

Universidades Lusíada

Chaves, Beatriz Teixeira, 2002-

Musicoterapia em contexto psiquiátrico: uma forma de estabilização

<http://hdl.handle.net/11067/8684>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

O presente documento reporta um ano de estágio em Musicoterapia no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. A Musicoterapia foi aplicada como uma intervenção psicossocial com o intuito de fomentar a expressão emocional, a comunicação, a criatividade e o envolvimento relacional, contribuindo para a estabilização e reabilitação da pessoa com perturbação do foro psiquiátrico. O estágio integrou inte...

This document reports on a one-year internship in Music Therapy conducted at the Psychiatry and Mental Health Department of Hospital Garcia de Orta, within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. Music therapy was applied as a psychosocial intervention aimed at fostering emotional expression, communication, creativity, and relational engagement, thereby contributing to the stabilization and rehabilitation of individuals with psychiatric disorders. T...

Palavras Chave

Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia - Prática profissional, Doenças Mentais - Tratamento, Saúde Mental, Bem-estar

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-11-01T01:00:29Z com informação proveniente do Repositório



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

**Musicoterapia em contexto psiquiátrico - Uma forma
de estabilização**

Realizado por:
Beatriz Teixeira Chaves

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

Orientado por:
Mestre Gil Ramos Maia Henriques

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Supervisora:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Dissertação aprovada em: 20 de março de 2026

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia em contexto psiquiátrico – Uma forma de estabilização

Beatriz Teixeira Chaves

Lisboa

Agosto 2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia em contexto psiquiátrico – Uma forma de estabilização

Beatriz Teixeira Chaves

Lisboa

Agosto 2025

Beatriz Teixeira Chaves

Musicoterapia em contexto psiquiátrico – Uma forma de estabilização

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

Supervisora de estágio: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Mestre Gil Ramos Maia Henriques

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Beatriz Teixeira Chaves
Supervisora de estágio Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientador de estágio Mestre Gil Ramos Maia Henriques
Título Musicoterapia em contexto psiquiátrico – Uma forma de estabilização
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CHAVES, Beatriz Teixeira, 2002-

Musicoterapia em contexto psiquiátrico – Uma forma de estabilização / Beatriz Teixeira Chaves ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Gil Ramos Maia Henriques. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - HENRIQUES, Gil Ramos Maia, 1990-

LCSH

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

1. Music Therapy - Practice
2. Mental illness - Treatment
3. Mental Health
4. Well-being

5. Hospital Garcia de Orta (Almada, Portugal). Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal – Lisbon

LCC

1. ML3920.C43 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo deste relatório de estágio reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Este relatório de estágio pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar este relatório de estágio, a autora declara que o mesmo é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga no presente relatório de estágio quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Ao Dr. Gil Henriques e à Dr.^a Teresa Leite pela orientação, acompanhamento e ensinamentos fundamentais para o desenvolvimento deste estágio. A sua forma de transmitir conhecimento e a sua valorização pela prática clínica da Musicoterapia contribuiu para reforçar a convicção de que esta intervenção constitui um recurso valioso no contexto hospitalar, promovendo saúde através da música.

Agradeço também ao Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Horta pela forma calorosa e respeitosa como fui recebida. A liberdade que me foi proporcionada para propor, desenvolver e implementar ideias foi determinante para a minha aprendizagem e crescimento enquanto profissional.

À minha família, pelo apoio constante, pela confiança e pela presença incondicional ao longo de todo este percurso. Aos meus amigos e colegas de mestrado, com quem partilhei experiências, pelo seu incentivo contínuo e pela colaboração durante esta etapa.

Ao André, que é a minha casa. Sem saber, apaga todos os gritos que diariamente ecoam na minha cabeça, tornando tudo mais simples.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta experiência, o meu sincero agradecimento.

Resumo

O presente documento reporta um ano de estágio em Musicoterapia no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta, no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

A Musicoterapia foi aplicada como uma intervenção psicossocial com o intuito de fomentar a expressão emocional, a comunicação, a criatividade e o envolvimento relacional, contribuindo para a estabilização e reabilitação da pessoa com perturbação do foro psiquiátrico.

O estágio integrou intervenções com dez utentes em acompanhamento individual, bem como a dinamização de um grupo terapêutico. As sessões individuais foram conduzidas tanto em regime de internamento como em consulta externa (ambulatório), ao passo que as sessões de grupo se realizaram exclusivamente no internamento. Com o intuito de ilustrar de forma aprofundada os efeitos da intervenção musicoterapêutica, são apresentados dois estudos de caso que evidenciam as potencialidades desta abordagem junto da população psiquiátrica.

Palavras-chave: Musicoterapia, Psiquiatria, Saúde Mental, Bem-estar, Estabilização .

Abstract

This document reports on a one-year internship in Music Therapy conducted at the Psychiatry and Mental Health Department of Hospital Garcia de Orta, within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa.

Music therapy was applied as a psychosocial intervention aimed at fostering emotional expression, communication, creativity, and relational engagement, thereby contributing to the stabilization and rehabilitation of individuals with psychiatric disorders.

The internship included interventions with ten patients in individual follow-up, as well as the facilitation of a therapeutic group. Individual sessions were conducted both in inpatient settings and outpatient consultations, while group sessions took place exclusively in the inpatient unit. In order to provide a deeper understanding of the effects of music therapy interventions, two case studies are presented, illustrating the potential of this approach within the psychiatric population.

Keywords: Music Therapy, Psychiatry, Mental Health, Well-being, Stabilization.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização dos utentes em acompanhamento individual	30
Tabela 2 – Caracterização dos participantes em acompanhamento individual em coterapia.....	31
Tabela 3 - Agenda Semanal	35
Tabela 4 - Objetivos Terapêuticos do Estudo de Caso I.....	41
Tabela 5 - Objetivos Terapêuticos do Estudo de Caso II.....	51

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA – American Psychiatric Association

APMT – Associação Portuguesa de Musicoterapia

BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale

CID – Classificação Internacional de Doenças

DGS – Direção Geral de Saúde

EMTC - Código de Ética da Confederação Europeia de Musicoterapia

EPE – Entidade Pública Empresarial

HGO – Hospital Garcia de Orta

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Perturbação Ansiosa

PD – Perturbação Depressiva

PP – Perturbação da Personalidade

PMTQ - Multimodal Psychiatric Music Therapy

Sumário

Introdução	3
Caracterização da Instituição	4
Serviço de Psiquiatria.....	4
População Alvo	5
Enquadramento Teórico.....	6
A doença mental e a sua contextualização na sociedade atual	6
Patologias do Foro Psiquiátrico	8
Música e Saúde Mental	14
Musicoterapia.....	16
Musicoterapia e a Doença do Foro Psiquiátrico	25
Objetivos de estágio	28
Metodologia	29
Participantes.....	29
Instrumentos de Avaliação	31
Fases do Estágio	33
Agenda Semanal.....	34
Setting Terapêutico	36
Recursos Materiais.....	36
Atividades do Serviço de Psiquiatria	37
Reuniões de intercorrências.....	37

Reunião comunitária.....	37
Grupo de Musicoterapia do Internamento.....	37
Grupo de Terapias Expressivas.....	38
Psiquiatria de Ligação.....	38
Estudos de Caso	39
Estudo de caso I	39
Estudo de Caso II	49
Outras Intervenções.....	62
Intervenções Individuais.....	62
Intervenções em co-terapia.....	67
Grupo de Musicoterapia do internamento	71
Conclusão	74
Reflexão Pessoal.....	77
Referências.....	78
Lista de anexos.....	87

Musicoterapia em Contexto Psiquiátrico – Uma Forma de Estabilização

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Seminário de Estágio do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa e tem como finalidade documentar, analisar e refletir sobre a prática desenvolvida ao longo de um ano de intervenção clínica no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta (HGO).

Este estágio decorreu entre outubro de 2024 e junho de 2025, oferecendo uma experiência prática intensiva em contexto hospitalar, junto de uma população adulta com perturbações do foro psiquiátrico.

A intervenção musicoterapêutica foi integrada numa abordagem humanista, com o objetivo de promover a expressão emocional, a comunicação, a criatividade e o envolvimento relacional, contribuindo para a estabilização clínica, a reabilitação e o bem-estar dos utentes. A prática incluiu sessões individuais e de grupo, realizadas em regime de internamento e ambulatório.

Este relatório organiza-se em várias secções: a caracterização da instituição e da população-alvo; o enquadramento teórico que sustenta a prática; os objetivos do estágio; a descrição dos procedimentos do estágio e das técnicas de musicoterapia utilizadas; a apresentação de dois estudos de caso que ilustram de forma representativa os efeitos e potencialidades da musicoterapia neste contexto. Por fim, será feita uma reflexão sobre o percurso formativo e as aprendizagens adquiridas, com vista à consolidação de competências profissionais na área da musicoterapia em saúde mental.

Caracterização da Instituição

Em setembro de 1991, o Hospital Garcia de Orta (HGO) surge em substituição do antigo Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada, de forma a dar uma maior resposta ao rápido crescimento da população residente na península de Setúbal. O seu nome deriva de uma homenagem ao médico e investigador do séc. XVI com o mesmo nome (HGO, EPE, 2020).

A sua missão assenta na prestação de cuidados que promovam a saúde e a qualidade de vida das pessoas, potenciando a proximidade, a integração de cuidados, a inovação e a investigação (HGO, EPE, 2020). Como hospital de referência, o HGO apoia atualmente cerca de 350 mil habitantes pertencentes ao concelho de Almada e Seixal. Com uma lotação de 590 camas, o HGO oferece uma grande diversidade de serviços médicos como: pediatria, obstetrícia, cirurgia vascular, cardiologia, hematologia, endocrinologia, medicina nuclear, reumatologia, ortopedia, neurorradiologia, nefrologia, psiquiatria e entre outros. Existe também um Centro de Desenvolvimento da Criança, o único na zona sul do país que está inserido no serviço nacional de saúde (SNS), que apoia jovens com patologias neurológicas e do desenvolvimento (HGO, EPE, 2020).

Serviço de Psiquiatria

O serviço de Psiquiatria do HGO tem como objetivos a promoção de saúde mental, a prevenção e o tratamento das pessoas com doença mental e a reabilitação/reinserção social dessas mesmas pessoas. Este serviço abrange pessoas com mais de 17 anos de idade, residentes nos concelhos de Almada e Seixal. Neste serviço estão disponíveis os seguintes cuidados de saúde: internamento; consulta externa; urgência; e exames periciais de psiquiatria e psicologia (Serviço de Psiquiatria, 2020).

O serviço de psiquiatria entrou em funcionamento no ano de 2007, em substituição do antigo Hospital Miguel Bombarda, que até à data era responsável pela assistência dos residentes nos concelhos de Almada e Seixal (Serviço de Psiquiatria, 2020). A área de internamento deste serviço tem uma lotação de 25 doentes com patologia mental em

fase aguda. O serviço de psiquiatria conta ainda com 12 quartos, com duas camas cada, três salas de lazer, um gabinete de enfermagem, e cinco consultórios médicos, em área de internamento. A equipa que presta assistência nesta unidade é multidisciplinar (assistentes sociais, médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, musicoterapeuta, e técnicos auxiliares) e está dividida por áreas residenciais.

População Alvo

A população alvo que este projeto de estágio abrange vai ao encontro dos doentes que o serviço de psiquiatria do HGO recebe. Ou seja, pessoas com mais de 18 anos de idade (inclusive) do sexo feminino e masculino portadores de doença do foro mental e psiquiátrico.

O serviço recebe, maioritariamente, pessoas com diagnósticos dentro de três grandes grupos: perturbações psicóticas – onde se enquadra o espectro da esquizofrenia - perturbações do humor/afetivas - onde se enquadra o espectro da bipolaridade – e as perturbações de personalidade.

