



Universidades Lusíada

Pratas, Ana Rita Caludino, 1987-

Melodias da mente : musicoterapia na doença mental

<http://hdl.handle.net/11067/6824>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>Vivemos num mundo que está em constante transmutação que pode afetar qualquer pessoa de qualquer idade e que, conjugado com algum tipo de vulnerabilidades – depressão, traumas, doenças crónicas, entre outros - pode levá-la a um nível de sofrimento por vezes incapacitante (Castillo-Pérez et al., 2010). A música tem uma propriedade inerente ímpar que a torna tão especial e que reside no facto de conseguir mudar o nosso humor e evocar sentimentos e emoções (Ott, 2011). A música pode ser sentida e u...</p> <p>We live in a world that is in constant transmutation that can affect anyone of any age which combined with some type of vulnerabilities - depression, trauma, chronic illnesses, among others - can sometimes lead them to a disabling level of suffering (Castillo- Pérez et al., 2010). Music has a unique inherent property that makes it so special and that lies in the fact that it manages to change our mood and evoke feelings and emotions (Ott, 2011). Music can be felt and used as a therapeutic propo...</p>
Palavras Chave	Hospital das Forças Armadas. Serviço de Psiquiatria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Depressão mental - Tratamento, Distúrbios de ansiedade - Tratamento, Distúrbios de personalidade - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T18:40:05Z com informação proveniente do Repositório



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

**Melodias da mente:
musicoterapia na doença mental**

Realizado por:
Ana Rita Claudino Pratas

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

Orientado por:
Tenente Maria Celeste da Cunha Vilarinho

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 2 de março de 2023

Lisboa

2023



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

Melodias da mente:
musicoterapia na doença mental

Ana Rita Claudino Pratas

Lisboa

Agosto 2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

Melodias da mente:
musicoterapia na doença mental

Ana Rita Claudino Pratas

Lisboa

Agosto 2022

Ana Rita Claudino Pratas

Melodias da mente: musicoterapia na doença mental

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

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

Orientadora de estágio: Tenente Maria Celeste da Cunha Vilarinho

Lisboa

Agosto 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Ana Rita Claudino Pratas
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Tenente Maria Celeste da Cunha Vilarinho
Título Melodias da mente: musicoterapia na doença mental
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

PRATAS, Ana Rita Claudino, 1987-

Melodias da mente : musicoterapia na doença mental / Ana Rita Claudino Prata ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Maria Celeste da Cunha Vilarinho. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - VILARINHO, Maria Celeste da Cunha, 1968-

LCSH

1. Depressão mental - Tratamento
 2. Distúrbios de ansiedade - Tratamento
 3. Distúrbios de personalidade - Tratamento
 4. Musicoterapia - Prática profissional
 5. Hospital das Forças Armadas. Serviço de Psiquiatria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
 6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
 7. Teses - Portugal - Lisboa
-
1. Depression, mental - Treatment
 2. Anxiety disorders - Treatment
 3. Personality disorders - Treatment
 4. Music therapy - Practice
 5. Hospital das Forças Armadas. Serviço de Psiquiatria (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
 6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
 7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.P73 2022

Agradecimentos

Em primeiro lugar e sempre, quero agradecer à vida que é a fonte de tudo e de todas as possibilidades. Agradecer aos meus pais e ao meu marido pelo amor incondicional, infinita paciência e por constituírem para mim um verdadeiro porto de abrigo e uma rampa de lançamento do meu entusiasmo e vontade de Ser, em liberdade e em constante atualização.

Aos meus companheiros de curso por todas as partilhas e aprendizagens e pela união que soubemos cultivar.

Agradecer a todos os professores na pessoa da Prof^ª. Dr^ª. Teresa Leite, pela excelência e qualidade dos conhecimentos transmitidos e pela paixão e empenho num ensino de qualidade superior que tanto prestigiam a musicoterapia em Portugal. Ao Prof^º. Dr^º. José Pereira pela preciosa ajuda ao longo da realização deste relatório.

À Dr^ª. Maria Choi pela orientação que me proporcionou na ação de campo e pela partilha de conhecimentos cultivada ao longo de todo o estágio. À Tenente Celeste Vilarinho pela facilitação da minha integração na instituição e por todo o carinho, disponibilidade, ensinamentos e amizade que me transmitiu durante o período do estágio. Embora exigente, sem ela este teria sido um caminho bem mais complexo e desafiador de se fazer.

A toda a restante equipa e funcionários do serviço de psiquiatria do HFAR, pela disponibilidade e atenção que me disponibilizaram, assim como na entrega e dedicação com que diariamente realizam o seu trabalho em prol dos utentes que deles necessitam.

Aos meus chefes, Major Rosado, Capitão Silva e Tenente Rouquina e ao Sargento-Mor Bento que desde o início me apoiaram e desenvolveram esforços no sentido de flexibilizar uma transição suave entre serviços e aos meus camaradas que, não raras vezes se disponibilizaram para avançar no meu lugar aquando da sobreposição de horário com as minhas obrigações laborais, tornando assim possível a realização deste estágio.

Aos meus clientes, pela forma como aderiram às minhas propostas me enriqueceram tanto a nível profissional como pessoal e humano. Obrigada!

Em tudo existe uma fissura. É assim que a
luz entra

Leonard Cohen

Resumo

Vivemos num mundo que está em constante transmutação que pode afetar qualquer pessoa de qualquer idade e que, conjugado com algum tipo de vulnerabilidades – depressão, traumas, doenças crónicas, entre outros - pode levá-la a um nível de sofrimento por vezes incapacitante (Castillo-Pérez et al., 2010).

A música tem uma propriedade inerente ímpar que a torna tão especial e que reside no facto de conseguir mudar o nosso humor e evocar sentimentos e emoções (Ott, 2011). A música pode ser sentida e usada como proposta terapêutica para estimular os sentidos, mas também para ajudar o cliente a acalmar ou relaxar (Ott, 2011).

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, que decorreu na unidade de Psiquiatria do Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa (HFAR), no período compreendido entre novembro de 2021 e abril de 2022. Neste intervalo temporal, foram acompanhados 14 utentes em musicoterapia, 6 dos quais em formato de grupo e 8 em intervenções individuais. Relativamente aos critérios de inclusão, foram considerados todos os utentes com perturbação de ansiedade, perturbação de personalidade e patologia depressiva. No que concerne a critérios de exclusão, não foram considerados.

Agregado ao fator essencial que mostrou ser a relação terapêutica, as técnicas musicoterapêuticas das quais o autor se serviu foram o canto, a recriação e composição de canções, a improvisação, a escuta musical passiva e a exploração do movimento. Foram recolhidos dados de avaliação inicial e de progresso terapêutico através de entrevistas semi-estruturadas, grelhas de observação, questionários de identidade sonoro-musical, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAY Forma Y-1; Y-2) e o Beck Depression Inventory®-II (BDI®-II). Os resultados desta intervenção revelaram um aumento nas competências

interpessoais, uma maior capacidade de expressão emocional, uma maior capacidade de concentração e uma melhoria do autoconhecimento.

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

Abstract

We live in a world that is in constant transmutation that can affect anyone of any age which combined with some type of vulnerabilities - depression, trauma, chronic illnesses, among others - can sometimes lead them to a disabling level of suffering (Castillo- Pérez et al., 2010).

Music has a unique inherent property that makes it so special and that lies in the fact that it manages to change our mood and evoke feelings and emotions (Ott, 2011). Music can be felt and used as a therapeutic proposal to stimulate the senses but also to help the client to calm down or relax (Ott, 2011).

This internship describes the work developed within the curricular internship of the Masters in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, which took place in the Psychiatry unit of the Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa (HFAR), in the period between November 2021 and April 2022. During this time, were followed 14 individuals in music therapy, 6 in group format and 8 in individual interventions. Regarding the inclusion criteria, all users with anxiety disorder, personality disorder and depressive disorder were considered. With regard to exclusion criteria, were not considered.

Added to the essential factor that proved to be the therapeutic relationship, the music therapy techniques that the author used were singing, the recreation and composition of songs, improvisation, passive music listening and the exploration of movement. Initial assessment and therapeutic progresso data were collected through semi-structured interviews, observation grids, sound-musical identity assessment form (ISO), the Trait-Anxiety Scale (STAY Form Y-1; Y-2) and the Beck Depression Inventory®-II (BDI®-II). The result of the intervention shows an increase in interpersonal skills, a greater capacity for emotional expression, a greater ability to concentrate and na improvement in self-awareness.

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

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Caracterização dos participantes</i>	54
Tabela 2 <i>Horário</i>	63
Tabela 3 <i>Plano terapêutico da Bela</i>	68
Tabela 4 <i>Plano terapêutico do Pedro</i>	78

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Exemplo de setting individual</i>	61
Figura 2 <i>Exemplo de setting de grupo</i>	62
Figura 3 <i>Canção “O sol brilhará”</i>	81

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- APA - American Psychological Association
- APM - Abordagem Plurimodal
- BDI®-II - Beck Depression Inventory®-II
- DGS - Direção Geral de Saúde
- FA - Forças Armadas
- GIM - Guided Imagery and Music
- HFAR - Hospital das Forças Armadas
- MPM - Modelo plurimodal
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental
- STAY - Trait-Anxiety Scale

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract	XI
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Figuras	XV
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XVII
Sumário	XIX
Introdução	1
Caracterização da Instituição	3
Missão do Hospital das Forças Armadas	3
Estrutura do Hospital das Forças Armadas	3
Unidade de Psiquiatria do Hospital das Forças Armadas	4
Caracterização da População-alvo	7
Enquadramento Teórico	9
A saúde Mental e a Patologia do Foro Psiquiátrico	9
Transtornos de Ansiedade	14
Transtorno de Ansiedade Generalizada	15
Transtorno Bipolar	16
Episódio Maníaco	16
Episódio Hipomaníaco	17
Transtornos Depressivos	17
Transtorno Depressivo Major	18
Transtorno Depressivo persistente (Distímia)	19
Transtornos de Personalidade	20
Transtornos por Uso de Substâncias	20
Psicose	21
A Musicoterapia	23
Definição de Musicoterapia	25
Modelos da Musicoterapia	28
Modelo Guided Imagery and Music	28
Modelo Plurimodal	33
Princípio de ISO	35
Aplicações da Musicoterapia na Doença Mental	35
Musicoterapia na Depressão, Stress e Ansiedade	38

Técnicas Musicoterapêuticas	40
Escrita de canções	41
Improvisação	44
Recriação musical	46
Trabalho Terapêutico Vocal	47
Escuta recetiva	48
Objetivos do Estágio	51
Metodologia	53
Participantes	53
Instrumentos de Avaliação	54
Procedimentos	57
Fase de Integração	58
Setting Terapêutico	58
Horário	62
Estudos de Caso	65
Estudo de Caso I.....	65
Caracterização	65
Avaliação Inicial e Objetivos.....	67
Processo Terapêutico	68
Discussão do Caso	72
Estudo de Caso II	75
Caracterização	75
Avaliação Inicial e Objetivos.....	76
Processo Terapêutico	78
Discussão do Caso	81
Outras Intervenções clínicas	85
Manuela.....	85
Eduardo	87
Lucas	89
Rute	91
Inês	92
Sandro	93
Grupo I.....	95
Outras Atividades.....	99
Conclusão.....	101
Reflexão final.....	107

Referências.....	111
Bibliografia	125
Apêndices.....	127
Lista de Apêndices.....	129
Apêndice A.....	131
Apêndice B.....	135
Anexos	139
Lista de Anexos.....	141
Anexo A	143
Anexo B.....	147
Anexo C.....	151
Anexo D	155
Anexo E.....	159
Anexo F.....	163
Anexo G.....	167

Melodias da Mente: Musicoterapia da Doença Mental

Lato sensu a música e os seus elementos estão intrinsecamente ligados à vida das pessoas e constituem-se cada vez mais como áreas de interesse na comunidade científica, particularmente no que diz respeito às suas possibilidades terapêuticas na população adulta. Ao mesmo tempo, a música contém um potencial para influenciar cada Ser Humano de uma forma distinta. A experiência estética da música e o prazer resultante da interação emocional do indivíduo com ela potenciam o bem-estar e a saúde mental (Mastandrea et al., 2019).

A musicoterapia – através do conhecimento científico aplicado à música, à psicologia e outros - torna-se um campo de ação com uma vasta abrangência e um impacto significativo a nível individual, grupal e social (Geretsegger et al., 2017).

O campo da saúde mental integra diversos fenómenos de vasta natureza. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece hoje, oficialmente, a grande importância que tem a saúde mental na vida de todos nós enquanto sociedade. Neste contexto lançou em 2013 um Plano de Ação de Saúde Mental com políticas, estratégias e objetivos para os oito anos subsequentes. Segundo esta organização, existe saúde mental quando o indivíduo tem a capacidade de realizar o seu potencial, trabalhando para isso de forma produtiva, ao mesmo tempo que consegue com sucesso lidar com as tensões normais da vida.

Do ponto de vista da musicoterapia, as linhas gerais deste plano são importantes no sentido em que se considera fundamental garantir uma resposta holística aos desafios deste espectro da saúde (Almeida, 2018; Branca, 2020). Segundo Barbara Wheeler, “A musicoterapia ajuda as pessoas a desenvolver competências, adaptar comportamentos e ultrapassar obstáculos nas suas vidas” (Wheeler, 2017, p. 5).

A prática musicoterapêutica, enquanto procedimento sistematizado, tem como função ajudar o cliente a promover a sua saúde e a trabalhar aspetos intrapsíquicos e interpessoais. Para isso utiliza como recursos experiências, interações musicais e a relação interpessoal que

se estabelece entre terapeuta e cliente, que pode ser tida como uma forma de psicoterapia onde a interação musical e o processamento verbal – que pode ser opcional - funcionam como forma de comunicação e expressão. Segundo indica a literatura vigente, quando praticada de forma regular, a musicoterapia pode transformar-se num motor de expressão emocional e conseqüentemente numa alteração positiva do humor (Aalbers, Fusar-Poli, et al., 2017; Gold et al., 2005).

Existem duas formas de abordar a musicoterapia: a modalidade ativa em que o foco está na prática musical em si, ou seja, na qual o cliente é convidado a cantar ou a tocar um instrumento e inclui diversas atividades que podem ser - por exemplo – de improvisação ou reprodução de canções; a modalidade receptiva proporciona-se ao cliente uma audição musical estruturada e terapeuticamente pensada de acordo com as suas necessidades. Ao nível estrutural as sessões podem ser mais abertas ou fechadas, dependendo do terapeuta e da sua avaliação das lacunas de cada cliente em particular e também do modelo que está a ser aplicado (Geretsegger et al., 2017).

Tendo por base esta premissa, o presente documento incidirá sobre a doença mental na população adulta e pretende acrescentar alguma clarividência à questão: Pode a musicoterapia ser eficaz num modelo de intervenção multidisciplinar da saúde mental?

Nos próximos capítulos será apresentado de forma mais detalhada do HFAR e do serviço de psiquiatria do mesmo. Segue-se um enquadramento teórico que apresenta as bases teóricas que servem de fundamento à intervenção musicoterapêutica na saúde mental. Posteriormente serão apresentados os objetivos do estágio tendo em conta o conteúdo teórico apresentado e a metodologia utilizada, que inclui a caracterização dos participantes, os instrumentos de avaliação utilizados, os procedimentos aplicados, o *setting* explorado, o horário e a apresentação de dois estudos de caso em maior detalhe. O relatório finaliza com uma conclusão e reflexão final, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

Caracterização da Instituição

Missão do Hospital das Forças Armadas

O Hospital das Forças Armadas (HFAR) nasceu em 2014 enquanto hospital militar único organizado em dois polos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto. Relativamente ao Polo de Lisboa do HFAR – local onde decorreu o estágio – este tem localização no espaço físico do até então Hospital da Força Aérea (Azinhaga dos Ulmeiros, na freguesia do Lumiar em Lisboa) e que agora congrega também os extintos Hospital da Marinha, Hospital Militar Principal e Hospital Militar de Belém.

A criação efetiva do HFAR foi resultante de um esforço no sentido da concretização da reforma do sistema de saúde militar projetada no Programa do XIX Governo Constitucional. O HFAR constitui-se então como um elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional e está sob dependência direta do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (FA).

A missão primeira do HFAR é a de prestar cuidados de saúde diferenciados, quer aos militares das FA, quer aos deficientes militares e ainda à família militar. A esta missão, acresce a colaboração na formação e treino do pessoal de saúde, a promoção da cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde, assegurar ao pessoal de saúde as condições necessárias ao ensino, formação e treino pós-graduado, entre outras.

Ao HFAR está ainda atribuída a função de colaborar no aprontamento e apoio aos militares que integram as Forças Nacionais Destacadas ou outras missões fora do território nacional e promover a cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Estrutura do Hospital das Forças Armadas

O HFAR apresenta-se hoje como um hospital com todas as valências médicas estruturadas, como um local humanizado, funcional e acolhedor que não deixa também de ser altamente inovador e diferenciado. À data do presente estágio, o Diretor do HFAR é o

Brigadeiro-General Rui Sousa, o Subdiretor do Polo de Lisboa o Coronel Médico José Monge, o Diretor Clínico o Capitão-de-mar-e-guerra Médico Naval António Anão e a Diretora do Serviço de Psiquiatria a Capitão-tenente Médica Naval Doutora Rita Magalhães.

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

O HFAR pretende assim, não só desempenhar um papel importante na formação de quadros técnicos especializados, como também prestar cuidados de saúde de excelência aliados a uma constante busca pela inovação e melhoria da prática clínica (*HFAR*, s.d.). Para finalizar importa dizer que o HFAR presta um serviço comprometido com a melhoria contínua dos seus processos, centrado nos utentes, tendo como modelo a norma NP EN ISSO 9001 referente à política de qualidade deste hospital, compromisso público e validado pelo diretor do mesmo.

Unidade de Psiquiatria do Hospital das Forças Armadas

De acordo com as boas práticas clínicas e numa ótica humanista e integral de ação, a unidade de psiquiatria inserida no HFAR tem como missão basilar a prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria diferenciados e humanizados, sendo a sua principal função promover, prevenir, tratar e reinserir na sociedade e meio laboral os militares das FA, de Segurança Pública, os Deficientes das FA e a família militar. Esta unidade tem capacidade para receber utentes em regime de internamento, consulta externa e ambulatório. A equipa da unidade constitui um grupo coeso que viabiliza as condições fundamentais para o tratamento e recuperação dos utentes que procuram este serviço.

Integrada nesta unidade, a musicoterapia constitui um serviço inserido num modelo de intervenção multidisciplinar - com a devida formação e supervisão - que tem como principal valência assegurar o cumprimento inequívoco do potencial máximo em termos de qualidade terapêutica prestada e que atua quer no regime de internamento, quer no ambulatório.

Este serviço encontra-se sob dependência do Departamento Médico e é constituído por um diretor de serviço nomeado pela Direção do Hospital, seis médicos psiquiatras civis, 18 enfermeiros, dois administrativos e seis assistentes operacionais. A unidade de psiquiatria foi inaugurada no dia 12 de Novembro de 2018 e é constituída por diversas áreas, cada uma com as suas valências próprias, nomeadamente, o internamento, o hospital dia (ambulatório) e a consulta externa.

O internamento está situado no Piso 0 do edifício da Saúde Mental – H09 – e tem capacidade para 13 camas que estão divididas por cinco quartos duplos e dois individuais. Adicionalmente existe ainda um quarto de isolamento desenvolvido para receber utentes com uma maior necessidade de orientação. O acesso a este serviço é restrito e controlado quer através de cartão magnético quer através de um sistema de videovigilância permanente. Neste Piso existe ainda uma copa de refeições, uma sala de convívio, um gabinete médico e um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamento, um gabinete de acolhimento, um gabinete de chefia, um pátio interior e um gabinete administrativo.

O Hospital Dia está localizado no Piso 1 e é constituído por duas salas de atividades de grupo que permitem a realização de atividades como relaxamento ou projeção de imagens, uma sala de musicoterapia isolada acusticamente e equipada com alguns instrumentos musicais, nomeadamente um piano, uma bateria uma guitarra, um adufe e um par de bongós, uma sala de enfermagem, um gabinete de consulta e uma sala de treino de atividades quotidianas.

Por fim, a consulta externa – também localizada no Piso 1 – funciona nos dias úteis das 8h30 às 16h30 e constitui-se de uma sala de reuniões, diversos gabinetes para atendimento de consultas, um gabinete para o Chefe de Serviço, um gabinete para a chefia de Enfermagem, um gabinete para Terapeutas, uma sala de tratamentos, uma sala de admissão e

espera e um gabinete para o desenvolvimento de tarefas relacionadas com processos de *stress* pós-traumático.

Caracterização da População-alvo

A população da unidade de psiquiatria do HFAR constitui-se essencialmente por adultos, cuja faixa etária varia habitualmente entre os 39 e os 68 anos. Todos eles são militares – no ativo ou na situação de reserva – ou familiares diretos de militares dos três ramos das FA e forças de segurança, na sua maioria com um estatuto socioeconómico médio.

Numa perspetiva nosológica os utentes desta unidade apresentam-se como um grupo heterogéneo, no sentido em que os seus diagnósticos variam entre perturbações do humor, perturbações de personalidade, perturbações do comportamento aditivo, quadros depressivos e de ansiedade e todas as comorbilidades associadas, alguns com ideação suicida presente. Esta unidade do HFAR conta com utentes no regime de internamento voluntário e em regime de ambulatório. Tal como a literatura sugere (Almeida, 2018), os internamentos nesta unidade, apesar de poderem ser indispensáveis para diagnosticar e estabilizar o doente, são geralmente de curta duração por forma a evitar o afastamento do seu ambiente comunitário e familiar. O acompanhamento posterior é realizado através do serviço de ambulatório para que o cuidado seja efetivo.

A equipa multidisciplinar na qual se integrou a estagiária de musicoterapia é constituída pela psiquiatra doutora Maria Chai, a Tenente enfermeira Celeste Vilarinho e a musicoterapeuta estagiária, autor do presente relatório. A população que frequenta esta unidade está geograficamente dispersa, vindo de qualquer zona do país. Como critérios de inclusão são considerados utentes com sintomatologia psicótica, ideação ou estruturação suicida, perturbações de humor, perturbação de personalidade, ansiedade, adição e quadros de demência para estabilização clínica. Como critérios de exclusão consideram-se casos sociais sem indicação clínica.

Enquadramento Teórico

No contexto do presente documento, urge apresentar uma revisão narrativa da literatura consultada, no sentido de identificar modelos teóricos e referenciais metodológicos que fundamentam o tipo de intervenção realizada.

A saúde Mental e a Patologia do Foro Psiquiátrico

A partir da definição da OMS, saúde mental é:

“o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere.” (DGS, s.d.)

A este estado de saúde mental contrapõem-se as diversas condições de doença mental. Que seja devido ao estigma, medos ou preconceitos e, apesar de ter sido negligenciada durante muito tempo, a saúde mental tem vindo a ganhar importância e reconhecimento como uma componente fundamental da saúde a nível mundial. Este facto deve-se em parte ao progresso científico que permitiu um cada vez maior conhecimento da natureza e das causas adjacentes às doenças mentais, mas também à evolução dos registos epidemiológicos psiquiátricos que vieram trazer a compreensão de que estas doenças são bastante mais frequentes e incapacitantes do que se pensava (Almeida, 2018).

Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) os portugueses que sofrem de uma perturbação psiquiátrica representam 22,9% da população, o que em números absolutos significa mais de 2.000.000 de pessoas, tornando-o assim o segundo país com a mais alta prevalência de doenças psiquiátricas em toda a Europa (Almeida, 2018; Teixeira, 2016).

Ainda que pareça que existe uma predisposição genética para a doença mental, a literatura diz-nos também que os sintomas resultantes de fatores de *stress* são provenientes do ambiente onde a pessoa se insere. Uma eficaz aplicação das estratégias de *coping* torna-se

extremamente relevante para evitar que as pessoas venham a ficar debilitadas pela depressão ou ansiedade, ao ponto de serem hospitalizadas. Coloca-se assim uma particular ênfase na necessidade de o indivíduo aprender e posteriormente praticar formas de lidar com esta conjuntura e se adaptar por forma a se reabilitar sem perigo de recidivas (Silverman, 2020).

O termo *coping* é usado para explicar um mecanismo de resposta do Ser Humano em situações de *stress*. Mais concretamente, para abordar este tipo de situações, o indivíduo utiliza as já referidas estratégias de *coping*, que podem ir desde um passeio a pé ou uma conversa com um familiar de confiança, a ouvir música (Carver & Connor-Smith, 2010).

A saúde mental pode ser observada de um ponto de vista holístico, já que esta inclui as formas diferenciadas como cada indivíduo procura o equilíbrio psicológico, tendo sempre em conta as diferenças culturais ou os julgamentos subjetivos. Porém, saúde mental não existe por oposição à ausência de doença mental, nem tampouco é um conceito estrito uma vez que as abordagens mais recentes conduzem para modelos terapêuticos cada vez mais personalizados, preventivos e de reabilitação (Goldston et al., 2008; Sá, 2010). Neste sentido, a área da saúde mental traz-nos ainda um outro desafio, deveras complexo, no sentido em que cada indivíduo, cada cliente é uma coletividade mental em si (Barros & Ansay, 2016).

Por doença mental entende-se assim, qualquer condição que seja caracterizada por dificuldades de funcionamento, comportamentos anormais ou perturbações ao nível cognitivo e emocional. Numa abordagem do modelo biopsicossocial, estes podem manifestar-se individualmente ou em conjunto e a sua origem pode ter diversas fontes como as circunstâncias ambientais e sociais, condição psicológica, genética, biológica, fatores químicos entre outros (Almeida, 2018; Gary R., 2015). Analisando por outro prisma, a OECD (2021) mostra – nos seus dados mais recentes – que o custo económico e social da doença mental é bastante significativo a nível global, uma vez que, pelo menos numa altura da vida, metade da população mundial irá experienciar alguma condição de doença mental e

consequentemente isso irá afetar a sua relação com a escola, o emprego e a sua própria condição física. Torna-se por isso extremamente relevante e urgente adotar políticas de saúde mental adequadas à realidade de cada país e que reforcem a coesão social.

