilha de liderança e as emoções são geridas de forma adequada e com tolerância. Na última fase, ou fase de separação, é uma etapa de consciencialização, onde é revisto todo o processo terapêutico, as transformações pessoais e grupais, fazendo um paralelo com as projeções para o futuro (Rutan et al., 2014; Wheeler et al., 2005). Esta última fase merece especial atenção. Pode ser realizada a seguinte sequência: anúncio do término, análise e avaliação, expressão de sentimentos, projeções no futuro e despedida. Por vezes, quando um

grupo é bem desenvolvido, tendo passado por todas as fases de forma adequada, os sentimentos na fase final são difíceis de gerir, tanto para os elementos do grupo como para o musicoterapeuta. Por isso, é tão necessária uma conclusão adequada do grupo (Wheeler et al., 2005).

4.5 COVID-19

Em dezembro de 2019, em Wuhan, foi identificado pela primeira vez em humanos um novo vírus de causa desconhecida que pode causar uma infeção respiratória grave como a pneumonia. Desde então, o vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), que deu origem à Doença por Coronavírus (COVID-19) propagou-se a nível mundial, sendo considerado uma pandemia a partir de 11 de março de 2020 (Shinn & Viron, 2020).

Os sintomas associados à COVID-19 podem-se manifestar de forma leve a grave entre dois e catorze dias após a exposição ao vírus. Estes podem ser febre, tosse, falta de ar ou dificuldade respiratória, cansaço, dores musculares ou corporais, dores de cabeça, perda de paladar ou olfato, dores de garganta, náuseas ou vômitos, diarreia, etc. Dado que a COVID-19 é uma doença muito recente, estes sintomas estão em constante atualização. Sabe-se que há pessoas que podem estar infetadas com o vírus, no entanto, não apresentar sintomas, sendo consideradas assintomáticas (Singhal, 2020).

Quanto aos fatores de risco, sabe-se que as pessoas com mais de 65 anos podem ter maior risco de contrair o vírus. Para além destas, é necessária especial atenção a pessoas com doença pulmonar crónica ou asma moderada a grave, pessoas com problemas cardíacos graves, pessoas imunodeprimidas, pessoas com obesidade grave, pessoas com diabetes, pessoas com doença renal crónica em diálise e pessoas com doença hepática (Shinn & Viron, 2020).

Pensa-se que o vírus se espalhe principalmente de pessoa para pessoa através da libertação de gotículas respiratórias da pessoa infetada, mesmo que esta não tenha sintomas, para a boca ou nariz da pessoa não-infetada. Poderá também ser considerado o contágio através de superfícies, desde que haja o contacto posterior com a boca ou nariz da pessoa (Singhal, 2020).

Como prevenção sugere-se que se tenha em conta a forma de propagação do vírus. Assim sendo, é fundamental a lavagem frequente das mãos com água e sabão durante pelo menos 20 segundos após estar num local público, a manutenção do distanciamento social, a

utilização de máscaras faciais em espaços públicos, a limpeza e desinfecção das superfícies e a monitorização dos sintomas (Singhal, 2020).

As crises pandémicas, para além do surto em si, podem ser consideradas stressantes para a população. Considera-se que as consequências psicológicas têm maior impacto nos seguintes grupos: pessoas que estão direta ou indiretamente em contacto com o vírus; pessoas de alto risco e vulneráveis a stressores biológicos e psicológicos, incluindo pessoas com doença mental; profissionais de saúde; pessoas que estão constantemente a ver atualizações e notícias nos *media*; entre outros (Fiorillo & Gorwood, 2020; Marčinko, Jakovljević, Jakšić, Bjedov, & Drakulić, 2020; Razai, Oakeshott, Kankam, Galea, & Stokes-Lampard, 2020).

O *stress* tem impacto na componente psicológica da pessoa incluindo sintomas como o medo e a preocupação com a sua própria saúde e com a saúde dos seus entes queridos, a incerteza em relação ao futuro, alterações nos padrões de sono e/ou alimentares, dificuldades na concentração, agravamento das condições de saúde mental, entre outros. Para além destas, o facto de estar em isolamento é desafiante para as pessoas que têm envolvimento social regular e aumenta o risco de doenças como a perturbação da ansiedade, depressão, o uso de substâncias psicoativas, perturbação de adição, do comportamento, etc. (Drakulić & Radman, 2020; Fiorillo & Gorwood, 2020; Galletly, 2020; Marčinko et al., 2020; Zhang, Zhou, Liu, & Hashimoto, 2020).

De forma a gerir melhor o *stress*, propõe-se a redução do tempo de exposição a atualizações e notícias relacionadas com a COVID-19, limitando-se a fontes fidedignas, a manutenção de uma rotina, o cuidar do próprio corpo, ou seja, fazer exercício, alongar, ter uma alimentação saudável, meditar, a manutenção do contacto social através, por exemplo, de videochamadas e, se necessário, pedir ajuda de profissionais (Fiorillo & Gorwood, 2020; Kelly, 2020; Razai et al., 2020).

No caso de pessoas com patologia psiquiátrica é necessário ter especial atenção por algumas razões. Em primeiro lugar, podem ser um foco de contágio, pois as pessoas com doença mental podem apresentar comprometimento cognitivo, pouca perceção do risco, pouco *insight*, pouca literacia para a saúde, pouca adesão ao tratamento, dificuldades em tomar decisões, etc. Assim sendo, pode ser mais difícil a adesão às medidas preventivas recomendadas, podendo contrair e transmitir o vírus. Para além disso, grande parte das pessoas com doença mental fumam e também a medicação pode estar associada a outras comorbidades como doenças cardiovasculares e pneumonia, que aumentam o risco da progressão da doença (Galletly, 2020;

Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos, & Voineskos, 2020; Rao, 2020; Shinn & Viron, 2020; Yao, Chen, & Xu, 2020).

Em segundo lugar, o distanciamento social é importante para a prevenção da COVID-19, no entanto, para a pessoa com doença mental, poderá significar um agravamento dos sintomas psiquiátricos. O facto de fecharem os estabelecimentos comerciais como os cafés e pequenas lojas, pode exacerbar os sentimentos de perplexidade, ansiedade, paranoia e alimentar os delírios que possam existir. Para além disso, a quantidade de informação e a falsa informação podem contribuir para a confusão e instabilidade no pensamento. E também, na pessoa com doença mental é importante a manutenção da rede de suporte social, que pode ser crucial no *recovery* (Adalja, Toner, & Inglesby, 2020; Rao, 2020; Shinn & Viron, 2020).

É também relevante referir que as pessoas com doença mental, devido ao estigma e à discriminação, podem experienciar diferenças quanto aos cuidados de saúde. E na doença mental como a esquizofrenia, é importante um tratamento contínuo de forma a manter o envolvimento no mesmo, a manter a adesão à medicação e a prevenir a descompensação (Galletly, 2020; Kelly, 2020; Kozloff et al., 2020).

Sabemos que a pandemia vai ter um fim, contudo as consequências na saúde mental e bem-estar da população vão permanecer (Fiorillo & Gorwood, 2020). Para tentar minimizar o impacto pode ser realizada intervenção à distância com os utentes, familiares e profissionais de saúde, por exemplo, através de videochamada, e-mail, chamadas telefónicas, mensagens de texto e/ou aplicações do *smartphone* (Zhou, Snoswell, Harding, Bambling, Edirippulige, Bai, Smith, 2020). Isto permite que as pessoas consigam assegurar o isolamento, estando a receber apoio para manter o bem-estar psicológico e a gestão de *stress*. Numa fase inicial a intervenção à distância pode ser um fator de *stress*, no entanto, futuramente pode ser considerada uma forma de agilizar o tratamento (Galletly, 2020).

5 Objetivos do Estágio

Com a realização deste estágio e tendo em conta que a instituição valoriza uma intervenção em equipa multidisciplinar, foi implementada a prestação de serviços de musicoterapia.

A musicoterapia proporciona aos utentes a realização de um processo de exploração criativa através da experiência musical, permitindo um sentimento de liberdade e de pertença no “aqui e agora”, promovendo a consciência do *self* e do outro, a autovalorização, a catarse, para além de promover novas formas de comunicação e de relacionamento interpessoal. Como objetivos individuais dos utentes pretendeu-se promover a expressão emocional e a organização interna, aumentar o contacto visual, aumentar a volição e adesão ao tratamento, melhorar a autoestima e diminuir o foco na doença.

Além disso, pretendeu-se sensibilizar todos os técnicos e utentes para a importância da intervenção musicoterapêutica em contexto hospitalar.

6 Metodologia

6.1 Participantes

No total, foram encaminhados 17 utentes para a intervenção musicoterapêutica, estando 12 participantes inseridos num grupo e 5 em sessões individuais. 2 dos participantes eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 67 anos e média de idades aproximada de 42 anos (Tabela 1).

Quanto à intervenção individual optou-se por selecionar apenas utentes com patologia psicótica. No que diz respeito à intervenção de grupo, os critérios de inclusão foram já ter participado em atividades do hospital de dia do HSJM e ter patologia depressiva, perturbação da personalidade e/ou perturbação de ansiedade, não havendo critérios de exclusão.

Tabela 1
Caracterização dos participantes

Intervenção	Identificação	Idade	Patologia
Grupo	M.M.	38 anos	Perturbação depressiva
Grupo	M.C.	54 anos	Perturbação depressiva
Grupo	R.B.	50 anos	Perturbação depressiva <i>major</i>
Grupo	I.B.	39 anos	Perturbação da personalidade dependente
Grupo	F.A.	46 anos	Perturbação da personalidade dependente
Grupo	A.R.	67 anos	Perturbação depressiva
Grupo	J.B.	25 anos	Perturbação da personalidade <i>borderline</i>
Grupo	N.C.	48 anos	Perturbação depressiva
Grupo	S.M.	40 anos	Perturbação depressiva
Grupo	C.O.	46 anos	Perturbação depressiva
Grupo	C.P.	51 anos	Perturbação da personalidade
Grupo	J.A.	38 anos	Perturbação depressiva
Individual	A.S.	24 anos	Esquizofrenia crónica
Individual	J.H.	37 anos	Psicose esquizofrénica
Individual	K.C.	33 anos	Esquizofrenia
Individual	S.G.	38 anos	Psicose esquizoafetiva
Individual	J.S.	37 anos	Esquizofrenia

6.2 Instrumentos de avaliação

Durante o período de estágio, por forma a verificar a eficácia da intervenção, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação. Para os elementos que integraram o grupo de musicoterapia foram aplicados a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e o *Beck Depression Inventory*®-II (BDI®-II). Já na intervenção individual foram aplicados a Breve Escala de Classificação Psiquiátrica (BECF), a *Global Assessment of Functioning* (GAF) e a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). Para além destes, foram aplicados a todos os elementos o *World Health Organization Quality Of Life-bref* (WHOQOL-bref), uma entrevista semiestruturada e uma grelha de observação de musicoterapia adaptada.

A EAR (Anexo A) é constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. É um instrumento de autopreenchimento composto por 5 itens formulados positivamente e 5 itens formulados negativamente, sendo que cada item apresenta quatro opções de resposta numa escala de *likert* que varia entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. No que diz respeito à cotação da escala é obtida a pontuação total, que pode variar entre 10 e 40. Quanto mais elevada a pontuação, menor será a autoestima do sujeito (Rosenberg, 1965).

O BDI®-II (Anexo B) é constituído por 21 itens que avaliam a intensidade da depressão em utentes clínicos e normais. É um instrumento de autopreenchimento em que cada item apresenta quatro opções de resposta organizadas de forma crescente de gravidade sobre um sintoma específico da depressão. A cotação pode variar entre 0 e 63, sendo que quanto maior a pontuação maior o grau de depressão (Beck, Steer, & Brown, 1996).

A BECP (Anexo C) apresenta várias versões com diferente número de áreas. A versão utilizada foi a que avalia 18 áreas de sintomas psiquiátricos diferentes. É preenchida pelo profissional de saúde, sendo que em cada área este terá de classificar a gravidade de cada sintoma utilizando uma escala de *likert* 0 a 7, sendo 0 “não avaliado” e 7 “extremamente grave” (Overall, 1974; Overall & Gorham, 1962; Shafer, 2005).

A GAF (Anexo D) é constituída por um conjunto de afirmações que pretendem avaliar a gravidade e a funcionalidade da pessoa com doença mental. É preenchida pelo profissional de saúde, medindo o quanto os sintomas afetam o dia-a-dia de uma pessoa numa escala de 0 (pior funcionamento) a 100 (melhor funcionamento) (American Psychiatric Association, 1987, 2000).

A PANSS (Anexo E) é constituída por trinta itens divididos em três subescalas, a subescala positiva, com 7 itens, a subescala negativa, com 7 itens e a subescala de psicopatologia geral, com 16 itens. É preenchida pelo profissional de saúde, sendo que cada item é classificado utilizando uma escala de *likert* de 1 a 7, sendo 1 “ausente” e 7 “extremamente grave” (Kay, Opler, & Lindenmayer, 1989).

O WHOQOL-bref (Anexo F) é constituído por 26 itens de avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizado nas perturbações psicológicas e físicas, bem como em indivíduos saudáveis. É um instrumento de autopreenchimento com respostas na escala de *likert* de 1 a 5 que mede a qualidade de vida nos domínios saúde física, saúde psicológica, relações

sociais e meio ambiente. Para além disso, pode ser calculado o aspeto geral de qualidade de vida, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (Whoqol Group, 1994, 1998).

A entrevista (Apêndice A) foi construída com um conjunto de questões que pretendiam dar resposta aos dados pessoais, historial clínico, interesses e preferências da pessoa, componentes musicais, etc. É uma entrevista semiestruturada, pelo que poderiam ser adicionadas ou retiradas questões conforme o decorrer da mesma (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi, 2016).

A grelha de observação de musicoterapia adaptada (Apêndice B) foi criada por forma a avaliar alguns aspetos como, por exemplo, a comunicação, a cognição, as relações sociais, a motricidade, as expressões emocionais e componentes musicais.