As duas primeiras perturbações são as mais comuns em internamento. Já as perturbações de personalidade, questões de ansiedade e depressões menos graves não são acompanhadas em internamento mas sim, em consulta.

É importante perceber que as perturbações do espectro da esquizofrenia ou as perturbações bipolares podem coexistir com perturbações da personalidade, perturbações do neuro-desenvolvimento, doenças neurológicas, e entre outras.

Enquadramento Teórico

Este capítulo apresenta conhecimentos fundamentais na área da Saúde Mental e da Musicoterapia, que sustentam a prática desenvolvida ao longo deste estágio e orientam a interpretação dos fenómenos observados. Pretende-se aprofundar a compreensão sobre a sua definição, os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento e o impacto que gera na vida das pessoas. Através da análise da literatura existente, serão abordados os seguintes temas: a doença mental e a sua contextualização; patologias do foro psiquiátrico, música e saúde mental, musicoterapia e as suas técnicas, métodos e conceitos relevantes e, a musicoterapia e junto da pessoa com doença do foro psiquiátrico.

A doença mental e a sua contextualização na sociedade atual

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005) a Saúde Mental define-se como "um estado de bem-estar no qual a pessoa 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." (OMS, 2005).

A vivência da doença mental constitui um fenómeno complexo, com implicações que ultrapassam os sintomas clínicos e afetam de forma direta a autonomia, a qualidade de vida e a participação social da pessoa. A escassez de recursos, o estigma e a fragmentação dos cuidados, são fatores que agravam as dificuldades de autocuidado, a deterioração das relações interpessoais e a fragilidade dos processos de autorregulação. O autocuidado corresponde ao conjunto de práticas que permitem à pessoa manter a saúde e gerir a sua vida quotidiana. Em contextos de doença mental, a sintomatologia — como apatia, perda de motivação ou défices cognitivos — frequentemente compromete a capacidade de realizar tarefas básicas de higiene, alimentação, adesão à medicação e organização da rotina (WHO, 2013). Sem apoio adequado, estas limitações perpetuam um ciclo de dependência e vulnerabilidade, ampliado por fatores externos como desigualdade no acesso aos serviços e insuficiência de grupos comunitários. Promover o autocuidado implica, portanto, não apenas o

desenvolvimento de competências individuais, mas também a criação de estruturas sociais de suporte que favoreçam a autonomia progressiva (Davidson et al., 2009).

A deterioração das relações interpessoais emerge igualmente como um fenómeno central. É o estigma e a discriminação, que levam ao isolamento social e à exclusão laboral e comunitária. A literatura confirma que a redução das interações sociais está associada a uma maior vulnerabilidade, a recaídas e a piores prognósticos neste tipo de perturbações (Corrigan & Watson, 2002). Para além dos efeitos do estigma, os próprios sintomas — como a desconfiança, o isolamento ou a instabilidade afetiva — impossibilitam a comunicação, levando à perda de vínculos significativos. Assim, a construção de relações deve ser considerada parte integrante do processo terapêutico, valorizando a integração social, em atividades grupais e outras iniciativas que intensifiquem o sentimento de pertença e identidade (Topor et al., 2011).

Sintomas como impulsividade, ansiedade, humor deprimido ou irritabilidade dificultam a capacidade de gerir respostas emocionais e comportamentos adequados (Gross, 2015). A falta de estratégias de autorregulação aumenta a probabilidade de descompensações, re-internamentos e dependência de serviços especializados. Assim, as abordagens psicoterapêuticas, expressivas e integrativas oferecem, neste sentido, métodos alternativos de elaboração emocional e desenvolvimento da autonomia, promovendo a autoregulação (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013).

Mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%). Portugal é o país da Europa em que mais se consome benzodiazepinas (ansiolíticos), que se destaca pelos altos valores de procura por antidepressivos e bebidas alcoólicas (DGS, 2020).

A doença mental não se manifesta da mesma forma, altera de pessoa para pessoa, em alguns casos, esta pode ter uma curta duração e, noutros casos, pode mesmo tornar-se crónica. É na interação entre fatores genéticos, socioeconómicos, comportamentais e ambientais, tais como o consumo abusivo de álcool e drogas, o trauma, os problemas de saúde física, os problemas na gravidez, o isolamento social e

outros, que muitas vezes se despoletam as patologias do foro psiquiátrico (Uher & Zwicker, 2017).

Em Portugal, as perturbações mentais e do comportamento correspondem a 11,8% da carga global de doenças, superando as doenças oncológicas (10,4%) e sendo apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%) (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2020).

Na Doença Mental é comum existirem períodos de remissão, em que o doente começa a sentir alguma estabilidade. No entanto, é importante sensibilizar para a intervenção rápida e eficaz em situações de crise, para que os sintomas da pessoa sejam controlados e não tenham um impacto catastrófico nas diversas dimensões do utente (Murphy et al., 2015).

Patologias do Foro Psiquiátrico

As patologias do foro psiquiátrico englobam um vasto conjunto de perturbações que afetam o funcionamento psicológico, emocional e comportamental do indivíduo, como as perturbações psicóticas, do humor, da ansiedade e da personalidade. Algumas exigem intervenção farmacológica e monitorização psiquiátrica regular, enquanto outras beneficiam de abordagens multidisciplinares. A sintomatologia associada a este tipo de patologias provoca sofrimento psicoemocional e impacta negativamente a qualidade de vida da pessoa, sendo essencial um diagnóstico precoce e uma intervenção adequada (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2020).

Espetro da Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

A Esquizofrenia é uma perturbação psicótica complexa que afeta o pensamento, a capacidade de resposta emocional e o comportamento de um indivíduo (World Health Organization, 2022). Os sintomas da esquizofrenia são variados e enquadram-se numa de três categorias: sintomas positivos, sintomas negativos e sintomas cognitivos. Os sintomas positivos, são os mais comuns e o principal foco para o tratamento farmacológico, incluem alucinações (auditivas, visuais, táteis e olfativas), delírios e distorção de realidade. Já os sintomas negativos referem-se à anedonia,

expressão emocional diminuída, falta de motivação e movimento, sintomas de depressão e ansiedade (National Institute of Mental Health, 2014).

Por último, os sintomas cognitivos incluem a falta de memória, atenção, função executiva e velocidade de processamento. Os primeiros sinais da presença da perturbação na pessoa aparecem habitualmente na juventude, na sua transição para a idade adulta (15 - 21 anos). O diagnóstico de uma perturbação do espectro da esquizofrenia implica a exclusão de outra condição que possa estar na origem da psicose (National Institute of Mental Health, 2014).

A psicose é caracterizada-se pela alteração profunda da percepção da realidade, que compromete o pensamento, a emoção e o comportamento (APA, 2013). Não corresponde a um diagnóstico único, mas sim a um conjunto de sintomas que podem surgir em diversas perturbações psiquiátricas, como a esquizofrenia, a perturbação esquizoafetiva, a perturbação bipolar ou a depressão com características psicóticas, bem como em condições neurológicas ou associadas ao consumo de substâncias.

As consequências da psicose refletem-se na vida diária destas pessoas, tendo impacto no autocuidado, nas relações interpessoais e na participação social (Harvey, 2012). Esta realidade traduz-se em elevados níveis de sofrimento individual, sobrecarga para as famílias e custos sociais e económicos acrescidos, sendo a esquizofrenia uma das principais causas de incapacidade a nível global (WHO, 2022).

Os delírios são ideias fixas que não se modificam, mesmo quando confrontadas com evidências claras que as contradizem. Podem envolver diferentes conteúdos, como ideias de perseguição, de grandiosidade ou de ciúme, entre outros. É importante diferenciá-las de crenças comuns, pois os delírios caracterizam-se pela sua persistência e resistência à mudança, independentemente da prova apresentada (APA, 2013).

As alucinações são falsas percepções que surgem de forma vivencial sem estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, táteis, visuais e olfativas – por exemplo, ouvir vozes - sendo as mais comuns, neste espectro, as auditivas (APA, 2013).

A desorganização, comum nas perturbações psicóticas, pode ser do pensamento – fuga de ideias, da linguagem - não consegue expressar-se bem - e motora – catatonia, membros rígidos e/ou postura estranha (APA, 2013).

A esquizofrenia constitui uma das perturbações mentais mais incapacitantes, com forte impacto individual, familiar e social. Segundo a OMS (2022), os adultos com este diagnóstico representam cerca de 50% de todos os internamentos hospitalares em saúde mental a nível mundial, evidenciando o peso significativo da doença nos sistemas de cuidados. Em Portugal, estima-se a existência de aproximadamente 48 mil pessoas com esquizofrenia, das quais cerca de oito mil não recorrem a acompanhamento ou tratamento especializado (Gouveia et al., 2017). Estes números refletem não apenas a prevalência da patologia, mas também barreiras de acesso, estigma e desigualdades face à doença.

No quotidiano, as pessoas com esquizofrenia enfrentam dificuldades persistentes em várias esferas da vida. Uma das áreas mais afetadas diz respeito às atividades básicas diárias, incluindo a higiene, a gestão financeira, o uso de transportes, a preparação de refeições e a toma de medicação. Estas limitações, frequentemente associadas a sintomas negativos e défices cognitivos, tendem a ser renitentes ao longo do tempo, mesmo quando existem cuidados médicos regulares (Ayres et al., 2019).

As relações interpessoais e a participação social constituem outro domínio de vulnerabilidade. O estigma externo e o próprio estigma da pessoa com a patologia, contribuem para o isolamento, diminuição da autoestima e perda de papéis sociais, sendo o trabalho e o lazer áreas fortemente prejudicadas. Estudos qualitativos destacam a solidão e deterioração relacional que compromete não só o bem-estar emocional da pessoa com esquizofrenia, como também a possibilidade de reabilitação psicossocial. A literatura demonstra que as intervenções de treino de competências,

aliadas à psicoeducação, a formas de psicoterapia e a abordagens comunitárias, promovem um melhor funcionamento, uma menor probabilidade de internamentos e consequentemente uma maior qualidade de vida (Lean et al., 2019).

Perturbações Bipolares e Relacionadas

A perturbação bipolar está dividida em três categorias: perturbação bipolar I, perturbação bipolar II e perturbação ciclotímica. Entre elas, é comum o conceito de inconsistência no humor e na emoção – depressão e mania - mas, para cada uma delas existem diferentes níveis e oscilações (APA, 2013).

Para um diagnóstico de perturbação bipolar tipo I, o critério essencial é a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco ao longo da vida. O episódio maníaco caracteriza-se por um período em que o humor da pessoa está expansivo ou eufórico, existindo também a aceleração do pensamento, elevada fuga de ideias, um aumento da energia, a ausência de crítica e uma sensação de grandiosidade (aumento da autoestima). Também é recorrente a desinibição do comportamento, tornando a presença da pessoa no meio social, desagradável (Goodwin et al., 2016). Estes episódios produzem frequentemente prejuízo significativo no funcionamento social e ocupacional e podem implicar internamento, sendo por vezes acompanhados de sintomas psicóticos.

Por sua vez, a perturbação bipolar tipo II é definida pela presença de pelo menos um episódio depressivo major e um episódio hipomaníaco. A hipomania distingue-se da mania pela: duração, que é inferior; e pela falta sintomatologia psicótica. A pessoa com hipomania nunca está tão expansiva quanto a pessoa com mania (APA, 2013). Ainda que a hipomania possa ser experienciada de forma positiva — com aumento da energia, produtividade ou criatividade —, os episódios depressivos constituem a manifestação mais incapacitante na bipolaridade tipo II e representam a principal causa de procura de tratamento (Judd et al., 2003).