No que respeita à severidade das perturbações mentais, estas podem agrupar-se genericamente em comuns e graves. As perturbações de ansiedade, do humor e do controlo dos impulsos, entre outras, são relativamente frequentes na população em geral e por norma não se fazem acompanhar de alterações graves. Por outro lado, a esquizofrenia, a perturbação bipolar e algumas perturbações da personalidade podem ser consideradas perturbações mentais graves, e que envolvem sintomas psicóticos e incapacidade significativa (Almeida, 2018; Uher & Zwickler, 2017).

Quando se fala em doença mental, importa reforçar que o suicídio está muitas vezes ligado à depressão e também às perturbações mentais em geral, sendo por isso um alto fator de risco, já que 59 a 87% das pessoas que cometem suicídio estariam com depressão major no momento do ato (Almeida, 2018).

Um estudo epidemiológico realizado na Europa revela que, das perturbações mentais estudadas, a depressão aparece como uma das mais predominantes (Almeida, 2018). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a depressão, já no ano de 2017 afeta-se cerca de 300 milhões de pessoas um pouco por todo o mundo. Em 2021, o número previsto de adultos que padecem desta condição rondava os 5.0% o que pode parecer pouco, mas em termos absolutos significa que cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo estão a sofrer com depressão neste momento. Segundo esta mesma instituição, esta é uma condição que afeta mais mulheres que homens e é hoje a principal causa de incapacidade o que a torna igualmente num fardo bastante pesado para os sistemas de saúde a nível global (Bromet et al., 2011; Hardeveld et al., 2013; World Health Organization, 2021).

Em Portugal, depressão é a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis e a principal causa de incapacidade, afetando ao longo da vida cerca de 20% da população (Teixeira, 2016). Se não for tratada, a depressão pode tornar-se uma condição de saúde grave e, além de poder em alguns casos levar ao suicídio – como já referido - também traz associado um grande sofrimento e uma baixa funcionalidade quer no emprego quer a nível familiar (World Health Organization, 2021).

Existem três tipos de episódios depressivos: ligeiro, moderado ou severo. A forma como são categorizados está dependente do impacto funcional no indivíduo, da severidade e da frequência dos sintomas. Estudos indicam que a depressão é despoletada por uma complexa rede de fatores com interações a nível social, psicológico e biológico. Assim, é muito mais provável que uma pessoa que já vivenciou eventos dramáticos na sua vida – como desemprego ou luto – possa vir a desenvolver uma depressão. (Alexander et al., 2009; Bolsoni-Silva & Guerra, 2014; Goldston et al., 2008).

Por outro lado, a depressão pode também estar relacionada com questões de saúde física tais como a doença crónica, os acidentes vasculares cerebrais, ou outras condições médicas (World Health Organization, 2021). A forma mais tradicional de se lidar com a depressão é através de uma combinação de psicoterapia e medicação. Os antidepressivos atuam no sentido de aliviar a tristeza, aumentar a energia física e psicológica da pessoa e ainda alterar a forma como o indivíduo interpreta as suas experiências. No entanto, é frequente as pessoas negligenciarem os primeiros sinais da patologia e mais tarde deixarem de responder adequadamente a este tipo de tratamentos.

Mais recentemente têm surgido novas formas de abordagem a esta problemática, nomeadamente terapias baseadas na aceitação ou *mindfulness*, procurando proporcionar experiências subjetivas que permitam à pessoa construir narrativas alternativas e dar-lhes um outro tipo de significado. Estas novas abordagens terapêuticas partem dos princípios da

psicologia humanista, nomeadamente no que respeita ao conceito de *Rogers* que diz que o Ser Humano busca intrinsecamente o crescimento, o amadurecimento e a atualização (Rogers, 1995). Estas práticas, ainda assim, nem sempre são vistas como válidas no universo científico pela falta de evidência.

Neste contexto a musicoterapia apresenta-se como uma verdadeira possibilidade terapêutica, complementar aos tratamentos já existentes, uma vez que se baseia e fundamenta quer no método científico, quer nos constructos da psicologia (Aalbers et al., 2019; Atiwannapat et al., 2016; Brandes et al., 2010; Castillo-Pérez et al., 2010; Erkkilä et al., 2011; World Health Organization, 2021). Os fatores que levam alguém a padecer de patologia depressiva são bastante alargados e podem ir desde um divórcio a problemas financeiros severos ou desde um luto a problemas relacionais no emprego (Bromet et al., 2011; Castillo-Pérez et al., 2010). Outros fatores de *stress* como as dificuldades inerentes da vida adulta, o ambiente familiar ou as relações sociais são igualmente determinantes no desenvolvimento ou não desta perturbação (Teixeira, 2016). Torna-se difícil identificar fatores de risco concretos e universais para o aparecimento da depressão, pois o percurso de vida da pessoa vai constituindo uma complexa progressão de fatores que são influenciados pelas interações entre os nossos sistemas biológico, psicológico e social. Contudo, a desregulação emocional tem-se verificado como um elemento chave no aparecimento da depressão (Aalbers et al., 2019).

Curiosamente, são os países mais ricos os que tem taxas mais elevadas de pessoas a sofrer com depressão (Bromet et al., 2011). Outra questão que se reveste de particular gravidade é que, apesar de metade das pessoas que viveram um primeiro episódio de depressão recuperarem e não voltarem a ter nenhuma recidiva, uma pessoa que experiencie 3 episódios depressivos tem uma probabilidade de quase 100% de reincidir se não houver qualquer tratamento (Teixeira, 2016). Por outro lado, a literatura tem demonstrado que o

conjunto de um estado de saúde mental mais debilitado e altos níveis de *stress*, pioram o estado funcional e mental das pessoas e ainda se constitui como uma barreira para a sua recuperação (Silverman, 2020).

Transtornos de Ansiedade

Ansiedade é um termo que designa um conjunto de vivências psicológicas que se caracterizam, genericamente, pelo medo direcionado ao futuro. As manifestações de ansiedade podem dividir-se entre somáticas e psíquicas. As manifestações somáticas podem ser taquicardia, suor, falta de ar, tremores, entre outras, enquanto as manifestações psíquicas vão desde tensões musculares, a nervosismo, dificuldade de concentração ou insegurança. Contudo, a presença de ansiedade não significa necessariamente que exista patologia. Este diagnóstico é verificado consoante a intensidade, duração, frequência e, especialmente, de que forma esta interfere no desempenho da pessoa (Bystritsky & Kronemyer, 2014; Tonelli, 2015). A adesão ao tratamento farmacológico pode ser, no entanto, uma condicionante e, nesse sentido, a musicoterapia pode ser uma mais-valia (Brandes et al., 2010; Feng et al., 2019).

Transtorno de ansiedade é um estado patológico que se caracteriza quer por sintomas físicos quer psicológicos de ansiedade, sem que para isso exista qualquer doença cerebral orgânica ou psiquiátrica associada. Os transtornos de ansiedade têm em comum características como medo e ansiedade num grau excessivo. Medo, como uma resposta emocional a uma determinada ameaça, que pode ser real ou percebida e que se manifesta em períodos de grande adrenalina ou pensamentos de perigo iminente. Ansiedade, como antecipação de uma ameaça futura, expressa muitas vezes por tensão muscular e comportamentos esquivos de vigilância ou cautela em relação a um perigo futuro (Almeida, 2018).

Os transtornos de ansiedade assumem várias formas das quais se destaca o transtorno de pânico, que se explica por uma crise de pânico durante a qual a pessoa apresenta sinais de ansiedade aguda e em que sente que vai morrer ou enlouquecer; fobia, quando a exposição a uma circunstância específica determina os sintomas de ansiedade; perturbação obsessivo-compulsiva, que surge na sequência de compulsões ou pensamentos obsessivos constantes e incessantes; *stress* pós-traumático, como uma reação extremamente ameaçadora ou catastrófica a um evento traumático e que aparece de forma posterior ou prolongada, na sequência do mesmo (Almeida, 2018; Sperry, 2016).

O percurso clínico do transtorno de ansiedade é influenciado significativamente, quando existem comorbidades de fatores, nomeadamente, transtorno depressivo *major* ou transtorno por abuso de substâncias (Bruce et al., 2005). Vários estudos salientam a alta taxa de recidiva em clientes com transtorno de ansiedade e, portanto, um diagnóstico tendencialmente crónico e com prejuízos psicossociais (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996; Schweizer & Rickels, 1996). Desta forma, a reabilitação psicossocial torna-se um elemento importante, nomeadamente para aumentar as competências sociais, melhorar as relações interpessoais e a qualidade de vida da pessoa (Massah et al., 2015).

A musicoterapia desenvolve-se, no âmbito dos cuidados de pessoas em saúde mental, baseada num crescente corpo de pesquisa científica, como potenciadora dos processos de recuperação e reabilitação psicossocial, por forma e viverem uma vida em sociedade que seja segura, digna e gratificante (Rīga Stradiņš University et al., 2012; Rolvsjord, 2015; Solli & Rolvsjord, 2015).

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Neste transtorno tomam-se como principais características a presença de ansiedade, preocupação exagerada e permanente acerca de vários aspetos da vida corrente e que a pessoa tem dificuldade em controlar essa apreensão. Esta sensação ocorre na maioria dos dias num

período de pelo menos seis meses. Outros sintomas podem estar também presentes, como, a inquietação, sensação de fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e alterações do padrão de sono. Todos estes sintomas causam sofrimento marcado e uma diminuição no normal funcionamento profissional e psicossocial da pessoa.

Considera-se como fatores de risco a afetividade negativa e a inibição comportamental, e a genética, já que um terço do risco tem esta origem (Sperry, 2016).

Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar afeta o comportamento da pessoa, assim como os diferentes cenários onde ela convive e está associado um risco aumentado de suicídio. Neste quadro clínico a pessoa apresenta variações bastante acentuadas de humor, associadas ainda a repetidas crises de depressão e mania, ou seja, humor irritável, pensamento acelerado, fuga de ideias, grande agitação psicomotora, gastos excessivos e aumento da sexualidade.

Os fatores de risco podem ser ambientais, genéticos ou fisiológicos. Em média, existe 10 vezes mais possibilidade de um indivíduo desenvolver transtorno bipolar tipo I e tipo II se existir histórico familiar desta condição, e cujo risco aumenta na proporcionalidade do grau de parentesco.

As perdas cognitivas experienciadas ao longo da vida, mesmo durante os períodos eufóricos podem afetar estas pessoas quer profissionalmente quer nas suas relações interpessoais (Almeida, 2018; APA, 2013; Kavanagh et al., 2021; Sperry, 2016; Teixeira, 2016).

Episódio Maníaco

Existem diversas formas de categorizar um episódio maníaco, nomeadamente, quando existe a presença de humor anormal que acontece de forma persistente e a um nível elevado e expansivo, pelo menos durante uma semana, manifestando-se durante grande parte do dia, ou então se for necessária a hospitalização, independentemente da duração do episódio.

Durante o episódio maníaco será visível, de forma significativa, sintomas como sentimento de grandiosidade ou autoestima exagerada, uma sensação de que a duração habitual do sono não é necessária em tanta quantidade, um sentimento de que o seu discurso é mais eloquente do que o costume, distração fácil e fuga de ideias, ou mesmo um aumento significativo de agitação psicomotora.

Por seu turno, um episódio maníaco acontece também quando a perturbação de humor requer hospitalização dado o seu grau de gravidade e prejuízo no funcionamento social e/ou profissional da pessoa, a fim de prevenir eventuais danos a si e aos outros. Durante a ocorrência de um episódio maníaco é comum que a pessoa não tenha consciência do que se está a passar e por isso resista ao tratamento, ao mesmo tempo que o humor pode mudar muito rapidamente para raiva ou depressão durante apenas momentos, horas ou dias (Sperry, 2016).

Episódio Hipomaníaco

Um episódio hipomaníaco acontece quando existe a presença de humor anormal que acontece de forma persistente e a um nível elevado e expansivo. Durante o episódio hipomaníaco será visível de forma significativa os mesmos sintomas que estão presentes no episódio maníaco, contudo, o indivíduo apresentará uma mudança muito evidente relativa ao seu funcionamento, observável por outros indivíduos e que não é condizente com o seu comportamento rotineiro.

No episódio hipomaníaco, não se verifica gravidade suficiente que possa colocar em perigo o próprio ou terceiros e, por isso, não há necessidade de hospitalização e não pode ser atribuído a efeitos fisiológicos de qualquer substância ou medicamento (Sperry, 2016).

Transtornos Depressivos

A depressão é considerada doença mental a partir do momento em que deixa de ser apenas uma reação natural a uma experiência traumática ou uma perda e passa a um estado

duradouro de sentimentos de inutilidade, prejuízo na funcionalidade do dia-a-dia, pensamentos suicidas, sentimentos excessivos de culpa, baixa autoestima, desalento em relação ao futuro, desregulação no sono, apetite ou peso, uma enorme falta de energia ou um estado crónico no qual os sintomas são menos graves mas que tornam o funcionamento da pessoa substancialmente disfuncional.

A depressão pode ser sentidas de forma diferente em cada pessoa, ou seja, para um indivíduo os sintomas que se manifestam no sono podem ser insónia e para outros pode ser que durmam mas quando acordam sentem-se cansados e sem energia (Eyre, 2013).

No âmbito dos transtornos depressivos, serão aqui abordados o transtorno depressivo *major* e transtorno depressivo persistente ou distímia. Ainda que divergentes na duração, momento e etiologia presumida, está também presente nos transtornos depressivos o humor triste, vazio ou irritável que se faz acompanhar de mutações somáticas e cognitivas que, de forma severa interferem nas faculdades funcionais do indivíduo. (Aalbers, Fusar-Poli, et al., 2017; Bromet et al., 2011; Feng et al., 2019; Sperry, 2016; World Health Organization, 2021).

Transtorno Depressivo Major

No transtorno depressivo *major* espera-se a observação de: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; uma diminuição grande pelo interesse ou prazer em realizar atividades outrora prazerosas; alteração significativa de peso ou apetite, sem que para isso tivesse existido alteração da dieta; presença de insónia ou hipersónia constante; presença de agitação ou lentificação psicomotora notória; sensação de fadiga ou perda de energia acentuada; sentimento de inutilidade ou culpa desapropriada e desproporcionada; diminuição da capacidade de concentração ou de tomada de decisões; pensamentos de morte recorrente, ideação suicida; desejo de desistir face a obstáculos inultrapassáveis ou o terminar com estados emocionais extraordinariamente agonizantes.

Para que se considere transtorno depressivo *major* é necessária a presença de pelo menos cinco sintomas em simultâneo e em que pelo menos um deles é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, durante duas semanas e cujas consequências representem uma mudança funcional no indivíduo face ao seu comportamento anterior.

O transtorno depressivo *major* pode ser classificado como leve, moderado, grave, com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão total ou não especificado, dependendo das características, recorrência, gravidade e presença ou não de características psicóticas.

Associado a tudo isto é ainda frequente verificar-se no transtorno depressivo *major*, tendências de choro, irritabilidade, ansiedade, fobias, inquietação, uma ruminação obsessiva, queixas de dor física e uma preocupação desmesurada com a saúde em geral.

Estima-se que a população do sexo feminino tem índices mais elevados de prevalência deste transtorno que indivíduos do sexo masculino. Relativamente aos fatores de risco importa referir que o neuroticismo é considerado um fator temperamental de grande relevância para o desenvolvimento do transtorno depressivo *major*, ao mesmo tempo que experiências adversas decorridas na infância e eventos da vida stressantes desempenham também aqui, um papel ativo desencadeador.

A nível genético, considera-se que existe um maior risco de desenvolver este transtorno se houver um familiar de primeiro grau já diagnosticado, sendo a herdabilidade de cerca de 40%. Por fim, sabe-se ainda que as condições de saúde crónicas ou incapacitantes como a diabetes, a obesidade ou doença cardiovascular se perfilam como potenciadoras de risco para um episódio depressivo *major* (Sperry, 2016).

Transtorno Depressivo persistente (Distímia)

A distímia caracteriza-se essencialmente pela presença constante de humor deprimido, durante pelo menos dois anos, que causam sofrimento e prejudicam áreas do funcionamento

social e profissional. Estes sintomas não podem ser explicados por efeitos fisiológicos de qualquer substância, medicação ou outra condição médica.

Na distímia verifica-se igualmente sinais de duas ou mais características de alterações no apetite, insónia ou hipersónia, fadiga ou pouca energia, baixa autoestima, dificuldades na concentração ou na tomada de decisões e sentimentos de desesperança. Em muitos a distímia inicia-se muito cedo na vida – na infância, adolescência ou no início da idade adulta – e demarca um percurso crónico. Importa ainda referir que as pessoas com distímia apresentam um maior risco de comorbilidade psiquiátrica e transtornos de ansiedade (Sperry, 2016).

Transtornos de Personalidade

No transtorno de personalidade, a forma de pensar, sentir e agir da pessoa prejudica grandemente as suas relações sociais, causa sofrimento, torna-a inflexível e desvia-a das expectativas do contexto cultural onde se insere.

No contexto dos transtornos de personalidade existem três grupos: perturbação da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica; perturbação de personalidade antissocial, *borderline*, histriónica e narcisista; perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva, evitativa e dependente.

Geralmente, os sintomas dos transtornos de personalidade, surgem ou tornam-se mais evidentes durante a adolescência ou no início da idade adulta (SPPSM, s.d.).

Transtornos por Uso de Substâncias

O uso contínuo de substâncias como drogas dissociativas, alucinogénios e outros, traz consigo a presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que podem persistir mesmo depois de uma desintoxicação.

Os sintomas associados aos transtornos por uso de substâncias podem manifestar-se em recaídas constantes. Para se fazer este diagnóstico é necessária a presença de comportamentos relacionados aos consumos, condizentes com um padrão patológico,

nomeadamente: o controlo deficitário sobre o uso da substância, quer na quantidade, quer no período de tempo que decorre entre tomas; presença de um desejo incessante mas infrutífero de reduzir ou regular o uso da substância; dispêndio exagerado de tempo e recursos na obtenção da substância; sensação de vontade tão grande de consumir que não se consegue pensar em mais nada; dificuldade para cumprir ou mesmo abandonar obrigações familiares, laborais e atividade interpessoais; fracasso na tentativa de abstinência, ainda que consciente das dificuldades que o consumo da substância lhe traz (Sperry, 2016).

Psicose

A psicose apresenta sintomas funcionais disruptivos quer a nível do neurológico quer biológico. A psicose afeta as emoções, o pensamento, a afetividade, a perceção e os comportamentos da pessoa, uma vez que a capacidade de pensar e compreender a realidade está comprometida. É comum deixar de se distinguir realidade e imaginação e com isso as pessoas tendem a isolar-se.

Existem vários tipos de psicose, sendo os mais comuns a esquizofrenia, a perturbação psicótica especificada e não especificada ou a perturbação delirante (Almeida, 2018; APA, 2013; Arciniegas, 2015).

A Musicoterapia

O ser humano é por natureza um ser musical. Os nossos corações bombeiam o sangue de forma ritmada, a nossa voz tem um determinado timbre, cada um de nós comunica com um certo volume, o que reenvia para elementos musicais do nosso funcionamento, a nível metabólico, motor e até relacional.

A música e os seus elementos estão presentes nas nossas vidas desde que nascemos e mesmo antes, durante o período de gestação. Há uma musicalidade inata que se tem vindo a demonstrar como tendo um papel vital na nossa comunicação de sentimentos, no ajuste de comunicação entre dois seres humanos, nas nossas reações viscerais, etc.

A música é uma arte (Lopes de Azevedo Júnior & Viana do Amaral, 2020) e é cada vez mais vista como forma de alcançar uma maior motivação e integração (Smith & Patey, 2003). No entanto não é só um fenómeno estético, mas também um elemento do dia-a-dia que nos diverte, relaxa e regula fatores importante como o *stress*. A música é usada hoje no contexto médico em diversas áreas e esta prática remonta já a Pitágoras que terá usado a música como forma de manter um equilíbrio psicológico adequado. Ao mesmo tempo, importa salientar que a música pode ser usada num contexto médico como uma forma da pessoa se autorregular e promover o seu próprio bem-estar subjetivo (Ruud, 2013).

A música, por ser uma arte com o potencial para desencadear reações fisiológicas no ser humano, pode influenciar profundamente o seu estado emocional e consequentemente o seu bem-estar como um todo e pode constituir uma das mais ricas e profundas experiências que podemos ter, pelo seu amplo espectro de atuação. Ela afeta-nos a nível emocional, cognitivo, sensorial e motor e interage com diversas regiões do cérebro ao mesmo tempo (Castillo-Pérez et al., 2010; Souza et al., 2019).

A experiência musical pode ajudar numa melhor comunicação e interação humana e pelo potencial agradável e recompensador que lhe é reconhecido pode também ser

potenciadora de hormonas neuronais como a dopamina e a serotonina que ajudam a reduzir os sintomas da depressão (Altenmüller & Schlaug, 2013b; Castillo-Pérez et al., 2010).

Sabe-se hoje que a música é processada pelo cérebro nos mesmos circuitos que operam as emoções, as sensações e sentimentos, antes mesmo de passar pela razão ou intelecto, o que faz com que ao ouvir uma determinada música a pessoa seja afetada por ela sem que disso esteja consciente. São cada vez mais os estudos que surgem enfatizando os efeitos fisiológicos e neuro-psicológicos da música. Parece existir uma correlação muito forte entre as diversas formas de prática musical – canto, dança ao som de música, escuta passiva, prática instrumental, entre outros – e um melhor estado geral de humor, já que esta permite desbloquear a expressão de emoções, por um lado, e organizar o pensamento, por outro (Ruud, 2013).

Para Arthur Schopenhauer, um importante filósofo alemão do século XIX, a música “é um exercício inconsciente de metafísica do espírito que desconhece que está a filosofar” (Schopenhauer, 2011, p. 322). Na sua análise, a música fala da essência humana e produz um efeito nas pessoas mais poderoso do que qualquer outra arte, ou seja, uma vez que o que está em causa é a expressão da essência e não da aparência, a música traz à luz da consciência o sofrimento, a alegria, a paz de espírito no seu âmago e não apenas enquanto expressão de um motivo que os provoca. É também por esse motivo que a música que ouvimos nos transporta tão facilmente à nossa imaginação e por ela uma pessoa se deixa tão facilmente suggestionar (Lourenço, 2011).

A música tem a capacidade de gerar alterações quer na saúde mental, quer na digestão ou no batimento cardíaco – entre outros – e é processado pelo cérebro humano no mesmo local onde recebe os estímulos sensoriais, emocionais ou mesmo sentimentais antes sequer de ser processado pela parte racional. Afeta-nos sem que nos possamos antemurir e isso pode trazer benefícios. Pode dizer-se que, na sua essência, cria-se simbolicamente a partir dos sons

da natureza. Sons rudimentares vindos de expressões orgânicas e que depois são levados pela vibração e pelo ouvido humano ao intelecto, que dará forma sonora a essas mesmas expressões, através de intervalos, ritmo, harmonia, tessitura, melodia, palavra, silêncio, entre outros. Esse poder simbólico inerente à música é o que traz à manifestação física os sentimentos, através de um constructo sonoro-musical lógico das formas ou ideias que quem construiu essa música teve e a usou para se exprimir (Lopes de Azevedo Júnior & Viana do Amaral, 2020).

A música oferece-nos possibilidades quase ilimitadas. Por vezes pode ajudar a estimular o movimento, outras simplesmente ajudar-nos a focar a nossa atenção. Ouvir música pode levar um indivíduo a sentir emoções e empatia mas também a ver espelhado o seu espírito nessa canção ou peça musical (Wheeler et al., 2005). Insere-se assim no que se designa de experiência estética, que pressupõe o estabelecimento de uma ligação com o objeto estético e da qual se tira prazer, afetando o humor e por isso oferecer-se como uma ferramenta terapêutica (Mastandrea et al., 2019).

Definição de Musicoterapia

Alguns estudos apontam para um benefício na saúde emocional do indivíduo que ouve música, no sentido em que esta influencia o seu estado emocional e ainda ajuda a restaurar o seu equilíbrio homeostático, promovendo um funcionamento ótimo. Isto significa que, se uma pessoa se encontra num estado de *stress* emocional e ouça música, aprecie a sua beleza estética e daí tire prazer, vai fazê-la dissociar-se do seu próprio stress e trazê-la a um estado emocional mais positivo (Sachs et al., 2015).

A musicoterapia define-se por:

“Musicoterapia é a utilização e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem,

mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento.” (APMT, 2021)

A musicoterapia enquanto profissão é relativamente recente, mesmo que a conexão entre música e terapia seja algo que remonta bem mais atrás no tempo. O conhecimento teórico e as competências necessárias para exercer devidamente esta profissão não excluem também um sentido profundo de comprometimento com a música como meio para ajudar o outro nas suas necessidades (Darnley-Smith & Patey, 2006).

A musicoterapia é então uma intervenção sistemática que utiliza como recurso não só a experiência musical como a relação terapêutica que se desenvolve no decorrer do processo por forma a promover saúde. Esta experiência musical pode acontecer de forma mais receptiva através – por exemplo – da escuta musical, ou de forma mais ativa por meio da improvisação ou da execução de instrumentos musicais (Carr et al., 2013; de Witte et al., 2020). Este trabalho desenvolve-se, por isso, essencialmente em quatro vertentes distintas de atuação, a improvisação, a composição, a recriação e a audição musicais.

Existem inúmeras formas de exercer musicoterapia. A escolha de qual o método mais apropriado surge consoante as necessidades de cada cliente e as competências do terapeuta (Barros & Ansay, 2016; Erkkilä et al., 2019). A musicoterapia, na forma como hoje se conhece e pratica, surgiu a meio do século XX e tem vindo a constituir-se uma profissão em vários países. Particularmente, depois de 1950, foram fundadas inúmeras associações por todo o mundo com o propósito de desenvolver e promover ativamente a pesquisa científica, o desenvolvimento de modelos programáticos para universidades, de programas de treino

clínico e de publicações em jornais da especialidade. Tudo isto trouxe reconhecimento e legitimidade a esta prática terapêutica no mundo moderno (Wheeler, 2017).

A musicoterapia constitui um procedimento sistematizado em que o terapeuta tem como função ajudar o cliente a promover a sua saúde e trabalhar aspetos intrapsíquicos e interpessoais com recurso a experiências musicais e à relação interpessoal que se estabelece nessas mesmas experiências (Gold et al., 2005). A principal forma de ação de um musicoterapeuta faz-se através do uso de diferentes técnicas musicais que vão desde a improvisação, à audição musical, criando uma relação entre terapeuta, música e cliente, numa constante tentativa de corresponder às necessidades emocionais e relacionais deste último.