Para além destes instrumentos, no final de cada sessão foi realizado o registo de alguns aspetos relevantes da sessão como, por exemplo, a observação direta da pessoa, temas centrais da sessão, reações pessoais e mudanças (Anexo G).

6.3 Procedimentos

O estágio teve início em novembro de 2019 e término em julho de 2020 e pode ser dividido em quatro fases: integração, intervenção, interrupção devido ao confinamento pela COVID-19 e intervenção no período de desconfinamento.

A primeira fase, que durou aproximadamente um mês, foi a fase de integração, onde foi possível observar todo o funcionamento e organização da instituição, o comportamento dos utentes, sendo também dada a possibilidade de observar algumas sessões realizadas no local de estágio.

Para além disso, foram definidos o horário e agendamento das intervenções de musicoterapia, o espaço para as sessões, qual o tipo de intervenção a fazer (individual ou grupal) e os utentes selecionados para cada intervenção, tendo em conta os horários e atividades no HSJM. Após essa seleção, foi possível consultar o processo clínico dos utentes e foi realizada uma observação mais direcionada aos mesmos na instituição, por forma a perceber desde o início qual o tipo de comportamento que apresentavam, qual a relação que mantinham com os técnicos, etc. Em consonância com a orientadora foi decidido que inicialmente apenas seriam realizadas as intervenções individuais, por forma à estagiária se ambientar aos utentes e ao tipo de intervenção e só depois se procederia à intervenção em grupo.

Na fase de intervenção, como supracitado, deu-se início às intervenções individuais. Para isso, o utente foi contactado via telefónica ou pessoalmente na instituição, por forma a tomar conhecimento desta nova intervenção e se teria interesse na mesma. Após esse contacto, o utente foi sujeito a uma primeira sessão de avaliação onde foram aplicados os instrumentos supramencionados, onde foi possível dar uma breve explicação sobre a musicoterapia, para além de dar início ao estabelecimento da relação terapêutica. Além disso, os utentes foram convidados a assinar um consentimento de autorização de gravação vídeo/áudio (Anexo H), sendo que alguns deles não o quiseram fazer, não sendo impedidos de participar na intervenção.

Após a primeira sessão, foi realizada uma contextualização do utente, caracterizando a problemática e quais os objetivos a trabalhar, construindo um plano de intervenção. As sessões seguintes foram realizadas de forma a ir ao encontro aos objetivos estabelecidos no plano de intervenção.

De realçar que as sessões individuais foram iniciadas com quatro utentes, tendo o quinto iniciado em fevereiro de 2020, por encaminhamento da psiquiatra, com os mesmos procedimentos dos participantes anteriores.

Em fevereiro deu-se também início à intervenção em grupo e, tal como na intervenção individual, cada pessoa foi contactada via telefónica ou pessoalmente na instituição, por forma a tomar conhecimento desta nova intervenção e se teria interesse na mesma. Desde logo, alguns utentes referiram que não seria possível realizar esta intervenção por motivos de trabalho, voluntariado ou por estar a ser acompanhados noutra instituição.

Após esse contacto, cada elemento teve uma primeira sessão individual de forma a ser possível aplicar os instrumentos supracitados, onde foi possível dar uma breve explicação sobre a musicoterapia, para além de dar início ao estabelecimento da relação terapêutica. Além disso, os utentes foram convidados a assinar um consentimento de autorização de gravação vídeo/áudio, sendo que neste caso, todos assinaram.

Após todos os elementos do grupo terem tido a primeira sessão individual, foi realizada uma breve contextualização de cada utente, com as problemáticas de cada um e os objetivos a trabalhar, construindo um plano de intervenção de grupo. As sessões seguintes foram realizadas de forma a ir de encontro aos objetivos estabelecidos no plano de intervenção.

A fase de interrupção ocorreu devido ao confinamento pela COVID-19, sendo que Portugal declara o estado de emergência no dia 18 de março de 2020 prolongando-se até ao dia

2 de maio de 2020. Durante este período foram parcialmente suspensos os direitos de deslocação e fixação em qualquer parte do território nacional, da propriedade e iniciativa económica privada, os direitos dos trabalhadores, da circulação internacional, o direito de reunião e de manifestação, da liberdade de culto na sua dimensão coletiva, o direito de resistência, da liberdade de aprender e ensinar e o direito à proteção de dados pessoais (Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, 2020; Decreto do Presidente da República n.º 17-A/2020, 2020; Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020, 2020). Para além disso, foram “suspensas as atividades de prestação de serviços em estabelecimentos abertos ao público, com exceção daquelas que prestem serviços de primeira necessidade ou outros serviços considerados essenciais”, sendo decretada a obrigatoriedade da adoção do regime de teletrabalho, se as funções o permitirem (Decreto n.º 2-A/2020, 2020). Assim sendo, profissões como a musicoterapia, que se inserem na categoria das atividades não medicamente indispensáveis, ficaram impedidas de exercer a sua função presencialmente.

No caso do HSJM, as atividades grupais foram suspensas, pelo que a intervenção de musicoterapia quer individual, quer de grupo também ficou interrompida. Segundo a Associação Portuguesa de Musicoterapia (Associação Portuguesa de Musicoterapia, 2020b) “o cerne da intervenção musicoterapêutica ocorre no contacto direto entre o terapeuta e o(s) utente(s)”, pelo que não foram ponderadas sessões de musicoterapia com contacto à distância, via *online*. Apesar disso, a estagiária manteve o contacto com a instituição, nomeadamente com a orientadora e com os utentes por via telefónica, de forma a manter a relação formada, tal como sugerido pela associação. No caso dos utentes, não houve sucesso no contacto, sendo que, inicialmente apenas uma utente respondia aos telefonemas.

Após o confinamento devido à COVID-19, seguiu-se o período de desconfinamento. Nesta fase, os utentes voltaram a ser contactados via telefónica de forma a agendar as sessões finais, que seriam à distância devido a condicionamentos no local de estágio. Alguns dos utentes não manifestaram interesse ou recursos para realizar as sessões em plataformas *online*, pelo que se finalizou a intervenção naquele momento. Outros utentes revelaram interesse nesta modalidade, sendo marcadas sessões semanais à distância até ao final de julho, mantendo as intervenções individuais e de grupo. Segundo a Associação Portuguesa de Musicoterapia (Associação Portuguesa de Musicoterapia, 2020a) este contacto à distância não deve ser considerado como trabalho terapêutico, tendo como principal objetivo manter a relação terapêutica ativa e o apoio na autonomia da pessoa.

6.4 Setting

As sessões de musicoterapia decorreram em três locais diferentes: no gabinete de consulta, na sala de tratamentos e na sala de atividades.

As sessões individuais inicialmente eram realizadas no gabinete de consulta. Esse espaço tinha uma área reduzida, no entanto, suficiente para uma sessão individual, dispondo apenas de uma poltrona. Devido à reorganização de salas, as sessões individuais de musicoterapia sofreram uma mudança de *setting*, sendo atribuída à estagiária a sala de tratamentos. Esta sala dispunha de mais espaço físico e melhor qualidade no que diz respeito à privacidade, no entanto, apresentava outros equipamentos que poderiam servir como distração aos participantes como, por exemplo, uma marquesa, uma poltrona, duas secretárias, duas cadeiras, um computador, uma impressora e colunas.

As sessões do grupo decorreram sempre na sala de atividades. Esta era uma sala ampla, com luz natural e continha cadeiras em número suficiente para todos os elementos do grupo, um tapete no chão, aparelho de som e um pequeno móvel para arrumos.

As sessões de grupo decorreram com os utentes em círculo, sentados em cadeiras, com um conjunto de instrumentos dispostos no centro, em cima de um tapete. As sessões individuais decorreram de igual forma com os instrumentos no centro, entre a terapeuta e o utente. Foram utilizados diversos instrumentos como a voz, instrumentos harmónicos como a guitarra e o *ukulele*, instrumentos de percussão como o triângulo, os pratos chineses, a guizeira, o *djambé*, os bongós, a pandeireta, as clavas, o bloco de dois sons/reco-reco, os ovos, as maracas, a *kalimba*, o *ocean drum*, o pau de chuva, os *boomwhackers* e o *cajon* e outros materiais como folhas de papel, marcadores e lápis de cor, cadeiras, computador, colunas e uma *action cam* para gravar as sessões autorizadas, sendo que todo este material era guardado numa sala de arrumos disponibilizada para a estagiária. De referir que os instrumentos poderiam ser adicionados ou retirados conforme o utente e a evolução das sessões.

6.5 Agenda

O estágio decorreu entre novembro de 2019 e julho de 2020, estando estabelecido o horário semanal de segunda-feira e quarta-feira das 9h às 16h. As sessões individuais tinham a duração de 45 minutos e grupais de 1h30, ambas com periodicidade semanal.

A intervenção de J.S. e S.G. sofreu uma troca direta de horário em consonância com a disponibilidade de ambas.

Tabela 2
Horário

	Segunda-feira	Quarta-feira
9h	Preparação das sessões e da sala	
9h30	A.S.	Elaboração de relatórios
10h30	K.C.	Preparação das sessões e da sala
11h30	J.S. / S.G.	S.G. / J.S.
13h	Almoço	Almoço
14h	J.H.*	
15h	Elaboração de relatórios	Grupo*

* a partir de fevereiro

7 Estudos de Caso

7.1 Estudo de caso 1

7.1.1 Caracterização

A Joana² é uma utente do sexo feminino com 37 anos e reside em Arouca com os seus pais. Concluiu o 12º ano e posteriormente trabalhou numa creche, referindo que “ficava muito nervosa quando lá estava” (sic). Ingressou num curso de manicure, que gostava, no entanto, não o concluiu devido a conflitos interpessoais. Em 2006, há registos de perturbações de comportamento, sendo que a mãe da Joana refere que esta é desconfiada em relação a situações novas, o que poderá ter despoletado os conflitos no curso de manicure.

Desde essa altura teve vários internamentos, sendo diagnosticada com esquizofrenia. A Joana não achava que os internamentos eram necessários, referindo que apenas “não conseguia dormir” (sic). Atualmente, tem melhor *insight* em relação à doença, participando assiduamente nas atividades propostas no HSJM.

7.1.2 Encaminhamento para a musicoterapia

A utente encontra-se a ser acompanhada no HSJM desde 2018. Para além das consultas com a médica psiquiatra, participa noutras atividades que são semanais como o grupo de conversação, o grupo de psicoeducação e o grupo de estimulação cognitiva (*cogweb*).

² Nome fictício

O encaminhamento foi sugerido pela orientadora de estágio, em conjunto com a psiquiatra responsável pela Joana. Após uma breve conversa com a utente deu-se início ao encaminhamento formal, pois esta manifestou muito interesse nesta intervenção.

7.1.3 Avaliação inicial

Tal como descrito no capítulo 6.2, como forma de avaliação inicial foram aplicados a BECP, a GAF, a PANSS, o WHOQOL-bref, uma entrevista semiestruturada e uma grelha de observação de musicoterapia adaptada.

Quanto à BECP, a utente obteve uma pontuação de 39, tendo como áreas mais afetadas as preocupações somáticas, a ansiedade, a retirada emocional, a desorganização conceptual, o humor depressivo e o tom emocional reduzido (efeito *blunted*). Já na GAF, obteve uma pontuação de 41, revelando alguns impedimentos importantes em atividades sociais e laborais (ex. não tem amigos, não consegue manter um emprego). Na PANSS, obteve uma pontuação de 61, tendo como subescalas mais afetadas a subescala negativa, nos itens embotamento afetivo, retraimento afetivo, pobreza de contacto, passividade/apatia/isolamento social e a subescala de psicopatologia geral, nos itens preocupações somáticas, ansiedade, depressão, perturbação da volição, preocupação e evitamento social ativo. No que respeita o WHOQOL-bref, obteve uma pontuação de 21 no domínio da saúde física, 13 no domínio da saúde psicológica, 6 no domínio das relações sociais e 22 no domínio do meio ambiente, tendo classificado com pontuação 3 a sua da qualidade de vida e a satisfação com a saúde.

Durante a entrevista, foi possível verificar que a Joana manifestava ansiedade em relação ao futuro e também culpa em relação ao seu passado “sinto-me inútil perante a sociedade” (sic). Para além disso, revelou dificuldade na expressão de sentimentos, pouca verbalização espontânea, expressão facial fechada com contacto ocular evasivo, baixa autoestima, dificuldade na atenção e dificuldade nas relações interpessoais.

A utente mencionou que gosta de ir à missa, demonstrando interesse nos cânticos lá realizados. Referiu que gosta de músicas mais comerciais e também clássicas, mencionando apreciar artistas como Mariza, Diogo Piçarra e André Rieu, sendo de evitar “músicas rockeiras” (sic). Afirmou que atualmente quase nunca canta ou dança, mas em tempos anteriores adorava estas atividades. Também no passado teria feito parte de uma banda filarmónica, tocando saxofone alto, mas desistiu devido ao receio dos comentários de outras pessoas.

Quanto à avaliação musicoterapêutica, a Joana manifestou dificuldades na componente afetiva/emocional, por exemplo, na expressão de variações de afeto, na expressão de sentimentos através de um instrumento, na demonstração da expressão facial adequada, entre outros. No que diz respeito a outros componentes observados, talvez devido à experiência musical passada, não revelou grandes dificuldades, sendo de ressaltar que a Joana durante o canto de uma canção muda de tonalidade várias vezes, de forma a ajustar o tom da melodia ao seu tom de voz.

7.1.4 *Objetivos e plano terapêutico*

Como supramencionado, após a primeira sessão que consistiu na aplicação dos instrumentos de avaliação, foi construído um plano terapêutico (Tabela 3). Esse plano contém três problemáticas (problema 1: dificuldade na expressão emocional; problema 2: dificuldade nas relações interpessoais; problema 3: baixa autoestima) e os seus objetivos gerais e sub-objetivos.