O episódio depressivo é um período que inclui vários sintomas sendo que no mínimo, um destes terá de estar presente - humor deprimido na maior parte do tempo e, desinteresse pelas atividades antes exercidas, de forma repentina. Para se identificar um episódio depressivo serão necessários estes sintomas, prejudicarem o cotidiano da pessoa, interferindo no seu plano social e relacional (APA, 2013).

Para a detecção da perturbação ciclotímica o paciente tem de apresentar episódios hipomaníacos e depressivos ao longo de 2 anos, sem nunca preencher os critérios para episódios de mania, hipomania ou depressão major (APA, 2013).

A funcionalidade diária das pessoas com transtorno bipolar é frequentemente comprometida. A falta de atenção, memória e outras funções podem interferir na tomada de decisões, resolução de problemas e nas responsabilidades pessoais e profissionais (Robinson et al., 2006). Os episódios maníacos, comportamentos impulsivos e irritabilidade podem gerar conflitos familiares e sociais, enquanto os episódios depressivos podem conduzir ao isolamento e afastamento das redes de apoio. O estigma associado à doença agrava ainda mais estas dificuldades, limitando o acesso ao suporte social e aos serviços de saúde (Suto et al., 2010). Para além disso, as pessoas com este tipo de perturbação, por norma, lidam com outro tipo de condições, como ansiedade e abuso de substâncias, que complicam a estabilização da doença e aumentam o risco de recaídas (Grande et al., 2016). Estes desafios podem ser ultrapassados utilizando abordagens terapêuticas integradas, que combinam o tratamento farmacológico, com a psicoterapia e outras intervenções psicossociais, promovendo da funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa (Michalak et al., 2007).

Perturbações da Personalidade

As perturbações da personalidade (PP) consistem em padrões duradouros e inflexíveis de experiência interna que afetam o comportamento e o pensamento da pessoa, de forma significativa, causando sofrimento. Esses padrões manifestam-se em

pelo menos duas das seguintes dimensões: cognição, afetividade, relações interpessoais e controlo de impulsos. A cognição refere-se à forma como pessoa compreende e se interpreta a si próprio, os outros e os acontecimentos à sua volta; a afetividade foca-se na intensidade, estabilidade e qualidade das respostas emocionais; a terceira dimensão foca-se na capacidade da pessoa manter relações saudáveis e funcionais; e o controlo de impulsos diz respeito ao controlo dos comportamentos impulsivos ou inapropriados. Para que um padrão seja considerado uma PP, é necessário que seja persistente, inflexível, esteja presente em diversos contextos e que provoque sofrimento ou prejudique a pessoa (APA, 2013). As PP dividem-se em três grupos:

No grupo A, falamos das perturbações da personalidade esquizoide – embotados, esquizotípica – desorganizados -, e paranoide – falta de confiança no outro -, sendo que as pessoas pertencentes a este grupo tendem a ser excêntrica e a ter um aspeto estranho. É também no grupo que existe maior probabilidade de esta PP evoluir para uma perturbação psicótica (esquizofrenia e etc.) O grupo B engloba as perturbações da personalidade narcísica, antissocial, borderline e histriónica, sendo que as pessoas com esta patologia se caracterizam como dramáticos, emocionais ou erráticos. É neste grupo que existe maior probabilidade de esta PP desencadear uma perturbação do humor/afetiva (bipolaridade). O Grupo C engloba as perturbações da personalidade obsessiva-compulsiva – controladores -, evitante – ansiedade fóbica -, e dependente - submisso. Neste grupo as pessoas tendem a parecer mais ansiosas ou medrosas.

As pessoas com PP enfrentam desafios significativos no seu quotidiano, decorrentes de padrões de comportamento e experiência interna que afetam a forma como se vêem a si mesmas, os outros e o mundo que as rodeia (APA, 2013). Para estas pessoas as suas necessidades começam no desenvolvimento de estratégias eficazes para lidar com as suas próprias emoções, na construção de competências interpessoais e no controlo de impulsos. Estas necessidades emergem a partir das dificuldades em

estabelecer e manter relações saudáveis, lidar com frustrações e resolver conflitos, bem como do sofrimento emocional associado ao medo da rejeição, abandono ou fracasso social (Livesley, 2018). No seu quotidiano, as pessoas com PP sentem instabilidade emocional e solidão, que dificultam a continuação de rotinas estáveis e a integração em contextos sociais e profissionais (Bateman & Fonagy, 2016). Estes desafios podem levar ao isolamento, comportamentos impulsivos ou autodestrutivos e à utilização de estratégias, como agressividade ou comportamentos de risco. A psicoterapia surge, assim, como um recurso essencial para ajudar estes indivíduos a compreender os seus padrões comportamentais, identificar gatilhos emocionais e desenvolver formas adaptativas de enfrentar as dificuldades diárias (Livesley, 2018).

Perturbações Depressivas (PD)

A depressão tem como base o sofrimento patológico. Por isso, se o indivíduo apresenta baixo humor, sentimentos de vazio ou irritabilidade, com determinada duração e tempo, que impactam a sua funcionalidade no dia a dia então, estamos perante um diagnóstico de PD (APA, 2013).

Perturbações Ansiosas (PA)

A ansiedade é uma reação comum ao stress diário. É considerada uma ansiedade patológica quando os episódios de nervosismo/ansiedade são excessivos, trazem medo e perturbam de alguma forma a vida quotidiana pessoa. As perturbações ansiosas são as mais comuns, dentro das perturbações mentais. No entanto, sabemos que as PA podem ser evitadas e controladas através de um acompanhamento psicoterapêutico (APA, 2022).

Música e Saúde Mental

A arte fornece inúmeros benefícios às pessoas que a praticam. Dentro dessa prática, a música é muitas vezes utilizada como instrumento de prevenção para

determinadas doenças, estimulando o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e, afetivo da pessoa (Siedliecki & Good, 2006).

A música tem vindo a assumir um papel de destaque no tratamento de pessoas com perturbações do foro psiquiátrico, uma vez que possibilita a intervenção em múltiplas dimensões da experiência humana. Entre estas, salientam-se os aspetos relacionais, emocionais, simbólicos e de envolvimento social, que se revelam centrais para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. No plano relacional, a prática musical favorece a construção de vínculos entre pessoas, permitindo desenvolver a confiança e capacidade de comunicação, mesmo quando as capacidades verbais estão comprometidas (Bradt & Dileo, 2014).

Através da música, o indivíduo pode interagir com o outro de forma espontânea, encontrando novas possibilidades de contacto e de expressão. No domínio emocional, a utilização da música em contextos terapêuticos tem demonstrado eficácia na redução de sintomas de relacionados com a ansiedade, depressão e stress, enquanto potencia a expressão emocional em ambientes controlados e seguros. O envolvimento musical contribui, assim, para a melhoria do humor e para a promoção do bem-estar subjetivo, estabelecendo a ligação entre as emoções internas e o mundo exterior. Do ponto de vista simbólico, a música representa um veículo privilegiado de expressão de conteúdos internos difíceis de traduzir em palavras. A improvisação e a composição musical permitem que a pessoa projete, de forma simbólica, experiências complexas, muitas vezes associadas a um trauma ou sofrimento psíquico. Esta dimensão simbólica da experiência musical favorece a elaboração e integração de vivências, funcionando como um espaço de construção de sentido e de reorganização emocional.

Por último, o envolvimento social ganha particular relevância no trabalho terapêutico com doentes psiquiátricos. Participar em grupos musicais ou grupos terapêuticos, promove o sentimento de pertença, reforça a identidade social e estimula

o desenvolvimento de competências relacionais. Ao favorecer a cooperação e a interação interpessoal, a música contribui não só para a redução do isolamento, frequentemente associado a estas perturbações, mas também para o fortalecimento de redes de apoio social (Bradt & Dileo, 2014; Alvin, 1966).

Musicoterapia

Destacando a descrição da Federação Mundial de Musicoterapia (1996),

“Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um 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 música é uma forma de tocar no paciente, sem que este tenha a sensação de ser tocado fisicamente. Esta forma não verbal de comunicar (a música) torna possível a expressão de sentimentos sem usar palavras, criando um espaço em que é possível interagir, ser encontrado e compartilhar sem qualquer julgamento ou pressão (Pedersen, 1999).

Conceitos Relevantes em Musicoterapia

Acreditando que os modelos da psicologia existentes estavam a “fragmentar a pessoa”, não valorizando o seu potencial único, Carl Rogers surge com o modelo Humanista. O modelo Humanista dá ênfase ao conceito saúde e bom funcionamento

em vez da patologia da pessoa. O terapeuta foca-se na parte não doente da pessoa (a parte que ainda é saudável), fazendo com que esta se mobilize e trate a parte doente dela mesma. Esta nova forma de terapia, centrada na pessoa, dá prevalência à relação empática, à criatividade como forma de identidade, ao aqui e agora, e à transparência do terapeuta. O musicoterapeuta humanista utiliza a música para identificar as necessidades do cliente e facilitar o processo de autorrealização (Scovel & Gardstrom, 2002).

Nos anos 50, surge então o modelo pioneiro da musicoterapia - Musicoterapia Criativa, criado por Nordoff (músico) e Robbins (professor de educação especial). Nordoff, inspirado nas ideias humanistas de Stein - aprendizagem pela vivência - cria o modelo com objetivo de potenciar o desenvolvimento da pessoa através da música. O modelo de Musicoterapia Criativa implica a utilização da improvisação vocal e/ou instrumental para estimular a criatividade do paciente, desenvolvendo competências inatas até então desconhecidas ou esquecidas, devido à doença (Nordoff & Robbins, 2004). Os autores acima destacam o potencial inato que cada ser humano tem para participar na experiência musical. Acreditam que todos nascemos com capacidade de identificar, produzir sons e de nos entregarmos à experiência sonora. O termo *Músico-Criança*, presente no modelo de *Nordoff-Robbins*, refere-se à parte embrionária de nós que é musical e se move através música. Este termo vai de encontro ao principal objetivo do modelo que é a descoberta do ponto de musicalidade mais genuíno do paciente. Se o mesmo for descoberto, o paciente passa a mostrar intenção musical, a fazer a sua música elevando assim o seu nível de funcionamento.

Apesar da patologia dar sinais do tipo de música que o paciente vá produzir, o terapeuta deve ir ao encontro da pessoa através da improvisação e criatividade musical. É importante estabelecer um lugar seguro, onde a pessoa se possa expor e sinta liberdade para se transformar de alguma forma (Birnbbaum, 2014).

A improvisação em forma de conversa é uma técnica que aborda diretamente os sentimentos e expressões intersubjetivas, da pessoa, no tempo (Trevarthen & Malloch, 2000). O envolvimento emocional é algo que se desenvolve através da improvisação musical no seio de uma relação terapêutica (Birnbaum, 2014). A própria música é uma experiência emocional de conteúdo tão variado, comparável às emoções humanas (Nordoff & Robbins, 2004). Através da troca de ideias musicais – pergunta e resposta – e da reflexão musical conjunta, o paciente pode sentir-se compreendido e autoequilibrar-se emocionalmente (Wayne, 2008).

Aqueles que são portadores de doença do foro psiquiátrico, que são observados pela sua sintomatologia e não pela sua qualidade humana, encontram na Musicoterapia uma experiência que pode ser partilhada e lhes concede qualidades “humanas” – o pertencer, a segurança, a construção de relações (Garred, 2006). A Musicoterapia pode, também, focar-se na identificação e desenvolvimento dos pontos fortes, aumentando a funcionalidade e o empoderamento pessoal do paciente.