Carl Rogers introduz um conceito que será fundamental para a musicoterapia: a abordagem centrada na pessoa. Este conceito procura proporcionar um tipo de relação terapêutica no qual o cliente se sinta acolhido, seguro e compreendido. Ao mesmo tempo, o terapeuta não deixa de ser autêntico e honesto na sua forma de estar em sessão. É a partir deste pressuposto relacional que se cria o espaço para provocar o desenvolvimento pessoal do cliente, tendo como suporte a relação terapêutica que se vai estabelecendo entre ambos (Moreira & Torres, 2013; Rogers, 1995).

No âmago da abordagem centrada na pessoa, está o conceito de empatia, que implica por parte do terapeuta uma compreensão autêntica dos sentimentos e vivências do cliente, assim como a sua total aceitação. Segundo Rogers (1995, p. 18), “se eu conseguir aceitar o facto de que me sinto irritado ou aborrecido com este cliente, então há uma grande possibilidade de aceitar e compreender os sentimentos tal como surgem” (tradução livre).

Rogers defende ainda que a relação terapêutica é tanto mais significativa quanto a empatia criada pelo contínuo desejo do terapeuta compreender o cliente (Rogers, 1995). Adotando este conceito à intervenção musicoterapêutica, esta torna-se uma terapia individualizada, focada na pessoa, usando as experiências musicais e a relação terapêutica,

indo ao encontro das necessidades sociais, emocionais, físicas e cognitivas do cliente e assim aliviar sintomas e melhorar a sua qualidade de vida (Stegemann et al., 2018).

A musicoterapia é uma intervenção terapêutica não-evasiva - que quando aplicada em pessoas que sofrem de depressão - se caracteriza em termos gerais por ter um bom *ratio* de viabilidade, boa tolerância e baixos níveis de desistência (Brandes et al., 2010; Feng et al., 2019). Nas suas mais variadas formas (cantar, tocar um instrumento, entre outros), a música, quando experienciada através de práticas positivas, tem a capacidade de potenciar a autoestima do indivíduo (Ott, 2011). A musicoterapia pode ser um forte aliado no sentido de ajudar pessoas que estão a passar por um processo de depressão e cuja saúde mental se encontra fragilizada, ao mesmo tempo que pode servir como alavanca para lhes dar recursos de *coping* e autorregulação emocional pode passar pela audição musical (Aalbers, Fusar-Poli, et al., 2017; Cook et al., 2017; Saarikallio et al., 2015; Silverman, 2020).

Modelos da Musicoterapia

A musicoterapia usa um protocolo trazido do método clínico para tornar o seu processo seja terapêutico. Esse protocolo envolve o encaminhamento, a avaliação, o planeamento, a documentação da evolução e a avaliação final e fecho (Hargreaves et al., 2012; Wheeler, 2017). Ao nível estrutural as sessões podem ser mais, ou menos estruturadas pelo terapeuta, dependendo do modo de funcionamento de cada cliente em particular e também do modelo que está a ser aplicado (Geretsegger et al., 2017).

Modelo Guided Imagery and Music

Um dos modelos fundadores da musicoterapia é o Guided Imagery and Music (GIM), desenvolvido por Helen Bonny. Aqui, o pressuposto de base é de que ao usarmos técnicas de relaxamento, aliadas à música clássica poderemos estimular uma viagem imagética pessoal com objetivos terapêuticos específicos e individualizados, já que se entende que através da música é possível suscitar imagens, emoções, memórias e sensações corporais que em

conjunto criam uma estrutura segura para o desenrolar da experiência na sessão. O compêndio das peças musicais são escolhidas pelo terapeuta de acordo com a sua avaliação do estado emocional, forças e defesas do ego e com um objetivo ou foco específico criado a partir dessa avaliação. A tudo isto se junta a componente do relaxamento e posterior indução imagética realizada depois de o corpo atingir uma condição de serenidade profunda e, por conseguinte, um estado alterado de consciência que vai permitir ao terapeuta criar uma linha de diálogo com base nas imagens mentais que lhe vão sendo descritas pelo cliente, acedendo desta forma ao seu subconsciente. Por fim, o cliente é trazido de volta ao seu estado de vigília e com a ajuda do terapeuta – na formação de conexões entre a imagética gerada e os objetivos da sessão - acontece uma interpretação dos *insights* ocorridos. Para que tudo isto seja possível é fundamental uma grande base de confiança entre cliente e terapeuta (Blake & Bishop, 1994).

Através do método GIM cria-se a possibilidade do cliente experienciar não só empoderamento pessoal como também esperança e - através da conexão entre o consciente e o inconsciente - desbloquear recursos internos próprios (Blake & Bishop, 1994). Da mesma forma que a aplicação prática da musicoterapia tem evoluído no tempo, também a sua definição tem sido alvo de atualizações por forma a melhor enquadrar a totalidade da sua função na vida do ser humano.

Dentro do largo espectro de condições de quem beneficia da musicoterapia, pode encontrar-se o adulto com dificuldades emocionais, problemas de relacionamento, ou com doença mental, situações sobre as quais versa o presente relatório. Para dar resposta a todas estas questões, o musicoterapeuta define uma série de objetivos que vão desde habilitar o cliente para o seu crescimento, transformação ou realização pessoal, passando por nutrir o seu processo de descoberta ou guiando-o no seu desenvolvimento de saúde ou bem-estar até à efetivação da integração de si enquanto indivíduo e de aspetos do *self*.

A musicoterapia utiliza a música como um recurso híbrido, ou seja, ela pode ser uma ferramenta ou um processo mas também um resultado, dependendo dos objetivos dentro do contexto terapêutico (Bruscia, 2015). Através dos diferentes tipos de relação que a música permite estabelecer – entre a música e partes da própria pessoa, entre a pessoa e os outros ou entre o ambiente sociocultural - é possível proporcionar ao cliente oportunidades para explorar analogias entre sentimentos inversos que este esteja a viver. O ímpeto para a mudança surge diretamente através da experiência musical em si, como potenciador de uma possível transformação quer ao nível pessoal, interpessoal ou ecológico (Bruscia, 2015).

Existem diversas formas de criar empatia com base na música, que é por excelência um meio para tal. A produção de música ao vivo permite unir as pessoas numa mesma atividade sensório-motora e para além disso, possibilita a ouvintes e participantes a partilha do mesmo espaço e tempo sonoros, numa experiência de grande intimidade (Choi et al., 2008).

Na musicoterapia ativa, quando o cliente está focado a tocar um instrumento é possível o terapeuta mostrar empatia através da imitação, incorporação ou da sincronização com o seu fazer musical. Tratando-se de audição musical, ou seja, numa musicoterapia de abordagem recetiva, pode-se mostrar empatia indo ao encontro do repertório com o qual o paciente se identifica ou que suscita respostas com significado da parte dele (Bruscia, 2015; Choi et al., 2008).

Para além da reflexão empática, uma das funções mais importantes do terapeuta reside no ato de sustentar ou ancorar o cliente na realidade, no fundo, entrar em ressonância com o que o cliente está a revelar, mas conter a intensidade das suas expressões de forma a evitar que ele faça mal a si mesmo (Bruscia, 2015; Choi et al., 2008). Outra característica fundamental da musicoterapia é a grande flexibilidade para navegar entre a comunicação verbal e não-verbal de forma notoriamente fluída:

“A música pode fornecer meios não-verbais de autoexpressão e comunicação, ou pode servir de ponte conectando canais verbais e não-verbais de comunicação. Quando usada não-verbalmente, a música pode suprir a necessidade de palavras e assim fornecer uma forma segura e aceitável de expressar conflitos e sentimentos que de outra forma são difíceis de se expressar. Quando ambos os canais verbais e não-verbais são empregados, a música serve para intensificar, elaborar ou estimular a comunicação verbal, enquanto esta serve para definir, consolidar e esclarecer a experiência musical.” (Bruscia, 1987, p. 561)

Relativamente à escolha do repertório, o gosto musical de cada cliente varia muito consoante a sua cultura, idade, entre outros e cabe sempre ao musicoterapeuta adereçar estas tendências individuais de cada um e encontrar um lugar musical e emocional onde o cliente se sinta confortável. Esse lugar pode ser dentro do género R&B, música clássica, *new age* ou qualquer outro (Wheeler, 2017).

A prática musicoterapêutica deve contemplar uma série de características por forma a tornar o processo dinâmico e ativo, nomeadamente, a imaginação, a intuição, a improvisação e o envolvimento intelectual. Sabe-se hoje que a imaginação desempenha um papel fundamental e que faz parte do processo intelectual da percepção e do raciocínio, trazendo à consciência o poder e a complexidade de questões inconscientes. Por isto, a imaginação deve ocupar um lugar significativo em todo o processo terapêutico, nomeadamente no caso da depressão em que o cliente pode - através da imaginação – dar forma às suas fantasias ou explorar diferentes personas e ambientes e com isso trazer à sua realidade uma maior consciência da sua própria autoridade, uma vez que a imaginação ativa recursos psicológicos e transpessoais (Bunt et al., 2002).

A intuição surge no seguimento da imaginação, direccionando-a à ação ou, dito de outra forma, a intuição é o mecanismo que conecta a imaginação e a racionalização dos

aspectos da vida de cada um. A improvisação pode ser vista como um dos pilares da musicoterapia e é, na verdade, o resultado prático e musical do trabalho da nossa imaginação e intuição. É a espontaneidade artística concretizada por via de um instrumento musical, naquele preciso momento. Independentemente do processo terapêutico se ter iniciado com um repertório pré-definido (ou não), com ou sem partitura, o desenrolar da sessão e da música têm sempre espaço para criar, transformar, experimentar, adaptar, significando isto que improvisar é também uma forma de adereçar as necessidades do momento (Bunt et al., 2002).

Através da improvisação musical terapêutica é possível explorar conteúdos da história pessoal e musical do cliente, entrar verdadeiramente em contacto com ele e dialogar, uma vez que a improvisação está intimamente conectada à expressão genuína do *self*. Por último, em musicoterapia é fundamental que o terapeuta consiga observar-se e considerar tudo o que se passa na sessão, relacionando essa informação com todo o conhecimento teórico que adquiriu previamente e com toda a sua perícia clínica e experiência prática até aí desenvolvida porque, em última análise, é isso que o distingue de um professor de música, de um músico amador ou de um concertista. É imperativo ainda adquirir uma sabedoria profunda das diferentes patologias, das teorias do desenvolvimento humano e dos constructos teóricos que compreendem a nossa área de atuação em musicoterapia para que seja possível desenhar uma abordagem terapêutica diferenciada tendo em conta as necessidades específicas de cada cliente (Bunt et al., 2002).

Quando se desenha o plano terapêutico, é importante ter em conta atividades que estreitem a conexão terapêutica, uma vez que a qualidade e o tipo relação terapêutica que se estabelece entre cliente e terapeuta está fortemente relacionada com os resultados que se conseguem obter. Na prática, o que isto significa é que o terapeuta deve mostrar sempre uma atitude empática e de validação, procurando desenvolver uma aliança terapêutica com o

cliente e assim, abrir a possibilidade de criar um ambiente no qual este se possa sentir seguro o suficiente para expressar os seus problemas de uma forma natural, num ambiente colaborativo (Page & Stritzke, 2015).

Para finalizar, a música, nomeadamente a interação musical pode ser considerada como uma forma de comunicação ancestral, pré-verbal mas que contém em si o potencial ulterior de expansão da comunicação verbal (Erkkilä et al., 2011). Vários autores têm vindo a verificar que quando existe uma experiência musical, várias áreas do cérebro e em vários domínios são ativadas e, uma vez que uma das características da depressão é precisamente as alterações cognitivas, esta pode ser uma boa terapia a complementar com as restantes já aplicadas (Almeida, 2018; Altenmüller & Schlaug, 2013b).

Modelo Plurimodal

Esta é uma abordagem que se começou a tomar forma teórica na década de 90 do século XX. No entanto é um modelo que se tem vindo a atualizar ao longo dos tempos quer no que respeita à sua fundamentação teórica, mas também aos seus procedimentos e técnicas. Na sua essência, este modelo é criado a partir da influência dos vários modelos teóricos da musicoterapia, procura as conexões entre eles e abarca novas e distintas correntes de pensamento que possam ser úteis e valiosos ao uso terapêutico da música.

O modelo plurimodal (MPM) é um modelo aberto e eclético, mas que se sustenta em estruturas teóricas validadas e seguras. Considera-se a pessoa como um Ser biopsicosocioespiritual, o que significa que a faceta espiritual – no sentido de forças internas que se podem conectar com aspetos da vida da pessoa mas que a transcendem ao mesmo tempo – da pessoa também é aqui tida em conta. Ainda que por vezes difíceis de definir, as experiências musicais espirituais ocorrem de forma frequente e ocorrem espontaneamente e sem uma intencionalidade predefinida, uma vez que a música tem a capacidade de induzir estados alterados de consciência em qualquer pessoa que com ela contacte (Bruscia, 2014).

Segundo *Shapira et al. (2007)*, este modelo trabalha a partir do pressuposto de base de que as crenças pessoais e a existência de um universo inconsciente em cada um condicionam em largo espectro a sua estrutura de pensamento e por isso torna-se necessário ter também este aspecto em conta quando se trabalha musicoterapia com um cliente (*Schapira et al., 2007*). O MPM baseia-se igualmente na ideia de que cada pessoa possui uma música ou melodia interna que reflete o seu estado emocional por detrás da sua estrutura de pensamentos e que, portanto, revela o núcleo da sua psique. Assim, o musicoterapeuta terá a possibilidade de explorar a produção musical do seu cliente – pelo despertar da sua matriz musical – como um caminho possível de acesso que projeta o seu material inconsciente, a sua estética individual que poderá ser desenvolvida ao longo das sessões e a sua forma de estar na música como ponto de partida para alcançar os objetivos terapêuticos definidos.

O MPM reconhece também o ISO musical de cada um como uma projeção de si mesma, uma vez que parte do princípio que todos nos vamos construindo também pela música, desde a voz da nossa mãe ainda no ventre, às canções de embalar que ouvimos, ao comboio a passar ao lado da nossa casa de infância, ou à sonoridade dos centros comerciais que frequentamos. Tudo isto faz parte e manifesta-se através da forma de estar de cada um de nós, Seres Humanos (*Schapira et al., 2007*).

O MPM valoriza a música como uma poderosa forma de expressão que tem a possibilidade de conectar diversas funções quer a nível pessoal, como interpessoal. Ao mesmo tempo, olha para a música como possibilidade musicoterapêutica tendo em conta o seu potencial de ser um lugar que traz segurança, que carrega e relata a história do cliente, que responde às necessidades humanas e que dá suporte, nutre e cuida do desenvolvimento da identidade pessoal de cada um (*Schapira et al., 2007*).

Princípio de ISO

O princípio de ISO é um dos princípios basilares da musicoterapia, formulado por Rolando Benenzon (Benenzon, 1998), segundo o qual o musicoterapeuta deve selecionar o repertório a trabalhar em sessão de acordo com o que reflete a sonoridade do cliente e o seu estado emocional naquele momento. É através deste encontro que podemos estabelecer *rapport* ou comunicação para verdadeiramente entender as necessidades e recursos do nosso cliente e lhe poder assegurar uma base sonora e relacional onde ele se possa apoiar e desenvolver.

Aplicações da Musicoterapia na Doença Mental

A música desempenha um papel particularmente importante na saúde mental, nomeadamente no que diz respeito à recuperação da criatividade, expressão emocional, motivação e interação (Geretsegger et al., 2017; Mastandrea et al., 2019). O uso das qualidades específicas da musicoterapia juntamente com os cuidados padrão, tem-se demonstrado um tratamento efetivo em doentes com depressão, ansiedade e funcionamento geral. A musicoterapia e a sua qualidade de expressar o não-verbal é uma mais-valia no sentido de colocar as pessoas em contacto com as suas próprias emoções (Erkkilä et al., 2011a).

O estado emocional de uma pessoa com depressão é, naturalmente, muito relevante e nesse sentido tem-se tornado cada vez mais evidente que a música consegue de facto induzir emoções no Ser Humano (Aalbers, Fusar-Poli, et al., 2017; Feng et al., 2019). No passado ano de Witte et al. (2020) preconizou um estudo de larga escala por forma a tornar a investigação empírica sobre musicoterapia mais sólida onde analisou a diversos níveis, 47 estudos que relacionavam o uso desta terapia e os efeitos psicológicos e fisiológicos provenientes do *stress* e conclui que a musicoterapia pode, de facto, ter um efeito acentuado nesta problemática (de Witte et al., 2020).

Os principais objetivos da musicoterapia na saúde mental são, por um lado, manter ou melhorar o funcionamento social, emocional, psicológico, cognitivo e comunicativo do cliente. Por outro, levar o cliente num caminho de esperança, propósito e significado na sua vida (American Music Therapy Association, 2022; Carr et al., 2013).

Para participar em experiências musicais no contexto da até musicoterapia, o cliente não precisa de ter qualquer treino musical prévio, apenas motivação para se envolver de forma ativa durante o processo e nesse sentido ela é uma psicoterapia que gera - de forma única - motivação e confere a possibilidade a quem participa de ativar as suas qualidades emocionais e expressivas sem a necessidade do recurso à palavra (Geretsegger et al., 2017).

Existem diversas abordagens teóricas para se trabalhar em musicoterapia, desde a terapia comportamental, perspetiva psicodinâmica, ótica humanista numa estratégia centrada na pessoa. A partir destes pode pensar-se numa dinâmica em grupo ou individual e adequar estratégias como a improvisação, a composição ou a audição musical como forma de criar um plano terapêutico (Aalbers et al., 2019).

De uma forma geral, os clientes chegam à musicoterapia por uma de duas vias: ou porque de alguma forma têm uma boa relação ou interesse por música ou então porque através da avaliação do caso se chegou à conclusão que a psicoterapia verbal não é opção num determinado momento (Wigram & Baker, 2005). A musicoterapia aparece assim no percurso terapêutico do cliente como um veículo para a sua recuperação no sentido em que, ao estimular novas experiências motivadas pelo fazer musical, incute em toda a dinâmica um estímulo para explorar novas habilidades, desenvolver competências e criar sentido (Barros & Ansay, 2016).

A musicoterapia na sua vertente de terapia expressiva não-verbal tem sido utilizada como forma de estabelecer um contacto efetivo com clientes que sofrem de perturbação depressiva. Mais concretamente, a literatura sugere que o uso da música neste prisma

terapêutico traz à tona determinadas características que possibilitam uma interação e expressão não-verbal significativa para o indivíduo, mesmo se num contexto onde a palavra não alcança a sua realidade íntima e pessoal (Erkkilä et al., 2011; Feng et al., 2019).

A música pode estimular e harmonizar hormonas importantes nesta como a dopamina, a serotonina a adrenalina e a testosterona (Bloch et al., 2010; Kavak et al., 2016). Neste sentido, Lu et al. (2013) procurou perceber se a musicoterapia teria efeitos positivos nos sintomas de depressão. Para isso, os intervenientes tocaram instrumentos musicais em grupo, cantaram, ouviram e viram música a ser tocada e discutiram todas essas experiências entre si, na presença do musicoterapeuta. O resultado mostrou que esta é uma forma de psicoterapia de fácil implementação, económica e que trouxe bons resultados. Mais concretamente, foi possível observar uma melhoria nos sintomas depressivos.

Geretsegger et al. (2017) sugere que, preferencialmente, dever-se-ia praticar musicoterapia por um período estendido no tempo e de forma individual ou em pequenos grupos quando se trata de doença mental.

Um estudo de McCaffrey & Edwards (2016) refere a complexidade de se trabalhar musicoterapia no contexto da saúde mental, mas ao mesmo tempo, em como esta traz humanidade aos serviços e aumenta as oportunidades e experiências dos clientes, validando assim esta prática.

Kavak et al. (2016) procurou mostrar que a musicoterapia pode ser usada juntamente com exercícios de relaxamento por forma a reduzir sintomas de depressão e assim funcionar como uma terapia complementar no tratamento médico. A base neuro química associada ao transtorno depressivo revela uma redução em certas regiões do sistema nervoso central, o que expressa que a plasticidade e a ativação de diversos processos cerebrais associados à música pode ser fundamental para a melhoria desta condição (Castillo-Pérez et al., 2010). No próximo capítulo, exploraremos este assunto com mais detalhe.

Musicoterapia na Depressão, Stress e Ansiedade

Muitos adultos com doença psiquiátrica perdem o senso de identidade e as suas relações com a comunidade que as rodeia tornam-se disruptivas (Wheeler, 2017).

Segundo o estudo de Choi et al. (2008), a musicoterapia pode ser um forte aliado quando o objetivo é levar o cliente a uma catarse emocional por forma a conseguir expressar e dar voz ou som a sentimentos e medos. Ao mesmo tempo, pode proporcionar uma autodescoberta de si próprio e aumentar a sua autoestima e prazer de viver, assim como na redução dos sintomas da depressão (Aalbers et al., 2019; Feng et al., 2019).

Cada vez mais vão surgindo estudos que relacionam o recurso à musicoterapia e a redução dos sintomas associados ao transtorno depressivos nos seus diversos estádios. O uso da música pode ativar e simultaneamente estimular canais que ajudam a modular a nossa química interna que, através disso irá facilitar a recuperação ou diminuição dos sintomas da depressão (Aalbers et al., 2019; Castillo-Pérez et al., 2010). Assim, a música funciona como um meio facilitador de emoções intensas de forma socialmente aceitável (Troice & Sosa, 2003). Desta forma, o uso da musicoterapia no tratamento da doença mental grave tem surgido no panorama científico como uma evidência emergente ainda que, até à data, não tenha sido desenvolvido nenhum modelo musicoterapêutico específico para o contexto psiquiátrico.

A musicoterapia pode ajudar a controlar sintomas psiquiátricos e qualidade de vida, quando combinada com os serviços de saúde prestados padrão (Atiwannapat et al., 2016; Feng et al., 2019). Dentro deste âmbito, revestem-se de particular importância no processo terapêutico, estratégias como a criação ativa e estruturada de música com discussão verbal, a ênfase na relação terapêutica ou a edificação dos recursos do cliente (Carr et al., 2013; Feng et al., 2019).

A musicoterapia, em conjunto com outro tipo de terapias – psicoterapia, medicação, terapia ocupacional, entre outras - pode ter um efeito positivo no que concerne à modulação de humor e emoções do cliente e no tratamento de perturbações do foro depressivo e suas comorbidades frequentes como é o caso da ansiedade (Aalbers, Fusar-Poli, et al., 2017).

A regulação dos afetos na pessoa com doença mental é, em última análise, o objetivo maior na recuperação e na gestão do dia-a-dia, nomeadamente nas alturas em que é necessário gerir os seus estados mais depressivos, ansiosos ou de desespero (Silverman, 2020). Sabe-se que, tanto as emoções como os sentimentos, geram ondas de ressonância magnética muito semelhantes ao que em música designa por pulsação, melodia e ritmo. Desta forma, é possível perceber que ao utilizarmos ferramentas musicais que se debrucem especialmente sobre estes componentes (sentir a pulsação cardíaca e tocar um instrumento na mesma pulsação, realizar batimentos com tempos e pausas similares ou mesmo imitações rítmicas de animais, do caminha, entre outros) possamos ajudar o indivíduo a obter uma maior satisfação e uma melhor expressão dos seus afetos (Damásio, 2013; Sousa, 2003).

Na depressão, a autoprojeção e a associação são mecanismos importantes para desenvolver, uma vez que permitem às pessoas conectar-se com as suas memórias e imagens emocionais e, neste sentido, a musicoterapia (numa vertente de improvisação clínica, por exemplo) pode facilitar grandemente a execução deste objetivo. Num âmbito mais preciso, esta técnica permite despoletar processos inconscientes, que vão para além da patologia da pessoas e que, por isso, as preparam para uma expressão simbólica profunda (Erkkilä et al., 2011).

A música oferece-nos uma magnífica paleta de ritmos, formas, frases melódicas (contidas numa canção por exemplo) que ao serem previsíveis, podem ajudar o cliente a sentir-se seguros de tal modo que podem expressar e modular as suas emoções (Wheeler, 2017). A partir do estudo de Feng et al., (2019) percebe-se que a efetividade nas melhorias de

sintomas relacionados com o transtorno depressivo, são explicadas pela conexão psicofisiológica da música com o sistema límbico, que parece suscitar vivências prazerosas na pessoa que dela usufrui (Castillo-Pérez et al., 2010). Assim, a musicoterapia na doença mental desenrola-se muitas vezes entre a improvisação, canções com espaços em branco para preencher, o trabalho de canções do ISO do cliente, escrita de canções, o uso de canções pré-compostas, trabalho vocal e *performance* musical com propósito terapêutico (Wheeler, 2017).

A intervenção musicoterapeuta pode reduzir os níveis de *stress* e melhorar o humor (Clark & Harding, 2012; Erkkilä et al., 2011; Maratos et al., 2008). A literatura vigente sugere que a musicoterapia como parte integrante de uma equipa multidisciplinar traz benefícios a curto prazo a clientes que sofrem de depressão e está igualmente associada a um decréscimo eficaz dos níveis de ansiedade, juntamente com uma melhoria nos níveis de funcionamento do mesmo (Aalbers et al., 2017; Castillo-Pérez et al., 2010; Erkkilä et al., 2011a; Saarikallio et al., 2015). A música desencadeia sensações de excitação (alta ou baixa) e prazer (alto ou baixo) e, quando o objetivo é aliviar a tensão ou ansiedade, estar em contacto com música que suscita pouca excitação é a situação mais benéfica. Mais, quando ouvir uma determinada música nos traz um grande prazer associado, esse facto contribui bastante para a redução de *stress* (Gan et al., 2015; Jiang et al., 2016). Pelo facto da música num contexto terapêutico ter o potencial para produzir melhores estados psicológicos e físicos, pode dizer-se que isso poderá afetar, positiva diretamente, a resposta do cliente a estados de *stress*, transtornos de ansiedade e transtornos de humor e personalidade (Choi et al., 2008; Jiang et al., 2016).

Técnicas Musicoterapêuticas

A musicoterapia utiliza a improvisação, a composição, a escrita de canções, entre outras, como formas de trazer o cliente à prática física da música e desta forma fornecer-lhes um meio para a expressão dos seus sentimentos e problemas. Estas técnicas permitem

também explorar os recursos pessoais do cliente através do som ou trabalhar conflitos, sempre com a segurança de uma orientação e mediação da escuta feita por parte do terapeuta. Por outro lado, a musicoterapia pode igualmente ser exercida através da escuta musical, onde o cliente, ao receber a vibração vinda da música que está a ser tocada – ao vivo ou gravada – têm a oportunidade de apreender os sons que lhe chegam e a partir daí realizar um trabalho terapêutico em conjunto com o terapeuta (Bruscia, 2015).