Tabela 3
Plano terapêutico Joana

	Objetivo	Sub-objetivo1	Sub-objetivo2	Sub-objetivo3	Sub-objetivo4
Problema 1	Promover a expressão emocional	Expressar e identificar sentimentos	Adequar a expressão facial ao sentimento	-----	-----
Problema 2	Aumentar as competências interpessoais	Criar uma relação com a musico-terapeuta	Aumentar a fluidez e espontaneidade do discurso	Promover o contacto ocular adequado	Promover a expressão gestual adequada
Problema 3	Aumentar a autoestima	Tocar instrumentos maiores	Tocar instrumentos com maior intensidade	Tocar saxofone numa sessão	-----

7.1.5 Processo terapêutico

A intervenção da Joana iniciou em dezembro e terminou em julho, tendo um período de interrupção entre março e maio devido à COVID-19. No total foram realizadas oito sessões presenciais até março e a restante intervenção foi realizada via telefónica, não havendo possibilidade de interação por videochamada.

As duas primeiras sessões foram baseadas na exploração dos instrumentos. A Joana praticamente experimentou apenas os instrumentos mais pequenos, sendo que os maiores que utilizou foram os bongós e os *boomwhackers*. Ambas as sessões utilizaram a técnica de improvisação e a Joana manteve quase sempre o mesmo ritmo em todos os instrumentos. Foi notória a exploração do corpo, utilizando também os pés para produzir som. Para além disso, demonstrou logo à vontade para cantar, acompanhando-se por instrumentos de percussão, revelando também necessidade de comunicação verbal. Inicialmente a expressão facial era apática e o seu contacto ocular muito evasivo, no entanto, ao longo das duas sessões, a Joana foi sorrindo e adequando o seu olhar, alternando-o com a musicoterapeuta e com os instrumentos.

Entre as duas primeiras sessões e as seguintes, houve um período em que a Joana faltou a todas as atividades do hospital, inicialmente com aviso, mas depois sem aviso. Posteriormente, revelou que passou por um período mais instável da doença, mas que no momento estava melhor.

Nas sessões 3 e 4 foram realizadas uma improvisação instrumental e a Joana pouco tempo depois iniciava com o canto, tocando um instrumento pequeno acompanhando o ritmo da música. O ritmo utilizado ia ao encontro daquele já realizado em sessões anteriores.

As sessões continham sempre momentos de canto em que a musicoterapeuta acompanhava com a guitarra. A utente manifestava muito interesse no canto, sendo que cantava a melodia certa, mas por vezes mudava de tonalidade talvez devido ao seu alcance vocal. A sua expressão facial era mais aberta em certos momentos e iniciava espontaneamente o discurso, sendo que algum tempo da sessão era despendido na comunicação verbal.

Nas sessões 5 e 6 verificou-se uma mudança. A utente, pela primeira vez tocou e cantou acompanhando-se pela guitarra. Nestas sessões apresentou uma postura de maior confiança, liderando toda a sessão. Apenas foi realizada a atividade de canto em que a utente tocava a guitarra de forma rítmica, mas sem técnica e a musicoterapeuta tocava outros instrumentos de

percussão. A Joana não parecia importar-se com a sua prestação na guitarra, mantendo uma boa melodia vocal, com alteração de tonalidade devido ao alcance vocal. Durante estas sessões a sua expressão corporal era muito mais descontraída e a expressão facial sempre sorridente, mantendo a necessidade do discurso verbal.

A sessão 7 iniciou com uma improvisação e a utente tocou instrumentos de percussão de forma ritmada e quando trocou para o *ukulele*, começou a cantar, como é habitual. Esta sessão, tal como a sessão 8, sentiu mais necessidade de falar, passando a maior parte do tempo da sessão nesse registo. Na sessão 8 cantou e tocou pandeireta e a musicoterapeuta acompanhou na guitarra. Para além disso, a utente revelou que tinha começado a tocar saxofone em casa por ocasião do aniversário do pai.

Depois do período de interrupção e de forma a não haver um término repentino da intervenção, realizaram-se chamadas telefónicas, não sendo possível fazer videochamadas. Essas chamadas tiveram o objetivo de manter a relação terapêutica, saber qual foi o impacto da pandemia na Joana e qual foi a opinião dela relativa à intervenção da musicoterapia.

7.1.6 Discussão do caso

Os objetivos no caso da Joana foram promover a expressão emocional, tendo como sub-objetivos expressar e identificar sentimentos e adequar a expressão facial ao sentimento, aumentar as competências interpessoais, tendo como sub-objetivos criar uma relação com a musicoterapeuta, aumentar a fluidez e espontaneidade do discurso, promover o contacto ocular adequado e promover a expressão gestual adequada e aumentar a autoestima, tendo como sub-objetivos tocar instrumentos maiores, tocar instrumentos com maior intensidade e tocar saxofone numa sessão.

Ao longo da intervenção as técnicas mais utilizadas foram a improvisação e a recriação. Quanto à primeira foi possível verificar que a Joana utilizou inicialmente instrumentos mais pequenos e mantinha quase sempre um ritmo predominante. Apesar disso, gradualmente foi utilizando instrumentos maiores como a guitarra, por exemplo, cumprindo esse sub-objetivo e demonstrando mais autoconfiança e autoestima. Silverman, (2019) corrobora que a improvisação poderá revelar alguns sentimentos de baixa autoestima, que poderão ser trabalhados com esta mesma técnica, como foi o caso da Joana. Era capaz de fazer dinâmicas sem a intervenção da musicoterapeuta, no entanto, nunca conseguiu subir a intensidade para além do proposto como sub-objetivo. Quanto ao sub-objetivo de tocar saxofone, este não aconteceu na sessão, mas sim no contexto natural da Joana, sendo que ela partilhou que foi uma

atividade que lhe proporcionou sentimentos de auto e hétero-valorização. No que diz respeito à segunda técnica utilizada, a recriação, esta permitiu a expressão de sentimentos através da voz e das canções. Durante a intervenção a utente foi capaz de adequar a sua expressão facial ao sentimento, aparentando estar feliz ou triste apenas com a face e confirmando verbalmente. As suas competências interpessoais também melhoraram, havendo a criação de uma boa relação terapêutica, com uma boa fluidez e espontaneidade do discurso, um contacto ocular adequado e não evasivo e com uma expressão gestual adequada. Todas as sessões tinham uma componente de discussão verbal relativa às atividades realizadas que permitia a reflexão e tradução do processo musical (Geretsegger et al., 2017).

As intervenções vão ao encontro da literatura, que revela que a improvisação e a recriação, bem como outras técnicas têm impacto nos sintomas da esquizofrenia, proporcionando a expressão, exploração e reflexão de problemas existentes. Neste caso, verificaram-se resultados que estão comprovadas pela evidência como melhorias na expressão emocional e na comunicação verbal e não-verbal e a redução de sintomas como as perturbações afetivas, a avolição, as perturbações do *self* e as perturbações da relação com o mundo externo (Bruscia, 2014; Silverman, 2018; Unkefer & Thaut, 2005).

A criação de uma relação terapêutica também provou ser significativa, visto que a utente referia que se sentia à vontade com a musicoterapeuta, o que pode ter permitido mais confiabilidade, melhores mudanças terapêuticas, maior adesão e nível de satisfação relacionados com a intervenção (Norcross & Lambert, 2018; Silverman, 2019; Unkefer & Thaut, 2005).

A utente demonstrou autodeterminação, que é um fator relevante para o *recovery*, visto que ela própria começou a tomar decisões relativas a intervenções que estava a ter no HSJM e também outras com impacto na sua vida diária, como o pedido do atestado de incapacidade multiuso, por forma a ter alguma fonte de rendimento. Para além deste fator, também melhorou no aspeto de foco e bem-estar, sendo que tentava perceber os aspetos positivos de um acontecimento, ainda que, por vezes, mantivesse os pensamentos negativos. Isto, segundo a Joana, foi influenciado pela sua mãe que lhe diz muitas vezes para ver o lado positivo das coisas e para ver e desenvolver os seus pontos fortes (Solli et.al., 2013).

Wheeler (1983) divide a prática da musicoterapia psiquiátrica em três níveis e, neste caso, considera-se que o nível utilizado foi a musicoterapia reeducativa orientada para o *insight*. Na intervenção, foi possível haver uma reorganização de padrões e aquisição de *insights* e

atitudes relativas a muitos aspetos da vida diária e da realização das atividades da vida diária como, por exemplo, limpar a casa, cozinhar, trabalhar no campo, costurar, etc.. Neste nível a verbalização complementa a intervenção, pelo que todas as atividades eram seguidas de uma componente verbal.

Com a Joana foram utilizadas as técnicas sugeridas por Unkefer & Thaut (2005) que são técnicas de expressão musical e de movimento utilizando os sentimentos como temas de performance, a interação verbal de suporte para identificar sentimentos e emoções, a utilização da música como prazerosa e atrativa para estimular a motivação e promover o envolvimento em atividades com objetivos terapêuticos, o uso do ritmo, forma, dinâmicas, melodia e harmonia na performance musical e estrutura de interação do *self* com o ambiente e a estruturação dos objetivos para a performance na improvisação musical.

7.2 Estudo de caso 2

7.2.1 Caracterização

O segundo estudo de caso escolhido foi um grupo, constituído por 12 participantes, um do sexo masculino e onze do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 67 anos, totalizando uma média de aproximadamente 45 anos. Aquando o contacto de forma a saber se os utentes estavam interessados em ingressar num novo grupo de intervenção de musicoterapia, alguns referiram que não seria possível participar, por motivos já mencionados. Assim sendo, o grupo contou com a participação de nove pessoas. Quanto à escolaridade dos participantes, quatro pessoas têm a 4ª classe, duas têm o 6º ano, uma o 9º ano e duas o 12º ano. No que respeita a zona de residência, o grupo continha utentes de Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra. A maioria dos integrantes sofria de uma perturbação do humor, mais especificamente a perturbação depressiva, sendo que o grupo também contava com perturbações da personalidade, nomeadamente dependente e *borderline*.

7.2.2 Encaminhamento para a musicoterapia

Todos os integrantes do grupo participam ou já participaram em atividades do HSJM, como o grupo psicoterapêutico ou o *atelier* terapêutico, sendo esta característica um critério de inclusão. Outro critério foi ter patologia depressiva, perturbação da personalidade, perturbação de ansiedade, não havendo critérios de exclusão.

Alguns dos participantes são acompanhados de forma semanal pela sua enfermeira responsável, de forma quinzenal em atividades grupais e outros de forma bimestral com a médica psiquiatra ou a psicóloga.

O encaminhamento para o grupo de musicoterapia foi sugerido pela orientadora de estágio, em consenso com os médicos psiquiatras de cada utente. Após o contacto com os utentes, deu-se início ao encaminhamento formal daqueles que manifestaram interesse.

7.2.3 Avaliação inicial

Tal como descrito no capítulo 6.2, como forma de avaliação inicial foram aplicados de forma individual a EAR, o BDI®-II, o WHOQOL-bref, uma entrevista semiestruturada e uma grelha de observação de musicoterapia adaptada.

Na EAR, apenas uma participante tem os valores da autoestima considerados normais. Dos restantes, cinco tem uma autoestima baixa e três uma autoestima com valores muito abaixo do normal. No BDI®-II, tal como na EAR, apenas uma participante tem os valores considerados mínimos na depressão. Dos restantes, cinco apresentam depressão moderada e três apresentam depressão severa. No WHOQOL-bref é possível verificar que os domínios mais afetados são o da saúde física e o da saúde psicológica, com apenas três utentes com valores acima da média no primeiro domínio e dois no segundo. No domínio das relações sociais apenas uma pessoa se encontra ligeiramente abaixo da média e no domínio do meio ambiente três pessoas estão abaixo da média. Na avaliação de musicoterapia é possível verificar algumas limitações na componente musical e na afetivo/emocional, sendo que muitos dos participantes do grupo têm dificuldade na exploração dos sons vocais e corporais, na improvisação, na interação com o outro e na expressão de sentimentos através de um instrumento. Para além disso, alguns dos utentes têm dificuldades na exploração do espaço, na repetição de ritmos e na coordenação motora.

7.2.4 Objetivos e plano terapêutico

Como supramencionado, após a primeira sessão individual de cada elemento do grupo que consistiu na aplicação dos instrumentos de avaliação, foi construído um plano terapêutico para o grupo (Tabela 4). Esse plano contém três problemáticas (problema 1: coesão grupal; problema 2: foco na doença; problema 3: baixa autoestima) e os seus objetivos gerais e sub-objetivos.

Tabela 4
Plano terapêutico Grupo

	Objetivo	Sub-objetivo1	Sub-objetivo2	Sub-objetivo3	Sub-objetivo4
Problema 1	Promover a coesão grupal	Identificar as necessidades de outros participantes	Colaborar em tarefas coletivas	Promover sentimentos de pertença	-----
Problema 2	Diminuir a atenção focada na doença	Fomentar um espaço livre e seguro	Promover a criatividade e espontaneidade	Promover a catarse	-----
Problema 3	Aumentar a autoestima	Explorar a expressão musical	Explorar a execução instrumental com maior intensidade	Explorar a projeção vocal e o canto	Promover o prazer e bem-estar

7.2.5 Processo terapêutico

A intervenção do grupo iniciou em fevereiro e terminou em junho, tendo um período de interrupção entre março e maio devido à COVID-19. No total foram realizadas nove sessões, cinco presenciais e quatro à distância. De notar que o número de elementos não foi consistente ao longo da intervenção, sendo que as sessões nunca tinham o grupo completo.

Na primeira sessão foi introduzida a musicoterapia e foram estabelecidas as regras do grupo. Foi uma sessão de apresentação dos elementos do grupo e exploração dos instrumentos, iniciando também a relação terapêutica com a musicoterapeuta e com o restante grupo. Foram realizadas atividades de canto de uma melodia desconhecida de apresentação e de uma canção popular, atividades de improvisação, atividades de imitação de um ritmo simples com a utilização do corpo e uma discussão final. Na atividade de canto, tanto da melodia desconhecida como da conhecida, os participantes estavam com algum receio de cantar, no entanto, com o incentivo grupal foi uma atividade que disfrutaram e quiseram repetir. Na improvisação foi uma cacofonia, pois cada utente estava a explorar a sonoridade do instrumento com curiosidade, não estando atento ao restante grupo. Na imitação alguns participantes tiveram dificuldade, sendo

necessário repetir o ritmo. Na discussão final o grupo deu o seu *feedback* relativo à sessão, aos instrumentos que mais e menos gostaram, quais as atividades que gostaram mais e menos e quais sentiram mais dificuldades.