O “princípio de ISO” é um conceito essencial que serve de base às técnicas de musicoterapia, utilizadas para criar, através da música, formas de comunicação entre o terapeuta e utente. Ao imitar o utente, o terapeuta está a ir ao encontro do mesmo, abrindo um canal de comunicação e estabelecendo contacto. Na musicoterapia é necessário que o tempo mental da pessoa e o tempo sonoro e musical expresso pelo terapeuta estejam em sintonia para que se aplique o princípio de ISO (Benenzon, 1985).

ISO, refere-se à identidade sonora musical. Este é um conceito dinâmico, definido por Benenzon (1985), que presume a noção da existência de um conjunto de sons que caracterizam cada ser humano. No entanto dentro de nós existem diferentes sonoridades: a que nos identifica - a música que gostamos, ou que nos incomoda, o tom da nossa voz e etc. -; sonoridade do momento – se estiver mais triste hoje, a

intensidade da minha voz irá refletir isso; e a sonoridade do grupo – a junção das várias sonoridades como um todo (Benenzon, 1985).

Benenzon (1985) define 4 tipos de ISO's. O ISO gestáltico é uma sonoridade individual, e própria, que adquirimos desde a gestão e nos caracteriza como pessoa. O ISO complementar é o que resulta da interação com o meio. O ISO grupal é a junção da contribuição que cada individuo dá ao grupo. Esta, necessita de tempo para se formar e desenvolver. O ISO universal são todos os sons que nos confirmam a identidade de seres humanos - os sons da natureza, dos animais, o ritmo binário e etc. (Benenzon, 1985). Para abrir canais de comunicação, entre paciente e terapeuta, é então necessário identificar ISO gestáltico do paciente, equilibrá-lo com o do terapeuta, e assim direcionar a intervenção musicoterapêutica para o ser musical do paciente. O silêncio é também ele importante. É a junção do silêncio e das pausas que estruturam o espaço vincular (conjunto de energias que formam os ISO's) (Benenzon, 1985).

A relação terapêutica é um outro conceito base da musicoterapia. Como já abordado, o primeiro passo para a construção da relação terapêutica consiste no estabelecer contacto entre terapeuta e paciente. Parte-se do pressuposto de que cada indivíduo possui uma sonoridade própria, assim, para que exista comunicação o terapeuta deve ir ao encontro do paciente, ajustando-se à sua sonoridade.

Em contexto de musicoterapia com pacientes com patologias do foro psiquiátrico, o papel do terapeuta assenta, primordialmente, na escuta. A presença física, por si só, não é suficiente, é necessário que o paciente perceba que está a ser ouvido. Segundo Pedersen (1999), a atitude de escuta constitui um elemento essencial na construção de uma relação terapêutica, pois permite quebrar o isolamento experienciado pelo utente. Através da escuta, o terapeuta pode obter informações sobre a profundidade dos sentimentos básicos do paciente. É por isso importante, que terapeuta ouça cuidadosamente a música do paciente e os sentimentos expressos da

mesma, por mais “caótica” que ela possa soar (Pedersen, 1999). A literatura afirma que a mudança psicológica emerge da partilha de emoções no espaço terapêutico, sendo a boa relação terapêutica um fator decisivo para a eficácia do processo. Nesse sentido, ambos os intervenientes são transformados pela experiência relacional (Bromberg, 2006; Scharff & Scharff, 2011).

Métodos e Técnicas de Intervenção em Musicoterapia

A musicoterapia é um processo clínico sistemático, desenvolvido de forma individualizada, no qual a música e a relação terapêutica são o elemento central da intervenção. Enquanto disciplina científica e prática clínica, a musicoterapia recorre a métodos específicos que se distinguem de acordo com o tipo de experiência musical mobilizada no contexto terapêutico. Seguindo a proposta metodológica de Bruscia (2014), os métodos podem ser organizados em quatro categorias: recriação, improvisação, composição e escuta (Bruscia, 2014).

Métodos de recriação

As experiências de recriação musical consistem na interpretação ou aprendizagem de músicas pré-compostas. Incluem atividades musicais estruturadas, jogos musicais, cantar em grupo, execução instrumental e ensaios de repertório. O utente desempenha um papel definido, o que permite estabelecer objetivos terapêuticos relacionados com o desenvolvimento de competências sociais, cognitivas e psicomotoras, tais como: a promoção de empatia e interação, a estimulação da memória, da atenção e da orientação, bem como o aperfeiçoamento de capacidades sensoriais e motoras (Bruscia, 2014).

No âmbito da recriação instrumental, o utente pode executar propostas musicais específicas, recorrer à imitação rítmica e melódica, praticar o seu instrumento em conjunto ou trazer para a sessão as suas gravações. Já a recriação vocal abrange a vocalização, a imitação vocal, a aprendizagem e interpretação de melodias e a leitura de canções. Este tipo de prática é importante para os utentes que se encontrem em

situação de fragilidade, com sintomas relacionados com a ansiedade ou angústia, uma vez que o canto, pode proporcionar a expressão emocional e a evocação de memórias significativas (Magee, 1999).

Métodos de improvisação

A improvisação musical constitui um dos pilares centrais da musicoterapia e caracteriza-se pela criação espontânea de música a partir da voz, de instrumentos, do corpo ou de outros objetos sonoros. A improvisação pode proporcionar ao paciente um sentimento de realizar uma tarefa que lhe traz significado e prazer, focando-se no “aqui e no agora” para explorar livremente os sons (Maratos et al., 2011).

Os principais objetivos dos métodos de improvisação são: estabelecer canais de comunicação não-verbal, facilitar a expressão emocional, desenvolver competências interpessoais e de grupo, explorar as diferentes dimensões da pessoa, estimular a criatividade e, entre outros (Bruscia, 2014). No processo terapêutico, o musicoterapeuta pode adotar diferentes estratégias: improvisação conduzida, canções improvisadas, improvisação referencial (quando a música representa uma emoção, uma imagem ou uma narrativa) e improvisação não-referencial (quando a música existe por si, sem necessidade de remeter para um referente extramusical). Segundo Wigram (2005), a interação musical, entre terapeuta e utente, é modulada através de técnicas específicas, tais como “matching”(corresponder), “grounding” (securizar) “holding” (suportar), conter e espelhar. Estas técnicas são executadas através do ritmo, da melodia, da harmonia e da dinâmica das produções musicais, criando um espaço seguro de exploração (Wigram, 2005). A técnica de “matching” caracteriza-se pela postura empática do musicoterapeuta, que vai ao encontro da expressão emocional e musical do utente. A improvisação do terapeuta é ajustada ao estilo do utente, procurando integrar-se no seu ritmo, dinâmica, textura e dificuldade mesmo sem recorrer à imitação. Esta aproximação faz com que o utente sinta que a sua produção é

acolhida e integrada na relação terapêutica, permitindo que o terapeuta e o utente se encontrem na música. Esta é uma técnica bastante utilizada nas fases iniciais da intervenção, na medida em que promove o vínculo, o reconhecimento e a confiança.

A técnica de “grounding” oferece ao utente uma base musical estável e estruturante, permitindo-lhe explorar a sua musicalidade num ambiente seguro. Para esse efeito, o terapeuta pode utilizar técnicas como a reprodução de oitavas (no instrumento harmónico), a marcação constante da pulsação (através de um instrumento de percussão ou parte do corpo), recorrer a padrões rítmicos repetitivos (ostinatos) e até utilizar acordes estáveis - como os tónicos e os dominantes -, conferindo suporte à experiência musical (Wigram, 2005). Segundo Bruscia (1987), esta estratégia passa por manter uma pulsação básica ou fornecer um suporte rítmico que acompanhe a improvisação do participante. Importa salientar que o objetivo não é impor uma métrica rígida ou enquadrar a música num compasso específico, uma vez que isso poderia ser demasiado diretivo e restritivo, comprometendo a espontaneidade da pessoa (Bruscia, 1987).

A técnica de “holding” tem como principal objetivo proporcionar uma base de contenção musical, tal como uma âncora, para o utente que se mostra inseguro, disperso ou sem rumo na sua improvisação. Este suporte é realizado pelo terapeuta, através de recursos musicais estáveis, como acompanhamentos harmónicos simples ou acordes suspensos, que criam uma atmosfera de contenção e segurança (Wigram, 2005). Neste contexto, a música do terapeuta tende a ser lenta, longa e estável, de modo a ressoar, mas sem necessidade de definir uma pulsação ou métrica. Assim, a utilização desta técnica de improvisação surge como uma forma de validar e conter a experiência do utente, criando um espaço seguro para que este se possa expressar livremente (Bruscia, 1987).

A técnica de contenção é utilizada em situações em que a produção musical do utente assume um caráter caótico, intenso ou desorganizado. Neste panorama, o papel do terapeuta consiste em fornecer uma base contentora e estruturada, capaz de enquadrar a expressão liberta pelo utente, utilizando algo suficientemente forte e estável para se fazer ouvir, funcionando como uma referência reguladora (Wigram, 2005).

Já a técnica de espelhar implica reproduzir de forma próxima a expressão musical e corporal do utente, oferecendo-lhe um reflexo imediato da sua própria produção. Esta estratégia pode incluir a imitação direta da música, dos gestos expressivos e até da linguagem corporal da pessoa. O objetivo é que o cliente se reconheça no comportamento do terapeuta, promovendo, assim, uma maior consciência de si mesmo. No entanto, o espelhar só deve ser utilizado quando a improvisação do utente apresenta simplicidade e previsibilidade suficientes para permitir a sua reprodução. Embora idealmente se utilize o mesmo instrumento, é igualmente possível realizar esta técnica utilizando instrumentos diferentes. No contexto psiquiátrico, esta técnica deve ser aplicada com sensibilidade, pois, esta pode ser interpretada de forma provocador ou até gerar desconforto em certos utentes. (Wigram, 2005).

Métodos de composição

A composição musical em contexto terapêutico implica a criação de canções, letras ou peças instrumentais, que podem ser posteriormente gravadas. A escrita e a recriação de canções potenciam a exploração simbólica, a expressão e criatividade, permitindo ao terapeuta conhecer a forma de olhar o mundo do cliente (Bruscia, 2014). Existem várias formas de criar canções: pode ser uma criação de letra objetiva, ou seja o cliente tem a oportunidade de preencher espaços em branco, propositadamente retirados para alcançar o objetivo terapêutico; utilizar a melodia e ritmo de uma canção

já existente, mas modificar todo o texto; ou compor uma canção do zero com melodias e temas provenientes do cliente. O musicoterapeuta desempenha um papel de facilitador, equilibrando a participação do cliente com as suas competências técnicas, e ajudando-o a organizar as ideias e dar estrutura ao produto musical. Os principais objetivos objetivos deste método são: o desenvolvimento de capacidades ligadas ao planeamento, à organização e à gestão de problemas, pela promoção da autorresponsabilidade, pela exploração de temas terapêuticos significativos e pelo fortalecimento da identidade através da expressão musical (Bruscia, 2014).

Métodos de escuta

As dinâmicas que englobam a escuta musical incluem a audição de música ao vivo e gravada, podendo assumir diferentes formatos: autoescuta (escutar as próprias criações), escuta para o relaxamento, escuta para evocação de memórias, escuta projetiva e escuta associada ao imaginário. A escuta musical, quando associada a técnicas de relaxamento ou à imagética guiada, pode reduzir a tensão emocional, a ansiedade e a percepção de dor. Para tal, a música utilizada tende a apresentar características específicas, designadas por Helen Bonny como “música sedativa”: pulsação lenta, ritmo estável, harmonia simples, estrutura melódica previsível (Wigram, et al., 2002).

O processo de escuta terapêutica pode seguir dois princípios fundamentais: o princípio de ISO, no qual a música inicialmente reflete o estado emocional ou fisiológico do utente para depois induzir gradualmente o estado pretendido, e o princípio da compensação, em que a música contrasta com o humor atual do utente, promovendo a ressonância emocional e a transformação gradual do estado interno (Wigram et al., 2002).