Escrita de canções

Se durante vários séculos, no mundo ocidental, as canções serviam puramente um fim religioso, a partir dos tempos medievais os trovadores introduzem uma nova dinâmica sob a forma de contos fantásticos adornados pela música. Daí até aos dias de hoje as canções têm-se tornado cada vez mais importantes na vida comum, refletindo os valores políticos, sociais, filosóficos e culturais de cada nação, dando voz a emoções, contando histórias, arrebatando mente e coração.

O uso das canções de uma forma terapêutica faz parte das ferramentas usuais de um musicoterapeuta, no sentido de proporcionar ao seu cliente uma via que lhe possibilite alcançar uma melhor saúde, expressar, comunicar e tocar aspetos de si próprio. Através do uso das canções, é possível viajar ao passado e aliviar a dor que sentimos, entender e entrar em contacto com o presente ou desenhar, sonhar e dar voz ao futuro. Podemos confrontar as nossas dificuldades e projetar sentimentos através da música, assim como entrar em contacto com o nosso inconsciente de uma forma segura, num ambiente de suporte terapêutico.

A escrita de canções abre todo um largo espectro de possibilidades de exploração simbólica e do uso de metáforas sobre a forma de olhar o mundo à nossa volta, de o compreender, de nos auto-expressarmos, de contar histórias, adereçar vários temas e relacionamentos desafiantes e de assimilar o que nos acontece ao longo do caminho (estratégia de *coping*). Uma vez que as canções formam parte da nossa cultura enraizada e

por isso ocupam um lugar tão significativo, o musicoterapeuta pode disso tomar partido como método de intervenção. Quando em grupo, o uso das canções potencia a coesão e facilita a interação social, ao mesmo tempo que reforça a relação terapêutica, numa atmosfera de confiança, onde medos e conquistas se podem expressar no mesmo espaço e tempo (Bruscia, 1998; Wigram & Baker, 2005).

A escrita de canções como forma de intervenção musicoterapêutica traz ao cliente a possibilidade de explorar as suas capacidades criativas e performativas (se isso for relevante no processo) e de dar forma aos seus pensamentos, sentimentos e necessidades. Isto gera em si a sensação de pertença pois esta é a sua própria criação, a sua canção que pode ser revisitada e partilhada sempre que o cliente desejar, numa conquista criativa, de expressão pessoal e da sensação de domínio artístico.

Especificamente na idade adulta, a escrita de canções pode ser um veículo eficaz para melhor capacitar o cliente a resolver os seus problemas, medrar *insight*, suportá-lo emocional, espiritual e psicologicamente, assim como dar voz a pensamentos e sentimentos.

Existem várias formas de criar canções numa sessão de musicoterapia: criação de canções pré-compostas em que o cliente tem a possibilidade de preencher espaços em branco, propositadamente retirados para adereçar o objetivo terapêutico; usar uma canção já existente e incluir mais frases no refrão ou modificá-lo de acordo com a conveniência terapêutica; usar a paródia musical onde todo o texto é modificado, ficando apenas a estrutura melódica e harmónica, proporcionando um espaço de total liberdade de expressão idiomática; criação de canções de forma integral, usando para isso uma série de técnicas de geração de palavras em livre associação ou por tema, para posterior desenvolvimento da letra da canção e ulterior composição musical. Todas estas formas de atuação musicoterapêutica pode ser utilizadas quer individualmente quer em grupo (Wigram & Baker, 2005).

Ainda que o envolvimento emocional seja uma característica inerente a qualquer interação musical, a técnica específica da escrita de canções traz consigo uma potencialidade importante uma vez que os participantes podem fazer uso das suas capacidades poéticas, musicais, de repertório e identidade musical para expressarem as suas emoções relativamente ao tema de cada canção que escolhem. Podem interpretá-la quantas vezes desejarem, partilhá-la ou guardá-la em arquivo se for essa a sua intenção.

O processo terapêutico que envolve a escrita de canções traz a possibilidade de trabalhar não só a componente musical como também a comunicação corporal e verbal. Os benefícios deste trabalho prolongam-se e metamorfoseiam-se para além do término da composição em sessão, quer através da experiência relacional criada no processo quer porque esta pode mais tarde ser interpretada por amigos, familiares ou mesmo no domínio performativo (Wigram & Baker, 2005).

O recurso à escrita de canções surge quando o cliente demonstra vontade em desenvolver as suas potencialidades musicais e poéticas ou se quer expressar através da letra da canção. Isto significa que, em primeiro lugar, o cliente conecta-se com as canções, as suas experiências, identidade cultural e sentimentos por via da própria narrativa, género e estilos musicais. Simultaneamente, o desenvolvimento de capacidades adquiridas ao longo do processo terapêutico inerente à escrita de canções pode possibilitar ao cliente um ganho importante relativamente ao seu senso de autoestima, autoeficácia e de si enquanto parte da comunidade (Wigram & Baker, 2005).

Quando se utiliza a técnica da composição, o musicoterapeuta assiste o cliente na escrita das canções, por forma a criar um produto final esteticamente apazível e, por conseguinte, terapêutico. Este material pode ser gravado e explorado nas sessões seguintes como retrato autobiográfico ou pode servir para adereçar questões terapêuticas relevantes no momento. Criar uma melodia oferece a qualquer pessoa uma oportunidade para canalizar

sentimentos e emoções, de contar uma história de vida, de resolver problemas, entre outros, através de um veículo verbal e não-verbal (Wheeler et al., 2005).

Improvisação

A literatura sugere que a musicoterapia ativa (improvisar, por exemplo) desencadeia uma conexão entre três ou mais dimensões importantes do ser humano, nomeadamente a dimensão estética, a relacional e a física. No que respeita à dimensão estética, esta parece ganhar relevância terapêutica e musicoterapêutica uma vez que num diagnóstico de depressão existe normalmente a perda de significado e prazer na vida. Aqui, o fazer musical pode trazer ao cliente a possibilidade de realizar uma tarefa que lhe traga significado e que lhe proporcione prazer através da busca experiencial estética que a música lhe assegura. Assim, este pode tornar-se um momento musical catártico para o cliente, a partir do qual ele se pode sentir motivado a explorar novas nuances na sua vida, aceitar correr riscos e a posicionar-se de uma forma diferente perante o outro. (Maratos et al., 2011).

Através da improvisação é possível expressar qualquer tipo de ideia de forma segura pois existe sempre um pano de fundo rítmico e uma certa estrutura e organização inerentes à música. Na população psiquiátrica adulta improvisar encerra em si a possibilidade do cliente se focar no momento presente ou assisti-lo num instante de crise onde a expressão não-verbal das emoções é fulcral. Improvisar, significa usar um instrumento ou partes do corpo – onde se inclui a voz – para produzir sons e que pode ser completamente livre ou com algum grau de estruturação (Wheeler et al., 2005).

Ao mesmo tempo que fomenta a individualidade, permite também criar espírito de grupo, possibilita o treino de respostas imediatas, o empoderamento pessoal (por exemplo, através do recurso à direção artística musical do grupo) e desenvolve uma inter-relação entre os membros. Improvisar implica um contacto verdadeiro com a realidade e com o “aqui e

agora”, já que há necessidade de uma resposta a estímulos auditivos, aos instrumentos, às instruções do terapeuta e dos outros participantes (Troice & Sosa, 2003).

Na doença mental é muito comum encontrar pessoas com uma relação disfuncional com a sociedade que as rodeia, muito devido ao facto de terem perdido o senso de si próprios. Neste sentido a improvisação pode ser muito valiosa ao musicoterapeuta como meio de proporcionar ao seu cliente uma forma de exploração real e simbólica do seu espaço interno. A improvisação pode espelhar simbolicamente ao cliente, o lugar que ele ocupa perante o outro e a forma como se relaciona com o ambiente, uma vez que esta técnica permite uma interação em tempo real do som que o cliente produz em conjunto com todos os outros sons que possam estar a acontecer. A par com o referido, a música é em si um forte contentor de emoções, pensamentos, memórias e expressões (Wheeler, 2017).

A musicoterapia é em si um ato físico, que requer movimento e cria uma base de ligação do cliente com o seu corpo, uma vez que para se tocar um instrumento ou para cantar, é necessário intencionalidade física no movimento para produzir sons, ativando diferentes partes do cérebro humano. Por isto, a musicoterapia pode exercer hoje, um papel decisivo quer na prevenção que no alívio dos sintomas da depressão (Hargreaves et al., 2012; Maratos et al., 2011).

Quando o musicoterapeuta tem a capacidade de criar um encontro musical com o seu cliente, trazendo à tona a sua musicalidade, ouvindo e interagindo de forma atenta e presente a improvisação que o cliente está a realizar, cria um momento – esteticamente apelativo - fortíssimo de conexão e sentido, fundamental em caso de depressão (Maratos et al., 2011).

A improvisação clínica é assim, uma técnica muito importante na expressão e interação não-verbal em musicoterapia (Hargreaves et al., 2012). Desempenha igualmente um outro papel importantíssimo no caso da doença mental, que passa por oferecer uma ponte de

transferência e criatividade imagética aquando da interação musical entre cliente e terapeuta (Erkkilä et al., 2011).

A improvisação clínica apresenta-se como uma boa aliada quer na tomada de consciência da regulação emocional quer na consequente redução dos sintomas depressivos, uma vez que a musicoterapia pode ajudar a modular a atividade cerebral relacionada com as emoções e que está afetada em pessoas que têm depressão. Esta técnica reveste-se de particular importância, já que uma relação saudável com a regulação das emoções está conectada com uma maior capacidade para reduzir sintomas depressivos e de nos capacitar melhor para que nos possamos expressar e responder às situações de forma adequada. (Aalbers et al., 2019).

Na improvisação clínica, a ação parte geralmente do cliente e é por esse motivo que é encorajado e estimulado a tomar decisões e a apoderar-se da ação na experiência musical e com isso surge a possibilidade da expressão das suas emoções. Aqui, o papel do musicoterapeuta é essencialmente sincronizar o seu som e modalidade expressiva com o do cliente através da técnica do espelho, cânone, entre outros (Aalbers et al., 2019; K. R. Scherer & Coutinho, 2013).

Recriação musical

A recriação musical inclui tocar ou cantar música pré-composta, executar produções musicais, jogos e atividades musicais. Esta é uma técnica que permite o trabalho em grupo ou individual, uma vez que dá a possibilidade ao cliente de se autoexpressar genuinamente num ambiente musical e receber feedback da sua prestação. O terapeuta procura aqui, ajudar o cliente a aprofundar o sentimento de competência na tarefa, sentindo que é ouvido e compreendido pelos outros membros do grupo e/ou pelo musicoterapeuta, estreitando desta forma os laços entre ambos, dando-lhes autoconfiança e o senso de pertença (Wheeler et al., 2005).

Através da exploração da criatividade torna-se possível um aprofundamento emocional e simbólico de cada indivíduo, o que, facilita posteriormente a aquisição de *insight* acerca das dificuldades e desafios do cliente, ao mesmo tempo que o direciona para um rumo psicologicamente e emocionalmente mais positivo (Erkkilä et al., 2011; Hargreaves et al., 2012).

Trabalho Terapêutico Vocal

Em musicoterapia, quando cantamos, pouco importa como cantamos do ponto de vista estético. O que é significativo é o que a voz deixa transparecer da obscuridade do nosso inconsciente e que é parte do arquivo simbólico do cliente, agora trazido à luz da consciência através da construção melódica, rítmica, tímbrica dos nossos desejos, medos e outros. (Schapira et al., 2007).

O trabalho musicoterapêutico que se faz através do canto e da colocação da voz, permite uma busca muito pessoal da unicidade na voz de cada um, no seu som específico e singular e serve como metáfora para realizar esse percurso. Este processo pode ser importante quando o objetivo é a redescoberta de si próprio, do *self* (Austin, 2008).

O uso da palavra musicada e o seu processamento verbal posterior é importante para o cliente e para o terapeuta, no sentido da tomada de consciência de determinados sentimentos, emoções ou sensações relativas a eventos ou relacionamentos que inevitavelmente temos com o exterior. Em musicoterapia, pode-se construir um debate seguro, quer seja exteriorizado ou não, uma vez que a música também permite aceder ao nosso mundo interior e dá expressão à nossa realidade muitas vezes inconsciente (Wheeler, 2017).

Todos nós temos uma sonoridade própria e que nos identifica e distingue. Um dos propósitos da musicoterapia é precisamente, usar esta musicalidade ao serviço da relação e objetivos terapêuticos (Wigram, 2019).

Escuta recetiva

Através da utilização da escuta musical recetiva, o cliente tem a possibilidade de ouvir música e responder a essa experiência de diversas formas, as quais podem ser silenciosas, verbais, musicais ou outras. Por forma a desencadear respostas por parte do cliente, os objetivos terapêuticos podem estar focados no campo físico, emocional, estético, intelectual ou espiritual da música (Erkkilä et al., 2008).

Este trabalho pode ser desenvolvido pela audição musical como indutora de relaxamento, usando a música como forma de organizar e monitorizar comportamentos físicos e emocionais; audição meditativa, onde se usa a música como estratégia para o cliente aprender e recordar informação sobre si próprio; audição projetiva onde o musicoterapeuta escolhe deliberadamente uma música com o propósito de estimular associação livre, identificação, interpretação ou mesmo descrição verbal por parte do cliente (Bruscia, 2014; Erkkilä et al., 2019).

A escuta recetiva é uma técnica usada em casos de clientes que se apresentam com níveis de energia baixos. Recebem a experiência, no entanto, não têm produção musical (Wheeler, 2007).

O terapeuta convida sempre o cliente a escolher músicas do seu ISO e procura fazer corresponder com elas, o que este está a vivenciar no momento, seja a nível emocional ou físico (Bruscia, 2014).

Pode usar-se música pré-gravada ou a performance musical ao vivo de composições realizadas em sessão ou de música composta com fins comerciais ou de diferentes estilos (Erkkilä et al., 2019).

A musicoterapia, integrada com os cuidados já existentes, tem-se afirmado como um tratamento em adultos com doença mental. As suas múltiplas possibilidades configuram um caminho para que o cliente possa entrar em contacto com os seus próprios problemas e

emoções (Erkkilä et al., 2011b). A musicoterapia ganha, por isso, cada vez mais espaço no plano científico, como uma possibilidade terapêutica eficaz na doença mental (Aalbers et al., 2017).

Objetivos do Estágio

A instituição na qual decorreu o estágio curricular aqui apresentado valoriza o contacto multidisciplinar. Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos gerais para este estágio:

- Aumentar o leque de oportunidades de autovalorização dos utentes
- Ampliar a consciência e limites do self sonoro-musical
- Apoiar novas formas de comunicação e relacionamento interpessoal
- Fomentar a expressão emocional e catarse
- Explorar a criatividade como terreno de (re)construção identitária.

Foi ainda intenção deste estágio, potenciar a experiência estética através do recurso à música em três pilares essenciais para o contexto psiquiátrico que são a expressão, a relação e a criação. Procurou-se ainda fomentar e sensibilizar todos os técnicos, auxiliares, utentes e visitantes para uma ação musicoterapêutica que se considera da maior relevância no contexto hospitalar.

Metodologia

Neste capítulo será abordada a metodologia segundo a qual foi operacionalizada a intervenção e avaliada a eficácia do uso da musicoterapia na população aqui em consideração. A presente secção descreve procedimentos, instrumentos e as diferentes fases do processo de implementação do estágio, bem como o seu enquadramento na instituição e eventuais benefícios para a saúde mental dos participantes.

Participantes

Todos os participantes neste estágio foram recrutados no serviço de psiquiatria do HFAR. Foram direcionados para o serviço de musicoterapia um total de 14 utentes, sendo que, 8 participaram exclusivamente em sessões individuais, 7 unicamente em sessões de grupo e 1 em ambas. Destes, 7 são do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 39 e os 68 anos, o que realiza uma média de idades de 53 anos (Tabela 1). Para efeitos de elaboração do presente documento, foram atribuídos nomes fictícios a todos os utentes, para assim salvaguardar o anonimato e confidencialidade das suas identidades e dos dados recolhidos.

Relativamente aos critérios de inclusão para frequentar quer as sessões de grupo quer as sessões individuais, considerou-se estar ou já ter estado internado na unidade de psiquiatria do HFAR e ter patologia depressiva, transtorno do comportamento aditivo, transtorno de personalidade, transtorno bipolar e/ou transtorno de ansiedade. As competências musicais anteriores não foram consideradas como relevantes, no entanto, a sua presença não constituiu critério de exclusão. Não foram considerados critérios de exclusão.

Tabela 1

Caracterização dos participantes

Intervenção	Identificação do utente	Idade	Patologia
Individual	Eduardo	42 anos	Transtorno de humor
Grupo e individual	Bela	64 anos	Transtorno bipolar
Individual	Lucas	49 anos	Transtorno por uso de substâncias
Individual	Pedro	55 anos	Transtorno depressivo major
Individual	Manuela	39 anos	Transtorno de personalidade
Individual	Sandro	63 anos	Transtorno bipolar
Individual	Rute	68 anos	Transtorno depressivo
Individual	Inês	64 anos	Transtorno bipolar
Grupo I	ST+ RA + PA + MT + ES + SC	45-56	Múltiplos transtornos

Instrumentos de Avaliação

No sentido de melhor aferir e compreender a eficácia da intervenção realizada neste estágio, foram empregues quatro instrumentos de avaliação distintos, designadamente, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAY Forma Y-1 e Y-2), o Beck Depression Inventory®-II (BDI®-II), uma Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical (ISO), uma grelha de observação de musicoterapia adaptada e uma entrevista semi-estruturada, os quais serão seguidamente explicados com maior detalhe.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), originalmente desenvolvido por Spielberger (1983) e neste relatório utilizado na sua versão portuguesa por Silva e Spielberger (2011) é um instrumento quantitativo bastante utilizado para avaliar componentes subjetivos que estão relacionados à ansiedade, nomeadamente a ansiedade enquanto estado – que é parte de um mecanismo transitório que pode estar diretamente relacionado com uma

situação adversa, um estado emocional desconfortável, apreensão, receio - e enquanto traço, referindo-se à predisposição para um indivíduo lidar com mais ou menos ansiedade aos eventos que vão ocorrendo na sua vida, como uma característica pessoal ou traço de personalidade que evidencia comportamentos ansiosos.

Este é um questionário de autorrelato e um instrumento composto por dois grupos de 20 questões cada, sendo o primeiro grupo relativo à Ansiedade Estado e o segundo à Ansiedade Traço. As questões são apresentadas sob a forma de uma escala de Likert de quatro pontos de escolha designada, em que “1” representa “nada”, “2” representa “um pouco”, “3” representa “moderadamente” e “4” representa “muito” e a resposta não tem limite de tempo. A cotação é feita de um a quatro pontos e o resultado final é obtido através da soma dos valores de cada uma das escalas num valor compreendido entre 20 e 80, sendo que 19 destes itens são cotados pela ordem inversa à anteriormente explanada. A classificação dos níveis de ansiedade é feita de acordo com a soma dos pontos de cada escala. Assim considera-se nível baixo uma pontuação de 20 a 34 pontos; moderado numa pontuação de 35 a 49 pontos; elevado numa pontuação de 50 a 64 pontos; altíssimo numa pontuação de 65 a 80 pontos. O STAY tem ainda a particularidade de poder ser utilizado no domínio do diagnóstico ou intervenção clínica mas também na área da investigação clínica.

Relativamente às propriedades psicométricas da versão original confirmou-se índices de fidelidade adequados, nomeadamente na dimensão ansiedade-estado, α de Cronbach, de 0.91 para os homens e 0.92 para as mulheres e 0.86 tanto para os homens como para as mulheres, na dimensão ansiedade-traço (Choi et al., 2008; Cordeiro & Freire, 2009; Silva & Santos, 1997; Simões, 2014; Spielberger, 2010; Virella et al., 1994).

O Beck Depression Inventory®-II (Anexo C) constitui-se por 21 itens que avaliam a intensidade – que varia de 0 a 3 - da depressão em clientes clínicos e não clínicos e inclui sintomas e atitudes. Os itens que compõe este instrumento são a tristeza, o pessimismo, a

sensação de fracasso, a falta de satisfação, a sensação de culpa, a sensação de punição, a auto depreciação, a auto acusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido Trata-se de um documento de autopreenchimento no qual cada item possibilita quatro hipóteses de resposta, organizadas no sentido crescente do grau de gravidade acerca de cada sintoma específico de depressão.

Devido às suas propriedades psicométricas satisfatórias, este instrumento é ainda hoje amplamente usado quer na vertente clínica quer em investigação científica e foi já traduzido e validado em diferentes países, como é o caso de Portugal. A cotação pode variar entre 0 e 63, sendo que, quanto maior a pontuação maior o grau de depressão. De acordo com o autor, considera-se uma pontuação menor que 10, sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18, depressão leve a moderada; de 19 a 29, depressão moderada a grave e de 30 a 63, depressão grave. Diversos estudos realizados mostram que uma análise discriminante e a alta consistência interna desta escala na versão portuguesa, nomeadamente uma estimativa baseada no Coeficiente Alfa de Cronbach no valor de 0,86 – que é interpretado como satisfatório - corroboram assim a validade do constructo e o seu bom desempenho psicométrico na avaliação da sintomatologia depressiva (Beck et al., 1996; Bobrowicz-Campos et al., 2017; Gorenstein & Andrade, 1998; Joe et al., 2008; Paranhos et al., 2010).

Diz-nos a literatura que cuidar da saúde mental envolve uma multidisciplinaridade por um lado e um atendimento singularizado por outro, uma vez que cada pessoa assume para si própria uma definição subjetiva de saúde. Paralelamente, a musicoterapia, para ser eficaz, necessita de ser acolhida no cuidado à saúde humana como um campo onde as preferências musicais são altamente individuais (Blood & Zatorre, 2001; Puchivailo & Holanda, 2014; Souza et al., 2019). Deste modo, a forma mais fidedigna de selecionar a música para este

estudo foi fazê-lo através da Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical (Anexo A), elaborada a partir da Ficha Musicoterapêutica de Benenzon (1958) e constituída por um conjunto inicial de questões relativas a dados sociodemográficos, seguidas de uma conjugação de perguntas relativas ao historial sonoro-musical, preferências e rejeições musicais e sonoras do utente.

O conceito de ISO reveste-se de particular importância no contexto da saúde mental e nomeadamente em pessoas com depressão pois através do uso das músicas que fazem parte do seu universo sonoro-musical poderá ser possível estimulá-los mais facilmente do que se não se souber que tipo de músicas mais as cativam. Este é portanto um conceito que fundamental da teoria musicoterapêutica e que sintetiza a noção de que existem sons e fenómenos sonoros internos provenientes das nossas vivências sonoras que vão desde a gestação intrauterina, ao nascimento e vivências infantis, até aos dias do presente, que nos caracterizam e nos individualizam (Benenzon, 1958).

A grelha de observação de musicoterapia adaptada (Apêndice A) surge no sentido de avaliar aspetos relevantes na doença mental como são a comunicação, a cognição, as relações sociais, a motricidade, a expressão emocional e os componentes musicais (França, 2020).

A entrevista semiestruturada (Apêndice B) teve como base diferentes fontes de literatura (Bruscia, 2014; Schapira et al., 2007) que referem a avaliação como uma etapa fundamental do processo musicoterapêutico, no sentido em que possibilita analisar o alcance das intervenções aqui relatadas, ao mesmo tempo que trazemos ao consciente do cliente os seus próprios avanços terapêuticos. Ao mesmo tempo importa também inferir se a relação terapêutica estabelecida pode criar pontes para a inserção do cliente na sociedade.

Procedimentos

Nesta secção serão descritas as diversas fases do estágio, assim como o processo de encaminhamento para a intervenção, a avaliação inicial e o seguimento dos utentes.

Fase de Integração

O estágio teve início no mês de novembro, com um período de adaptação à instituição, às suas práticas e ao funcionamento diário da unidade de psiquiatria do HFAR. Durante este tempo foi possível observar o trabalho dos profissionais de saúde nas áreas da psiquiatria, enfermagem e musicoterapia, o que permitiu uma importante aquisição de conhecimento terapêutico sobre os possíveis clientes e suas problemáticas, bem como o planejamento de estratégias de intervenção adequadas às pessoas em questão.

Ainda durante este período foi elaborado um pedido à comissão de ética do HFAR para que fosse possível gravar as sessões em formato de vídeo e áudio para efeitos de supervisão de estágio. Desde o início do estágio que a estagiária participou nas reuniões clínicas multidisciplinares, com frequência semanal, onde era feita a apresentação, avaliação e encaminhamento de casos clínicos.

As sessões de musicoterapia começaram assim no início de dezembro. A avaliação de cada utente teve um caráter contínuo, sendo utilizados métodos como a observação-participante do musicoterapeuta no decorrer das sessões, o visionamento das gravações de vídeo digital realizadas para posterior reflexão, e ainda o registo e análise da sessão preenchido pelo terapeuta no final de cada uma delas.

Setting Terapêutico

São muitas as formas de criar um setting seguro em musicoterapia, pois a individualidade de cada terapeuta trará algo de único à forma como este organiza o espaço e a sessão. Por outro lado, para conceber este lugar terapêutico onde o cliente se pode sentir a salvo existe uma multiplicidade de fatores físicos e simbólicos a ter em conta tais como as condições materiais, a qualidade e a diversidade dos instrumentos musicais e as características dos participantes (Bunt et al., 2002).

O setting terapêutico foi sendo preparado tendo em conta as necessidades específicas relativas à fase em que o processo de tratamento de cada cliente se encontrava, ou seja, optou-se por uma modalidade individual, em grupo e que posteriormente passou para individual, ou grupo consoante as necessidades fossem surgindo (Bruscia 2014).

As sessões foram planeadas no sentido de fornecer uma estrutura segura e consistente para que todos pudessem sentir-se num ambiente de aceitação e contenção, onde pudessem experienciar os seus conflitos e disrupção sem receio de julgamento. Ao mesmo tempo facilitou-se um conjunto de atividades musicais e improvisações com o intuito de reconhecer sentimentos e emoções mas ao mesmo tempo de ajudar a organizar o pensamento e edificar um senso de identidade, ao mesmo tempo que se incentiva o estar em relação (Pavlicevic, 2000; Ruud, 1998).