No início da sessão o grupo estava expectante, não havia muita interação com os restantes elementos e a expressão facial era apática. Ao longo da sessão foi notória a expressão facial mais aberta e com sorrisos, maior interação entre o grupo e com partilha de instrumentos. Alguns participantes exploravam o espaço, mudando de cadeiras e indo buscar instrumentos que estavam mais longe, enquanto que outros se mantiveram sentados e tocavam os instrumentos que estavam mais próximos.

Na sessão seguinte integrou um novo elemento e o grupo quis cantar a canção de apresentação da sessão anterior. Foi um momento de estimulação da memória em que apenas dois elementos foram capazes de recordar a melodia e a letra da canção. Foi um momento de descontração e preparação para o resto da sessão. Nesta sessão foram realizadas atividades de improvisação e de recriação de canções. Como os utentes estavam mais familiarizados com os instrumentos foi mais fácil escolher um para caracterizar a emoção que estavam a sentir. Na improvisação com todo o grupo foi possível verificar um maior envolvimento, com mais escuta do outro. Alguns utentes mantiveram-se num registo mais passivo, tocando os instrumentos mais próximos, enquanto que outros exploraram o espaço e os movimentos corporais, fazendo uns passos de dança. Na recriação de canções o grupo estava mais confortável, ainda que fosse difícil recordar a letra.

Nesta sessão houve maior interação entre os participantes, com trocas de instrumentos e comunicação verbal e não-verbal. Ao longo da sessão os participantes esboçavam um sorriso e envolvimento, contudo quando a atividade parava a expressão facial voltava a ser deprimida.

A terceira sessão iniciou com uma improvisação individual relativa ao estado de espírito sentido naquele momento. Cada pessoa deveria escolher um instrumento, transmitir ao grupo o que estava a sentir e os restantes participantes tentavam adivinhar. Algumas improvisações foram mais explícitas e o grupo demonstrou maior facilidade na tradução do sentimento, enquanto que outras foram mais difíceis de decifrar. De seguida, foi realizada uma atividade de imitação com um crescendo gradual de intensidade. Nessa atividade alguns utentes escolheram instrumentos naturalmente mais poderosos. Apesar disso, todo o grupo se soube adaptar à progressão da intensidade, sendo possível verificar o respeito pelo outro, a atenção e a interação com uma expressão facial adequada.

A atividade realizada a seguir foi uma improvisação com todo o grupo. Esta improvisação foi muito coesa, com o grupo no mesmo padrão de ideia que era a música popular portuguesa com os seus ritmos característicos. Quando a musicoterapeuta realizava dinâmicas, o grupo respondia. Ao passar da improvisação, um elemento do grupo começou a cantar “Ó Rosa arredonda a saia”, dando o mote para a parte de recriação da sessão. Nessa parte, o grupo manteve-se com os instrumentos da improvisação, sendo que alguns elementos eram capazes de cantar ao mesmo tempo que tocavam e outros pararam completamente de tocar. Foram cantadas outras canções populares como “O mar enrola na areia”, tendo como auxílio visual a letra da música. Alguns utentes não respeitavam o tempo da música, cantando mais rápido, talvez demonstrado ansiedade ou inquietação. Um dos participantes demonstrou muito à vontade na parte do canto sobrepondo-se muitas vezes ao grupo. A última atividade foi de movimento, tendo o grupo que andar em roda ao ritmo da música, que tinha variações de tempo, fazendo os movimentos corporais que quisessem como se fosse uma dança. Nesta atividade, o grupo foi capaz de se adaptar às variações de tempo, tendo alguma dificuldade na expressão corporal. Foi notório o crescendo de energia que a música e a expressão corporal proporcionou ao grupo.

Nesta sessão o grupo aparentou estar consolidado, havendo maior interação entre todos os elementos e maior perceção das necessidades do outro, sendo que alguns elementos começaram a perceber os estados de espírito do outro afirmando “hoje não estás muito bem...” (sic).

A quarta sessão iniciou da mesma forma que a terceira, ou seja, com uma improvisação individual sobre o estado de espírito. Os utentes foram capazes de expor de forma mais adequada os seus sentimentos através de um instrumento e o grupo capaz de os transpor verbalmente. Esta foi uma atividade de preparação para a improvisação seguinte com todo o grupo. O tema da improvisação foi a “esperança”. No início o grupo estava um pouco desconfortável, apesar disso, alguns elementos verbalizaram palavras relativas à esperança, seguindo para a improvisação instrumental, que manteve o registo sonoro-musical, que era de canções populares. A atividade seguinte foi o aquecimento vocal de preparação para o canto. Foram realizadas três repetições utilizando a técnica de *toning*, que despoletou no grupo muitas gargalhadas. Na atividade de recriação através do canto, cada pessoa deveria tocar um instrumento apenas mantendo o tempo e foi notória a dificuldade de alguns participantes em seguir o ritmo da música quando estavam a liderar.

Verificou-se progressivamente o crescimento do grupo, onde os elementos foram capazes de perceber o outro e perceber as suas necessidades. Houve à vontade com todos os elementos do grupo e maior partilha de experiências musicais e também pessoais.

A quinta sessão foi a última presencial e foi atípica. Os participantes não quiseram tocar, sendo que a musicoterapeuta os deixou à vontade para isso. Nesta sessão abordou-se o estado atual do mundo devido à pandemia pela COVID-19. Foi possível verificar o receio para com esta nova doença e o medo de perder entes queridos. Para além disso, o facto de ficar confinados em casa também era motivo de preocupação para os utentes, pois esse era um dos motivos que agravava a sua doença.

Depois do período de interrupção, deu-se continuidade à intervenção de musicoterapia à distância. A primeira sessão *online* foi uma sessão de *feedback* relativo à fase da quarentena, as alterações na rotina, as emoções e dificuldades sentidas, etc. Para além disso, foram estabelecidos o horário e a data final da intervenção em concordância com os elementos. Durante a quarentena, os utentes referiam sentir medo de ir às compras e manifestaram dificuldades em estar em casa pois “não tenho nada que fazer” (sic), revelando que a sua rotina era ver televisão e, por vezes, fechar-se no quarto.

Na segunda sessão *online* estiveram presentes quatro elementos, onde foi novamente pedido o *feedback* relativo à quarentena, sendo informada a data final deste tipo de intervenção. Nesta sessão foram realizadas atividades de imitação e audição. Na atividade de imitação, a musicoterapeuta realizou um ritmo utilizando o corpo, sendo que os utentes tinham de o replicar, cada um na sua vez. De seguida, cada utente teria de criar um ritmo para os restantes elementos do grupo imitarem. Foi uma atividade desafiante devido às condições externas, pois muitos utentes estavam a utilizar o telemóvel, a *internet* poderia ter falhas, etc. Apesar disso, cumpriram a atividade, sendo que um deles manifestou dificuldades na imitação do ritmo, mesmo quando repetido. A atividade seguinte foi a audição e os utentes referiram que tinham dificuldade em ouvir a canção, no entanto, foram capazes de descrever a música numa palavra, como solicitado.

Na terceira sessão *online* apenas esteve presente uma utente, sendo que foi pedido à utente para escrever um verso e cantar a música de São João.

Na quarta e última sessão *online* estiveram presentes duas utentes e foi pedido o *feedback* geral das sessões de musicoterapia. Ambas referiram que gostaram das sessões e que

os instrumentos preferidos eram “os da água” (sic), como o *ocean drum* ou o pau de chuva. As utentes revelaram que em todas as sessões entravam mais tristes, mas saíam com boa-disposição para o resto do dia. Uma das utentes referiu que não tem sentido rítmico e que gosta de tocar “sem ordem” (sic), referindo-se talvez à improvisação. No geral, o *feedback* foi positivo, sendo que as utentes preferiam que as sessões tivessem uma continuidade, apesar da pandemia.

7.2.6 Discussão do caso

Os objetivos no caso do grupo foram promover a coesão grupo, tendo como sub-objetivos identificar as necessidades de outros participantes, colaborar em tarefas coletivas e promover sentimentos de pertença, diminuir a atenção focada na doença, tendo como sub-objetivos fomentar um espaço livre e seguro, promover a criatividade e espontaneidade e promover a catarse e aumentar a autoestima, tendo como sub-objetivos explorar a expressão musical, explorar a execução instrumental com maior intensidade, explorar a projeção vocal e o canto e promover o prazer e bem-estar.

Alguns dos objetivos foram cumpridos como a identificação das necessidades de outros participantes, sendo que ao longo das sessões alguns dos elementos do grupo foram capazes de perceber através da componente não-verbal o que o outro precisava. Os utentes também colaboravam em tarefas coletivas como, por exemplo, nas atividades musicais e até na arrumação do material. O sub-objetivo dos sentimentos de pertença não foi cumprido na totalidade, pois um elemento do grupo não aparentava essa sensação, apesar de todo o grupo proporcionar esse ambiente. Quanto ao objetivo de diminuir a atenção focada na doença e os seus sub-objetivos, estes não foram cumpridos. Neste caso a musicoterapia proporcionou um momento de foco no “aqui e agora”, no entanto sempre que terminava a atividade, quando os utentes estavam mais deprimidos, falavam nos seus problemas e preocupações (Hannibal et al., 2019; Kenner, Baker, & Treloyn, 2020). No sub-objetivo de promover a criatividade e espontaneidade alguns dos utentes queriam tocar os instrumentos de forma mais técnica, mesmo que a musicoterapeuta dissesse que não havia forma correta. Apesar disso, noutras situações como na improvisação ou expressão corporal foram capazes de ser mais criativos e espontâneos, tendo espaço para explorar novas formas de comunicação e de expressão (Kenner et al., 2020). O objetivo de promover a autoestima também não foi cumprido, visto que nem todos os utentes exploraram a expressão e a execução instrumental com maior intensidade. O sub-objetivo de projeção vocal e cantar foi cumprido, no entanto alguns elementos não tinham tanto à vontade para expor a sua voz. O sub-objetivo de promover o prazer e bem-estar também foi cumprido,

sendo que os utentes referiam que saíam da sessão mais bem-dispostos e predispostos para o resto do dia.

As intervenções utilizadas vão ao encontro com a literatura sendo que a improvisação e o canto em grupo têm impacto nas perturbações do humor e a consciência do movimento e a dança são técnicas utilizadas na falta de energia (Unkefer & Thaut, 2005). Neste caso, verificaram-se resultados que estão comprovadas pela evidência como a melhoria das competências sociais, de relação e de expressão emocional, promovendo a comunicação verbal e não-verbal, o contacto ocular, a interação interpessoal, o reconhecimento e expressão de sentimentos, a criação de vínculos, a sensação de pertencer a um grupo e novas formas de se relacionar com o outro, a melhoria da sensação de segurança, da autoestima, da atenção e concentração e das perturbações do *self* (Geretsegger et al., 2017; Hannibal, 2016; Silverman, 2018; Unkefer & Thaut, 2005; Valencia, Murow, & Rascón, 2006).

Os temas das sessões foram os sugeridos por Solli et al. (2013) e Solli & Rolvsjord (2015) que são, entre outros, temas de prazer e alegria, de liberdade e relaxamento, de motivação e esperança, de pertença, de trabalho de equipa, de participação social, de consciência, expressão e regulação de emoções e de identidade.

Wheeler (1983) divide a prática da musicoterapia psiquiátrica em três níveis e, neste caso, considera-se que foram utilizados dois níveis. Os níveis utilizados foram a musicoterapia de suporte orientada para atividades e a musicoterapia reeducativa orientada para o *insight* e processo, sendo que foram realizadas atividades musicais com objetivos terapêuticos que proporcionaram a experiência de participação, o controlo de comportamentos, o suporte e exposição dos sentimentos, pensamentos e reações interpessoais, reorganizando os seus valores e padrões comportamentais.

Quanto ao planeamento das sessões foram utilizadas as sugestões de estrutura de Sabbatella (2007) e Valencia, Murow, & Rascón (2006), sendo realizadas atividades que incluíam a canção de nomeação com uma estrutura musical simples, a improvisação instrumental livre, individual ou em grupo, a escrita de canções e a expressão pessoal de sentimentos.

No caso do grupo foram utilizadas as técnicas sugeridas por Unkefer & Thaut (2005) que são técnicas de expressão musical e de movimento utilizando os sentimentos como temas de performance, interação verbal de suporte para identificar sentimentos e emoções,

participação em atividades musicais que estimulem a interação do grupo, técnicas de performance expressiva para promover a autoconfiança, motivação e foco de atenção positiva, uso da música como estímulo auditivo para facilitar o exercício físico, uso da música como estímulo multissensorial externo para proporcionar experiências agradáveis e motivadoras, estruturação dos objetivos para a improvisação musical e movimento com foco na atenção.

Segundo Bruscia (2104), foram utilizadas técnicas ativas e recetivas, que proporcionaram momentos de expressão, exploração e reflexão dos problemas dos utentes, podendo também refletir sobre o *self* e o mundo do outro.

A composição proporciona aos utentes a oportunidade de explorarem e organizarem os seus pensamentos relativos a um tema. No caso de uma das sessões *online*, foi sugerido a escrita de um verso em composição livre, sendo que se deveria ter iniciado pela escrita mais estruturada como, por exemplo, o preenchimento de espaços em branco, devido à dificuldade que as utentes sentiram numa composição sem estrutura (Silverman, 2019). No caso da utilização de atividades com um objetivo terapêutico, tal como sugerido pela evidência, estas tiveram impacto no respeito, na confiança, na troca de ideias e na cooperação entre os elementos do grupo. A improvisação livre, no caso, também corrobora a evidência, permitindo a escuta e o ajuste musical ao outro, o respeito e a empatia, diminuindo o julgamento e aumentando a aceitação, sendo utilizada para integrar pensamentos e sentimentos e expressá-los emocionalmente de forma adequada (Hannibal et al., 2019; Odell-Miller, 2016).