Musicoterapia e a Doença do Foro Psiquiátrico

A Musicoterapia, embora enraizada em práticas de cura ancestrais, consolidou-se como metodologia clínica no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, quando os efeitos terapêuticos da música em veteranos estimularam a criação de metodologias específicas. Na Europa, o seu desenvolvimento foi fortemente influenciado por abordagens psicodinâmicas, sendo aplicada em hospitais psiquiátricos desde a década de 1950, sobretudo em pacientes com Esquizofrenia. Posteriormente, a prática ampliou-se para integrar modelos comportamentais, humanistas e neurocientíficos (Millard & Carr, 2021).

É sabido que os fármacos, como os antipsicóticos são fundamentais para o tratamento das perturbações do foro psiquiátrico, no entanto a função cognitiva prejudicada e a disfunção social podem continuar mesmo com a medicação. Desta forma, para estabilizar a função cognitiva, as emoções e a disfunção social, é necessário complementar a medicação com intervenções psicossociais. A Musicoterapia surge então como uma das intervenções psicossociais que pode ajudar a controlar os sintomas apresentados nas doenças mentais. (Kwon, 2013). Sendo a Musicoterapia, uma área que não requer do paciente, um conhecimento prévio ou experiência musical, ela pode ser uma terapia acessível a todos os que gostam de trabalhar com música e rejeitam outras terapias mais convencionais.

Face a este panorama a musicoterapia, utiliza várias abordagens onde o cliente está envolvido num processo de criação musical como a improvisação, a escrita de canções e a sua execução, e onde o cliente se foca em experienciar a música através de imagens ou relaxamento musical, de forma a conter a propagação de problemas relacionados com a saúde mental.

Alguns estudos destacam a diminuição da apatia, letargia, pobreza afetiva e a desorganização cognitiva, após as sessões de musicoterapia (Yang, et al., 1998), e outros a melhoria da comunicação verbal e não verbal, da interação interpessoal e das

capacidades de interação grupal (Murow & Sánchez, 2003). Toda a forma de produção artística pode ser uma maneira de estimular os doentes mais isolados e potenciar experiências positivas através do processo criativo.

Um número crescente de evidências científicas tem apoiado o uso da musicoterapia no contexto da saúde mental. No caso da esquizofrenia, a musicoterapia tem demonstrado eficácia na melhoria da motivação, no aumento do envolvimento social e na redução de sintomas negativos, como apatia e retraimento. A participação contínua nas sessões está também associada a uma melhor qualidade de vida e a um maior bem-estar emocional. Em pacientes com perturbações do humor, a Musicoterapia pode contribuir para a redução de sintomas depressivos, melhoria do humor e facilitação do acesso a emoções de difícil verbalização, sendo particularmente eficaz o uso de técnicas como a escuta ou composição de músicas com significado pessoal. Em contextos de ansiedade e trauma, a música atua como um recurso para promover relaxamento e autorregulação emocional, ajudando na redução da ansiedade (Millard & Carr, 2021).

Nas perturbações da personalidade, nomeadamente na perturbação borderline, técnicas como a improvisação musical contribuem para o reconhecimento e regulação das emoções, promovendo simultaneamente o fortalecimento do sentido de identidade e de segurança dentro da relação terapêutica (Millard & Carr, 2021).

O porquê da musicoterapia em doentes psiquiátricos?

Para muitos, a música constitui um meio de expressão mais acessível e menos ameaçador que a expressão verbal. A preferência pela sessão de Musicoterapia assenta, assim, na ideia de que não é necessário verbalizar todos os seus pensamentos, evitando um compromisso que lhes possa parecer invasivo (Wigram & Backer, 1999).

O ato de ouvir e fazer música são capazes de atuar na esfera psicológica dos doentes. Estudos confirmam que a música reduz sintomas psicopatológicos, como

ansiedade e depressão, melhora o bem-estar geral do paciente, tem influência na qualidade do sono, atenua a dor e, contribui para uma abertura e cooperação no processo de tratamento (Sliwka, 2006).

No âmbito da intervenção psiquiátrica, a autora Hakvoort (2021) propõe quatro eixos principais de atuação, cada um deles respondendo a necessidades específicas dos utentes. Em primeiro lugar, a estrutura e contenção. A estrutura interna da música – através do ritmo e melodias – proporciona um ambiente estável e seguro, funcionando como um ponto de referência para os utentes que vivem com pensamentos desorganizados. Em segundo lugar, a música cumpre um papel fundamental de expressão. A improvisação, permite exprimir emoções e vivências internas sem a necessidade da comunicação verbal, oferecendo um canal direto e muitas vezes mais acessível para a comunicação do sofrimento. A terceira função refere-se à vinculação. A prática musical conjunta cria uma relação entre terapeuta e paciente, facilitando o estabelecimento de um vínculo terapêutico significativo, essencial para o processo de recuperação em saúde mental. Por último, a música atua também como forma de autorregulação e estabilização, influenciando diretamente o sistema nervoso autónomo. Através da escuta e da participação ativa, a música pode contribuir para a modulação de estados emocionais intensos, auxiliando na gestão de sintomas como ansiedade, raiva ou depressão (Hakvoort, 2021).

Os musicoterapeutas que trabalham na área da psiquiatria intervém junto de uma grande variedade de patologias através de abordagens terapêuticas ativas e recetivas. As intervenções musicoterapêuticas nesta área são geralmente de natureza psicoterapêutica e têm como objetivo, o desenvolver capacidades de lidar com os problemas, apoiar a pessoa, incluindo os seus sentimentos, promover pensamentos saudáveis, melhorar a concentração, a positividade, as interações sociais, a sua experiência com o mundo em redor, e consequentemente diminuir o isolamento (Gold et al., 2005).

Objetivos de estágio

Com base na literatura abordada ao longo deste relatório, os principais objetivos da Musicoterapia junto de pacientes com doenças do foro psiquiátrico são: quebrar o isolamento entre paciente e o ambiente; estabelecer uma relação terapêutica, em que o paciente é capaz de seguir uma linha de trabalho consistente; e motivar o paciente para um tratamento com continuação. Alguns objetivos secundários como, a redução de sintomas relacionados com o embotamento, excesso de pensamentos, isolamento social e falta de proatividade, podem também ser trabalhados (Pedersen, 1999).

Face a este panorama, foram delineados os seguintes objetivos de estágio:

- Reduzir o isolamento;
- Apoiar e desenvolver a capacidade de expressão e comunicação do paciente;
- Mobilizar os pacientes para as intervenções psicoterapêuticas que se seguem;
- Explorar a criatividade musical como forma de (re)construção de identidade;
- Promover a autoregulação;
- Promover o laço afetivo entre o paciente e os seus pares.

Para além destes, foram traçados outros objetivos terapêuticos, específicos para cada utente acompanhado em sessão individual.

Metodologia

A abordagem metodológica utilizada ao longo do estágio será abordada neste capítulo, fundamentada pela revisão de literatura exposta anteriormente. Serão descritos os perfis clínicos dos utentes que tiveram acesso a consultas de musicoterapia, bem como os instrumentos aplicados nos momentos de pré e pós-intervenção para monitorizar o progresso terapêutico. Adiante, serão detalhados os procedimentos adotados em cada fase do estágio, assim como os métodos e técnicas utilizados junto da população portadora de doença psiquiátrica, assim com os conceitos fundamentais da musicoterapia. Será também contextualizada a agenda semanal da estagiária, o setting terapêutico e os recursos materiais utilizados. É importante denotar que a estagiária seguiu o código de ética da Confederação Europeia de Musicoterapia (EMTC).

Participantes

No âmbito de estágio, a estagiária realizou sessões de musicoterapia com 10 utentes do serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO. Destes 10 utentes, 7 foram acompanhados individualmente, pela estagiária (tabela 1), e os restantes 3 foram acompanhados em co-terapia – estagiária e musicoterapeuta residente do HGO (tabela 2). Como se pode verificar na tabela em baixo, a maioria dos utentes começaram as sessões de musicoterapia no internamento e só depois passaram para o regime ambulatório/consulta. Dos 10 participantes, 5 são do sexo feminino e os restantes 5 são do sexo masculino, com idades compreendidas entre 20 e os 52 anos. Os nomes abaixo são fictícios de forma a proteger a identidade dos utentes. Os critérios de inclusão para as sessões de Musicoterapia são: o utente estar a ser acompanhado no serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO e o gosto pela música.

Tabela 1.*Caracterização dos utentes em acompanhamento individual*

Identificação do utente	Idade	Diagnóstico	Contexto de acompanhamento
Miguel	52	Diagnóstico diferencial complexo – HD ¹ Transtorno delirante persistente (cid ² . F22)	Internamento – consulta/ambulatório
Maria	24	HD Esquizofrenia (cid. F20)	Internamento
Luísa	35	HD Espectro Esquizoafetivo (cid. F25)	Internamento – consulta/ambulatório
Paula	40	Perturbação Bipolar, Tipo I (cid. F31)	Internamento – consulta/ambulatório
Rúben	26	Esquizofrenia (cid. F20)	Internamento
Carla	24	Esquizofrenia (cid. F20)	Internamento – consulta/ambulatório
Mariana	28	Esquizofrenia (cid. F20)	Internamento – consulta/ambulatório

¹ Hipótese diagnóstica² Classificação Internacional de Doenças (CID). As perturbações do foro psiquiátrico abrangem os códigos Foo a F99.

Tabela 2.*Caracterização dos utentes em acompanhamento individual como coterapeuta*

Identificação do utente	Idade	Diagnóstico	Contexto de acompanhamento
Patricia	20 anos	Perturbação Borderline	Consulta/Ambulatório
Jorge	23 anos	HD Perturbação do Espectro do Autismo e Episódio Depressivo	Consulta/Ambulatório
José	23 anos	HD Perturbação do Espectro do Autismo e Bipolaridade	Consulta/Ambulatório

Instrumentos de Avaliação

Para avaliar e registar a progressão dos utentes intervenientes no projeto, foram utilizados instrumentos como a ficha de história sonoro-musical – instrumento de recolha de dados e avaliação inicial -, o diário de bordo – inclui os registos de sessões individuais e em grupo -, gravadores e câmaras, o Multimodal Psychiatric Music Therapy (PMTQ) e o Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

Para as sessões individuais, foi utilizada uma ficha de história sonoro-musical, que tem como objetivo recolher dados e preferências musicais do utente, da sua família, do ambiente sonoro da sua casa e de outros ao seu redor. Esta ficha auxilia na compreensão do ISO do utente, acrescentando informação sobre o mesmo (Benenson, 1995). O diário de bordo foi utilizado como forma de registo de todos os acontecimentos da sessão: dados de identificação dos utentes, objetivos, metas, registo de atividades e reflexos e ideias para sessões futuras.

Multimodal Psychiatric Music Therapy Questionnaire (PMTQ)

O questionário de musicoterapia multimodal em psiquiatria é um teste dividido em três partes. A primeira e a segunda são realizadas em forma de entrevista, onde o terapeuta questiona o paciente, e a terceira parte é respondida pelo terapeuta com base na observação feita ao longo do questionário I e II. Cada pergunta é avaliada numa escala de 1 a 5 (discordo totalmente a concordo fortemente). As questões da parte I correspondem à identidade musical do paciente e as questões da parte II referem-se ao lado interpessoal, afetivo, cognitivo e comportamental. O questionário deverá ser aplicado numa sessão de início e numa sessão de fim. Este, ao contrário de outros instrumentos de avaliação, não nos vai dar nenhuma pontuação. Mas sim, vai permitir ao terapeuta identificar os principais problemas, a trabalhar em terapia, e se esses mesmos problemas terão sido ultrapassados numa próxima aplicação do teste.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Esta escala tem como objetivo a avaliação de sintomas positivos, negativos e afetivos da pessoa com perturbação psiquiátrica. O BPRS está dividido em 18 temas, como a hostilidade, desconfiança, alucinação, grandiosidade e entre outros. Em forma de entrevista o terapeuta deve questionar o utente sobre os 18 tópicos presentes no teste e preencher os espaços a branco com um número de 1 (ausência de sintoma) a 7 (extremamente grave).