A importância da relação terapêutica dentro do contexto da musicoterapia em psiquiatria, observa-se pela sua possibilidade da música produzir material inconsciente projetado por ambos terapeuta e cliente, criando uma relação que permite reproduzir padrões de relações primárias. Ao mesmo tempo, usa-se o espaço musical para criar novas dinâmicas e simbologias relacionais num espaço contendor e posterior integração intrapsíquica dessas mesmas projeções (Bion & Bion, 1992; Metzner, 2010).

O recurso à improvisação foi uma das ferramentas mais utilizadas quer nas sessões de grupo quer individuais dada a sua potencialidade em contexto terapêutico. Através desta técnica é possível ter acesso à “forma de ser” do cliente quer naquele momento em concreto quer num espectro mais alargado da sua vivência. Ao mesmo tempo, esta pode ainda ser uma forma de evocar aspetos e dinâmicas relacionais mais primárias da relação humana que tomam forma num brincar sonoro, numa sintonia afetiva e que podem revelar qualidades específicas dos estados subjetivos do cliente. É por isso uma forma de comunicação baseada no som produzido e que recorre aos diversos elementos musicais e não musicais que se

manifestam, nomeadamente vocalizações, gestos, expressões faciais, ritmos, dinâmicas, texturas, timbres, entre outros.

Paralelamente a tudo isto existe ainda a componente estética associada a qualquer momento musical e que, neste enquadramento pode significar uma partilha de autenticidade pessoal e relacional importantes para o desenvolvimento da relação terapêutica e consequente terapia (Bruscia, 1987; Pavlicevic, 2000).

Por forma a estabelecer um contacto inicial foram utilizadas várias técnicas musicoterapêuticas como: refletir ou igualar o que o cliente estará a sentir; sincronizar a nossa linguagem com a linguagem musical do cliente; tocar com a mesma pulsação e energia do cliente; incorporar as ideias musicais improvisadas do cliente na nossa dinâmica musical; criar um laço terapêutico através da criação de uma canção ou peça musical que seja inspiradora para que o cliente produza algo dentro da sessão; ou providenciar espaço musical que suporte e dê contexto estético à produção musical do cliente.

Foram ainda usadas outras técnicas como a modelação, para que o terapeuta pudesse demonstrar algo que pretende que o cliente iguale. A repetição, para que o terapeuta pudesse apresentar um motivo musical que repete continuamente ou de forma intermitente, proporcionando um espaço para que o cliente interaja ou a criação de espaços em branco na música para que o cliente tenha a possibilidade de os completar (Carroll & Lefebvre, 2013).

Tendo toda esta informação em conta, as sessões individuais tiveram lugar na sala de musicoterapia e as sessões de grupo decorreram na sala de atividades, uma vez que a sala preparada acusticamente para as especificidades da musicoterapia tem uma dimensão reduzida para acolher todas as pessoas em simultâneo. Ambas estavam preparadas nas melhores condições no que respeita à privacidade da sessão e do utentes/s.

A sala das sessões de grupo era ampla e dispunha de bastante luz natural e circulação de ar, assim como equipamento suplementar como cadeiras, almofadas ou colchões para que

as pessoas pudessem estar o mais confortável possível durante o período de tempo que passavam em musicoterapia.

Foram utilizados diversos instrumentos musicais, sendo o grupo principal os instrumentos de percussão sem altura definida, como cajon, pandeireta, hand drum, reco-reco, maracas, cabaça, tambores variados, pratos, shaker, clavas, tamborim, jogo de sinos, guizeira, bongós, adufe, bateria, djembé, ocean drum, entre outros. Utilizou-se também instrumentos de percussão com altura definida, nomeadamente uma kalimba, um tongue drum, boomwhackers e um xilofone. Recorreu-se ainda ao uso da voz e percussão corporal, guitarra, ukelele, clarinete e aparelhagem de som e outros materiais como folhas de papel, marcadores, tintas e lápis de cor, cadeiras, telemóvel e uma câmara fotográfica que foi utilizada exclusivamente para gravar as sessões devidamente autorizadas.

Todo este material ficou guardado na sala de musicoterapia. Quer nas sessões individuais como em grupo, a disposição da sala e a escolha de instrumentos foi executada conforme os objetivos terapêuticos de cada sessão em particular, que passavam por cadeiras dispostas em círculo ou semicírculo, voltadas de costas umas para as outras ou de frente, ou mesmo sem cadeiras.

Figura 1

Exemplo de setting individual



Figura 2

Exemplo de setting de grupo



Horário

O presente estágio decorreu entre o período de novembro de 2021 e Abril de 2022, tendo sido estabelecido um horário semanal de terça-feira e quinta-feira das 08h00 às 17h00, e quarta-feira das 14h00 às 17h00. No entanto caso houvesse necessidade de algum ajuste de horário para satisfazer as necessidades de algum utente com constrangimentos no horário estabelecido seria combinado entre o musicoterapeuta, em articulação com o serviço e o utente. As sessões individuais tiveram uma duração aproximada de 60 minutos e uma periodicidade semanal e as sessões de grupo, uma duração de cerca de 90 minutos e uma periodicidade bissemanal (tabela 2).

Tabela 2

Horário

	Terça-feira	Quinta-feira
08h00	Preparação das sessões	Preparação das sessões
08h45	Preparação das salas	Preparação das salas
9h00	Sessão individual	Reunião de equipa
10h00	Sessão de grupo	Sessão de grupo
11h45	Arrumação da sala de grupo	Arrumação da sala de grupo
12h00	Almoço	Almoço
14h00	Sessão individual	Sessão individual
15h00	Sessão individual	Sessão individual
16h00	Elaboração de relatórios	Elaboração de relatórios

Estudos de Caso

A comunicação humana, além de complexa é multidimensional. Um estudo de caso explora as mudanças que vão ocorrendo durante toda a intervenção, o que as desencadeia e a forma como ocorrem. É uma ferramenta de investigação que faz parte do método clínico e que prioriza os dados qualitativos recolhidos, nas variadas dimensões de funcionamento da pessoa em estudo (Tetnowski & Damico, 2001).

Serão de seguida descritos, dois estudos de caso que se referem a diferentes dimensões da doença mental. Por último serão apresentados de forma resumida, outras intervenções e atividades realizadas durante o estágio.

Estudo de Caso I

O primeiro estudo de caso trata o transtorno bipolar e as vicissitudes da convivência da utente com esta doença ao longo de muitos anos e o papel que a musicoterapia desempenhou na sua evolução terapêutica.

Caracterização

A Bela¹ é uma utente do sexo feminino, tinha 64 anos à data do início do acompanhamento e residia na área metropolitana de Lisboa. Concluiu o 12º ano de escolaridade e exerceu a sua profissão nas forças policiais. Vivia sozinha e, apesar de ter dois irmãos e um filho – que vivia longe - apresentava um escasso suporte familiar. Diagnosticada com Transtorno Bipolar Tipo II. A Bela tinha um histórico de três internamentos em psiquiatria, o último dos quais em 2020, neste hospital.

A utente era acompanhada no serviço de psiquiatria do HFAR desde 2020. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pela psiquiatra responsável. Após uma entrevista breve com a utente que manifestou interesse nesta intervenção, deu-se início ao processo musicoterapêutico. Numa fase inicial e dado que a Bela já se encontrava a

¹ Nome fictício

frequentar as sessões de musicoterapia em grupo ao início do estágio, definiu-se que seria benéfico que aí permanecesse. Decorridas as primeiras sessões de grupo e, dado que este era composto maioritariamente por utentes cujo humor deprimido e anedonia contrastavam deveras com o a relação de humor da Bela as suas sessões passaram a ser individuais. Esta foi uma necessidade identificada e discutida em reunião multidisciplinar e também uma vontade expressa pela utente. Posteriormente, numa fase mais avançada do estágio, a utente passou a integrar de novo um grupo, cujas características se aproximavam do estado atual da Bela. Esta decisão aconteceu por vontade da própria e após avaliação multidisciplinar. Este grupo

A Bela apresentava traços disfuncionais de personalidade, com dificuldade em atingir a eutímia uma vez que, ou está numa fase de episódios depressivos ou de relação de humor, leia-se, com sentimentos de euforia, excitação ou otimismo exacerbados. Não possui crítica de si própria e por isso ostenta uma autoestima desregulada. A sua aparência era cuidada e a idade aparente coincidia com a idade real. Orientada no espaço e no tempo, no entanto a sua atenção era muito difícil de fixar.

Nas primeiras sessões, quando lhe era perguntado como se sentia a resposta mais comum era “bem”. Foi também notório desde o início que existia alguma dificuldade ao nível da criatividade e da expressão individual, notando-se uma grande tendência para a imitação do que o musicoterapeuta ou outro membro do grupo fazia.

Desde o contacto inicial que foi visível também a dificuldade da Bela em manter contacto visual e em esperar pela sua vez de falar. Exemplo disso foi, aquando da interação musical de boas-vindas especificamente dirigida para ela, não foi capaz de esperar pelo fim da canção para falar. A Bela tinha alguma dificuldade em se concentrar, e em seguir uma pulsação ou ritmo dados.

Avaliação Inicial e Objetivos

Tal como descrito no capítulo 6.2, foi elaborada uma avaliação inicial suportada pela aplicação do STAY, BDI®-II, Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical e grelha de observação de musicoterapia adaptada. Na escala STAY foi obtida uma pontuação de 21 pontos na forma Y-1 e 27 na forma Y-2, revelando assim um nível de ansiedade baixo. Na BDI®-II a pontuação obtida registou-se nos 0 pontos, o que mostra depressão ausente.

Através da Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical foi possível perceber que a Bela escuta música frequentemente e prefere artistas como *Elton John*, *Frank Sinatra*, José Cid ou grupos como os *Il Divo* ou *Beatles*. Aprecia os sons dos ribeiros a correr ou a chuva a cair. Gosta de cantar, ainda que não o faça muitas vezes e refere que dança frequentemente. Usa a música como fonte de relaxamento e prazer, no entanto não gosta do ruído provocado por viaturas em excesso de velocidade. Foi ainda possível perceber que não gosta de estar em silêncio e tolera bem ambientes com ruído. Não tem qualquer experiência musical prévia, ainda que nutra gosto por instrumentos representativos de África, como é o caso do *Djembé* porque lhe relembram as suas origens.

Na avaliação musicoterapêutica, a Bela apresentou algumas dificuldades na componente afetiva e emocional, no sentido em que lhe foi difícil expressar sentimentos por meio de um instrumento musical, som ou movimento corporal. Demonstrou ainda uma verbalização exagerada com pouco contacto ocular.

Após as sessões iniciais de avaliação e aplicação dos instrumentos de avaliação supracitados, foi elaborado um plano terapêutico (Tabela 3), no qual se identificam três problemáticas consideradas mais significativas, nomeadamente: a dificuldade na expressão emocional (problema 1); a dificuldade nas relações interpessoais (problema 2); dificuldade em alcançar a eutimia (problema 3).

Com base na avaliação inicial, como objetivos terapêuticos principais definiu-se a criação de relação terapêutica sólida terapeuta-cliente-grupo, ampliar a consciência e limites do self sonoro-musical, apoiar novas e mais adequadas formas de comunicação e relacionamento interpessoal, alcançar a eutimia e fomentar a expressão emocional. Como objetivos suplementares definiu-se a exploração da criatividade e espontaneidade individual, incentivar a experimentação e aprendizagem musical como forma de reconhecer atitudes e padrões de comportamento partilhados na interação musical, um aumento no contacto visual e estimulação cognitiva como seja o aumento da concentração, gestão da ansiedade e regulação da autoestima.

Tabela 3

Plano terapêutico da Bela

	Objetivo	Sub-objetivo 1	Sub-objetivo 2	Sub-objetivo 3
Problema 1	Promover a expressão emocional	Expressar e identificar sentimentos	Tocar instrumentos de acordo com as diferentes emoções	Adequar a expressão facial ao sentimento vivido
Problema 2	Aumentar as competências interpessoais	Criar uma relação com o musicoterapeuta	Criar uma relação com o grupo	Promover um contacto ocular adequado
Problema 3	Alcançar a eutimia	Explorar o seu cancionero pessoal através da voz e instrumentos	Fomentar a autorreflexão	Desenvolver <i>insight</i>

Processo Terapêutico

A intervenção musicoterapêutica iniciou-se com a Bela em novembro de 2021 e terminou em Maio de 2022. Apesar de terem existido alguns desafios no que respeita à regularidade das suas presenças, a intervenção consistiu em 20 semanas de musicoterapia, composta por 32 sessões, divididas entre sessões individuais e em grupo, com a duração total

aproximada de 60 minutos e 90 minutos, respetivamente. Este processo não interferiu com nenhum tratamento que a cliente já estivesse a receber ou que viesse a necessitar durante o tempo do estágio.

Para este caso foi adotada uma abordagem não-diretiva e a progressão de atividades foi feita de acordo com as preferências da cliente. Nas primeiras 10 sessões, a ênfase esteve na exploração dos seus instrumentos musicais de segurança e preferência e também no cultivo de uma relação sonoro-musical com o seu cancionero pessoal trazido desde a avaliação inicial. A Bela desde logo que se mostrou muito fixada do *Djembé*, instrumento que a fazia lembrar as suas origens e os tempos vividos em Angola enquanto criança e jovem adolescente.

Nessa fase, a técnica mais utilizada – tanto nas sessões em grupo como depois nas sessões individuais – foi a improvisação, quer em modo livre quer subjugada a uma canção. Nestas primeiras interações foi possível observar que a Bela teve muita dificuldade em seguir o ritmo estabelecido tocando, diversas vezes, de forma não intencional no instrumento e completamente fora do padrão rítmico e pulsação estabelecidos espontaneamente pelo grupo. Quando esta improvisação se realizava em ambiente individual, a Bela tendia sempre a imitar qualquer movimento sonoro-musical efetuado pelo musicoterapeuta e mostrando bastante dificuldade em usar a sua própria criatividade e expressão.

Por outro lado, a Bela demonstrou desde o início vontade para cantar, apesar de referir inúmeras vezes que não sabia cantar, rindo-se e pedindo para que quando cantássemos, as sessões não fossem gravadas.

Um outro aspeto que esteve presente desde a primeira interação foi a necessidade de comunicar verbalmente e por longos períodos, num discurso disperso e desconectado, assim como validar tudo o que era dito em sessão. A sua expressão facial foi – durante todo o processo – muito alegre, ainda que com traços de ansiedade latentes, especialmente se antes

da sessão lhe acontecia alguma interação menos positiva. Nesta fase, o seu contacto ocular era ausente, quer com o musicoterapeuta, quer com os membros do grupo.

A questão da falta de adesão terapêutica também esteve presente, o que levou a musicoterapeuta a procurar estratégias para motivar a Bela a não faltar, com “trabalhos de casa” tais como pensar em músicas que gostasse de cantar ou tocar, escrever pequenos textos sobre o seu dia-a-dia durante essa semana, entre outros. Esta abordagem foi bastante eficaz e a Bela não voltou a faltar até ao final do seu processo terapêutico (exceção feita a uma sessão, por doença e que teve o cuidado de avisar atempadamente da sua ausência).

Dado que a Bela tem uma relação tão emotiva com o *Djembé* e que havia a necessidade de alcançar a eutimia, foram feitas algumas improvisações durante esta fase focadas em emoções ou sentimentos que ela tinha vontade de exteriorizar no momento. Estas improvisações permitiram uma libertação de tensão física e emocional acumulada, para além de servirem como “porta de entrada” para a musicoterapeuta criar um laço terapêutico forte através da partilha verbal da história de vida da Bela, nomeadamente o período que passou em Angola e que considera ser o mais feliz da sua vida.

Na sessão 12 apareceu o interesse súbito pelo piano, pelo que foi aproveitada esta oportunidade para cantarmos melodias de alguns dos seus cantores favoritos (José Cid, Tom Jobim). Aqui foi notório um timbre de voz muito bonito e uma afinação extremamente apurada, pelo que o musicoterapeuta aproveitou para trabalhar o reforço positivo e o a autoestima de uma forma acentuada durante esta e as sessões seguintes. Foi possível observar uma Bela feliz a cantar, livre de autojulgamento, ainda que com bastantes reservas à filmagem do processo por vergonha da exposição.

A partir desta sessão entrou-se na segunda fase do processo terapêutico e onde foi notória uma maior abertura para explorar novos instrumentos, nomeadamente as congas, o reco-reco, o *shaker* ou a *kalimba*. Ao mesmo tempo, iniciou-se uma nova vertente do trabalho

terapêutico aquando da manifestação do seu interesse por compor canções originais. Desde este momento, a Bela passou a conversar com a terapeuta sobre o que faria sentido para si, que tipo de canções gostaria de escrever, e outras temáticas, tendo-se dado um aprofundamento da relação terapêutica. Ao perceber que escrever canções - mais do que interpretá-las – era algo espontâneo e natural para ela, ainda que fosse uma novidade, a Bela sentiu-se empoderada e a sua autoestima melhorou significativamente. Por este motivo, as sessões individuais passaram a ser quase inteiramente focadas em compor canções e em improvisar livremente para que o desabrochar desta sua capacidade pudesse ser nutrida e explorada de diversos ângulos.

Ao longo do tempo, foi possível observar a Bela a desligar-se um pouco da tentativa constante de imitar o que os outros faziam para se conectar mais com a sua voz e as suas necessidades musicais, mostrando iniciativa para começar novos padrões rítmicos durante as improvisações ou tentar acompanhar a melodia de outra pessoa sem a ultrapassar em termos de volume sonoro. Paralelamente, foi desenvolvida uma abordagem para que a Bela pudesse expor verbalmente a forma como se sentia no início da sessão, tentando conter a sua produção verbal durante o tempo que durasse o acompanhamento harmónico da música que estava a ser tocada. Esta estratégia foi fundamental para conter o discurso verborreico da Bela e ajudá-la a organizar o pensamento.

Numa fase mais avançada do seu processo terapêutico a Bela cantava em vez de falar e isso deixava-a extremamente animada porque percebeu que estava a ser bem recebida por todos e que esse facto gerava um ambiente descontraído nas sessões de grupo.

A partir da sessão 25 começou a preparar-se o fecho deste percurso terapêutico. Nesta fase a Bela estava já bastante integrada no grupo, era capaz de olhar as pessoas nos olhos enquanto falava ou enquanto as ouvia, agora sem interromper. Para além disso, nesta fase final da intervenção, a Bela e começou a conseguir usar a sua criatividade durante as

improvisações, sendo notórias as tentativas de criar padrões rítmicos seus, ainda que por vezes indiferentes do que se passava sonoramente.

Apesar de o *Djembé* ter permanecido até ao fim como o seu instrumento de eleição, nesta última fase foi possível observar na Bela uma vontade natural de explorar instrumentos que até aí não a tinham cativado, tais como a guizeira, as clavas ou o reco-reco. Esta vontade significou um progresso terapêutico, no sentido de uma maior abertura para aceitar novos desafios e uma maior confiança em si própria e nas suas capacidades. A sua expressão corporal tornou-se muito mais relaxada e o seu discurso verbal deixou de ser disperso e desorganizado para se conseguir focar na resposta à pergunta que lhe havia sido feita. No final do seu processo terapêutico a Bela conseguiu obter um melhor *insight* relativamente à sua condição e participou assiduamente nas atividades propostas pela instituição.

Discussão do Caso

A forma como a música nos afeta depende não só da música em si mas também da ligação emocional que temos com ela, das histórias que lhe estão associadas e do contexto em que as ouvimos (Ruud, 2013). Este aspeto foi particularmente importante no progresso terapêutico da Bela, uma vez que através das canções que foram trazidas para a sessão foi possível estabelecer uma ligação entre estas e os diferentes estados emocionais vividos pela utente ao longo da sua vida. Neste sentido, a própria experiência das canções permite uma forma vivencial de autorreflexão que é, segundo Bruscia (2015), uma forma de promover autoconsciência e *insight*, um dos objetivos principais do plano terapêutico da Bela.

Ao mesmo tempo, através da criação de canções foi possível introduzir uma dinâmica lúdica nas sessões, possibilitando assim um fortalecimento da relação terapêutica entre cliente e musicoterapeuta, tal como sugere Schapira et al. (2007).

O recurso à exploração de material musical entre sessões, nomeadamente pedindo à cliente que trouxesse algo escrito por ela ou canções que relatassem assuntos importantes,

cumpriu o objetivo de criar um compromisso entre a cliente e o seu plano terapêutico. Este compromisso veio a revelar-se importante no desenrolar das sessões, pois ao início a Bela faltava inadvertidamente às sessões, sem aviso prévio e sem que isso constituísse um elemento de preocupação para ela (Schapira et al., 2007).

Tendo em conta o potencial da improvisação musical para fazer emergir conteúdo abstrato do inconsciente que muitas vezes é de cariz emocional, utilizou-se esta técnica no sentido de promover uma maior expressão de sentimentos, tal como sugere Erkkilä et al. (2019). Em quase todas as sessões surgia alguma lembrança de Angola, motivo pelo qual o Djembé foi tão usado e explorado, numa tentativa de recuperar memórias e assuntos por resolver daquela época.

Do ponto de vista especificamente musical, nota-se a importância de uma estrutura clara, previsível e com padrões harmónicos pouco elaborados, uma vez que a Bela se foi sentindo progressivamente mais segura e motivada, já que podia antecipar o que ia acontecer e participar sem medo de errar.

Geretsegger et al. (2017) sugere que, preferencialmente, dever-se-ia praticar musicoterapia por um período estendido no tempo e de forma individual ou em pequenos grupos quando se trata de doença mental, o que, no caso da Bela foi possível e se demonstrou benéfico, dado o seu progresso terapêutico.

Numa primeira fase do estágio, a avaliação, revestiu-se de particular importância uma vez que possibilita ao musicoterapeuta por um lado observar e decifrar as formas nas quais o cliente faz uso dos meios musicais e subsequentemente identificar os objetivos terapêuticos dentro desse espectro. Por outro lado, permite determinar com algum grau de exatidão quais as experiências musicais e que modalidades mais impulsionarão o processo terapêutico do cliente (Wheeler et al., 2005).

Para chegar aos objetivos terapêuticos definidos foram usadas as quatro principais formas de experiência musical conhecidas como improvisação, recriação, escuta e composição, ora de forma isolada, ora combinadas entre si dentro da mesma sessão, com o propósito terapêutico focado nas diversas componentes física, mental, emocional, relacional e espiritual (Bruscia, 2015).

Na musicoterapia a composição pode ser vista como uma forma de ajudar o cliente no seu processo de organização interna ou poder de decisão. Ao mesmo tempo, a composição cria um ambiente seguro para que a criatividade e a liberdade de expressão ganhem espaço e valor. Por outro lado, facilita também a expressão de sentimentos e conflitos internos no sentido de devolver ao indivíduo autonomia e capacidade de escolha. No caso da Bela, a composição trouxe ainda uma mais-valia associada à cognição, uma vez que compor uma canção implica também organizar pensamentos, exteriorizá-los de forma consciente. Esta reaproximação com a habilidade criativa de cada indivíduo torna-se deveras relevante em diagnósticos de doença mental. Mais, no trabalho psicoterapêutico parece existir uma correlação positiva entre o resgate da criatividade e a recuperação dos clientes (Barros & Ansay, 2016; Hargreaves et al., 2012).

Para a Bela, cantar ajudou-a a construir a relação terapêutica, a induzir um contínuo relaxamento e a tornar a sua respiração mais profunda e consciente. Cumulativamente, foi-lhe possível adquirir mais controlo sobre os seus impulsos, segurança no espaço terapêutico musical, contenção e expressão emocional (Wheeler et al., 2005).

No final do processo terapêutico a Bela possuía uma expressão facial adequada aos sentimentos vividos, mantinha contacto ocular e desenvolveu *insight*, de acordo com os objetivos iniciais propostos, assim como uma melhoria dos seus sinais expressos nos seus resultados dos testes finais da escala STAY e BDI®-II. Na entrevista semiestruturada é

possível ler nas palavras de Bela que “a musicoterapia passou a fazer parte da sua rotina e é tão importante como os medicamentos que toma”.

Este caso, no qual se utilizou a musicoterapia numa pessoa com transtorno bipolar deixa expressa a importância que tem a construção da relação terapêutica, a livre expressão musical e o uso da voz para o aumento da confiança em si e nos outros, equilíbrio emocional e construção da autoestima.

Estudo de Caso II

O segundo estudo de caso retrata um quadro depressivo grave e o papel da musicoterapia na sua reabilitação.

Caracterização

O Pedro² é um utente do sexo masculino, tinha 55 anos à data do início do acompanhamento e residia na área metropolitana de Lisboa. Concluiu o 12º ano de escolaridade e exerceu a sua profissão nas Forças Armadas. Era casado e tinha dois filhos de um relacionamento anterior. Vivia com 3 familiares e apresentava um forte suporte familiar, referido como são um fator protetor muito importante. Diagnosticado com um quadro depressivo grave. O Pedro tinha um histórico de 3 internamentos em psiquiatria, o último dos quais em 2021.

O utente era acompanhado no serviço de psiquiatria do HFAR desde 2021. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pela psiquiatra responsável. Após uma breve entrevista com o utente, este manifestou interesse na intervenção. Deu-se início ao processo musicoterapêutico. Numa fase inicial definiu-se que o Pedro começaria por frequentar as sessões de grupo, uma vez que se mostrou algo relutante em participar de forma individual. Numa fase mais avançada, o Pedro passou a frequentar sessões individuais, por decisão multidisciplinar.

² Nome fictício

O Pedro apresentava lentificação motora e sonolência durante o dia, anedonia, abulia e adinamia. Os seus níveis de ansiedade eram elevados e tinha ideias sobrevalorizadas de desesperança e ideação suicida em momentos de maior angústia. Internado num quadro depressivo grave. A sua aparência era um pouco descuidada, o olhar distante e a expressão facial triste. Orientado no espaço e no tempo.

Nas primeiras sessões foi notório no Pedro a falta de energia e a relutância em participar ativamente na sessão. Mostrou dificuldade em expressar as suas emoções e foi identificado um bloqueio no que respeita às relações interpessoais.