8 Outras Intervenções e Projetos

8.1 A.S.

A.S. é uma utente do sexo feminino com 24 anos e reside em Santa Maria da Feira com os seus pais. Na sua infância, foi vítima de agressão física por parte do pai, tendo sido institucionalizada, no entanto, fugia das instituições onde estava. Para além disso, começou a consumir substâncias ilícitas desde os 12 anos, não sendo capaz de concluir a escolaridade obrigatória devido à doença. Foi diagnosticada com esquizofrenia crónica, tendo vários internamentos e, atualmente, é acompanhada no HSJM pela equipa de reabilitação psicossocial, tendo sido encaminhada para sessões individuais de musicoterapia.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na expressão emocional, na diminuição da sintomatologia negativa, como o retraimento e o embotamento afetivo e na organização do discurso. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação musical, a recriação e a escuta de canções da preferência da pessoa. É importante referir que as sessões foram de vinte

minutos, sendo que a utente após este tempo manifestava interesse em ir embora para fumar ou sair daquele espaço.

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, verificou-se que A.S. foi capaz de manter mais contacto ocular com a musicoterapeuta, sendo que, inicialmente este contacto era predominantemente feito com o instrumento musical. A sua forma de expressão na improvisação manteve-se desorganizada e sem uma pulsação constante, o que se manifestava também no discurso verbal, que não tinha uma linha de raciocínio lógico. Contudo, quando a musicoterapeuta fazia uma pulsação marcada nas improvisações, por breves momentos havia sincronia entre as duas intervenientes, ou seja, aparentemente estavam a tocar juntas com o mesmo tempo e o mesmo tipo de experiência sonoro-musical. Apesar disso, logo de seguida, A.S. mudava de instrumento ou de ritmo, talvez demonstrando a dificuldade em “estar junto” com outra pessoa ou sentindo que o seu mundo foi invadido. Para além disto, não era capaz de se adaptar a mudanças de dinâmica, continuando a improvisação de forma espontânea.

Os instrumentos de avaliação não foram aplicados no término da intervenção dado que a utente quis dar por finalizadas as sessões de musicoterapia, sem aviso prévio, em fevereiro.

8.2 J.H.

J.H. é um utente do sexo masculino com 37 anos e reside em Vale de Cambra com a sua mãe e irmão, sendo que o seu pai está atualmente emigrado em Africa. É mestre de engenharia eletrónica e de telecomunicações, tendo trabalhado como técnico da TDT.

Há registo de acompanhamento psiquiátrico pelo menos a partir de 2007, sendo diagnosticado com psicose esquizofrénica. Foi internado compulsivamente múltiplas vezes devido à falta de *insight*, sendo que chegava a ser agressivo com os pais e não tomava a medicação. Atualmente, afirma tomar a medicação sem falhas, referindo que lhe “faz bem” (sic) e é acompanhado quinzenalmente no HSJM em consultas de gestão de caso. Foi também encaminhado pela psiquiatra para sessões individuais semanais de musicoterapia. J.H. manifesta dificuldades na adesão a atividades sócio ocupacionais referindo que “não gosto” (sic). Apesar disso, foi assíduo nas sessões de musicoterapia, talvez devido ao cariz individual.

Manifesta também dificuldades no relacionamento interpessoal, referindo que “não tenho amigos” (sic). Para além disso, o seu discurso é marcado pela desorganização conceptual, mantendo sintomas negativos como o retraimento e embotamento afetivos, pobreza de contacto e apatia.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na expressão de sentimentos através do corpo e dos instrumentos, na diminuição da tangencialidade do discurso e no aumento da interação com o outro, aumentando o contacto ocular e promovendo uma expressão gestual e corporal adequada. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação musical, a escuta de canções da preferência da pessoa, a expressão de movimento e a expressão através do desenho.

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, verificou-se que J.H. manteve as suas dificuldades na expressão de sentimentos de forma não-verbal. Quando solicitado verbalmente, era capaz de referir o sentimento, no entanto, na improvisação não se verificava uma expressão espontânea, sendo que o utente esperava que a musicoterapeuta iniciasse. No que diz respeito ao discurso, não se verificaram melhorias, sendo apenas capaz de manter uma sequência lógica no discurso, quando dizia frases curtas. Verificou-se um aumento progressivo no contacto ocular, mantendo-o por mais tempo com a musicoterapeuta ainda que, por vezes, olhasse para o chão. Na expressão gestual observaram-se algumas melhorias, no entanto, a postura corporal manteve-se rígida e em atividades de movimento J.H. não era capaz de realizar movimentos fluidos.

As sessões terminaram devido ao confinamento pela COVID-19, pelo que, os instrumentos de avaliação não foram aplicados no término da intervenção. Quando solicitada a participação numa sessão experiencial por videochamada, o utente referiu que não estava interessado por motivos de uma má experiência na sessão com a psiquiatra, referindo que “não me sinto confortável” (sic). O seu *feedback* em relação às sessões de musicoterapia foi positivo, referindo que “foi uma nova experiência” (sic) e que as sessões não eram difíceis, mas era “preciso tato” (sic).

8.3 K.C.

K.C. é uma utente do sexo feminino com 33 anos e reside em Santa Maria da Feira com a sua mãe e irmã. O seu pai faleceu quando ela tinha 19 anos e aos 25 anos teve uma rutura amorosa complicada. Concluiu o curso de engenharia alimentar, no entanto, nunca trabalhou na área, tendo sido colaboradora num restaurante e numa loja de informática. Nesses trabalhos, afirmou que “não correu muito bem” (sic), devido à pressão exercida sobre ela.

K.C. afirmou ter sentido experiências que considera bizarras como, por exemplo, “via coisas, ouvia ambulâncias e carros da polícia. Vi a minha mãe a comer frango como uma canibal” (sic), tendo sido internada em março de 2018. Foi diagnosticada com esquizofrenia

desde essa data, tendo um outro internamento voluntário quando os sintomas se voltaram a manifestar de forma exacerbada. Desde então, afirma ter melhorado “antes estava muito apática” (sic), participando em atividades no HSJM e numa associação de saúde mental. Tem como objetivo a longo prazo fazer um curso de pastelaria ou barista.

Manifesta algum embotamento e retraimento afetivos, preocupações somáticas ansiedade, lentificação motora, tremores, dificuldade na expressão de sentimentos, pouca verbalização espontânea e a expressão facial é, por vezes, fechada.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na promoção da expressão emocional, pretendendo-se que a utente fosse capaz de expressar sentimentos de forma não-verbal através, por exemplo, da expressão facial e de forma verbal, no aumento da capacidade de reação e na diminuição dos tremores. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação musical, o canto, os jogos musicais, a recriação, a escuta de canções da preferência da pessoa, a expressão de movimento e a expressão através do desenho.

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, K.C. teve um progresso notório. Inicialmente vinha às sessões com uma postura mais em baixo e com a aparência descuidada. Tocava instrumentos pequenos, mas com curiosidade, experimentando dois instrumentos ao mesmo tempo. Quando mantido contacto ocular, esboçava um sorriso. Progressivamente, foi explorando os instrumentos maiores, mantendo o seu interesse nos mais pequenos e nos que iam ao encontro ao seu passado na dança do ventre. Era capaz de mencionar quais os instrumentos que gostava mais e os sentimentos que cada instrumento lhe transmitia. Para além disso, ao longo da intervenção, foi progressivamente capaz de expressar de forma mais evidente sentimentos através dos instrumentos e também através da sua expressão facial e quanto à comunicação verbal, era capaz de introduzir temas de conversa de forma espontânea e a sua aparência também estava mais cuidada, utilizando até maquilhagem.

As sessões terminaram devido ao confinamento pela COVID-19, pelo que os instrumentos de avaliação não foram aplicados no término da intervenção. Foram realizadas inúmeras tentativas de contacto de forma a sugerir o término do processo terapêutico à distância, por exemplo, por uma videochamada e para obter algum *feedback* relativo à intervenção. Apesar disso, não foi obtida nenhuma resposta por parte da utente.

8.4 S.G.

S.G. é uma utente do sexo feminino com 38 anos e reside em Santa Maria da Feira com os seus pais. Concluiu o 9º ano, referindo que deixou os estudos porque queria trabalhar, sendo que exerceu funções na área do calçado, automóveis e hotelaria. Atualmente, encontra-se de baixa médica, referindo que tem dificuldades ao nível da concentração, da energia e da motivação.

No processo clínico, há registos de alterações comportamentais, isolamento, incapacidade de manter o funcionamento laboral e atividade alucinatória auditivo-verbal desde 2012. Desde aí, foi acompanhada no HSJM regularmente, tendo o diagnóstico de psicose esquizoafetiva. É importante referir que a sua mãe tem o diagnóstico de esquizofrenia.

S.G. manifesta sintomas negativos como o retraimento e embotamento afetivos, apatia, isolamento social, depressão, anedonia, avolição, falta de espontaneidade e fluidez no discurso, pouco contacto ocular e baixa autoestima.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na promoção da expressão emocional, no aumento da motivação e da autoestima. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação musical, o canto, os jogos musicais, a recriação, a escuta de canções da preferência da pessoa e a expressão de movimento.

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, S.G. teve um progresso notório. Inicialmente faltava às sessões, vinha com uma postura deprimida e com pouca confiança, tocava instrumentos pequenos e preferencialmente os que estivessem próximo dela, tocava muito baixo e quando solicitado para tocar mais alto, não o fazia, não cantava, com ou sem o acompanhamento vocal da musicoterapeuta. Ao longo das sessões, demonstrou uma postura mais alegre e confiante, sendo possível verificar também pelas cores mais vivas da roupa. Nesta fase, utilizava todos os instrumentos disponíveis, incluindo o *cajon*, manifestando algum receio de se sentar nele, devido ao seu peso. Quando foram realizados alguns jogos musicais de pergunta-resposta, era capaz de interagir de forma adequada, respondendo a alterações de dinâmica e de ritmo, esta última com alguma dificuldade. Para além disso, foi capaz de cantar uma canção do seu interesse, uma canção popular, com a musicoterapeuta a acompanhar na voz e na guitarra e também começou a verbalizar os sentimentos do início e do final da sessão.

As sessões terminaram devido ao confinamento pela COVID-19, pelo que os instrumentos de avaliação não foram aplicados no término da intervenção. Quando solicitada a

participação numa sessão experiencial por videochamada, a utente referiu que não tinha recursos materiais, como o computador e *internet*. O seu *feedback* em relação às sessões de musicoterapia foi positivo. Mencionou ainda que no início das sessões, por vezes, se sentia sem energia, mas ao longo da sessão “já me sentia melhor” (sic), referindo que as sessões de musicoterapia tinham um papel importante na catarse e que “ajudam a descomprimir” (sic). Para além disso, revelou dar valor à relação terapêutica, manifestando que a deixou à vontade para partilhar e tocar, sem julgamentos.

8.5 Realização de um artigo científico

Dado que, após o período de confinamento, não foi possível voltar a executar sessões presenciais, foi proposta a realização de um artigo científico. Esse artigo teve como objetivo conhecer as práticas dos musicoterapeutas em exercício durante o período de confinamento em Portugal, devido à COVID-19, perceber qual foi o tipo de intervenção utilizada e quais foram as dificuldades sentidas na intervenção à distância. Para isso, recorreu-se a uma amostragem probabilística aleatória, sendo solicitada a colaboração das associações de musicoterapia existentes em Portugal, a APMT e a Associação de Musicoterapeutas MUTEpt.

Foi aplicado um questionário de autopreenchimento *online* construído para este estudo. Este esteve disponível durante três semanas, procedendo-se à análise dos dados através do *software IBM SPSS Statistics 25.0*.

O número total de participantes foram 43 musicoterapeutas. Como resultados verificou-se que a maioria dos musicoterapeutas manteve o contacto através de intervenções utilizando o Zoom, WhatsApp e também chamadas telefónicas e email. A maior dificuldade sentida foi na sincronização na comunicação áudio/vídeo, seguido na relação terapêutica.

Também se puderam verificar relações estatisticamente significativas. No caso dos musicoterapeutas que não mantiveram contacto há uma relação entre os que intervinham em grupo e em IPSS. Também se verificou uma relação entre o tipo de contacto e o contexto de intervenção de clínica privada e, no caso do contexto de domicílio, uma relação quase estatisticamente significativa. E verificou-se uma relação entre o trabalhar objetivos terapêuticos e a realização de sessões *online*.

O artigo encontra-se em fase de revisão e tradução por forma a ser submetido à revista *Voices: a world forum for music therapy*.

9 Conclusões

O presente relatório teve como objetivo a descrição do estágio curricular realizado no serviço de psiquiatria do HSJM entre novembro de 2019 e julho de 2020. O estágio teve a duração de nove meses durante os quais a estagiária teve a oportunidade de dar a conhecer a musicoterapia e de intervir nessa mesma área.

De uma forma geral, a musicoterapia nesta população visa a exploração criativa através da experiência musical, com sentimentos de pertença no “aqui e agora”, promovendo a consciência do *self* e do outro, a autovalorização, a catarse, para além de promover novas formas de comunicação e de relacionamento interpessoal. A intervenção foi realizada de forma semanal, individual e em grupo, tendo em conta a patologia.

A intervenção realizada individualmente demonstrou alguns resultados, sendo que os utentes ao longo das sessões ficaram mais à vontade com a musicoterapeuta, com os instrumentos e com a expressão através dos mesmos. Alguns utentes demonstraram alterações nos sintomas, mas também na aparência visual utilizando roupas com cores mais alegres e até maquilhagem.

Quanto ao grupo, também se verificaram resultados positivos. Houve uma progressão entre o início da intervenção, em que os utentes estavam menos à vontade, exploravam pouco e utilizavam instrumentos mais pequenos e numa fase final o grupo era capaz de perceber as necessidades do outro e disfrutar mais do momento “aqui e agora”.