Este método de avaliação pode ser utilizado por clínicos e investigadores para medir a severidade e o impacto de sintomas como ansiedade, depressão, alucinações, e etc. Ao contrário de outras escalas com este tipo de numeração, nesta não existe somatório. O investigador deve aplicar a escala duas vezes: uma no início da intervenção terapêutica e outra no fim. a escala serve para acompanhar a evolução da doença, avaliar a eficácia de tratamentos, e comparar diferentes abordagens terapêuticas.

Fases do Estágio

No presente estágio, observaram-se quatro fases distintas: (1) Integração/observação e recolha de dados; (2) Avaliação inicial dos utentes para elaboração do plano de intervenção; (3) Intervenção; (4) Análise de resultados e finalização dos planos terapêuticos.

A primeira fase iniciou-se no final do mês de janeiro e teve a duração aproximada de um mês. Definiu-se como um período de adaptação da estagiária à equipa e às normas de funcionamento do serviço. Durante este tempo, a estagiária participou em reuniões de equipa, realizadas duas vezes por semana no período da manhã, com o objetivo de adquirir conhecimentos relativos aos utentes internados. A sua presença no grupo semanal de musicoterapia do internamento, como observadora-participante, permitiu-lhe compreender a dinâmica de funcionamento das sessões, desenvolver competências de gestão de grupos de agudos e identificar utentes com potencial para um futuro acompanhamento individual em musicoterapia. Ainda nesta primeira fase, a estagiária acompanhou o orientador de estágio — musicoterapeuta residente do serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO — nas visitas às unidades de neurocirurgia, neurologia e infeciologia (serviço de ligação), destinadas ao acompanhamento de utentes referenciados para intervenção musicoterapêutica. A referenciação partia dos profissionais de saúde destes serviços, que sinalizavam utentes após observarem uma boa resposta à música e/ou por já terem sido acompanhados anteriormente no serviço de psiquiatria.

A observação-participante estendeu-se também às consultas de Musicoterapia em regime de ambulatório, nas quais o musicoterapeuta residente considerou pertinente a intervenção da estagiária. Nesse contexto, iniciou-se a sua experiência como co-terapeuta. No final desta fase, foram selecionados os primeiros utentes do internamento que beneficiariam de acompanhamento individual em Musicoterapia. A

seleção baseou-se na demonstração de interesse por parte dos próprios utentes em frequentar as sessões ou na sua boa participação nos grupos do internamento.

Na segunda fase, tiveram início as primeiras sessões individuais de musicoterapia, com ênfase no estabelecimento da relação terapêutica, na exploração da identidade sonoro-musical de cada utente e no esboço dos primeiros planos terapêuticos. Importa salientar que, neste período, foram solicitadas autorizações por escrito para a recolha de registos áudio e vídeo, utilizados como forma de amostragem nas reuniões de orientação do presente estágio. Foram igualmente aplicados os primeiros instrumentos de avaliação, nomeadamente o *Multimodal Psychiatric Music Therapy Questionnaire* (PMTQ) e a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Estes questionários foram administrados apenas aos utentes que demonstraram competências suficientes para os preencher de forma autónoma e coerente.

A terceira fase caracterizou-se por uma intervenção mais centrada na pessoa, com objetivos terapêuticos específicos e consolidados para cada utente. Nesta etapa, foram desenvolvidos os primeiros projetos pessoais, como a escrita de canções e histórias, que serviram de suporte ao processo terapêutico individual.

Na quarta e última fase, procedeu-se à reaplicação dos questionários de avaliação, à análise dos resultados obtidos, à criação de projetos finais com cada utente em acompanhamento individual e, à finalização dos respetivos planos terapêuticos. Os projetos finais foram escolhidos por cada utente de modo a encerrar as sessões musicoterapia, sendo que, em alguns casos, esse momento foi marcado pela criação de uma canção original.

Agenda Semanal

A intervenção semanal da musicoterapeuta dividiu-se em três momentos: grupo de internamento – grupo semanal de 1 hora, com todos os utentes do internamento que tiverem vontade de participar; consulta individual em internamento – utentes de

acompanhamento individual que estão em contexto de internamento, trabalhando com objetivo de terem seguimento, em consulta (após a alta); e consultas individuais em ambulatório – utentes que já estiveram (ou não) em internamento e são seguidos em consulta.

Para as sessões de grupo, o tempo destinado seria 1 hora semanal, e para as restantes intervenções seria entre 45 minutos a 1 hora, quinzenalmente ou semanalmente, dependendo da limitação de cada utente. Estas ocorriam sempre às terças e quartas-feiras.

Tabela 3.

Agenda Semanal

Horas	terça-feira	quarta-feira
09h30 – 10h00	Reunião de intercorrências	Reunião de intercorrências
10h00 – 11h00	Grupo de Musicoterapia	Sessão individual no internamento
11h30 – 13h00	Musicoterapia em contexto de Psiquiatria de Ligação	Sessão individual em ambulatório
13h00 – 14h00	Almoço	Almoço
14h30 – 15h30	Sessão individual em co-terapia/ como terapeuta	Sessão individual em co-terapia/ como terapeuta
15h30 – 16h30	Sessão individual em co-terapia/ como terapeuta	Sessão individual em co-terapia/ como terapeuta

Setting Terapêutico

As sessões individuais de Musicoterapia foram dinamizadas nos gabinetes médicos disponíveis no serviço, compostos por uma secretária, algumas cadeiras e um armário. Antes que o utente entrasse na sessão, a estagiária preparava a sala de forma a ter os instrumentos da preferência do utente, disponíveis,

Recursos Materiais

Para as sessões foram utilizados os seguintes recursos materiais:

- Voz e corpo;
- Cadeiras, mesas;
- Computador e telemóvel;
- Folhas de papel e caneta;
- Instrumentos musicais de percussão (por exemplo, *djambé*, *maracas*, xilofone, shakers, e etc.);
- Piano, guitarra e *ukulele*.

Atividades do Serviço de Psiquiatria

Reuniões de intercorrências

As reuniões de intercorrências, são diárias e correm às 09h30 da manhã. Nestas reuniões participam os médicos psiquiatras, os terapeutas e o enfermeiro responsável pelo período da noite, em que o último relata o estado detalhado de cada doente, nas últimas horas. Estas servem, principalmente, para o ajuste de alguma medicação e de abordagem a ter com o doente. Às terças-feiras, após a reunião, é realizado o grupo de Musicoterapia e por isso, é importante recolher informações sobre o estado dos pacientes, de forma a adequar a abordagem do terapeuta, a utilizar na sessão.

Reunião comunitária

As reuniões comunitárias são realizadas às segundas-feiras, pelas 11h30 da manhã, com a participação de um enfermeiro, um terapeuta e os doentes do internamento. Aqui são discutidas questões relacionadas com o funcionamento do internamento – horários, tarefas, alimentação, atividades e queixas. Estas, servem para que os profissionais de saúde consigam adequar o modo de funcionamento do internamento, às regras já existentes e, ao conforto dos doentes.

Grupo de Musicoterapia do Internamento

O Grupo de Musicoterapia é realizado às terças-feiras, pelas 10h00 da manhã. O grupo é liderado pelo musicoterapeuta residente Gil Henriques (terapeuta) e a estagiária (co-terapeuta). A sessão não é obrigatória para nenhum utente, é um grupo aberto onde todos os doentes presentes no internamento podem participar livremente. Por ser um grupo aberto sabemos que em todas sessões há alguém de quem nos vamos despedir ou que vamos receber.

O grupo funciona perante a seguinte premissa: toda a atividade desenvolvida ao longo da sessão deve coincidir com o estado emocional de cada utente, naquele dia. O principal objetivo deste grupo de Musicoterapia no internamento é a estabilização dos doentes.

Grupo de Terapias Expressivas

O grupo de Artes Expressivas realiza-se às sextas-feiras, pelas 14h00. Enquanto abordagem terapêutica, caracterizam-se pelo uso integrado de diferentes linguagens artísticas como o movimento, artes visuais, escrita, entre outras, com foco na expressão e no processo de estabilização. As Artes Expressivas privilegiam o processo criativo em si, e não o produto final, permitindo que os participantes explorem conteúdos não verbalizáveis. As sessões seguem uma lógica multimodal, ou seja, os utentes são convidados a experimentar diferentes formas de expressão, de acordo com as suas possibilidades psíquicas e necessidades emocionais no momento. Essa abordagem é especialmente relevante no contexto de internamento agudo, pois oferece formas alternativas de comunicação em situações em que a linguagem verbal pode estar comprometida ou insuficiente.

Psiquiatria de Ligação

Ao longo de vários meses, a estagiária teve oportunidade de conhecer outras unidades do HGO – Infectologia, Neorologia e Neurocirurgia – o que chamamos de psiquiatria de ligação. Quer isto dizer que, utentes destas unidades são sinalizados pelos vários técnicos de saúde, para que sejam feitas intervenções musicoterapêuticas. Na sua maioria, os utentes que beneficiam deste serviço de ligação, já têm algum historial na psiquiatria.

Estudos de Caso

Neste capítulo serão apresentados dois estudos de caso com o seguinte esquema de apresentação: identificação do utente e situação clínica; avaliação inicial; plano terapêutico; narrativa do processo terapêutico; resultados; discussão e conclusão.

Os dois utentes escolhidos constam na tabela nº 2, tendo estes sido acompanhados primeiramente em regime de internamento e passado, posteriormente para regime consulta/ambulatório.

Estudo de caso I

Identificação e Situação Clínica

O Miguel³, é um utente do sexo masculino com 52 anos. É engenheiro informático de profissão, reside sozinho após um divórcio e tem um filho. Até à data de hoje, o Miguel não tem um diagnóstico fechado, tendo uma hipótese diagnóstica de Perturbação Bipolar Tipo I, Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação delirante persistente ou até, outras desconhecidas. O seu internamento no serviço de psiquiatria e saúde mental do HGO foi voluntário após um episódio de desorganização com delírio persecutório dirigido aos pais, recusa alimentar, discurso incoerente, solilóquios, hipervigilância, movimentos estereotipados e aplanamento afetivo. Pensa-se que o início da doença se situe aos 20 anos, com descompensações maníacas e sintomas psicóticos. São também relatados, períodos de estabilidade intercalados com episódios graves, normalmente associados a incumprimento terapêutico ou consumo de substâncias.

Avaliação Inicial

À chegada ao internamento, o Miguel mostrou motivação ao frequentar os grupos semanais existentes: grupo de terapias expressivas, grupo de psico-educação e grupo de musicoterapia. A avaliação inicial, sobre os gostos musicais do utente foram retirados a partir das suas intervenções no grupo de musicoterapia. A sua participação e empenho no grupo, tornou o Miguel num candidato para as sessões individuais de

³ Nome fictício

Musicoterapia. Estas sessões individuais começaram a dia 26 de março do presente ano, ainda em regime de internamento.