Avaliação Inicial e Objetivos

Tal como descrito no capítulo 6.2, foi elaborada uma avaliação inicial suportada pela aplicação do STAY, BDI®-II, Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical e grelha de observação de musicoterapia adaptada. Na escala STAY foi obtida uma pontuação de 51 pontos na forma Y-1 e 50 na forma Y-2, revelando assim um nível de ansiedade elevado. Na BDI®-II a pontuação obtida registou-se nos 26 pontos, o que mostra depressão moderada, a aproximar-se bastante da grave.

Através da Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical foi possível perceber que o Pedro escuta música ocasionalmente e prefere artistas como *Deep Purple*, *Led Zeppelin*, Carlos do Carmo ou Paco Bandeira. Aprecia o canto dos pássaros e não gosta de ruídos persistentes como os das obras de construção. Utiliza a música como fonte de calma e descontração e gosta de estar em silêncio. Não tem o hábito de cantar e dança de forma esporádica. Foi ainda possível perceber que prefere a guitarra a outros instrumentos e não tolera bem ambientes com ruído. Não tem qualquer experiência musical prévia.

Na avaliação musicoterapêutica, o Pedro mostrou algumas dificuldades na componente afetiva e emocional no sentido em que lhe foi difícil expressar sentimentos por meio de um instrumento musical, som ou movimento corporal. Demonstrou ainda uma

verbalização escassa e níveis de motivação muito baixos. Apresentou uma autoestima baixa e sentimentos de desesperança e inutilidade bem vinculados. Mostrou ainda dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais dentro do seio do grupo e um discurso exageradamente negativo.

Após as sessões iniciais de avaliação e aplicação dos instrumentos de avaliação supracitados, foi elaborado um plano terapêutico (Tabela 4), no qual se identificam três problemáticas consideradas mais significativas, nomeadamente: a dificuldade na expressão emocional (problema 1); a dificuldade nas relações interpessoais (problema 2); a falta de propósito (problema 3).

Com base na avaliação inicial, definiu-se como objetivos terapêuticos principais a criação de relação terapêutica sólida terapeuta-cliente-grupo, aumentar a sua resiliência e força do ego, apoiar uma maior regulação emocional e catarse, ampliar a consciência e limites do self sonoro-musical, desenvolver um sentido de propósito e fomentar novas e mais adequadas formas de comunicação e relacionamento interpessoal. Como objetivos suplementares definiu-se a exploração da criatividade e espontaneidade individual, incentivar a experimentação livre musical, aumentar a auto-valorização, intensificar a consciência dos pontos fortes e recursos internos, gestão da ansiedade, desenvolver mecanismos de *coping* e promover competências sociais.

Tabela 4

Plano terapêutico do Pedro

	Objetivo	Sub-objetivo 1	Sub-objetivo 2	Sub-objetivo 3
Problema 1	Promover a expressão emocional	Expressar e identificar sentimentos	Promover a catarse emocional	Tocar instrumentos de acordo com os sentimentos presentes vividos
Problema 2	Aumentar as competências interpessoais	Criar uma relação com o grupo	Criar uma relação com o musicoterapeuta	Promover uma maior interação com o grupo e com o musicoterapeuta
Problema 3	Desenvolver um sentido de propósito	Explorar o seu inconsciente através do seu cancionero pessoal	Desenvolver atividades musicais e artísticas com vista a potenciar capacidades pessoais	Desenvolver <i>insight</i>

Processo Terapêutico

A intervenção musicoterapêutica do Pedro, iniciou-se em novembro de 2021 e terminou em Maio de 2022. A intervenção consistiu em 18 semanas de musicoterapia, composta por 36 sessões, divididas entre sessões de grupo e individuais, com a duração total aproximada de 60 minutos e 90 minutos, respetivamente. Este processo não interferiu com nenhum tratamento que o utente já estivesse a receber ou que viesse a necessitar durante o tempo do estágio.

Para este caso, foi adotada então uma abordagem não-diretiva e a progressão de atividades foi feita de acordo com as preferências do cliente. Nas primeiras 8 sessões, o Pedro mostrou-se muito pouco colaborante e participativo e a ênfase esteve na criação do laço terapêutico e na exploração do seu cancionero pessoal.

Nesta fase, a técnica mais utilizada foi a improvisação para trabalhar a relação consigo próprio e com os outros. Nas primeiras interações, foi possível observar que o Pedro se sentia ansioso muitas vezes, triste, zangado e oprimido. A improvisação não era intencional e a

letargia esteve presente em muitos momentos. Ritmicamente o Pedro era preciso e seguia o que surgia no grupo de forma espontânea. A expressão facial do Pedro era vazia e a sua postura era curvada e débil.

Na sessão 9, o Pedro demonstrou interesse por trabalhar com canções do seu repertório de eleição, nomeadamente *Led Zeppelin*, o seu grupo favorito. Aqui, pôde expor os seus gostos musicais ao grupo e explorar em conjunto sonoridades e possibilidades de relação das quais até aí ainda não tinha tirado proveito.

A partir da sessão 15 o Pedro mostrou interesse em realizar apenas sessões individuais, por receios relativos à pandemia Covid 19, pelo que a intervenção seguiu dessa forma. Entrou-se aqui na segunda fase do processo terapêutico. A técnica mais utilizada durante esta fase foi a exploração da relação sonoro-musical do seu ISO, através do trabalho com canções.

Na sessão 17, aconteceu um momento relevante no processo terapêutico. A partir da proposta para pintar uma história sonoro-musical, o Pedro, ao olhar para um dos seus desenhos, sentiu vontade de explicar que desenhou lágrimas a cair para uma sargeta porque era lá que elas pertenciam. Este conteúdo foi explorado através da improvisação, ao que se sucedeu uma catarse emocional ao nível sonoro-musical. O Pedro tocou os vários instrumentos de que dispunha de forma intensa, repetitiva e intencional e eventualmente, voltou a um estado de calma mas não mais letárgico. A sua expressão facial do Pedro tornou-se mais aberta, o seu olhar mais brilhante e a sua postura mais ereta. Após a sessão, o Pedro sentiu necessidade de falar com o musicoterapeuta sobre esse momento e a partir daqui notou-se uma mudança muito grande no seu comportamento. O Pedro refere que “algo em mim renasceu!”.

As sessões 17 à 21 foram dedicadas à escrita de uma canção a partir do desenho acima mencionado e deu-se início a uma fase mais avançada do processo terapêutico do Pedro. Para

possibilitar a escrita de uma letra para a canção (uma vez que essa produção não surgiu espontaneamente), utilizou-se a técnica de *Brainstorming*, sugerida por Wigram (2019). O objetivo da escrita de uma canção foi trazer sentimentos de segurança e suporte ao Pedro, por forma a estimular um ambiente de calma e tranquilidade. Nesta fase aparentava ainda alguma incerteza, ansiedade e inquietude. Por outro lado esta foi também uma possibilidade para criar um espaço de reflexão e conexão consigo, de uma forma lúdica. Ao mesmo tempo, foi possível estimular processos cognitivos, a sensação de pertença e a sua comunicação. A esta canção deu-se o nome de “O Sol brilhará”. Inicialmente o Pedro mostrou-se algo reticente em explorar a sua criatividade, no entanto, após as primeiras frases soltas estarem no papel, rapidamente o seu entusiasmo se transformou numa letra perfeitamente configurada e sobre a qual teve total controlo estético do conteúdo.

Entre as sessões 22 e 26 o foco principal esteve em escrever uma melodia e harmonia que suportasse de forma fiel o conteúdo verbal da canção e a *persona* por detrás dela. A criatividade e a vontade de viver, foi emergindo aos poucos, espelhado na forma como explorava os diversos instrumentos e possibilidades que estes lhes traziam para a composição musical em curso.

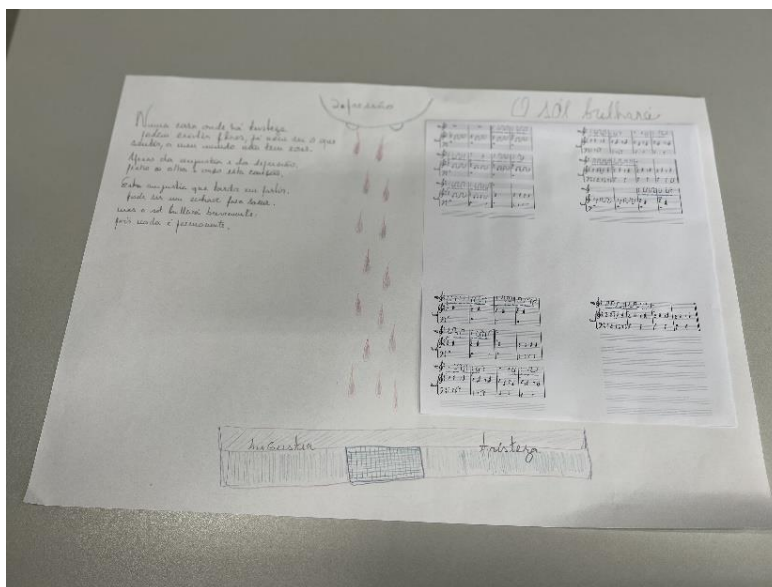
A partir da sessão 27, começou a preparar-se o fecho deste percurso terapêutico. Nesta fase o Pedro esteve a ensaiar a sua canção e refere pela primeira vez que tem um grande fascínio pela bateria. Esta informação motivou a sua escolha de instrumento com o qual interpretaria a canção, uma vez que não queria cantar. A musicoterapeuta tocou piano para dar o suporte harmónico e os restantes membros da equipa multidisciplinar (a pedido do Pedro) tomaram o papel de apoiar cantar a letra da canção. Nos primeiros ensaios o Pedro referiu algumas vezes que não tinha jeito para tocar bateria, no entanto, a sua motivação intrínseca e o seu entusiasmo eram tais que não parava de tocar e experimentar novas combinações rítmicas, mesmo nos momentos de pausa.

Na sessão 32 decorreu a gravação áudio e vídeo deste momento indelével para o Pedro e para toda a equipa. Ele estava nervoso com o facto de ser gravado e por isso pediu para ser filmado apenas de costas. No final teceu críticas em relação à qualidade do som ou ao ângulo de gravação – o que motivou uma gargalhada geral – pelo que repetimos diversas vezes o tema na íntegra até ficar ao seu gosto. À canção, o Pedro deu o nome de “O sol brilhará” (figura 3).

As últimas 4 sessões serviram para refletir sobre as diversas possibilidades da vida depois do internamento. O Pedro sentia-se motivado para alcançar novos objetivos e procurar novas atividades e, não só, preencher os seus dias. Queria dar-lhes valor e intencionalidade.

Figura 3

Canção “O sol brilhará”



Discussão do Caso

O musicoterapeuta deverá ter sempre em mente que o seu compromisso primeiro é o de ajudar o cliente rumo a uma determinada meta no sentido da sua saúde, utilizando para isso o recurso à música, à relação terapêutica e às suas próprias competências enquanto profissional de musicoterapia (Bruscia, 2015). No caso do Pedro, estes recursos foram postos, uma vez que durante parte do seu percurso terapêutico ele pouco falava ou interagia

musicalmente e, por isso, era difícil interpretar o que estava sentindo ou quais as suas motivações, medos ou dificuldades. Ainda assim, a motivação intrínseca do Pedro para melhorar esteve sempre presente, uma vez que por pouco que participasse inicialmente, mostrava vontade de o fazer, em todas as sessões. Este comportamento vai de acordo com Aalbers et al (2017) quando diz que uma participação ativa no processo terapêutico de musicoterapia é fundamental para o sucesso do mesmo.

O *setting* em musicoterapia é determinado por um conjunto de fatores desde o local onde decorrem as sessões, ao nível de intervenção em que ocorre a terapia e se a musicoterapia é a principal terapia ou se é complementar de outra valência (Wheeler et al., 2005). No caso do Pedro este aspeto foi tido em especial consideração no desenvolvimento do seu plano terapêutico e avaliado após cada intervenção por forma a adequar melhor as sessões à sua condição atual.

A composição foi usada para trabalhar e reforçar as valências do Pedro, para que pudesse tomar consciência delas e pô-las ao uso na sua vida diária. Este trabalho foi feito em musicoterapia com recurso ao reconhecimento das suas capacidades e aptidões musicais e estéticas que sobressaíam nas sessões. Com a criatividade e a vontade de viver a emergir a emergir aos poucos, a composição desempenhou ainda um papel ativo no caso do Pedro, como forma de explorar o seu conteúdo emocional e desenvolver um melhor *insight* relativamente à sua condição. Assim, foi possível fortalecer o seu senso de identidade (Wigram, 2019).

Existem diversas formas de abordar a composição em musicoterapia. Na que serviu de base no caso do Pedro, a musicoterapeuta foi quem tomou para si a parte mais técnica do processo que envolve compor um tema musical (a melodia, a harmonia, a métrica das palavras), deixando para o Pedro o papel mais criativo que envolve pensar e escrever as letras, ou mesmo traçar a música que posteriormente será transcrita para papel em forma de

melodia. No final de todo este processo houve um registo físico (áudio e vídeo) desta composição, com o objetivo de valorizar toda a evolução terapêutica do Pedro e de o lembrar de quem é, o que passou e para onde quer ir (Barros & Ansay, 2016).

Segundo Manzano & Gattino (2015) o processo de composição de uma canção tem que passar por diversas fases para que o plano terapêutico que levou o musicoterapeuta a considerar esta técnica possa realmente produzir resultados no cliente. Assim, o primeiro passo foi plantar a ideia da composição no Pedro para que depois pudesse existir um processo criativo de possibilidades para a canção. Seguidamente, pensou-se e definiu-se em conjunto, a estrutura da canção e construiu-se a letra: Por fim, foi surgindo um acompanhamento harmónico. Através desta experiência e mais ainda pelo ato de tocar um instrumento musical foi possível trabalhar com o Pedro diversos aspetos do comportamento humano como a interação ou o controlo dos impulsos, mas também explorar a autoexpressão (Ott, 2011), o que culminou com a expressão verbal do próprio: “sinto-me vivo novamente. Tocar bateria fez-me sentir vivo outra vez”.

Outro recurso utilizado com o Pedro foi a exploração de material entre sessões, nomeadamente, pedindo-lhe que trouxesse algo escrito pelo próprio ou canções que relatassem assuntos relevantes para ele. O objetivo desta técnica foi de criar um compromisso entre o cliente e o seu plano terapêutico e ao mesmo tempo trazer uma nova dinâmica à sessão, na qual o Pedro pôde escolher a forma como as sessões se desenrolaram e os temas que se trataram. O resultado foi a criação de múltiplos momentos e oportunidades de construção de autoconfiança e autoestima (Schapira et al., 2007).

Um dos objetivos terapêuticos do Pedro foi a preocupação com as relações interpessoais e expressão emocional. Neste sentido, a improvisação clínica foi escolhida como ferramenta para explorar o simbólico e o real das vivências do Pedro, para que ele pudesse experienciar a relação consigo próprio e com os outros, num espaço real de interação

sonoro-musical (Wheeler, 2017). De um outro prisma, a improvisação clínica foi também usada no processo terapêutico do Pedro pela possibilidade de através dela fazer emergir conteúdo abstrato do inconsciente, muitas vezes de cariz emocional, trazido à consciência através da palavra, de imagens ou de sons, numa convivência tolerável e de posterior aceitação e regulação (Erkkilä et al., 2019). Para o Pedro o emergir deste conteúdo foi importante pois, uma vez consciente do seu próprio interior foi possível aceitá-lo e mais tarde transformar pensamentos negativos em algo construtivo para si (Hunt, 1998). Estes resultados estão de acordo com o estudo de Erkkilä et al. (2011), que mostra que a musicoterapia no geral, e a improvisação clínica em particular, podem ajudar a melhorar os sintomas relativos ao transtorno depressivo, ansiedade e funcionamento global da pessoa.

Ao longo do seu processo terapêutico o Pedro revisitou memórias do seu passado, aprendeu, através a sua criatividade, a encontrar novas formas de se relacionar com os outros e tomou consciência das suas potencialidades artísticas e enquanto indivíduo. Como foi referido na revisão de literatura, a musicoterapia, possibilita aos clientes um recurso valioso para os ajudar a orientar a sua vida psíquica, os seus comportamentos e dá-lhes estrutura ou promove a inclusão. Proporciona um ambiente de contenção e cria canais de comunicação verbal e não-verbal, ao mesmo tempo que os ajuda a focar no aqui e no agora e desenvolver sentimentos de pertença identitária. Permite evocar recordações do passado e construir uma identidade histórica e biográfica, o que, no caso do Pedro foi notório (Wheeler & Thaut, 2010; Wigram, 2019).

A intervenção musicoterapêutica do Pedro focou-se na vertente psicoterapêutica musical, traduzindo em metáforas e imagens mentais comportamentos e vivências, para que depois, eventualmente, fossem passíveis de ser interpretados musicalmente. Nesta perspetiva, este método permitiu amplificar, ecoar, conter e confrontar respostas emocionais que surgiram e facilitar a reconstrução da identidade e vontade de viver do Pedro (Wheeler &

Thaut, 2010). No fundo, procurou-se intervir no sentido de assegurar ao Pedro, um ambiente propício a uma reestruturação e reintegração psíquica, onde lhe fosse possível expressar pensamentos, sentimentos e emoções contidos (Priestley, 1994).

Uma vez identificados os objetivos a trabalhar, através da avaliação e observações inicial, estabeleceu-se uma intervenção voltada para a identificação de sentimentos, emoções e atitudes, para que depois pudessem ser explorados e elaborados dentro do seio da sessão e fora dela, uma vez que os utentes continuam (de uma forma geral) em contacto próximo, devido ao facto de se encontrarem internados no HFAR.

Ao longo de todo o percurso terapêutico, a terapeuta teve sempre em conta que, tão importante como definir objetivos terapêuticos adequados aos objetivos que se quer alcançar, foi manter-se em congruência com o seu próprio conhecimento, valores e capacidades (Wheeler et al., 2005). No caso do Pedro, a manutenção desta congruência foi em si um desafio dada a dificuldade que houve em conseguir criar relação terapêutica com o Pedro numa fase inicial e perceber o que é que o poderia motivar a participar, no entanto, este caso, expressa a importância da musicoterapia no tratamento da depressão e ansiedade e, mais concretamente, o que a escolha adequada das técnicas a utilizar rumo aos objetivos traçados, pode potenciar o desabrochar emocional, criativo e estético no indivíduo.

Outras Intervenções clínicas

Para além dos dois estudos de caso acima expostos, foram efetuadas outras intervenções, quer individuais quer em grupo, e atividades durante o estágio, que serão apresentadas de seguida.

Manuela

A Manuela³ é uma mulher de 39 anos, militar, no ativo, divorciada e com dois filhos. Foi internada no HFAR no ano 2020 na sequência de um episódio depressivo grave,

³ Nome fictício

motivado por uma separação conjugal. Alguns meses depois da alta hospitalar passou a frequentar as sessões de musicoterapia em regime de ambulatório, por decisão da própria e em concordância com a equipa multidisciplinar, uma vez que desta forma poderia continuar a ser acompanhada na sua evolução clínica. Aquando do início do estágio, esta frequência não acontecia de uma forma regular.

Na avaliação inicial feita no início do presente estágio curricular, os resultados da escala STAY mostraram um nível de ansiedade-estado moderado, e de ansiedade-traço elevado. Relativamente à escala BDI®-II, os resultados mostraram uma depressão moderada a grave, o que se foi confirmando pelo semblante triste, postura curvada, discurso negativista e pouca vontade de interagir que apresentava na sessão.

O objetivo terapêutico principal da intervenção musicoterapêutica com a Manuela fixou-se em usar a experimentação musical como forma de descobrir qualidades que a Manuela pudesse usar fora da sessão. A intervenção decorreu de forma individual, com carácter semanal e duração de 45 minutos, num total de 20 sessões.

Nas primeiras sessões, a Manuela mostrou-se verbalmente, pouco ativa e pouco participativa nas atividades musicais, ainda que se mantivesse atenta. Quando o contacto musical inicial - expresso pela canção de boas-vindas – lhe era dirigido especificamente para ela, decidia não acompanhar a canção e não manter contacto visual com o musicoterapeuta. Nas primeiras improvisações mantinha-se sempre neutra e pouco audível, quer pelo instrumento que escolhia quer pelo volume com que tocava.

Com o decorrer do processo terapêutico foi possível observar uma maior interação da Manuela com o musicoterapeuta, nomeadamente através do contacto ocular e mais tarde quando começa a sugerir canções e a acompanhar o som com o seu instrumento, sorrindo no final de cada uma. Nas últimas sessões foi possível observar que a Manuela estava motivada e a sua postura corporal se tinha tornado ereta, orgulhosa de si própria, confiante. No plano

sonoro-musical, este aumento de confiança era demonstrado pela iniciativa em propor novas atividades, o uso diversificado de elementos musicais para expressar o seu estado de espírito e as diversas referências verbais aos eventos das sessões, tais como o “momento libertador para mim” e a possibilidade de “fazer o que me apetece”, mostrando iniciativa e intencionalidade nas suas ações.

Se inicialmente a expectativa para a Manuela era de que a sua presença não fosse regular, veio a verificar-se um grande comprometimento com as sessões de musicoterapia, não só na assiduidade como em termos de participação ativa nas atividades dentro e fora da sessão, o que poderá ter sido determinante para a melhoria do seu quadro geral de depressão e ansiedade, uma vez que nos testes finais aplicados todas as variáveis tiveram uma melhoria significativa. Neste caso, o recurso à música no seio da relação terapêutica permitiu explorar a iniciativa e expressão própria (Bruscia, 2015), potenciando um novo progresso num cliente deprimido e, por este motivo, este caso se torna interessante de analisar.

Eduardo

O Eduardo⁴ é um homem de 42 anos, militar, no ativo. Estava internado no HFAR por perturbação de humor, nomeadamente hipotimia e que mais tarde se desenvolveu num episódio depressivo, fruto de excesso de trabalho e relacionamentos interpessoais tóxicos no ambiente de trabalho. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pelo psiquiatra responsável.

Na avaliação inicial os resultados da escala STAY mostraram um nível de ansiedade-estado moderado, e de ansiedade-traço, moderado. Relativamente à escala BDI®-II, os resultados mostraram uma depressão leve a moderada, que se foi confirmando pela postura curvada, prostração e níveis baixos de energia.

⁴ Nome fictício

O objetivo terapêutico do Eduardo focou-se na construção de uma relação terapêutica sólida, apoiar novas e mais adequadas formas de comunicação e fomentar a expressão emocional, para apoiar uma maior consciência do *self*, o equilíbrio emocional e estratégias de *coping*. A intervenção decorreu de forma individual, com caráter semanal e duração de 45 minutos, num total de 15 sessões.

Nas primeiras sessões, o Eduardo mostrou alguma dificuldade em explorar o espaço e o seu corpo, pouca iniciativa, pouca criatividade e um contacto relacional superficial. O seu discurso era pouco elaborado e vago em conteúdo.

No contacto inicial com os instrumentos musicais, o Eduardo mostrou alguma curiosidade em explorar vários instrumentos, ainda que apenas a um nível funcional. Quanto ao uso da produção vocal para expressar musicalidade não mostrou qualquer iniciativa para o fazer. Teve dificuldade na sincronia rítmica mas ao longo das sessões foi conseguindo melhorar esse aspeto, o que mostrou empenho. Contudo, quando o teor das sessões se focava na expressão emocional, usava frequentemente os instrumentos de forma disruptiva ou com total alienação.

Com o decorrer do processo terapêutico, através da experimentação instrumental, vocal e corporal foi possível o Eduardo atingir um momento de catarse emocional. A partir daí a terapeuta sentiu um enlaçar da relação terapêutica e uma maior abertura emocional, que possibilitou a melhoria dos sintomas que o levaram ao internamento.

No final do processo terapêutico o cliente conseguia-se expressar pelo movimento e fazia até questão de estabelecer contacto ocular com o musicoterapeuta sempre que a música lhe sugeria algo impactante ou que as improvisações se tornavam emocionalmente relevantes para si. Na última sessão, refere que o impacto da musicoterapia na sua vida foi “muito importante porque me permitiu entrar em contacto comigo mesmo e ajudar-me no retorno à calma sempre que me sinto mais ansioso”. Esta expressão pode levar-nos a esperar que a

musicoterapia tenha disso aqui, em conjunto com as demais propostas terapêuticas oferecidas pelo HFAR, apropriada e significativa para a sua recuperação.

Lucas

O Lucas⁵ é um homem de 49 anos, militar, no ativo e vive sozinho e não tem filhos. Estava internado no HFAR na sequência de um transtorno por uso de substâncias recorrente. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pelo psiquiatra responsável, já que o Lucas demonstrou bastante interesse em participar.

Na avaliação inicial feita no início da intervenção, os resultados da escala STAY mostraram um nível de ansiedade-estado moderado, e de ansiedade-traço, moderado. Relativamente à escala BDI®-II, os resultados mostraram uma depressão leve, que se foi confirmando pelo humor ligeiramente deprimido, um discurso com algum caráter manipulatório mas sem ideação suicida, impulsividade e irritabilidade.

O objetivo terapêutico principal da intervenção musicoterapêutica com o Lucas fixou-se em melhorar os aspetos da irritabilidade e impulsividade e o desenvolvimento de mecanismos de *coping* saudáveis, como forma do Lucas descobrir novos mecanismos de autocontrolo, assim como desenvolver melhores formas de comunicação e relacionamento interpessoal que pudesse usar fora da sessão. A intervenção decorreu de forma individual, com caráter semanal e duração de 45 minutos, num total de 26 sessões.

Nas primeiras sessões, o Lucas mostrou sempre vontade de participar, ainda que facilmente se distraísse, ou apresentasse sinais de impaciência ou alheamento. A relação terapêutica com o Lucas estabeleceu-se de forma natural e espontânea, ainda que a musicoterapeuta estivesse ciente que o ele poderia usar comportamentos de caráter manipulatório. Inicialmente, as sessões começavam por exercícios de respiração consciente para que o Lucas pudesse relaxar e criar na conexão consigo próprio. Nas primeiras

⁵ Nome fictício

improvisações, o Lucas mostrou-se contido e inseguro, quer pela forma com segurava os instrumentos, quer pelo volume com que tocava.

Com o decorrer do processo terapêutico foi possível observar duas fases distintas no Lucas. Uma primeira em que referiu que se sentia ansioso, ao mesmo tempo que mostrava algumas estereotípias, tinha menos energia, o seu corpo estava ligeiramente curvado para a frente e apresentava um caminhar mais arrastado e menos cuidado com a sua aparência. Na segunda fase, houve uma mudança na sua atitude corporal que era compatível e coerente com o seu discurso verbal, mais tranquilo e confiante.