De ressaltar a importância da relação terapêutica tanto a nível individual como em grupo, pois quando os utentes confiam na musicoterapeuta ficam mais confortáveis para se envolverem de forma mais sincera na intervenção e mais motivados para dar continuidade à mesma.

Este tipo de intervenção foi uma mais valia no contexto hospitalar de psiquiatria visto que proporcionou aos utentes um espaço de expressão e comunicação não-verbal em que o foco não era a doença. A realização de sessões individuais foi também uma vantagem visto que no HSJM apenas há intervenções individuais com médicos psiquiatras, enfermeiros e psicólogos e uma terapia artística como a musicoterapia provou ter benefícios nestes utentes. Colaborar com uma equipa em contexto hospitalar, no caso do HSJM, foi benéfico pois há reuniões semanais para discussão dos casos. Apesar disso, a equipa poderá não ter presente como é a atuação da musicoterapia, dado que não foi possível observar uma sessão.

10 Reflexão Final

O ano passado tive a possibilidade de assistir a algumas defesas orais do relatório de estágio de musicoterapia. Em muitas delas foi mencionado o benefício para o desenvolvimento profissional, mas também para o desenvolvimento pessoal. Pessoalmente, nunca pensei que neste último pudesse ter tanto impacto. A verdade, não sei se devido ao estágio ou a outros acontecimentos durante este período, é que sinto que cresci muito ao nível pessoal, aumentei o meu respeito pelo outro, a compaixão e empatia, a paciência, a gestão de emoções, a gratidão e, talvez o mais importante neste percurso, o meu autoconhecimento. Porque, para dar o melhor de mim numa intervenção, tenho de me conhecer, saber os meus pontos fortes e pontos fracos para trabalhá-los e ajustá-los a cada pessoa e a cada patologia.

Esta experiência de estágio foi muito desafiante pois, ao contrário do que estava habituada, não tinha uma orientadora musicoterapeuta no local de estágio e, apesar de ter uma supervisora por parte da faculdade, houve dúvidas que surgiram e que necessitavam de uma resposta mais imediata. Para além disso, o estágio foi desafiante para mim devido às minhas inseguranças quanto a como intervir. Iniciar com a intervenção individual foi uma boa estratégia para adaptação da população, da intervenção e da resposta dos utentes. Ainda assim, foi difícil para mim planificar algumas sessões, pois alguns utentes necessitavam de mais estrutura e de instruções simples e claras.

Na intervenção em grupo os utentes expressavam mais a sua opinião, neste caso positiva, relativa às sessões, o que fez com que a minha confiança fosse aumentando ao longo do estágio, não estando ainda totalmente segura quanto à intervenção.

Algumas das dificuldades sentidas nas sessões foram quais os instrumentos que deveria utilizar para dar uma resposta mais adequada à improvisação da pessoa, a minha prática instrumental básica na guitarra, que foi melhorando ao longo do estágio, a minha clareza na explicação das atividades musicoterapêuticas, a utilização da voz como instrumento terapêutico, a decisão dos temas das sessões e, por vezes, a contenção no caso do grupo.

Com a chegada pandémica da COVID-19, a minha intervenção parou de forma repentina. A adaptação para sessões à distância não foi fácil, pois muitos dos utentes não aderiram. Contudo, dentro dos possíveis, as sessões foram realizadas com os que aderiram e isto também foi um desafio, pois a planificação de uma sessão à distância requer outros

objetivos e a utilização de outros materiais. Foi também uma forma de aprender, adaptar e de crescer.

O estágio foi uma ótima experimentação da intervenção musicoterapêutica, com a possibilidade de utilizar várias técnicas e métodos, permitindo colocar em prática os conteúdos abordados no primeiro ano do mestrado. Apesar de me sentir mais preparada para intervir como musicoterapeuta, ainda há muito para aprender e para colocar em prática, pois o trabalho de desenvolvimento profissional e pessoal nunca para. A musicoterapia é uma área que me interessa muito e que quero colocar em prática de forma mais confiante, segura e eficaz. Vou trabalhar para que o valor da musicoterapia seja reconhecido e que esta profissão seja elogiada por muitos profissionais e principalmente por utentes satisfeitos.

11 Referências Bibliográficas

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R., Spreen, M., Ket, J., Vink, A., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X., Gold, C. (2017, November 16). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2017. John Wiley and Sons Ltd.
- Adalja, A., Toner, E., & Inglesby, T. (2020). Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(14), 1343–1344.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Relatório do Grupo de Trabalho para para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental*. Lisboa.
- Ahonen, H. (2018). ‘Self as Instrument’ – Safe and Effective Use of Self in Music Psychotherapy: Canadian Music Therapists’ Perceptions. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 1–21.
- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., Gago, J., Talina, M., Silva, J., Magalhães, P., Cerol, J., Costa, L., Correia, T., Maia, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1.º relatório*.
- American Music Therapy Association. (2020). A Career in Music Therapy. Retrieved March 26, 2020, from <https://www.musictherapy.org/careers/employment/>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Andreescu, C., & Lee, S. (2020). Anxiety disorders in the elderly. In *Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 1191).

- Arciniegas, D. (2015). Psychosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 715–736.
- Associação Portuguesa de Musicoterapia. (2020a). Considerações da APMT sobre a interrupção das atividades presenciais decorrente da pandemia.
- Associação Portuguesa de Musicoterapia. (2020b). APMT- Associação Portuguesa de Musicoterapia - Publicações. Retrieved May 8, 2020, from Facebook website: <https://www.facebook.com/associacaoportuguesa.demusicoterapia/posts/1527372167441181>
- Atiwannapat, P., Thaipisuttikul, P., Poopityastaporn, P., & Katekaew, W. (2016). Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder-A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 141–145.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15. MDPI AG.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–106.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Benne, K., & Sheats, P. (1948). Functional Roles of Group Members. *Journal of Social Issues*, 4(2), 41–49.
- Bernard, H., & MacKenzie, K. (1994). *Basics of group psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Bernardino, M. (2019). Avaliabilidade do programa português para a saúde mental. *Anais: Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 109–119.
- Berry, S., Broglio, K., Bunker, M., Jayewardene, A., Olin, B., & Rush, A. (2013). A patient-

- level meta-analysis of studies evaluating vagus nerve stimulation therapy for treatment-resistant depression. *Medical Devices: Evidence and Research*, Vol. 6, pp. 17–35. Dove Press.
- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P., & Theodoridou, A. (2020). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 965.
- Borczon, R. (2004). *Music Therapy: A Fieldwork Primer*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (Third Ed.). Barcelona Publishers.
- Carvalho, A., Sharma, M., Brunoni, A., Vieta, E., & Fava, G. (2016). The Safety, Tolerability and Risks Associated with the Use of Newer Generation Antidepressant Drugs: A Critical Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*(5), 270–288.
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. (2020a). Apresentação CHEDV. Retrieved January 28, 2020, from https://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=190&Itemid=309
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. (2020b). Apresentação Hospital de São João da Madeira. Retrieved January 28, 2020, from https://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=374
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. (2020c). Missão e Valores. Retrieved January 28, 2020, from https://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=347
- Chadder, N. (2019). An Exploration into the Perception of Music Interventions in Hospitals amongst Healthcare Professionals. *Voices*, *19*(1), 1–19.
- Choi, B. (1997). Professional and Patient Attitudes about the Relevance of Music Therapy as a Treatment Modality in NAMT Approved Psychiatric Hospitals. *Journal of Music Therapy*, *34*(4), 277–292.
- Chung, J., & Woods-Giscombe, C. (2016). Influence of Dosage and Type of Music Therapy in Symptom Management and Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*.
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht,

- S., Ruhe, H., Turner, E., Higgins, J., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J., Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366.
- Corey, G. (2009). Theory and practice of counseling and psychotherapy. In *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, 5th ed. (8th ed.). Thomson Brooks/Cole.
- Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Ruhl, N., Zoeteman, J., Van, R., Beekamn, A., Blankers, M. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: A multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1).
- Craske, M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Craske, M., & Stein, M. (2016). Anxiety. *The Lancet*.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*.
- Davies, A., Richards, E., & Barwick, N. (2015). *Group Music Therapy: A group analytic approach*. New York: Taylor & Francis Group.
- Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020*. , Pub. L. No. Diário da República n.º 55/2020, 3º Suplemento, Série I de 2020-03-18 (2020).
- Decreto do Presidente da República n.º 17-A/2020*. , Pub. L. No. Diário da República n.º 66/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-04-02 (2020).
- Decreto do Presidente da República n.º 20-A/2020*. , Pub. L. No. Diário da República n.º 76/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-04-17 (2020).
- Decreto n.º 2-A/2020*. , Pub. L. No. Diário da República n.º 57/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-20 (2020).
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Terapêutica Farmacológica de Manutenção na Perturbação*

Bipolar no Adulto.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Perguntas e Respostas. Retrieved March 25, 2020, from <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Dogra, N., Lunn, B., & Cooper, S. (2017). Psychiatry by ten teachers. In *CRC Press* (2nd ed.). Newcastle: Taylor & Francis Group.
- Dougherty, D., & Widge, A. (2017). Neurotherapeutic Interventions for Psychiatric Illness. *Harvard Review of Psychiatry*, Vol. 25, pp. 253–255.
- Downar, J., Blumberger, D., & Daskalakis, Z. (2016). The Neural Crossroads of Psychiatric Illness: An Emerging Target for Brain Stimulation. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 20, pp. 107–120. Elsevier Ltd.
- Drakulić, A., & Radman, V. (2020). Crisis psychodrama in the era of Covid-19. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 22–24.
- Edwards, J. (2016). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Eells, T. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso E Qualidade Nos Cuidados De Saúde Mental*.
- Erkkilä, J., Brabant, O., Saarikallio, S., Ala-Ruona, E., Hartmann, M., Letule, N., Geretsegger, M., Gold, C. (2019). Enhancing the efficacy of integrative improvisational music therapy in the treatment of depression: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 244.
- Fiore, J. (2018). A Pilot Study Exploring the Use of an Online Pre-Composed Receptive Music Experience for Students Coping With Stress and Anxiety. *Journal of Music Therapy*, 55(4).
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry: The Journal of the*

Association of European Psychiatrists, 63(1), e32.

- Fisher, J., & O'Donohue, W. (2006). Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy. In *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*.
- Galletly, C. (2020). Psychiatry in the COVID-19 Era. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(5), 447–448.
- Gavrielidou, M., & Odell-Miller, H. (2017). An investigation of pivotal moments in music therapy in adult mental health. *Arts in Psychotherapy*, 52, 50–62.
- Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychological Reports*, 120(3), 503–519.
- George, M., Lisanby, S., Avery, D., McDonald, W., Durkalski, V., Pavlicova, M., Anderson, B., Nahas, Z., Bulow, P., Zarkowski, P., Holtzheimer, P., Schwartz, T., Sackeim, H. (2010). Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: A sham-controlled randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 507–516.
- Geretsegger, M., Mössler, K., Bieleninik, L., Chen, X., Heldal, T., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Gutiérrez, E., & Camarena, V. (2015). Music therapy in generalized anxiety disorder. *Arts in Psychotherapy*, 44, 19–24.
- Hannibal, N. (2016). The Future of Music Therapy in the Treatment of People with Personality Disorders. In C. Dileo (Ed.), *Envisioning the Future of Music Therapy* (pp. 45–52). Temple University Press.
- Hannibal, N., Domingo, M., Valentin, J., & Licht, R. (2017). Feasibility of Using the Helping Alliance Questionnaire II as a Self-Report Measure for Individuals with a Psychiatric Disorder Receiving Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 54(3), 287–299.
- Hannibal, N., Pedersen, I., Bonde, L., & Bertelsen, L. (2019). A Pilot Study Investigating Research Design Feasibility Using Pre-post Measures to Test the Effect of Music Therapy in Psychiatry with People Diagnosed with Personality Disorders. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 19(1), 1–19.

- Høglend, P. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *171*(10), 1056–1066.
- Iyendo, T. (2016). Exploring the effect of sound and music on health in hospital settings: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *63*, 82–100.
- Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Amber, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, S., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., Kelly, K., Lean, M., Pilling, S., Morant, N., Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *392*(10145), 409–418.
- Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(12), 2954–2965.
- Kaster, T., Daskalakis, Z., Noda, Y., Knyahnytska, Y., Downar, J., Rajji, T., Levkovitz, Y., Zangen, A., Butters, M., Mulsant, B., Blumberger, D. (2018). Efficacy, tolerability, and cognitive effects of deep transcranial magnetic stimulation for late-life depression: a prospective randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, *43*(11), 2231–2238.
- Kavanagh, B., Brennan-Olsen, S., Turner, A., Dean, O., Berk, M., Ashton, M., Koivumaa-Honkanen, H., Williams, L. (2019). Role of personality disorder in randomised controlled trials of pharmacological interventions for adults with mood disorders: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *9*(4).
- Kay, S., Opler, L., & Lindenmayer, J. (1989). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardisation. *The British Journal of Psychiatry*, *155*(7), 59–65.
- Kelly, B. (2020). Covid-19 (Coronavirus): Challenges for Psychiatry. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 1–6.
- Kenner, J., Baker, F., & Treloyn, S. (2020). Perspectives on musical competence for people with borderline personality disorder in group music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, *29*(3), 271–287.
- Kim, J. (2016). Psychodynamic Music Therapy. *Voices*.