Nas duas primeiras sessões, observou-se um Miguel disponível, mas algo agitado, ansioso e com falta de regulação emocional. Trazia músicas da sua identidade sonoro musical e pedia à estagiária para que as imprimisse, para ele as preparar. O Miguel queria ser autónomo, queria as coisas bem preparadas mas precisava sempre da validação de alguém. A música era o seu ponto de estabilidade e com ela, conseguia focar-se. A validação do grupo do musicoterapia no internamento, perante a sua interpretação da música “What a Wonderful World” de Louis Armstrong fez com que trouxesse essa canção para as sessões individuais e a quisesse aperfeiçoar para voltar a interpretá-la. É importante denotar este projeto de vida que o Miguel carrega. O mesmo disse ser uma voz ativa na aceitação da pessoa com doença mental. A música para ele é uma forma de reconhecimento, de se mostrar aos outros, uma forma de expressar a zanga que não elabora verbalmente.

O Miguel tocava piano em pequeno, mas o pai não o deixou prosseguir os estudos. Anos mais tarde, tentou incutir esse gosto no filho e comprou-lhe um teclado, algo que nunca foi utilizado.

Na prática musical revelou segurança e firmeza. Arriscava tocar instrumentos de percussão – como um djambé e pandeireta – embora não os sincronizasse com o ritmo existente na música. Esta exploração dos instrumentos durou pouco tempo, o Miguel ansiava mais cantar ao som da instrumentação da terapeuta.

Esta avaliação inicial levou a estagiária a identificar os seguintes problemas no Miguel:

1. Agitação e falta de regulação emocional;
2. Isolamento emocional e social.
3. Falta de autoestima e constante necessidade de validação
4. Dificuldade em elaborar e expressar a zanga;

Plano Terapêutico

Face à avaliação inicial, estabeleceu-se um plano terapêutico com base nos problemas apontados anteriormente.

O utente em questão teve acesso a sessões individuais de musicoterapia (em internamento e ambulatório) e a sessões de grupo de musicoterapia no internamento, uma vez por semana. Durante o seu período de internamento, o Miguel frequentou também os grupos de terapias expressivas e de psico-educação.

Tabela 4

Objetivos Terapêuticos do Estudo de Caso I

Problema	Objetivo	Sub-objetivo
Agitação e falta de regulação emocional.	Reduzir agitação interna e promover a contenção emocional.	1) Criação musical conjunta; 2) Reduzir a agitação através de padrões musicais estruturados.
Isolamento emocional e social.	Promover a expressão emocional e o fortalecimento de vínculos sociais favorecendo a comunicação.	1) Canções com significados afetivos, familiares e sociais; 2) Proporcionar momentos de exploração instrumental e vocal de interação com o terapeuta; 3) Promover momentos de improvisação conjunta;
Falta de autoestima e constante necessidade de validação	Reconhecer o próprio valor, estimulando a auto-expressão e autonomia, reduzindo a dependência da aprovação externa.	1) Escrita/interpretação de canções de identidade (conquistas e qualidades) 2) Promover momentos de reflexão após as atividades (<i>auto-feedback</i>)
Dificuldade em elaborar e expressar a zanga;	Facilitar a expressão e reconhecimento da zanga	1) Produção musical partilhada; 2) Exploração de contrastes musicais alusivos à emoção; 3) Transformação sonora da emoção.

Processo Terapêutico

Na primeira sessão individual de Musicoterapia, ainda em internamento, o Miguel trouxe a música “*What a Wonderful World*” de Louis Armstrong para apresentar. Uma música que mostrou ser muito importante para ele, fazia-lhe lembrar a simplicidade da sua infância. Na sua interpretação foi notória a sua colocação vocal forte e emotiva, estava verdadeiramente comprometido. Ao permitir a exploração do piano, o Miguel torna á sua infância e compara a sessão a uma “brincadeira.”

Face à sua clara agitação, elaborou-se um exercício de improvisação rítmica com base numa música escolhida pelo Miguel. A pulsação foi estabelecida e mantida durante alguns segundos, mas rapidamente se perdeu perante a vontade precipitada do Miguel criar.

Nas sessões seguintes, o Miguel foi pedindo para adicionar reportório à sua coleção. Pediu que lhe fosse entregue em papel as letras do reportório pedido como, “*Broken Bones*” do autor Kaleo, e “*Imagine*” de John Lennon. Todas foram interpretadas ao piano pela terapeuta e cantadas pelo Miguel. Por vezes, eram também utilizados instrumentos de percussão para as acompanhar. A relação terapêutica com o Miguel foi fácil. Ele liga as suas experiências musicais às experiências pessoais, explica o porquê de gostar daquela música e da importância da mesma.

Na quarta sessão, o Miguel mostrou intenção de começar a escrever uma canção original. Apresentou frases soltas, que moldadas e trabalhadas com a ajuda da terapeuta resultaram numa bonita canção sobre a saudade de alguém. O Miguel escreveu num papel ideias como “ficar preso”, “olhar as estrelas” e, “esperar por ti”. É com a leitura dessas suas palavras que a terapeuta cria uma harmonia para as acompanhar ao piano. Aqui surge um novo projeto: o da criação de uma canção original, interpretada pelos dois.

As sessões que se seguiram foram de aperfeiçoamento, de esquematização, de retificação de métrica e de colocação de voz. A interpretação do Miguel era intensa e única, cantava com verdade. As improvisações vocais junto ao piano foram ficando

mais fluidas e síncronas, ao longo de cada sessão. As que antes eram mais contidas, surgiam agora com mais segurança e liberdade.

Com o passar das semanas, o Miguel mostrou-se mais desmotivado e desabafa sobre o seu processo de alta. Surgiu uma tensão entre o querer cooperar com a equipa médica e a sua vontade de sair. É uma conversa, após a sessão de Musicoterapia, que faz o Miguel perceber que o verbalizar a sua vontade de sair é indicador, para a equipa médica, da sua consciência crítica. Com base neste sentimento, é pedido ao Miguel que explore as teclas do piano e procure a sonoridade da sua tristeza. Optou por escolher sons mais graves e a sua postura ao piano está fechada, quase como se estivesse a tocar para ele próprio. A terapeuta escutou a melodia criada pelo Miguel, como mera observadora. Aos poucos, o Miguel foi adicionando uma melodia vocal, que ao tornar-se concisa é acompanhada pela terapeuta. No final da sua improvisação, o Miguel esboçou um sorriso e olhou para a terapeuta, ao perceber que os dois estavam juntos (em pulsação e ritmo) a entoar uma melodia criada pelo próprio.

Ao sair do internamento, o Miguel aceitou de imediato continuar o seu processo terapêutico nas sessões de Musicoterapia mas agora em contexto de consulta.

Na primeira consulta pós-internamento, o Miguel conta que retomou as suas atividades laborais, trabalha em casa e está a adaptar-se progressivamente à sua nova realidade. Voltou a encontrar-se com o filho, a andar de mota e andar na praia, algo que muito ansiava. A sessão foi dele, pouco espaço deu para que a terapeuta interviesse. Começou por saltar para o piano. Disse que finalmente tirou o piano do sótão e colocou-o na sala para que pudesse praticar. Apresentou pequenas melodias no piano, que decorou com a posição dos dedos, o que motivou a uma improvisação vocal entre a terapeuta e o Miguel. É nesta sessão que pede para aprender alguns acordes ao piano. Pediu à terapeuta que preparasse uma folha com os acordes maiores e menores, para que pudesse praticar em casa. O retomar da prática instrumental, evocou memórias autobiográficas positivas e reforçou a perceção de competência e identidade. A sua motivação para aprender acordes, praticar em casa e apresentar as suas criações na

sessão, deveu-se à utilização da função de engajamento social da música, ativada pela musicoterapeuta, revelando um aumento da autoconfiança e da capacidade de autoexpressão (Chanda & Levitin, 2013).

Na nona sessão o Miguel, apareceu mais inquieto que o costume. Tremia das mãos e diz que tem algo para mostrar à terapeuta. Sentou-se ao piano e canta a música “ilumina-me” do Pedro Abruñhosa. Para grande surpresa, o Miguel estava a cantar e a tocar ao mesmo tempo, no ritmo e com acordes corretos. No fim da sua interpretação, ficou imóvel. Aguardava o feedback da terapeuta que lhe o parabeniza pelo seu esforço e empenho. Após as palavras da terapeuta, rapidamente critica a sua própria interpretação:

“Isto não está bom, falta treino”; “ainda há muito para trabalhar.”

Para o Miguel era importante a música estar bem preparada, e por isso a repetição da mesma era importante na sessão. Ao fim da sessão, outras ideias iam surgindo e o Miguel tinha mais um projeto: a aprendizagem de uma nova canção com voz e piano.

Na décima primeira sessão, o Miguel trouxe uma canção dedicada à sua juventude “Romaria” da autora Elis Regina. Pediu ajuda para a tocar, porque sabia a sua letra de cor. Esta era uma canção familiar, carregada de saudade, que costumava ouvir na presença dos seus pais. No termino da sessão, era notória a satisfação do Miguel perante todo o processo realizado. Agradeceu genuinamente pela dedicação da terapeuta em relação a esta canção, contraponto com algumas das suas memórias relativas à letra da canção.

Com a aproximação do final do estágio, o processo terapêutico do Miguel com a terapeuta teve de ser finalizado e por isso foi pedido ao Miguel que escolhesse um projeto final. Para ele, o filho era uma figura de confiança e por isso queria que este último projeto fosse dedicado a ele. Durante as duas últimas sessões foi elaborada uma canção de embalar intitulada “Lá no monte.”

Ao contrário da primeira canção escrita pelo Miguel, esta foi totalmente escrita e composta pelo próprio. O Miguel apareceu na sessão com uma sequência de acordes que queria utilizar (Gm – Cm – D – Gm). Desta sequência, foi criada uma melodia ao piano, que mais tarde originou uma canção pronta a receber letra.

O processo da criação da letra foi simples, existiam palavras soltas trazidas pelo Miguel e em sessão foram trabalhadas de forma a construir pequenos versos.

Foi possível observar no Miguel uma grande ânsia em criar, reformular e aperfeiçoar. Assim, o papel da terapeuta perante um processo de criação com o utente foi de moderação. O organizar, o estabelecer limites e a aprovação foram chaves para que o processo criativo com o Miguel não tivesse sido desmotivante, castrador e encontrasse um rumo e fim.

Lá no monte⁴

Lá no monte

O sol brilha

Encantados os olhos ficam

Lai lai lai (3 versos iguais aos anteriores)

Lá na noite

Encantada

A verdade é revelada

Lai lai lai (3 versos iguais aos anteriores)

Para a escrita da segunda parte da canção, foram escolhidos em conjunto três acordes (Bb – F# – A) e um quatro, que pela sua difícil demoninação (não ser um acorde simples) apelidou-se de “acorde especial” (acorde constituído com as seguintes três notas: Sol# Dó e Mib). Nesta última sessão, foi finalizada a letra da canção do Bruno e gravada para mais tarde recordar.

⁴ Canção em anexo

Lá no monte (2ª parte)

Na janela

Olho pra cima

Cuida bem deste menino

Resultados

O Miguel realizou treze sessões individuais de musicoterapia ao longo de quatro meses (março a junho). Nove dessas sessões foram em regime de internamento e as restantes quatro em regime de consulta/ambulatório. Todas tiveram uma duração aproximada de 60 minutos. É importante realçar que o utente participou semanalmente, nos grupos propostos pelo internamento – grupo de terapias expressivas, grupo de psicoeducação e grupo de musicoterapia - tendo estes também contribuindo para a sua reabilitação.

Na terceira e quarta sessão foram realizados os testes PMTQ e BPRS, tendo sido refeitos na décima-segunda e décima-terceira sessão. De ambos os testes retiramos conclusões importantes como: uma atenuação da ansiedade, dos sentimentos depressivos e dos conteúdos delirantes, um humor aumentado e uma recuperação do estado de orientação. Em anexo, estão os dados de ambos os testes realizados.