No plano sonoro-musical, o Lucas mostrou-se bastante curiosidade em experimentar diferentes sonoridades e apresentou iniciativa dentro e fora da sessão, por exemplo, quando se voluntariou para repara um instrumento sem que para isso a terapeuta tivesse feito qualquer sugestão.

Na fase final do processo terapêutico, o Lucas conseguiu explorar os instrumentos de forma a adequar o som que produzia aos sentimentos que tinha, por exemplo tocando de uma forma mais audível quando queria aliviar tensão interior ou numa dinâmica mais piano quando estava mais tranquilo. Ao mesmo tempo, foi-se conseguindo manter focado durante mais tempo.

Através do trabalho com canções e improvisação, foi possível trabalhar a perceção do Lucas acerca de alguns dos seus bloqueios e mecanismos de defesa que o levaram à sua patologia.

A musicoterapia esteve presente neste caso, acompanhando o estado físico e emocional do Lucas. Como refere (Bunt et al., 2002), através da improvisação foi possível conectar o Lucas à expressão genuína do *self*, assim como trabalhar aspetos seus mais funcionais da pessoa. Ao mesmo tempo, o recurso a uma vertente de relaxamento que a música possui, mostrou-se como uma técnica musicoterapêutica eficaz na gestão dos

mecanismos de *coping* do Lucas (Aalbers, Fusar-Poli, et al. 2017), ilustrado nas suas palavras por “ a música é para mim indutora de relaxamento e redutora de pensamentos negativos”.

Rute

Rute⁶ é uma mulher com 68 anos, reformada. Foi internada no HFAR em 2017 na sequência de um quadro depressivo grave, motivado por outras patologias associadas, como a fibromialgia e Parkinson. Em Dezembro de 2021 foi novamente internada, com queixas de cefaleias, desequilíbrio, astenia, tristeza, isolamento social, irritabilidade, desinvestimento nas atividades do quotidiano e conflitualidade relacional marcada. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pela psiquiatra responsável.

Na avaliação inicial os resultados da escala STAY mostraram um nível de ansiedade-estado elevado, e de ansiedade-traço, elevado. Relativamente à escala BDI®-II, os resultados mostraram uma depressão grave, que se foi confirmando pela manifestação de falta de espontaneidade, a apatia, pouco contacto ocular e ansiedade marcada.

O objetivo terapêutico da Rute focou-se na construção em melhorar a sua autoestima e expressão emocional, assim como melhorar a sua capacidade de relacionamento interpessoal positivo. A intervenção decorreu de forma individual, com carácter semanal e duração de 45 minutos, num total de 20 sessões.

Nas primeiras sessões, a Rute ela apresentou-se com uma atitude e postura bastante prostradas e não mostrou qualquer iniciativa ou vontade de participar. O toque nos instrumentos era muito débil, mesmo quando sugerido mais volume sonoro. Quando a interação musical inicial lhe era dirigida, não mantinha contacto visual com a terapeuta e não produzia qualquer som vocal ou instrumental.

Com o decorrer do processo terapêutico, a Rute mostrou-se mais interessada em participar nas atividades propostas e, progressivamente, foi conseguindo usar a sua voz e

⁶ Nome fictício

acompanhar com instrumentos à sua escolha, as canções que foram sendo apresentadas (de acordo com o seu ISO).

Até ao final da intervenção terapêutica, a Rute foi mostrando cada vez mais capacidade para interagir e partilhar a sua experiência e a sua postura corporal foi-se tornando mais ereta. Foi ainda possível avaliar uma descida acentuada nos seus níveis de ansiedade, ainda que a escala BDI®-II tenha mostrado apenas uma melhoria ligeira.

Apesar da intervenção musicoterapêutica não ter sido mais estendida no tempo, foi possível observar no caso da Rute, a possibilidade terapêutica que o canto e a música trazem, como potenciadoras de momentos de conforto, segurança e veículos de expressão pessoal.

Inês

Inês⁷ é uma mulher de 64 anos, reformada. Foi internada em 2019 no HFAR na sequência de um episódio depressivo grave, motivado por um histórico familiar de tentativas de abuso e violência. Em Janeiro de 2022, regressa ao HFAR, em regime de ambulatório. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pelo psiquiatra responsável, por forma a alterar padrões de comportamento ansiosos.

Na avaliação inicial os resultados da escala STAY mostraram um nível de ansiedade-estado moderado, e de ansiedade-traço, moderado. Relativamente à escala BDI®-II, os resultados mostraram uma depressão moderada, que se foi confirmando pela sensação de vazio, irritabilidade, dificuldade no controlo dos impulsos e níveis baixos de energia.

O objetivo terapêutico da Inês focou-se em explorar as suas dinâmicas emocionais no plano sonoro-musical e apoiar novas e mais adequadas formas de comunicação e relacionamento interpessoal, dados os seus níveis elevados de angústia e ansiedade expressos – por exemplo – num parar repentino da improvisação ao piano por não estar a “aguentar a pressão”, assim como uma necessidade de controlar todas as situações em sessão. A

⁷ Nome fictício

intervenção decorreu de forma individual, com carácter semanal e duração de 45 minutos, num total de 25 sessões.

Nas primeiras sessões, a Inês mostrou-se muito sensível a sons mais secos como o das clavas ou da caixa de rufo. No entanto, referia que a música, de uma forma geral, produzia em si um efeito calmante e modelador de emoções. Era visível na Inês, uma grande necessidade de “ensinar”, pelo que a terapeuta, inicialmente, lhe foi permitindo algum espaço um espaço de partilha inicial para isso (a Inês sabia tocar alguns instrumentos). Este facto contribuiu grandemente para um estabelecimento rápido de uma forte relação terapêutica que se manteve intacta durante o decorrer do estágio.

Com o decorrer do processo terapêutico foi possível observar um maior contacto com as suas emoções, ao nível sonoro-musical pela forma como a Inês usava a sua voz e escolhia e tocava os instrumentos. Ao mesmo tempo, a Inês mostrou uma maior contacto ocular com a terapeuta e demonstrou agrado com a produção musical da sessão, expresso no seu sorriso e postura descontraída ao terminar as sessões.

A musicoterapia foi um veículo para um maior controlo da irritabilidade e dificuldade no controlo dos impulsos da Inês e uma mais-valia na sua evolução terapêutica, expressa nas suas palavras por “terapia que foi muito para além do que inicialmente tinha idealizado. Gosto muitíssimo de música e gostei muito de receber musicoterapia”.

Sandro

O Sandro⁸ é um homem de 63 anos, reformado. Vive sozinho e possui um escasso suporte familiar. É acompanhado no HFAR desde 2012 e está diagnosticado com transtorno bipolar há mais de 20 anos. Tem antecedentes de ideação suicida, assim como episódios depressivos graves, razão pela qual foi internado em Novembro de 2021. O encaminhamento para musicoterapia foi sugerido pelo psiquiatra responsável.

⁸ Nome fictício

Na avaliação inicial os resultados da escala STAY mostraram um nível de ansiedade-estado moderado, e de ansiedade-traço, moderado. Relativamente à escala BDI®-II, os resultados mostraram uma depressão grave, que se foi confirmando pelo discurso arrastado, lentificação psicomotora e atenção captável mas difícil de manter.

O objetivo terapêutico do Sandro focou-se na estimulação da atividade cognitiva, aumento da motivação para as atividades quotidianas e apoio de formas mais adequadas de comunicação e relacionamento interpessoal, para que o Sandro pudesse alterar padrões de comportamento disruptivos e descobrir novas formas de interagir fora das sessões. A intervenção decorreu de forma individual, com carácter semanal e duração de 45 minutos, num total de 20 sessões.

Nas primeiras sessões, o Sandro chegou sempre muito impaciente, pouco colaborante, com o semblante e postura corporal fechados. Emocionalmente apresentou-se volátil e pouco participativo pelo que, nesta fase inicial o foco esteve na descoberta de um plano sonoro-musical comum, que fosse confortável a ambos e a partir do qual fosse possível começar a construir relação terapêutica. Inicialmente a sua abordagem aos instrumentos era dispersa e desinteressada, no entanto quando contactou com aqueles com que mais se identificou (kalimba, bongós, Djembé), algo mudou e este contacto passou a ser de fixação e de exploração intensa.

Com o decorrer das sessões, o Sandro revelou ser extremamente criativo e foi possível direcionar a sua tristeza e impulsividade (que não consegue autorregular e que prejudica as suas relações interpessoais e tornam a sua rede de apoio muito escassa e solitária) para algo positivo no campo sonoro-musical. Frequentemente criou melodias, espontânea e facilmente, consoante o seu estado de espírito no momento.

No final do seu percurso terapêutico o Sandro sorria, caminhava ereto e brincava com as palavras cantadas, por forma a interagir com a musicoterapeuta. A musicoterapia

funcionou como um canal potenciador de criatividade e canalizador da raiva, impulsividade e tristeza do Sandro. Nas suas palavras, sorrindo “ a música foi uma descoberta que vou levar para casa. Ela e uma Kalimba que quero comprar”.

Grupo I

O grupo I foi composto por utentes em contexto de internamento hospitalar psiquiátrico para estabilização clínica. A média de idades do grupo era de 51 anos, num total de 7 pessoas. A ST⁹, uma mulher com 45 anos, militar, no ativo, estava diagnosticada com transtorno bipolar tipo I. Viúva, com escasso suporte familiar. Inicialmente apresentou-se com caráter dominador e manipulativo, sem muita vontade de interação com o grupo. A RA¹⁰, uma mulher com 56 anos, reformada. Apesar de possuir um suporte familiar robusto, este era o seu terceiro internamento, devido a um episódio depressivo grave, na sequência de depressão crónica. Tinha ideação suicida e uma vida despida de interesses e objetivos pessoais. A sua postura corporal era fechada, olhar cabisbaixo e triste, melancólica e sem vontade para a interação com o grupo. A PA¹¹, uma mulher com 54 anos, reformada e diagnosticada com transtorno de adição. Apresentou-se nas sessões iniciais com embotamento afetivo, desesperança e baixa autoestima. O MT¹², um homem de 48 anos, militar, na reserva. Estava diagnosticado com transtorno bipolar tipo II. Tem histórico de várias tentativas de suicídio. Nas primeiras sessões registou-se humor depressivo, uma atitude apelativa, baixa autoestima e ansiedade marcada. O ES¹³, um homem com 45 anos, militar, no ativo. Diagnosticado com transtorno bipolar tipo I. Apresenta um escasso suporte emocional e financeiro e foi internado por quadro maníaco. Nas interações iniciais revelou uma atitude intrusiva, baixa tolerância à frustração e desafiador das regras. A Bela¹⁴, uma

⁹ Nome fictício

¹⁰ Nome fictício

¹¹ Nome fictício

¹² Nome fictício

¹³ Nome fictício

¹⁴ Nome fictício

mulher de 64 anos, reformada. Vive sozinha e apresenta um escasso suporte familiar.

Diagnosticada com Transtorno Bipolar Tipo II, tem histórico de três internamentos em psiquiatria. Apresentava alguma dificuldade ao nível da criatividade e da expressão individual e dificuldade em manter contato visual e em esperar pela sua vez de falar. O SC¹⁵, um homem com 50 anos, militar, no ativo. Diagnosticado com depressão crónica. Apresentou-se inicialmente com um discurso lamurioso, passivo, angustiado pelos problemas relacionais que mantém com a família, tendência para a vitimização e com pouca flexibilidade de pensamento.

Tendo em conta a diversidade de patologias presentes e a avaliação inicial, o objetivo terapêutico da intervenção com o grupo, fixou-se em criar uma relação terapêutica entre terapeuta-cliente-grupo, construir de uma identidade sonoro-musical grupal e a criar de um espaço musical e emocional seguro que facilitasse a comunicação interpessoal.

As sessões decorreram numa frequência bissemanal, com um carácter semiestruturado, com cerca de 90 minutos de duração, num total de 20 sessões.

Todas as sessões foram compostas por quatro momentos distintos: Num momento inicial, todos em roda, era cantada e tocada pelo musicoterapeuta uma canção de boas-vindas, um convite a uma breve manifestação individual sobre o decorrer da semana. Num segundo momento criou-se um exercício mais lúdico, proposto pelo musicoterapeuta, com o intuito de criar um espaço de integração do *self* sonoro-musical no seio dos relacionamentos interpessoais estabelecidos em sessão. A exploração do repertório grupal com vista à coesão e expressão do grupo fez também parte deste segundo momento da sessão. De seguida, era proposta uma improvisação livre que, inicialmente foi guiada pelo musicoterapeuta mas, com o passar do tempo e com o aumento de confiança em si próprios e nos outros, foi evoluindo para algo completamente autónomo, criativo e esteticamente muito interessante. Estas

¹⁵ Nome fictício

improvisações começaram por ser unicamente rítmicas, no entanto, no final do processo terapêutico, deu-se o uso espontâneo de vocalizações, entoações e integração de instrumentos harmónicos como a guitarra ou o piano. Na parte final de cada sessão, o grupo era convidado a regressar à calma através de exercícios de respiração consciente e escuta musical passiva.

Enquanto grupo, foi possível observar um aumento na expressão emocional que se foi traduzindo numa melhor mentalização dos afetos e numa tentativa de conexão musical com o outro. Este facto contribuiu em muito para a coesão e dinâmica do grupo, que inicialmente revelou fortes dificuldades de interação mas que passou a ser cooperante e de identificação com os pares numa fase intermédia e final.

A comunicação através da improvisação clínica foi sendo reforçada a cada sessão, até que o musicoterapeuta se pôde retirar destas e apenas intervir como observador. No plano sonoro-musical, a improvisação clínica revelou-se útil e desejada pelos membros do grupo, uma vez que referiam que se sentiam livres para se expressar e comunicar. Por este motivo, esta técnica passou a ser parte dominante das sessões ao longo do restante processo terapêutico.

Durante todo o processo terapêutico, o musicoterapeuta pautou-se por uma atitude compreensiva e empática, focada no presente e respeitando os gostos pessoais de cada um e a sua motivação intrínseca durante as sessões. Estas foram estruturadas, no sentido de proporcionar segurança e limites, facilitando um ambiente de aliança entre todos.

Este grupo ilustra a possibilidade da musicoterapia influenciar a expressão emocional, nomeadamente através do uso da improvisação clínica e de uma melhor integração das relações interpessoais de cada um, independentemente das suas fragilidades, receios ou desafios pessoais.

Outras Atividades

No decurso do presente estágio curricular, foi proporcionado à musicoterapeuta, a oportunidade de desenvolver algumas atividades extra sessão, nomeadamente uma apresentação da musicoterapia em contexto psiquiátrico, no âmbito das “Jornadas de Saúde Mental”, realizadas em Maio de 2022, no HFAR. Esta apresentação contou com a participação das mais diversas entidades e patentes do seio das FA Portuguesas.

Ao mesmo tempo, a musicoterapeuta pôde acompanhar os utentes em alguns dos passeios semanais pelo exterior das instalações da unidade de psiquiatria, conjuntamente com o enfermeiro de serviço, o que possibilitou uma melhor integração neste local e a criação de laços terapêuticos mais vinculados com os utentes com quem trabalhou. Em diversos momentos, estes passeios possibilitavam um conhecimento mais profundo de interesses musicais e não só, uma vez que o ambiente era geralmente de boa disposição e mais descontraído por ser fora do contexto terapêutico.

Em conjunto com a equipa multidisciplinar, foi elaborada uma proposta para a apresentação de um projeto de música nas salas de espera dos diversos serviços do HFAR. Aquando do término do presente estágio, este objetivo ainda estava por concluir, no entanto foi algo que trouxe grande interação e espírito de equipa a todos os participantes, ao mesmo tempo que facilitou o conhecimento das bases musicoterapêuticas a outras unidades do HFAR.

Conclusão

O relatório aqui apresentado teve como principal objetivo o de descrever o estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, realizado no serviço de psiquiatria do HFAR, que decorreu entre Novembro de 2021 e Junho de 2022. Este documento constitui ainda uma reflexão sobre a aplicação da musicoterapia junto de pessoas portadoras de perturbações do foro psiquiátrico.

O referido estágio teve a duração de 7 meses e contou com a participação de oito adultos em *setting* individual e sete adultos e grupo musicoterapêutico.

Foi intenção deste estágio, potenciar a experiência estética através do recurso à música e fomentar e sensibilizar todos os técnicos, auxiliares, utentes e visitantes para uma ação musicoterapêutica que se considera da maior relevância no contexto hospitalar. Este objetivo foi conseguido através de atividades realizadas, nomeadamente pela apresentação do projeto de música nas salas de espera dos diversos serviços do HFAR e da apresentação da musicoterapia em contexto psiquiátrico, no âmbito das “Jornadas de Saúde Mental”. Foi notória a curiosidade e interesse dos participantes nas atividades supracitadas pela musicoterapia e pelos processos que envolvem a realização desta terapia. Isto permitiu dar uma maior informação sobre a musicoterapia aos profissionais do HFAR.

Em vários casos, foi observado que a ampliação da consciência e limites do *self* sonoro-musical foi o objetivo mais exigente, devido ao facto da duração das intervenções ser curta.

No que respeita a apoiar novas formas de comunicação e relacionamento interpessoal e fomentar a expressão emocional e catarse, observou-se uma evolução, especialmente devido à boa articulação, complementar e adjuvante, entre as diferentes valências e terapias ao dispor dos utentes.

Propor e criar um plano terapêutico especificamente para a população psiquiátrica pode ser desafiante, uma vez que se trata de um grupo de pessoas muito heterogêneo.

A doença mental pode ser explicada de acordo com diversos modelos biológicos, sociológicos e psicológicos. Neste sentido, a musicoterapia poderá constituir uma intervenção centrada nos aspetos psicossociais ou dirigir-se à gestão de sintomas. Do ponto de vista terapêutico, a música pode constituir uma ferramenta que promove a aceitação da doença e a mobilização de recursos por parte do paciente. Por um lado, o trabalho das suas competências musicais e verbais através da escrita de canções ou da prática musical em grupo, pode constituir uma mais-valia para uma população com necessidades muito distintas e níveis de funcionamento e problemas muito diferentes (Wigram & Baker, 2005).

Existem essencialmente duas formas de trabalhar em musicoterapia. Ela pode ser realizada na sua forma mais ativa ou criativa, utilizando o canto, prática instrumental, escrita e reprodução de canções e tocá-la, improvisação com percussão, ou na sua forma mais passiva através da escuta musical e análise de letras com partilha de comentários, desenho enquanto se ouve a música, ou relaxamento com música (Atiwannapat et al., 2016; Feng et al., 2019). Dada a heterogeneidade de clientes, optou-se por intercalar estas duas abordagens, de acordo com o objetivo terapêutico definido *à priori* para cada cliente.

Seja qual for a abordagem técnica, o primeiro passo de uma intervenção musicoterapêutica é sempre procurar sintonia ou empatia com o tempo musical e com o espírito anímico do cliente. É fundamental perceber os seus gostos musicais e ir ao encontro deles o mais possível durante o processo terapêutico (Feng et al., 2019). Procurou-se também utilizar a palavra como forma de comunicar e fortalecer relações interpessoais potenciadas pelo uso da música, uma vez que foi incentivado o discurso acerca da experiência musical vivida e tudo o que emergiu durante o processo.

Durante o estágio que motivou a escrita deste relatório, foram utilizados maioritariamente instrumentos de percussão, uma vez que estes são de fácil utilização e podem servir de descarga de tensões emocionais internas (Erkkilä et al., 2011; Hargreaves et al., 2012).

De acordo com Page & Stritzke (2015) é muito importante em todo o desenvolvimento do processo terapêutico que exista uma aliança terapêutica sólida. Para isso foram adotadas durante o estágio, estratégias como a proposta de tarefas para desenvolver entre sessões e o desenvolvimento dos laços terapêuticos durante todo o percurso realizado, sempre num esforço por uma atitude (do terapeuta) interessada, respeitosa, honesta, alerta, flexível, empática e aberta a qualquer estímulo que chegasse por parte do cliente.

Nas intervenções individuais foi possível observar resultados significativos na melhoria da sintomatologia de cada utente, ao longo do processo terapêutico, especialmente no que respeita ao estreitamento da relação terapêutica e à importância desta na melhoria dos sintomas associados à sua patologia. Alguns utentes demonstraram uma maior expressão emocional tanto através do uso dos instrumentos ou voz como através do discurso verbal. Verificou-se alteração de sintomas após a intervenção musicoterapêutica, nomeadamente, uma maior autoestima e motivação para lidar com o seu dia-a-dia, melhores mecanismos de *coping*, redução dos níveis de depressão e ansiedade e uma melhoria nas suas capacidades cognitivas.

No grupo musicoterapêutico, foi possível observar um maior inter-relacionamento, competência que posteriormente poderá ser transposta essa para as suas vidas quotidianas. Foram ainda capazes de adequar melhor as suas respostas musicais aos estímulos do grupo e ter cada vez mais iniciativa pessoal, expresso num maior à-vontade na exploração dos instrumentos e das dinâmicas sonoras possíveis. O grupo mostrou-se também mais focado na tarefa e a disfrutar do momento presente, o que, conseqüentemente os fez desfocar da sua

patologia e problemas associados (Aalbers et al., 2017). Esta é outra possibilidade que a musicoterapia nos traz e que se revelou importante ao longo do estágio.

A relação terapêutica teve um grande impacto na forma como os utentes se conseguiram envolver nas atividades e comunicar melhor o que sentiam. Estes resultados vão de acordo com vários estudos, que indicam que ao fim de sete sessões contínuas de musicoterapia existe uma melhoria dos sintomas depressivos acima da média (Aalbers et al., 2019; Leubner & Hinterberger, 2017). Estes pressupostos, foram de acordo com os resultados obtidos no estágio, uma vez que a totalidade dos utentes intervencionados apresentaram melhorias significativas no final da intervenção.

Uma questão importante que foi trabalhada ao longo do estágio prende-se com a assiduidade, uma vez que a literatura vigente indica que esta, e a forma como os clientes se comprometem com o processo terapêutico são questões-chave no sentido da evolução dos sintomas. Também isso influencia o desenrolar das sessões e o progresso conseguido. Assim, menos participação é, segundo os estudos, tido como uma influência negativa e impactante para a dinâmica do grupo no caso das sessões conjuntas mas também individuais (Carr et al., 2013; Read & Cathy, 2011). No início aconteceu com frequência alguns utentes faltarem às sessões sem aviso prévio, no entanto, com o trabalho que foi sendo desenvolvido no sentido de lhes mostrar a importância da assiduidade no seu processo terapêutico, foi possível observar que, no final do estágio e sua presença foi bastante mais constante.

De acordo com a literatura, verificou-se que o nível de compromisso que se consegue ter com clientes com este tipo de problemáticas é considerado um grande desafio por fatores relacionados quer com ansiedade, com a falta de motivação ou mesmo com experiências dolorosas de relações anteriores (Bruscia, 1991; Carr et al., 2013; Mössler et al., 2011). Neste estágio, foi possível verificar que esta é de facto uma questão desafiante mas que foi

ultrapassada pelos utentes. Estes, comprometeram-se a participar nas sessões de musicoterapia e cumpriam. Se não podiam ir, avisavam antecipadamente.

Na literatura, algumas das resistências mais comuns por parte do cliente em relação à terapia são a expressão emocional, a capacidade para se focar no momento presente, a crítica, a intelectualização do que está a acontecer a cada momento e o estado de espírito ou humor sentido no espaço da terapia (Carr et al., 2013). Todas estas temáticas estiveram presentes ao longo das intervenções e a musicoterapeuta sentiu, de facto, estas, como as principais resistências na maioria dos utentes que acompanhou.

Pode concluir-se que as intervenções musicoterapêuticas podem ser uma mais-valia num contexto hospitalar de psiquiatria, proporcionando aos utentes um espaço seguro de expressão e comunicação não-verbal, sempre em contínuo e estreito contacto multidisciplinar.

Reflexão final

Por forma a realizar todo o plano de estágio da forma mais autêntica possível, uma das ferramentas que o autor utilizou foi a prática da reflexividade porque, como afirma *Bruscia* esta é uma responsabilidade do terapeuta por forma a garantir um processo terapêutico eficiente e íntegro. Para isso o autor centrou-se nos pilares que *Bruscia* considera fundamentais para um processo refletivo e que englobam a auto-observação, a autocrítica, a colaboração com o cliente e a consulta com os pares ou supervisão. Assim, a estagiária procurou ao longo de todo o processo académico e durante o tempo de estágio aumentar o seu autoconhecimento uma vez que todos os musicoterapeutas levam – inevitavelmente – um pouco de si quando entram na sessão com o seu cliente (*Bruscia*, 2015).

A história de vida pessoal, os interesses e dilemas emocionais, as crenças e a própria musicalidade do terapeuta, constituem uma densa teia de subjetividade aquando da interação com o cliente e é a partir da junção de tudo isto que se estabelece a relação terapêutica, à qual se junta naturalmente a música. A este processo dá-se o nome de contratransferência e é algo inerente a qualquer relação cliente-terapeuta. Por tudo isto impõe-se que o musicoterapeuta tenha bem ciente que todos os seus preconceitos, hábitos, gostos, motivações, sentimentos e outros podem influenciar a forma como ele se apresenta e interage em sessão (*Bruscia* 2015).

Surge muitas vezes, quer em discussões multidisciplinares, quer em conversas casuais no ambiente de trabalho, que a natureza do trabalho realizado no contexto do presente estágio curricular propicia muitas vezes um grande enriquecimento a nível profissional e de internalização e desenvolvimento de competências mas, acima de tudo, um desenvolvimento pessoal muito profundo e com grande impacto na vida interna do terapeuta. Pessoalmente senti ambos com uma enorme força, o que me impeliu em cada dia a procurar mais informação, mais literatura, mais recursos para melhorar quer a nível técnico, pessoal e humano o trabalho que aqui se começou a construir.

Entendi na prática o que tantas vezes nos foi transmitido em sala de aula durante a fase curricular deste curso e que diz respeito à nossa necessidade de nos conhecermos, de aprendermos a gerir as nossas emoções, a ser pacientes e empáticos e a ter uma noção tão clara quanto possível dos nossos pontos fortes e limitações para que, sempre que entramos em sessão possamos adaptar-nos às reais necessidades dos nossos clientes e corresponder aos seus anseios, carências e preocupações.