- Kozloff, N., Mulsant, B., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. (2020). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 1–6.
- Lam, C. (2007). *A Survey of Music Therapists Working in Medical Hospitals*. The Florida State University.
- Lieberman, J., & First, M. (2018). Psychotic disorders. *New England Journal of Medicine*, 379(3), 270–280.
- Magee, W., & Davidson, J. (2002). The Effect of Music Therapy on Mood States in Neurological Patients: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 39(1), 20–29.
- Manwell, L., Barbic, S., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), 1–11.
- Marčinko, D., Jakovljević, M., Jakšić, N., Bjedov, S., & Drakulić, A. (2020). The importance of psychodynamic approach during covid-19 pandemic. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 15–21.
- McCaffrey, T. (2016). Music therapy in mental health care for adults. *The Oxford Handbook of Music Therapy*, (September 2018), 249–267.
- McCaffrey, T., Carr, C., Solli, H., & Hense, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a Way Forward. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(1), 1–16.
- Milton, A., Lloyd-Evans, B., Fullarton, K., Morant, N., Paterson, B., Hindle, D., Kelly, K., Mason, O., Lambert, M., Johnson, S. (2017). Development of a peer-supported, self-management intervention for people following mental health crisis. *BMC Research Notes*, 10(1), 588.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde* (M. da Saúde, Ed.). Portugal.
- Murphy, S., Irving, C., Adams, C., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2015. John Wiley and Sons Ltd.
- Mutz, J., Vipulanathan, V., Carter, B., Hurlemann, R., Fu, C., & Young, A. (2019). Comparative efficacy and acceptability of non-surgical brain stimulation for the acute

treatment of major depressive episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *BMJ (Online)*, 364.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. In *Nice*. London.

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Recommendations / Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management / Guidance / NICE*.

National Institute of Mental Health. (2018a). Brain Stimulation Therapies. Retrieved January 10, 2020, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/brain-stimulation-therapies/brain-stimulation-therapies.shtml>

National Institute of Mental Health. (2018b). Health Topics. Retrieved January 8, 2020, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/index.shtml>

National Institute of Mental Health. (2018c). Mental Health Medications. Retrieved January 8, 2020, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml>

Norcross, J., Beutler, L., & Levant, R. (2006). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington DC: American Psychological Association.

Norcross, J. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy?: Contemporary perspectives*. (pp. 218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bas.

Norcross, J., & Lambert, M. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.

Nunes, G. (2019, April 4). Há vida para além do “fundo do poço.” *Labor*. Retrieved from <https://labor.pt/home/2019/04/04/ha-vida-para-alem-do-fundo-do-poco/>

Odell-Miller, H. (2007). *The practice of music therapy for adults with mental health problems: The relationship between diagnosis and clinical method*. Aalborg University, Denmark.

Odell-Miller, H. (2011). Value of music therapy for people with personality disorders. *Mental Health Practice*, 14(10), 34–35.

- Odell-Miller, H. (2016). Music Therapy for People with a Diagnosis of Personality Disorder: Considerations of Thinking and Feeling. In J. Edwards (Ed.), *The Oxford Handbook of Music Therapy*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Odell-Miller, H., Fachner, J., & Erkkila, J. (2018). Music therapy clinical practice and research for people with depression: music, brain processing and music therapy. In V. Karkou & A. Zubala (Eds.), *Arts Therapies in the Treatment of Depression* (1st ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Oliveira, D. (2019). A necessidade de proteção da saúde mental na nova Lei de Bases da Saúde: o quadro da saúde mental portuguesa. *Revista Eletrónica de Direito Público*, 6(1).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris.
- Overall, J. (1974). The Brief Psychiatric Rating Scale in psychopharmacology research. In P. Pichot & R. Olivier-Martin (Eds.), *Psychological measurements in psychopharmacology: Modern problems in psychopharmacology*. Basel, Switzerland: Karger.
- Overall, J., & Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*.
- Pakdaman, H., Amini-Harandi, A., Abbasi, M., Karimi, M., Arami, M., Mosavi, S. A., Haddadian, K., Rezaei, O., Sadeghi, S., Sharifi, G., Gharagozli, K., Bahrami, P., Ashrafi, F., Kasmae, H., Arabahmadi, M., Behnam, B. (2016). Vagus nerve stimulation in drug-resistant epilepsy: the efficacy and adverse effects in a 5-year follow-up study in Iran. *Neurological Sciences*, 37(11), 1773–1778.
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3, 6–12.
- Pandurangi, A., Fernicola-Bledowski, C., & Bledowski, J. (2012). Brain stimulation therapies for psychiatric disorders: The first decade of the new millennium-A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(1), 3–10.
- Paul, N., Lotter, C., & van Staden, W. (2020). Patient Reflections on Individual Music Therapy for a Major Depressive Disorder or Acute Phase Schizophrenia Spectrum Disorder. *Journal of Music Therapy*.
- Pedersen, I., Bonde, L., Hannibal, N., Nielsen, J., Aagaard, J., Bertelsen, L., Jensen, S., Nielsen, R. (2019). Music Therapy as Treatment of Negative Symptoms for Adult Patients

- Diagnosed with Schizophrenia—Study Protocol for a Randomized, Controlled and Blinded Study. *Medicines*, 6(2), 46.
- Peres, M., Mercante, J., Tobo, P., Kamei, H., & Bigal, M. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *Journal of Headache and Pain*, 18(1).
- Petrea, I., & McCulloch, A. (2013). Mental Health, in Mackenbach. In M. McKee (Ed.), *Successes and Failures of Health Policy in Europe* (McGraw-Hil, pp. 193–213). Berkshire.
- Pisanu, C., Papadima, E., Del Zompo, M., & Squassina, A. (2018). Understanding the molecular mechanisms underlying mood stabilizer treatments in bipolar disorder: Potential involvement of epigenetics. *Neuroscience Letters*.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2018). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (9th ed.). New York: Oxford University Press.
- Quatman, T. (2015). *Essential Psychodynamic Psychotherapy: An Acquired Art*. New York: Taylor & Francis Group.
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Médica Portuguesa*.
- Raglio, A. (2019). Therapeutic Use of Music in Hospitals: A Possible Intervention Model. *American Journal of Medical Quality : The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 34(6), 618–620.
- Rakofsky, J., & Rapaport, M. (2018). Mood Disorders. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*.
- Rao, A. (2020). COVID-19 in people with mental illness: Challenges and Vulnerabilities. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(January).
- Razai, M., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S., & Stokes-Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 369, m1904.
- Rocha, N., & Queirós, C. (2012). *Alterações neurocognitivas e da cognição social na esquizofrenia* (1ª ed). Lisboa: Coisas de Ler.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. PRINCETON, New Jersey:

Princeton University Press.

- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 41–53.
- Rutan, S., Stone, W., & Shay, J. (2014). *Psychodynamic Group Psychotherapy* (5th ed.). New York: Guilford Publications.
- Sabbatella, P. (2007). Música e identidad: Musicoterapia grupal en esquizofrenia. *Interpsiquis*, 10, 1–10.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health and Place*, 35, 85–94.
- Scalabrini, A., Mucci, C., & Northoff, G. (2018). Personality and personality disorders. In *Neuropsychodynamic Psychiatry* (pp. 377–411). Springer International Publishing AG.
- Senova, S., Clair, A., Palfi, S., Yelnik, J., Domenech, P., & Mallet, L. (2019, December 13). Deep Brain Stimulation for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: Towards an Individualized Approach. *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 10. Frontiers Media S.A.
- Shafer, A. (2005). Meta-analysis of the brief psychiatric rating scale factor structure. *Psychological Assessment*.
- Sherriff, C., Mathews, J., Reynish, E., & Shenkin, S. (2017). *Music Therapy for Neuropsychiatric Symptoms in the General Hospital: a systematic literature review*. *Dementia and delirium are common in medical and surgical inpatients. Neuropsychiatric symptoms can be challenging to manage. Non-pharmacological interve.* 9(4), 217–226.
- Shinn, A., & Viron, M. (2020). Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3).
- Shuman, J., Kennedy, H., DeWitt, P., Edelblute, A., & Wamboldt, M. (2016). Group music therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital setting. *Arts in Psychotherapy*, 49, 50–56.
- Silverman, M. (2015). Music therapy in mental health for illness management and recovery. In *Music therapy in mental health for illness management and recovery*. Oxford University Press.

- Silverman, M. (2018). Staff and Administrators' Perceptions of Music Therapy with Acute Care Mental Health Inpatients: A Qualitative Investigation. *Journal of Creativity in Mental Health, 13*(2), 206–219.
- Silverman, M., & Bibb, J. (2018). Acute care mental health workers' assumptions and expectations of music therapy: A qualitative investigation. *Arts in Psychotherapy, 59*(May), 94–100.
- Silverman, M. (2018). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy, 56*(1), 90–116.
- Silverman, M. (2019). Comparing Educational Music Therapy Interventions via Stages of Recovery with Adults in an Acute Care Mental Health Setting: A Cluster-Randomized Pilot Effectiveness Study. *Community Mental Health Journal, 0*(0), 0.
- Silverman, M. (2016a). Effects of Educational Music Therapy on State Hope for Recovery in Acute Care Mental Health Inpatients: A Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Frontiers in Psychology, 7*, 1569.
- Silverman, M. (2016b). Effects of Live and Educational Music Therapy on Working Alliance and Trust With Patients on Detoxification Unit: A Four-Group Cluster-Randomized Trial. *Substance Use and Misuse, 51*(13), 1741–1750.
- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal of Pediatrics, 87*(4), 281–286.
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2018). *Condições sócio clínicas dos doentes psicóticos de evolução prolongada em Portugal*.
- Solli, H., & Rolvsjord, R. (2015). “The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 24*(1), 67–92.
- Solli, H., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy, 50*(4), 244–273.
- Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. (2018). Current concepts and treatments of schizophrenia. *Molecules*, Vol. 23. MDPI AG.

- Strehlow, G., & Lindner, R. (2016). Music therapy interaction patterns in relation to borderline personality disorder (BPD) patients. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(2), 134–158.
- Torres, M., Ramos, J., Suarez, M., Garcia, A., & Mendoza, T. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering*, 04(02).
- Tseng, P., Chen, Y., Lin, P., Tu, K., Wang, H., Cheng, Y., Chang, Y., Chang, C., Chung, W., Wu, C. (2016). Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16(1).
- Ugwuanyi, C., Ede, M., Onyishi, C., Ossai, O., Nwokenna, E., Obikwelu, L., Ikechukwu-Ilomuanya, A., Amoke, C., Okeke, A., Ene, C., Offordile, E., Ozoemena, L., Nweke, M. (2020). Effect of cognitive-behavioral therapy with music therapy in reducing physics test anxiety among students as measured by generalized test anxiety scale. *Medicine*, 99(17), e16406.
- Uher, R., & Zwickler, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16(2), 121–129.
- Umbrello, M., Sorrenti, T., Mistraletti, G., Formenti, P., Chiumello, D., & Terzoni, S. (2019). Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: A systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anestesiologica*, Vol. 85, pp. 886–898. Edizioni Minerva Medica.
- Unkefer, R., & Thaut, M. (2005). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders : theoretical bases and clinical interventions*. Barcelona Publishers.
- Usher, S. (2013). *Introduction to Psychodynamic Psychotherapy Technique* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Valencia, M., Murow, E., & Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: Terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 535–549.
- Van-Alphen, R., Stams, G., & Hakvoort, L. (2019). Musical attention control training for psychotic psychiatric patients: an experimental pilot study in a forensic psychiatric hospital. *Frontiers in Neuroscience*, 13.
- Varandas, P. (2015). Um assunto sem qualquer importância. *Revista Portuguesa de Psiquiatria*

e Saúde Mental, 1(1), 41–42.

- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wampold, B. (2019). *The basics of psychotherapy : an introduction to theory and practice*.
- Wang, S., & Agius, M. (2018). The use of music therapy in the treatment of mental illness and the enhancement of societal wellbeing. *Psychiatria Danubina*, 30(7).
- Wang, S., Li, C., Jia, X., Lyu, J., Wang, Y., & Sun, H. (2020). From depressive symptoms to suicide risk: Roles of sense of belongingness and acquired capability for suicide in patients with mental disorders. *PsyCh Journal*.
- Weissman, M., Markowitz, J., & Klerman, G. (2018). *The Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Werner, J., Wosch, T., & Gold, C. (2017). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging and Mental Health*, 21(2), 147–155.
- Wheeler, B. (1983). A psychotherapeutic classification of music therapy practices: A continuum of procedures. *Music Therapy Perspectives*.
- Wheeler, B., Shultis, C., & Polen, D. (2005). *Clinical training guide for the student music therapist*. Barcelona Publishers.
- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Zugaro, C., Johnson, S. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15(1).
- Whoqol Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psycholi Med*, 28, 551–558.
- Windle, E., Hickling, L., Jayacodi, S., & Carr, C. (2020). The experiences of patients in the synchrony group music therapy trial for long-term depression. *Arts in Psychotherapy*, 67, 101580.
- Witusik, A., & Pietras, T. (2019). Music therapy as a complementary form of therapy for mental

disorders. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, XLVII(282), 240–243.

World Federation of Music Therapy. (2011). Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy. Retrieved January 10, 2020, from <https://www.wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy/>

World Health Organization. (2001). Strengthening mental health promotion. In *Fact Sheet No 220*. Geneva.

World Health Organization. (2014). Basic Document: Forty-eighth edition. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva.

Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D., & Basco, M. (2009). *Cognitive-behavior Therapy for Severe Mental Illness: An Illustrated Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M., Carvalho, A., Leuschner, A. (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. In *Inês Pestana António Pires Preto*.

Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Yao, H., Chen, J., & Xu, Y. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21.

Yin, Z., Cao, Y., Zheng, S., Duan, J., Zhou, D., Xu, R., Hong, T., Lu, G. (2018). Persistent adverse effects following different targets and periods after bilateral deep brain stimulation in patients with Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 393, 116–127.

Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, M., Solmi, M. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research*.

Zhang, K., Zhou, X., Liu, H., & Hashimoto, K. (2020). Treatment concerns for psychiatric

symptoms in COVID-19-infected patients with or without psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 2020, 1–3.

Zhou, X., Snoswell, C., Harding, L., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. (2020). The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and E-Health*, 26(4), 377–379.

12 Apêndices

Apêndice A – Entrevista Semiestruturada

ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS

Como se chama?

Como gosta de ser tratado?

Onde mora?

- Com quem vive?
- Gosta do local onde vive?

Qual é o seu estado civil? Tem filhos?

Quais são as suas habilitações literárias?

- Deixou de estudar? Porquê?
- O que fez a partir daí?

Qual é a sua situação profissional?

- Trabalhou? Onde?
- Gere o seu dinheiro?

O que gosta de fazer?

HISTÓRIA CLÍNICA

Sabe qual o seu diagnóstico? Tem mais alguma condição, sem ser do foro psiquiátrico?

Quando surgiram os primeiros sintomas?

- O que sentiu?
- Procurou ajuda?
- Que tipo de acompanhamento teve?
- Mudanças que aconteceram depois da doença?

Após essas mudanças que acompanhamentos teve?

Alguma vez foi internado?

Se sim, quantas vezes? Voluntariamente? Qual a razão (erro, castigo)?

Toma alguma medicação? Qual? (Acha que precisa? Porquê?)

- Toma a medicação de forma autónoma?
- Que mudanças sentiu após tomar a medicação?

Quais as situações que lhe provocam crises? Potenciais causas de *stress*/ansiedade?

- Sabe lidar com estas situações?
- Quando necessita de ajuda recorre a alguém?

Alguma vez consumiu substâncias ilícitas?

- O que o levou a fazer isso?
- Acha que teve consequências?

Como foi a sua entrada para o HSJM?

- Como é a sua relação com os outros?
- O que mais gosta de fazer?
- Que atividades que faz?

Achou benéfica a sua entrada para o hospital?

Descreva um dia normal

- A que horas acorda? Dorme bem?
- Realiza a sua higiene pessoal?
- Escolhe a sua própria roupa?
- Toma medicação sozinha?
- Tem alguma dificuldade em alguma tarefa?
- Como vai para o hospital?
- Acha a sua rotina satisfatória?
- Sente motivação para o que faz?
- Sente dificuldades em realizar alguma atividade do seu dia a dia?
- O que faz depois do hospital?
- Tem alguma atividade depois disso?

Descreva um dia típico de fim de semana

Quais as suas atividades de lazer e do seu maior interesse?

Como são as relações com a sua família?

E as relações no geral?

- Gosta de estar com pessoas? Prefere estar sozinho?

Tem algum suporte social? Algum amigo, familiar em quem possa confiar?

Quais os seus objetivos? O que já fez para os atingir?

Quais as suas perspetivas futuras?

EM RELAÇÃO À MUSICOTERAPIA

Alguma vez participou em intervenções musicoterapêuticas?

- Se sim, quais as intervenções que mais gostou?

Costuma ouvir música frequentemente? E canta ou dança?

Quais as suas músicas preferidas? Géneros? Artistas? Instrumentos musicais?

Quais as músicas, artistas, géneros ou instrumentos musicais a ser evitados na intervenção?

Sabe tocar algum instrumento musical?

Tem algum som não-musical que goste? E que não goste?

Quais são as funções principais que a música tem na sua vida? Usa a música para se acalmar ou para ganhar energia?

Que recordações sonoro-musicais tem da sua infância/adolescência?

Gostaria de partilhar alguma coisa que considere importante?

Apêndice B – Grelha de Observação

Grelha de Observação

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

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

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

Avaliação geral da participação da atividade de MT _____

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

Observações:

Síntese da avaliação:

13 Anexos

Anexo A – Escala de Autoestima de Rosenberg



Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Dados do Utente:

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

2 – Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

3 – Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracassado.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

4 – Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

5 – Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

6 – Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

7 – No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

8 – Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

9 - Às vezes eu sinto-me inútil.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

10 – Às vezes eu acho que não presto para nada.

Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

Anexo B – Beck Depression Inventory®-II

BDI – II

Data:

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Leia, por favor, cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um a afirmação que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje. Assinale o quadrado que antecede a afirmação que escolheu. Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, no entanto, assegure-se de não ter escolhido mais do que uma afirmação por grupo.

1. Tristeza

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

2. Pessimismo

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

3. Fracassos Passados

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

4. Perda de Prazer

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

5. Sentimentos de Culpa

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

6. Sentimentos de Punição

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

7. Auto-Depreciação

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

8. Auto-Criticismo

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

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

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

10. Choro

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

11. Agitação

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

12. Perda de Interesse

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

13. Indecisão

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

14. Sentimentos de Inutilidade

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

15. Perda de Energia

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

16. Alterações no Padrão de Sono

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

17. Irritabilidade

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

18. Alterações no Apetite

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

19. Dificuldades de Concentração

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

20. Cansaço ou Fadiga

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

21. Perda de Interesse Sexual

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

Anexo C – Breve Escala de Classificação Psiquiátrica

Breve Escala de Classificação Psiquiátrica (BPRS)

Por favor, escolha a pontuação que melhor descreve a condição da pessoa

0 = não avaliado; 1 = não presente; 2 = muito leve; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente grave; 6 = grave; 7 = extremamente grave

<p>1. PREOCUPAÇÕES SOMÁTICAS Grau de preocupação com a saúde física. Classifique o grau em que a saúde física é percebida como um problema pela pessoa e se as queixas têm uma base realista ou não.</p>	Score	<p>10. HOSTILIDADE Desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora do contexto da entrevista. Classifique com base no relato verbal de sentimentos e ações da pessoa para com os outros; não inferir hostilidade de defesas neuróticas, ansiedade, nem queixas somáticas (avaliar a atitude em relação ao entrevistador em "não cooperação").</p>	Score
<p>2. ANSIEDADE Preocupação, medo com o presente ou o futuro. Classifique apenas com base no relato verbal das experiências subjetivas da própria pessoa. Não inferir a ansiedade dos sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos.</p>		<p>11. SUSPICIÊNCIA Breve intenção maliciosa ou discriminatória (delirante ou não) que outras pessoas têm agora ou tiveram no passado em relação à pessoa. Com base no relato verbal, classifique apenas as suspeitas atualmente mantidas, sejam elas de circunstâncias passadas ou presentes.</p>	
<p>3. RETIRADA EMOCIONAL Dificuldade na relação entre o entrevistador e o contexto de entrevista. Classifique apenas o grau em que a pessoa dá a impressão de não ter contacto emocional com outras pessoas em situação de entrevista.</p>		<p>12. COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO Percepções sem correspondência normal de estímulos externos. Classifique apenas as experiências relatadas como ocorridas na última semana e que são descritas como distintamente diferentes dos processos de pensamento e imagem de "pessoas normais".</p>	
<p>4. DESORGANIZAÇÃO CONCEPTUAL Relacionado com os processos de pensamento confusos, desorganizados e desconectados. Classifique com base na integração dos produtos verbais da pessoa; não avalie a impressão subjetiva da pessoa sobre o próprio nível de funcionamento.</p>		<p>13. DEFICIÊNCIA MOTORA Redução do nível de energia evidenciada em movimentos lentos. Classifique apenas com base no comportamento observado da pessoa; não avalie com base na impressão subjetiva da pessoa sobre o próprio nível de energia.</p>	
<p>5. SENTIMENTOS DE CULPA Preocupação excessiva ou remorsos pelo comportamento passado. Classifique com base nas experiências subjetivas de culpa da pessoa, conforme evidenciado pelo relato verbal com efeito apropriado; não inferir sentimentos de culpa por depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.</p>		<p>14. INCOOPERATIVIDADE Evidências de resistência, hostilidade, ressentimento e falta de disposição para cooperar com o entrevistador. Classifique apenas com base na atitude e respostas da pessoa em situação de entrevista; não avalie com base no ressentimento relatado ou na falta de cooperação fora da situação da entrevista.</p>	
<p>6. TENSÃO Manifestações físicas e motoras da tensão "nervosismo" e aumento do nível de ativação. A tensão deve ser classificada apenas com base em sinais físicos e comportamento motor e não com base em experiências subjetivas de tensão relatadas pela pessoa.</p>		<p>15. CONTEÚDO DE PENSAMENTO INCOMUM Conteúdo de pensamento incomum, estranho ou bizarro. Classifique o grau incomum e não o grau de desorganização dos processos de pensamento.</p>	
<p>7. MANEIRISMOS E POSTURA Comportamento motor incomum e não natural, o tipo de comportamento que faz com que certas pessoas com perturbação mental se destaquem na multidão de "pessoas normais". Classifique apenas anormalidade de movimentos; não classifique aqui a atividade motora simples e elevada.</p>		<p>16. EFEITO BLUNTED Tom emocional reduzido, aparente falta de sentimento ou envolvimento normal.</p>	
<p>8. GRANDIOSIDADE Auto-avaliação Auto-avaliação exagerada, convicção de capacidades ou poderes incomuns. Classifique apenas com base nas declarações da pessoa sobre si mesmo ou sobre a sua relação com os outros, não com base no seu comportamento em contexto de entrevista.</p>		<p>17. EXCITAÇÃO Tom emocional aumentado, agitação, maior reatividade.</p>	
<p>9. HUMOR DEPRESSIVO Desânimo, tristeza. Classifique apenas o grau de desânimo; não classifique com base em inferências relativas à depressão com base em deficiência geral e queixas somáticas.</p>		<p>18. DESORIENTAÇÃO Confusão ou falta de associação adequada para a pessoa, local ou hora.</p>	

Anexo D – Global Assessment of Functioning

GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

Fonte: DSM-IV-TR, p. 34

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional num contínuo hipotético de doença mental. Registe a pontuação que melhor descreve a situação no último mês. Utilize pontuações intermédias se necessário (ex. 45, 68, 72). Não devem incluir-se incapacidades por limitações físicas ou ambientais.

Bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido num vasto leque de atividades, sociável, geralmente satisfeito com a sua vida, não tem problemas ou preocupações, a não ser as quotidianas (ex. discussões pontuais com membros da família).	90
	81
	80
Impedimentos ligeiros no seu funcionamento social, laboral, deixar de fazer os trabalhos escolares temporariamente).	71
	70
Algumas dificuldades em atividades sociais, laborais e escolares (ex. ausências ou roubos ocasionais na família), consegue manter algumas relações interpessoais.	61
	60
Dificuldades moderadas em atividades sociais, laborais e escolares (ex. poucos amigos, conflitos com os colegas de trabalho).	51
	50
Alguns impedimentos importantes em atividades sociais, laborais e escolares (ex. não tem amigos, não consegue manter um emprego).	41
	40
Impedimentos graves em algumas áreas como, o trabalho e a escola, relações familiares, capacidade de discernimento, pensamento e humor (ex. pessoa depressiva, que evita os amigos, não se preocupa com a família e incapaz de trabalhar, não colabora em casa e falta à escola).	31
	30
Inatividade na maioria das áreas (ex. permanece na cama durante todo o dia, não trabalha, não tem casa nem amigos).	21
	20
Deixa de manter uma higiene pessoal mínima ocasionalmente (ex. manchas de fezes).	11
	10
Incapacidade permanente de manter uma higiene pessoal mínima.	1

Anexo E - Positive and Negative Syndrome Scale

Escaia de sintomas positivos e negativos para esquizofrenia (PANSS)

1= ausente; 2= mínimo; 3= ligeiro; 4=moderado; 5= moderadamente grave; 6= grave; 7= extremamente grave;

1 Subescala positiva

P1	Ideias Delirantes	1...2...3...4...5...6...7
P2	Desorganização conceptual	1...2...3...4...5...6...7
P3	Alucinações	1...2...3...4...5...6...7
P4	Agitação psico-motora	1...2...3...4...5...6...7
P5	Megalomania	1...2...3...4...5...6...7
P6	Desconfiança/Perseguição	1...2...3...4...5...6...7
P7	Hostilidade	1...2...3...4...5...6...7

Subtotal

2 Subescala negativa

N1	Embotamento afectivo	1...2...3...4...5...6...7
N2	Retraimento afectivo	1...2...3...4...5...6...7
N3	Pobreza de contacto	1...2...3...4...5...6...7
N4	Passividade/Apatia/Isolamento social	1...2...3...4...5...6...7
N5	Dificuldade no pensamento abstracto	1...2...3...4...5...6...7
N6	Falta de espontaneidade e fluidez no discurso	1...2...3...4...5...6...7
N7	Pensamento estereotipado	1...2...3...4...5...6...7

Subtotal

3 Subescala de psicopatologia geral

G1	Preocupações somáticas	1...2...3...4...5...6...7
G2	Ansiedade	1...2...3...4...5...6...7
G3	Sentimentos de culpa	1...2...3...4...5...6...7
G4	Tensão	1...2...3...4...5...6...7
G5	Maneirismos e alterações das posturas	1...2...3...4...5...6...7
G6	Depressão	1...2...3...4...5...6...7
G7	Lentificação motora	1...2...3...4...5...6...7
G8	Falta de cooperação	1...2...3...4...5...6...7
G9	Alterações do conteúdo do pensamento	1...2...3...4...5...6...7
G10	Desorientação	1...2...3...4...5...6...7
G11	Redução da atenção (Aprosexia)	1...2...3...4...5...6...7
G12	Diminuição da capacidade crítica e auto-crítica (Insight)	1...2...3...4...5...6...7
G13	Perturbação da volição	1...2...3...4...5...6...7
G14	Redução do controle dos impulsos	1...2...3...4...5...6...7
G15	Preocupação	1...2...3...4...5...6...7
G16	Evitamento social activo	1...2...3...4...5...6...7

Subtotal

+ Índice composto (+) - (-)
 + Depressão G1 + G2 + G3 + G6
 + Paranoia

Depressão
 (-) -> 4

Anexo F - World Health Organization Quality Of Life-bref

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

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como 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** 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 se 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 – Folha de Registo das Sessões

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____ **TERAPEUTA:** _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

Anexo H – Consentimento Informado

São João da Madeira, ____ de _____ de _____

Ao Exm^o(~~o~~) St^o(~~o~~)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição Hospital de São João da Madeira (CHEDV), onde V^o Ex^o está integrado(a) e da qual recebe serviços de intervenção, acolhe este ano letivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho da estagiária possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

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

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

Com os melhores cumprimentos,

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

DECLARAÇÃO

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

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

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

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

O Próprio ou o(a) (Representante) Legal,

Assinatura

Nome Legível