Sendo a musicoterapia uma área assente no conhecimento científico, é inegável que o melhor tratamento para cada cliente deve surgir de uma cuidada análise da literatura existente, no entanto é premente nomear a mesma atenção e investimento na relação terapêutica (Page & Stritzke, 2015). Por isto, foquei-me mais no como fazer a terapia e não tanto no que fazer, com o objetivo, acima de tudo, de procurar transmitir esperança e motivação aos meus clientes, de acordo com as teorias de relação terapêutica utilizadas como sustento do presente relatório (Page & Stritzke, 2015).

Neste sentido, as minhas maiores dificuldades prenderam-se com a planificação das sessões do grupo, por forma a dar resposta aos objetivos individuais de cada um dos utentes. Por outro lado o facto de muitos dos utentes terem alguma dificuldade em se expressar emocionalmente trouxe ao de cima a meu receio de não ser capaz de ponderar cada palavra que dizia para que não aumentasse ainda mais o problema que os levou a li, o que fez com que por vezes eu não conseguisse aprofundar o pouco que diziam em algo mais significativo e mesmo, transportar isso para a música e para os instrumentos musicais. Por outro lado, especialmente no início da intervenção tive alguma dificuldade em perceber qual seria a resposta mais adequada a dar a cada pessoa aquando das improvisações livres porque não queria condicioná-las – por um lado – mas queria dar-lhes uma experiência esteticamente agradável para que pudessem fortalecer a sua autoestima e motivação intrínseca.

Parece necessário saber mais sobre a especificidade da musicoterapia e o seu efeito na doença mental. Esta é uma tarefa complexa uma vez que as possibilidades da prática musicoterapêutica assumem variadas formas em termos de métodos clínicos, ao mesmo tempo que se torna complexo descrevê-las em detalhe suficiente nos estudos realizados. Concomitantemente, o processo terapêutico incide sobre um sem-número de mecanismos que se sobrepõe e qualidades difíceis de separar de uma visão mais holística.

Senti durante o decorrer do estágio um incremento muito claro do meu grau de maturidade no sentido da minha preparação pessoal para o potencial do relacionamento humano no desempenho da minha função profissional futura, numa prática pioneira como é a musicoterapia, em Portugal. Assim, neste estágio foi possível verificar que a música pode ter um papel relevante no que respeita ao bem-estar psicológico do adulto, indo assim de acordo com a literatura revista e trazer alguma clareza à aplicação de técnicas musicoterapêuticas no sentido de trazer mais conhecimento à prática no contexto da saúde mental e uma oportunidade excelente para o autor se tornar mais confiante das suas capacidades e desenvolver os seus recursos enquanto musicoterapeuta, pondo em prática inúmeros métodos e técnicas e abordando conteúdos aprendidos no ano letivo transato.

Esta é uma área de atuação terapêutica fascinante e através da qual espera poder continuar a desenvolver-se e a prosseguir o seu trabalho, no sentido de cada vez mais ir ao encontro das necessidades de quem o procura.

Referências

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.-J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(11).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.-J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Aalbers, S., Vink, A., Freeman, R. E., Pattiselanno, K., Spreen, M., & Hooren, S. van. (2019). Development of an improvisational music therapy intervention for young adults with depressive symptoms: An intervention mapping study. *The Arts in Psychotherapy*, 65, 101584. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101584>
- Almeida, J. M. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Ensaios da Fundação.
- Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2013a). Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making on neurorehabilitation. *Acoustical Science and Technology*, 34(1), 5–12. <https://doi.org/10.1250/ast.34.5>
- Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2013b). Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making on neurorehabilitation. *Acoustical Science and Technology*, 34, 5–12. <https://doi.org/10.1250/ast.34.5>
- American Music Therapy Association. (2022). *Quality of Service, Music Therapy Standards*. <https://www.musictherapy.org/>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.^a ed.). American Psychiatric Association.

- APMT. (2021, Outubro 17). *Musicoterapia*. apmt. <https://www.apmtmusicoterapia.com/oque---a-musicoterapia-csgz>
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis: *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.015>
- Austin, D. (2008). *The theory and Practice of Vocal Psychotherapy: Songs and the Self*. Jessica Kingsley Publishers.
- Barros, C. K., & Ansay, N. N. (2016). 6-a-experiencia-da-composicao-musical-na-musicoterapia-revisao-de-literatura. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. <https://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/10/6-A-experiencia-da-composicao-musical-na-musicoterapia-revisao-de-literatura.pdf>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Benenzon, R. O. (1958). *Manual de Musicoterapia*. Enelivros.
- Bion, W. R., & Bion, F. (1992). *Cogitations*. Karnac Books.
- Blake, R. L., & Bishop, S. R. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, 12(2), 125–129. <https://doi.org/10.1093/mtp/12.2.125>

- Bloch, B., Reshef, A., Vadas, L., Haliba, Y., Ziv, N., Kremer, I., & Haimov, I. (2010). The effects of music relaxation on sleep quality and emotional measures in people living with schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 27–52.
<https://doi.org/10.1093/jmt/47.1.27>
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(20), 11818–11823.
<https://doi.org/10.1073/pnas.191355898>
- Bobrowicz-Campos, E., Pinho, M. S., & Matos, A. P. (2017). Versão Portuguesa Do Inventário das Cognições Associadas À Mania – Revisto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(2), 401–419.
- Branca, P. D. C. (2020, Agosto 5). Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS para 2013-2020. *FSF-IHCE*. <https://www.fsf-ihce.com/pt/who-comprehensive-mental-health-action-plan-2013-2020/>
- Brandes, V., Terris, D. D., Fischer, C., Loerbroks, A., Jarczok, M. N., Ottowitz, G., . . . Thayer, J. F. (2010). Receptive music therapy for the treatment of depression: A proof-of-concept study and prospective controlled clinical trial of efficacy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 321–322.
<https://doi.org/10.1159/000319529>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1991). *Case Studies in Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Barcelona Publishers.

- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2015). *Definindo Musicoterapia* (3.^a ed.). Barcelona Publishers.
- Bunt, L., Hoskyns, S., & Swami, S. (2002). *The Handbook of Music Therapy*. Routledge.
- Carr, C., Odell-Miller, H., & Priebe, S. (2013). A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE*, 8(8), e70252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070252>
- Carroll, D., & Lefebvre, C. (2013). *Clinical Improvisation Techniques in Music Therapy*. Charles C. Thomas.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*.
<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M.-A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 37(5), 387–390. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.001>
- Choi, A.-N., Lee, M. S., & Lim, H.-J. (2008). Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(5), 567–570.
<https://doi.org/10.1089/acm.2008.0006>
- Clark, I., & Harding, K. (2012). Psychosocial outcomes of active singing interventions for therapeutic purposes: A systematic review of the literature. *Nordic Journal of Music Therapy*, 21(1), 80–98. <https://doi.org/10.1080/08098131.2010.545136>
- Cook, T., Roy, A., & Welker, K. (2017). Music as an emotion regulation strategy: An examination of genres of music and their roles in emotion regulation. *Psychology of Music*, 47, 030573561773462. <https://doi.org/10.1177/0305735617734627>

Cordeiro, R., & Freire, V. (2009). Estado -Traço de ansiedade e vivências académicas em estudantes do 1º ano do Instituto Politécnico de Portalegre. *Millenium*.

Damásio, A. (2013). *O sentimento de si*. Temas e Debates, Círculo de Leitores.

Darnley-Smith, R., & Patey, H. M. (2006). *Music Therapy: Creative Therapies in Practice*. SAGE Publications.

de Witte, M., Spruit, A., van Hooren, S., Moonen, X., & Stams, G.-J. (2020). Effects of music interventions on stress-related outcomes: A systematic review and two meta-analyses. *Health Psychology Review*, *14*(2), 294–324.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1627897>

DGS. (s.d.). *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

Erkkilä, J., Brabant, O., Saarikallio, S., Ala-Ruona, E., Hartmann, M., Letulë, 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. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3323-6>

Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., & Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *199*(2), 132–139.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085431>

Ettenberger, M., & Beltrán Ardila, Y. M. (2018). Music therapy song writing with mothers of preterm babies in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) – A mixed-methods pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, *58*, 42–52.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.03.001>

- Eyre, L. (2013). *Guidelines for Music Therapy Practice in Mental Health*. Barcelona Publishers.
- Feng, K., Shen, C.-Y., Ma, X.-Y., Chen, G.-F., Zhang, M.-L., Xu, B., . . . Ju, Y. (2019). Effects of music therapy on major depressive disorder: A study of prefrontal hemodynamic functions using fNIRS. *Psychiatry Research*, 275, 86–93.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.015>
- Fernandes, P. V., & Grangeiro, E. S. (2017). Banda 6.0: A experiência da música na terceira idade Band 6.0: The music experience in the third age Banda 6.0: La experiencia de la música en la vejez. . . e, 9.
- França, S. R. M. (2020). *Musicoterapia na unidade de saúde mental de adultos*.
<http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/5884>
- Gan, S. K.-E., Lim, K. M.-J., & Haw, Y.-X. (2015). The relaxation effects of stimulative and sedative music on mathematics anxiety: A perception to physiology model. *Psychology of Music*, 44(4).
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0305735615590430>
- Gary R., V. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (Second Edition). American Psychological Association.
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
- Gold, C., Rolvsjord, R., Aaro, L. E., Aarre, T., Tjemsland, L., & Stige, B. (2005). Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomised controlled trial [NCT00137189]. *BMC Psychiatry*, 5(1), 39.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-39>

- Gorenstein, C., & Andrade, L. H. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*, 25, 245–250.
- Groarke, J. M., & Hogan, M. J. (2018). Development and Psychometric Evaluation of the Adaptive Functions of Music Listening Scale. *Frontiers in Psychology*.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00516/full>
- Guerra, A., Silva, A., Sousa, C., Ferreira, L., Carvalho, H., & Silva, S. (2017). A Componente Mental: Um aspeto positivo da Qualidade de Vida de uma população. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 75–80.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0171>
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Hendriks, S. M., Licht, C. M. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. J. H., & Beekman, A. T. F. (2013). Recurrence of major depressive disorder across different treatment settings: Results from the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.008>
- Hargreaves, D., Miell, D., & MacDonald, R. (2012). *Musical Imaginations: Multidisciplinary perspectives on creativity, performance and perception*. Oxford University Press.
- HFAR. (sem data). *Hospital das Forças Armadas*. Obtido 3 de Novembro de 2021, de <https://www.hfar.pt/>
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 361–384.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00017-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00017-5)
- Jiang, J., Rickson, D., & Jiang, C. (2016). The mechanism of music for reducing psychological stress: Music preference as a mediator. *The Arts in Psychotherapy*, 48, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.02.002>

- Joe, S., Woolley, M. E., Brown, G. K., Ghahramanlou-Holloway, M., & Beck, A. T. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in low-income, African American suicide attempters. *Journal of Personality Assessment*, *90*(5), 521–523. <https://doi.org/10.1080/00223890802248919>
- Kavak, F., Ünal, S., & Yılmaz, E. (2016). Effects of Relaxation Exercises and Music Therapy on the Psychological Symptoms and Depression Levels of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(5), 508–512. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.003>
- Kavanagh, B. E., Ashton, M. M., Cowdery, S. P., Dean, O. M., Turner, A., Berk, M., Gwini, S. M., Brennan-Olsen, S. L., Koivumaa-Honkanen, H., Chanen, A. M., & Williams, L. J. (2021). Systematic review and meta-analysis of the role of personality disorder in randomised controlled trials of pharmacological interventions for adults with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, *279*, 711–721. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.031>
- Lopes de Azevedo Júnior, I., & Viana do Amaral, I. (2020). O estatuto da música tonal em Susanne Langer. *Argumentos - Revista de Filosofia*, *23*, 42–52. <https://doi.org/10.36517/Argumentos.23.3>
- Lotter, C., & van Staden, W. (2019). Verbal affordances of active and receptive music therapy methods in major depressive disorder and schizophrenia-spectrum disorder. *The Arts in Psychotherapy*, *64*, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.002>
- Lourenço, F. (2011). Schopenhauer e a metafísica da música. *Revista de História das Ideias*, *32*, 131–150. https://doi.org/10.14195/2183-8925_32_4

- Lu, S.-F., Lo, C.-H. K., Sung, H.-C., Hsieh, T.-C., Yu, S.-C., & Chang, S.-C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine, 21*(6), 682–688.
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.09.002>
- Manzano, M.A., & Gattino, G.S. (2015). A composição de canções como estratégia terapêutica em musicoterapia: uma revisão integrativa da literatura em língua inglesa. *Brazilian Journal of Music Therapy, (18)*. Recuperado de
<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/111>
- Maratos, A., Crawford, M. J., & Procter, S. (2011). Music therapy for depression: It seems to work, but how? *British Journal of Psychiatry, 199*(2), 92–93.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087494>
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub2>
- Mastandrea, S., Fagioli, S., & Biasi, V. (2019). Art and Psychological Well-Being: Linking the Brain to the Aesthetic Emotion. *Frontiers in Psychology, 10*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00739>
- Metzner, S. (2010). About being meant: Music therapy with an in-patient suffering from psychosis. *Nordic Journal of Music Therapy, 19*(2), 133–150.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2010.489996>
- Miranda, D., Gaudreau, P., & Morizot, J. (2010). Blue notes: Coping by music listening predicts neuroticism changes in adolescence. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 4*(4), 247–253. <https://doi.org/10.1037/a0019496>

- Moe, T. (2002). Restititional Factors in Receptive Group Music Therapy Inspired by GIM: The Relationship Between Self–Objects, Psychological Defence Maneuvres and Restititional Factors: Towards a Theory. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(2), 152-166. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08098130209478057>
- Mössler, K., Fuchs, K., Heldal, T., Karterud, I., Kenner, J., Sheim, S. N., & Gold, C. (2011). The Clinical Application and Relevance of Resource-Oriented Principles in Music Therapy within an International Multicentre Study in Psychiatry. *British Journal of Music Therapy*, 25, 72–91. <https://doi.org/10.1177/135945751102500106>
- OECD. (2021). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. OECD. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
- Ott, P. (2011). *Music for Special Kids—Musical Activities, Songs, Instruments and Resources*. Jessica Kingsley Publishers.
- Page, A. C., & Stritzke, W. G. K. (2015). *Clinical psychology for trainees* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Paranhos, M. E., Argimon, I. I. de L., & Werlang, B. S. G. (2010). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 383–392.
- Park, S. Y., & Baek, Y. M. (2018). Two faces of social comparison on Facebook: The interplay between social comparison orientation, emotions, and psychological well-being. *Computers in Human Behavior*, 79, 83-93. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.10.028>
- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in Music Therapy: Human Communication in Sound. *Journal of Music Therapy*, 37(4), 269–285. <https://doi.org/10.1093/jmt/37.4.269>
- Perlovsky, L. (2010). Musical emotions: Functions, origins, evolution. *Physics of Life Reviews*, 7(1), 2-27. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2009.11.001>

- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music therapy*. Barcelona Publishers.
- Puchivailo, M. C., & Holanda, A. F. (2014). A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 16(16), 122-142.
- Raglio, A., Oasi, O., Gianotti, M., Rossi, A., Goulene, K., & Stramba-Badiale, M. (2016). Improvement of spontaneous language in stroke patients with chronic aphasia treated with music therapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Neuroscience*, 126(3), 235–242. <https://doi.org/10.3109/00207454.2015.1010647>
- Read, B., & Cathy, R. (2011). Key Changes Music Therapy: An Extended Pilot Project in an Adult Mental Health Hospital Setting. *British Journal of Music Therapy*, 25(1). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/135945751102500105?journalCode=bjmb>
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication, and Culture*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2013). Can music serve as a “cultural immunogen”? An explorative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 20597. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20597>
- Saarikallio, S., Gold, C., & McFerran, K. (2015). Development and validation of the Healthy-Unhealthy Music Scale. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 210–217. <https://doi.org/10.1111/camh.12109>
- Sachs, M.E., Damasio, A., & Habibi, A. (2015). The pleasures of sad music: A systematic review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00404>

- Santos, S.C. e Silva, D.R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- <https://sites.google.com/site/revistaportuguesadepsicologia/numeros-publicados/vol-32-1997/resumo-32-85>
- Schapira, D., Ferran, K., Sánchez, V., & Hugo, M. (2007). *Musicoterapia—Abordaje Plurimodal*. ADIM Ediciones.
- Scherer, K. (2005). Scherer KR. What are emotions? And how can they be measured?. *Social Science Information*, 44, 695–792. <https://doi.org/10.1177/0539018405058216>
- Scherer, K. R., & Coutinho, E. (2013). How music creates emotion. Em T. Cochrane, B. Fantini, & K.R. Scherer (Eds.), *The Emotional Power of Music* (pp. 121–145). Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199654888.003.0010>
- Schopenhauer, A. (2011). *Die Welt als Wille und Vorstellung* (11.^a ed., Vol. 1). Nabu Press.
- Silverman, M. J. (2020). Music-Based Affect Regulation and Unhealthy Music Use Explain Coping Strategies in Adults with Mental Health Conditions. *Community Mental Health Journal*, 56(5), 939–946. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00560-4>
- Simões, B.M.N. (2014). *Ansiedade, satisfação e bem-estar em finalistas e profissionais de psicologia em início de carreira*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação). Ponta Delgada, Universidade dos Açores.
- <https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/3099>
- Smith, R. D., & Patey, H. M. (2003). *Music Therapy Creative—Therapies in Practice*. SAGE Publications.
- Sousa, A. B. (2003). *Educação pela Arte e Artes na Educação* (Vol. 3). Instituto Piaget.

- Souza, J. B., Barbosa, S.S. P., Martins, E.L., Zanettini, A., Urio, Â., & Xirello, T. (2019). A música como prática de promoção da saúde na adolescência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(0), 11. <https://doi.org/10.5902/2179769230379>
- Sperry, L. (2016). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders* (3rd ed.). Routledge.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. Em I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (p. corpsy0943). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>
- SPPSM. (s.d.). *Perturbações da Personalidade*.
<https://www.sppsm.org/informemente/perturbacoes-da-personalidade/>
- Teixeira, J. M. (2016). *Guia essencial para jornalistas sobre saúde mental*.
https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-informe_mente-201609.pdf
- ter Bogt, T.F. M., Vieno, A., Doornwaard, S.M., Pastore, M., & van den Eijnden, R.J.J.M. (2017). “You’re not alone”: Music as a source of consolation among adolescents and young adults. *Psychology of Music*, 45(2), 155–171.
<https://doi.org/10.1177/0305735616650029>
- Trevarthen, C. (2015). Awareness of Infants: What Do They, and We, Seek? *Psychoanalytic Inquiry*, 35(4), 395–416. <https://doi.org/10.1080/07351690.2015.1022488>
- Troice, E.M., & Sosa, J.J.S. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26(4), 47–58.
- 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.
<https://doi.org/10.1002/wps.20436>

- Virella, B., Arbona, C., & Novy, D. M. (1994). Psychometric properties and Factor Structure of the Spanish Version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 401–412. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6303_1
- Wheeler, B.L. (2017). *Music Therapy Handbook*. Guilford Press.
- Wheeler, B.L., & Thaut, M.H. (2010). *Handbook of music and emotion: Theory, research, applications*. Oxford University Press.
- Wheeler, B.L., Shultis, C.L., & Polen, D.W. (2005). *Clinical Training Guide for the Student Music Therapist*. Barcelona Publishers.
- Wigram, T. (2019). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. In S.L. Jacobsen, I.N. Pedersen, & L.O. Bonde, Eds. *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (2nd ed., pp. 196-197). Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., & Baker, F. (2005). *Songwriting Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and Reality*. Psychology Press.
- World Federation of Music Therapy. (1996). *Definition of Music Therapy*. https://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/wfmt/w_definition.htm
- World Health Organization. (2021). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>
- Zatorre, R.J., & Peretz, I. (2001). *The Biological Foundations of Music*. New York Academy of Sciences.
- Zentner, M., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2008). Emotions evoked by the sound of music: Characterization, classification, and measurement. *APA PsycArticles, 8*(4), 494–521. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.4.494>

Bibliografia

Ángel Marzal, M. (2008). La irresistible ascensión del CRAI en universidad. *Ponto de acesso : revista do Instituto de Ciência da Informação da UFBA*, 2(1), 72-97.

Appolinário, F. (2006). *Metodologia da ciência : filosofia e prática da pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Silva, D. R., & Spielberger, C. D. (2011). Mind Garden Inc. *Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*.

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y). In *Consulting Psychologists Palo Alto*.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Grelha de Observação

Apêndice B - Entrevista semiestruturada

APÊNDICE A
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:

APÊNDICE B

Entrevista semiestruturada

Entrevista semiestruturada

Estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada 2021/2022

Esta entrevista foi desenhada por forma a reter informação na primeira pessoa acerca das suas sensações do processo terapêutico em musicoterapia. Responda da forma mais sincera e espontânea possível. Todas as respostas são válidas e importantes. Obrigada pela sua colaboração.

1 – Que importância teve a musicoterapia na minha recuperação?

-

2 – Como é que a musicoterapia me ajudou a lidar com os meus problemas?

3 – A relação terapêutica que se estabeleceu entre mim e o musicoterapeuta foi importante no meu processo terapêutico? De que forma?

4 – As relações que estabeleci entre mim e os restantes membros do grupo foram importantes no meu processo terapêutico? De que forma?

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical

Anexo B - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

Anexo C - *Beck Depression Inventory*®-II

Anexo D - Folha de registo das sessões

Anexo E - Consentimento informado

Anexo F - Autorização de registo de vídeo

Anexo G - Questionário sociodemográfico

ANEXO A

Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical

FICHA DE AVALIAÇÃO DA IDENTIDADE SONORO-MUSICAL

Nome: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Hab Académicas: _____ Profissão: _____

Hab Musicais: _____

A- Atitudes e Comportamentos Musicais

- 1- Escuto música
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - quase nunca
- 2 - Gosto de cantar
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nunca ou quase nunca
- 3- Gosto de dançar
 - frequentemente
 - ocasionalmente
 - nunca ou quase nunca

B- Preferências e Rejeições Musicais

- Tenho preferência pelos seguintes instrumentos musicais:

4 - Toco os seguintes instrumentos musicais:

5 – tenho preferência pelos seguintes géneros musicais:

6 – Os instrumentos musicais que menos gosto ou rejeito:

7- Os géneros musicais que menos gosto ou rejeito:

8 - Os sons não musicais que mais aprecio:

9- Os sons não musicais que menos aprecio ou rejeito:

C- Vivência da Música e do Silêncio

10- Quais as funções principais que a música tem na minha vida:

11- Gosto de estar em silêncio

- sim
- ocasionalmente
- não

12- Tolero bem ambientes com ruído

- sim
- às vezes
- não

D- Recordações Musicais

12- Recordações sonoro-musicais da minha infância:

13- Recordações sonoro-musicais da minha adolescência

14- Outras observações pertinentes:

ANEXO B

Inventário de Ansiedade Traço-Estado



Código



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

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

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

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



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

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

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

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

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

STAI-AD Test Form Y

ANEXO C

Beck Depression Inventory®-II

BDI-II (A.T. Beck, 1996;
Adapt. A.Q. Martins & R. Coelho, 2000)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS – NO ENTANTO, **ESCOLHA APENAS UMA** EM CADA GRUPO. (assinale uma cruz em cada grupo)

1. Tristeza

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

3. Fracassos Passados

- Não me considero uma falhada.
- Fracassei mais vezes do que deveria.
- Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- Sinto-me completamente falhada como pessoa.

5. Sentimentos de Culpa

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

7. Auto-Depreciação

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

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.

2. Pessimismo

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

4. Perda de Prazer

- Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

6. Sentimentos de Punição

- Não sinto que esteja a ser castigada.
- Sinto que posso vir a ser castigada.
- Acho que vou ser castigada.
- Sinto que estou a ser castigada.

8. Auto-Criticismo

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

10. Choro

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

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieta do que o habitual.
- Sinto-me mais inquieta do que o habitual.
- Estou tão agitada que é difícil parar quieta.
- Estou tão agitada que tenho de me manter a fazer algo.

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

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.

17. Irritabilidade

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

19. Dificuldades de concentração

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

20. Cansaço ou Fadiga

- Não me sinto mais cansada que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansada para fazer as coisas do costume.
- Estou demasiado cansada para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

12. Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- Estou menos interessado nas coisas ou nos outros.
- Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros.
- É difícil interessar-me pelo que quer que seja.

14. Sentimentos de inutilidade

- Não me considero incapaz / inútil.
- Não me considero tão válida e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

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 maior parte do tempo durante o dia.
- Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

18. Alterações no Apetite

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

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessada sexualmente do que o costume.
- Sinto-me muito menos interessada pela vida sexual. Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

ANEXO D

Folha de registo das sessões

Planeamento da Sessão

Data: _____

Local: _____

Duração: _____

Participantes: _____

Setting:

Descrição da sessão:

Objetivos terapêuticos:

ANEXO E

Consentimento Informado

Lisboa, ___ de _____ de _____

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

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,



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

ANEXO F

Autorização de Registo de Vídeo

Declaração

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

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

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

O Próprio ou o(a) Guardião Legal,

Assinatura

Nome Legível

ANEXO G

Questionário Sociodemográfico

Caracterização da Amostra- Variáveis Sociodemográficas

1. Idade _____ anos

2. Género

- a. Masculino ()
- b. Feminino ()

3. Estado civil

- a. Solteiro(a) ()
- b. Casado(a) ()
- c. União de facto ()
- d. Separado(a) ()
- e. Divorciado(a) ()
- f. Viúvo(a) ()

4. Habilitações (Nível de instrução concluído)

- a. 1º ano- 4º ano ()
- b. 5º ano- 6º ano ()
- c. 7º ano – 9º ano ()
- d. 10º ano – 12º ano ()
- e. Ensino superior ()

5. Número de pessoas do agregado familiar (incluído o próprio)

- a. Tem filhos?
- b. Se sim, quantos?

6. Situação profissional

- a. Empregado(a) ()
- b. Desempregado(a) ()
- c. Estudante ()
- d. Reformado(a) ()
- e. Outra

7. Situação Clínica

Tem alguma doença física e/ou mental diagnosticada? Sim () Não () Se sem qual?

Toma alguma medicação? Sim () Não ()

Faz acompanhamento psicológico? Sim () Não () Faz fisioterapia? Sim () Não ()

Faz terapias complementares (exemplo: acupuntura, reiki)? Sim () Não () Outros

Obrigada pela sua colaboração!