Antes da intervenção em Musicoterapia, o Miguel apresentava retraimento, ansiedade elevada e ausência de crítica. Ao longo da intervenção, observou-se um Miguel mais envolvido, que conseguiu encontrar na voz uma forma de expressão emocional. Ao recuperar a sua prática musical, recordou o seu gosto pela prática do piano, trazendo isso para fora das sessões.

Criar melodias, por sua autoria, em casa é indicador que o Miguel levou a Musicoterapia para a sua vida. Melhorou também a sua capacidade de sincronismo, o retraimento e alguma agitação através da produção musical conjunta. Foi também positivo observar a criação de duas canções onde o utente se disponibilizou a aceder a memórias antigas, relacionadas com a música. O Miguel revelou motivação para a

presença nas sessões, percebendo-as como um espaço de partilha, reduzindo assim o isolamento.

Já nas últimas sessões de Musicoterapia, o utente apresentou melhoria de interação, humor mais estável, uma maior verbalização de experiências e foco no “aqui e no agora”.

Discussão e Conclusão

Ao longo da intervenção observou-se um Miguel em processo de exploração, retraído mas com vontade de fazer música e ocupar o seu espaço. Um segundo plano, em que o Miguel começou a ter iniciativa de criar mas sempre com aprovação externa. E um terceiro plano, em que o Miguel apareceu nas sessões com ideias estruturadas e trabalhadas de forma autónoma.

As melhorias observadas no Miguel estão corroboradas com a literatura. A criação musical conjunta facilitou a construção de relações, aumentado assim autoexpressão, a comunicação e interação e, diminuindo o isolamento do utente.

Na sessão de Musicoterapia, a libertação da tensão emocional foi associada a uma redução de ansiedade, à indução do relaxamento fazendo com que o utente adotasse estratégias de autorregulação (Schäfer, et al., 2013), mostrando que o objetivo relacionado com a agitação e regulação emocional foi também bem conseguido.

A literatura comprova a ligação da prática musical às memórias autobiográficas ou significativas (Candy, et al., 2008). O seu envolvimento na música potenciou não só a evocação de memórias significativas, como fortaleceu a sua autoestima e possibilitou o Miguel de reconhecer o seu próprio valor. A composição do seu próprio repertório, potenciou ao Miguel explorar o seu potencial criativo, elaborando a expressão da sua zanga através das letras das canções. A escrita de canções e a evocação de memórias constituiu neste caso um veículo de estruturação do pensamento de forma adquirir estratégias de autovalidação e autoestima, satisfazendo mais um objetivo terapêutico.

Através da exploração instrumental, da improvisação rítmica e da utilização de padrões musicais estruturados, o Miguel conseguiu progressivamente reduzir a sua agitação e encontrar na música uma via de autorregulação emocional. Ao longo das sessões, os conteúdos das improvisações eram também, mais preenchidos, coesos, livres e seguros. A improvisação musical e a exploração de diferentes contrastes sonoros possibilitaram o Miguel, de estruturar de forma criativa e com consciência emocional, os seus conteúdos emocionais mais difíceis. Este processo contribuiu não só para a elaboração simbólica da zanga, mas também para a reorganização do pensamento e para o desenvolvimento de um discurso reflexivo (auto-feedback), após momentos musicais.

A vontade de conhecer o piano no seu todo, remete às memórias de infância do Miguel, onde aprendeu piano, e cria um espaço na sessão de partilha de conhecimentos. O aprender piano é um dos motivos pelos quais o Miguel não abdica das sessões de Musicoterapia. É importante lembrar que o mesmo passou de apenas querer ouvir a terapeuta tocar para começar a interpretar canções sozinho.

No início do processo terapêutico do Miguel, o papel da terapeuta foi de figura de contenção com objetivo de criar um plano seguro para a partilha musical. Aos poucos o papel da terapeuta foi alterando entre ser a facilitadora e a acompanhante da interação musical, o que indica maior flexibilidade e liberdade na interação do Miguel. Já no final do processo terapêutico, o Miguel conseguia dirigir a suas próprias criações artísticas, trazendo a terapeuta para um papel de mera moderação e guia.

No que respeita à autoestima e à necessidade de validação externa, o Miguel demonstrou uma evolução significativa. Inicialmente, estava dependente do reconhecimento da terapeuta e do grupo de internamento para se sentir valorizado, ao que progressivamente foi adquirindo maior autonomia, apresentando ideias próprias, trazendo repertório para trabalhar e assumindo a criação de canções originais.

A evolução observada, desde o comportamento retraído inicial até uma participação ativa e colaborativa, traduziu-se também numa maior abertura à interação social fora das sessões, evidenciada pelo retomar de relações significativas, nomeadamente com o filho, e pela reintegração em atividades da sua vida quotidiana.

Deste modo, pode concluir-se que a musicoterapia contribuiu para a estabilização do Miguel, promovendo a regulação emocional, a elaboração das suas emoções, um aumento da autoestima e para a redução do isolamento. Através da combinação de práticas musicais expressivas e criativas, o Miguel encontrou não só um espaço de contenção e de segurança, mas também um meio privilegiado de reconstrução identitária e de reintegração no seu quotidiano.

Estudo de Caso II

Identificação e Situação Clínica

A Luísa⁵, é uma utente do sexo feminino com 35 anos. É licenciada em comunicação social e até hoje nunca exerceu na área. Vive com o companheiro e a filha recém-nascida, não conta com apoio familiar direto, apenas com a presença da sogra.

Até à data de hoje, não tem um diagnóstico fechado, vindo já com uma hipótese diagnóstica de Perturbação Esquizoafetiva do seu último internamento, em 2012, no Hospital Júlio de Matos. O seu internamento no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HGO foi voluntário após um episódio maníaco, alucinações áudio-verbais⁶ e ideias de morte no período puerpério. Foi também identificado, a falta de crítica à doença, taquipsiquia, com ideias sobrevalorizadas místicas, desorganização e presença de ideação delirante de prejuízo dirigida ao marido.

Avaliação Inicial

No internamento, a Luísa frequentava os grupos terapêuticos mas não tinha uma participação ativa, preferia observar os restantes.

⁵ Nome fictício.

⁶ Soam como ecos do passado que se refletem no presente – como as memórias.

A proposta de ter sessões individuais de Musicoterapia partiu dela, tendo pedido para conversar com a estagiária, pois tinha uma grande vontade de ter sessões de Musicoterapia.

Na primeira sessão, a Luísa surgiu com entusiasmo, surpreendida com os instrumentos expostos na sala – piano, maracas, pandeiretas e djambés. Rapidamente abordou a sua profunda ligação com a música, era herança deixada pelo irmão, que já falecera. Contou que não gosta da música “atual”, tem uma ligação especial com a música dos anos 80. Sempre sonhou ser locutora de rádio, em pequena gravava cassetes da Madonna, criando as suas próprias "playlists" caseiras. Como hobbies, a Luísa revelou que gostava de escrever poemas e até tinha escrito alguns no começo da semana, prometendo trazer na próxima sessão. Para além da conversa leve, sobre os momentos marcantes da vida da Luísa, houve uma proposta de exploração do piano. O discurso da Luísa era lógico mas a sua atenção era pouco fixável, apresentava dificuldade de concentração, falta de memória, sentimentos de solidão e humor ansioso, com afetos mobilizáveis. A Luísa tocou nas teclas e explorou as potencialidades sonoras do instrumento, sem pausas. Surgiu então, uma improvisação conjunta ao piano. Na prática musical revelou alguma destreza e capacidade de conexão, mas falta de confiança. Foi difícil perceber se as músicas destacadas pela Luísa eram do gosto dela, ou do irmão. Em toda a sessão, a Luísa não abordou o tema da maternidade, indo ao encontro da possibilidade da mesma não a ter elaborada na sua mente.

Esta avaliação inicial levou a estagiária a identificar os seguintes problemas da Luísa:

1. Falta de concentração e memória
2. Isolamento emocional e social;
3. Dificuldade de autodefinição;
4. Dificuldade na elaboração do seu papel de mãe – negação da sua situação de mãe.

Plano terapêutico

Face à avaliação inicial, estabeleceu-se um plano terapêutico com base nas necessidades apontadas anteriormente.

A utente em questão teve acesso a sessões individuais de Musicoterapia (em internamento e ambulatório) e a sessões de Grupo de Musicoterapia no internamento, uma vez por semana. Apesar de estas últimas terem sido em menor número, pois o internamento da Luísa foi de curta duração.

Tabela 5

Objetivos Terapêuticos do Estudo de Caso II

Problema	Objetivo	Sub-objetivos
Falta de concentração e memória	Estimular a atenção, a memórias através da experiência musical.	1) Estimular a memória auditiva e sequencial através de canções, jogos rítmicos e da repetição musical. 2) Promover momentos de improvisação e composição;
Isolamento emocional e social	Promover a regulação emocional e o fortalecimento de vínculos sociais, favorecendo a comunicação.	1) Exploração de canções significativas; 2) Proporcionar momentos de exploração instrumental e vocal de interação com o terapeuta; 3) Promover momentos de improvisação conjunta;
Dificuldade de autodefinição	Favorecer o reconhecimento da identidade e construção de uma autoimagem positiva	1) Produção escrita e musical conjunta; 2) Interpretação de canções de identidade (conquistas e qualidades);
Dificuldade na elaboração do papel de mãe	Promover a aceitação do papel maternal e a integração dessa mesma experiência.	1) Facilitar a expressão de sentimentos ambivalentes sobre a maternidade, através da improvisação; 2) Promover atividades de afirmação pro-maternidade

Processo terapêutico

Numa segunda sessão a Luísa trouxe os poemas que escreveu e pediu para os ler. A sua leitura era rápida, quase que sem paragens para respirar. Com a ajuda da terapeuta, estabeleceram-se pontos e vírgulas, trazendo ao poema uma nova sonoridade. Com a leitura mais calma da Luísa, foi possível a criação de uma base harmónica para o poema. Esta criação foi feita em conjunto partindo de músicas escolhidas pela Luísa, como *“Time is Now”* e *“Not Giving Up on Love”* da artista Sophie Ellis-Bextor.

Após duas semanas, a Luísa recebeu alta clínica e pediu para ter uma última sessão de Musicoterapia. Nesta sessão foram ditas palavras de gratidão, a utente valorizou este espaço de partilha. Pediu para escutar duas músicas: *“In Blue”* da banda The Corrs, a sua banda favorita mas também a favorita do irmão; e *“I’ll Remember”* da intérprete Madonna como forma simbólica de despedida. Ela não tinha conhecimento das sessões fora do internamento e quando lhe foi explicado, aceitou continuar o processo terapêutico em contexto ambulatorio. Foi-lhe pedido que cantasse, mas a Luísa manteve-se sempre reticente, marcando a pulsação com os membros do corpo e murmurando algumas partes da canção. Não se sentia segura para cantar.

Na primeira sessão, pós-internamento a Luísa partilhou com a terapeuta que se tem sentido egoísta, por precisar de dormir muito e não conseguir prestar todos os cuidados de que a filha precisa, sozinha. A Luísa mostrou-se motivada a enfrentar os desafios da maternidade e os novos efeitos da medicação. Estava num processo de autoaceitação, numa luta interior entre cuidar somente dos outros ou dela própria.

Como era comum, ao início de cada sessão, a Luísa gostava de partilhar as músicas que estiveram presentes ao longo da sua semana. Apartir da informação dada, foi proposto à Luísa, uma interpretação de uma dessas músicas, tarefa à qual se mostrou bastante desconfortável. A terapeuta sugeriu então, uma improvisação vocal com base numa melodia retirada de uma dessas canções, e um tema. A Luísa sugeriu *“esperança”* como tema para a improvisação. Entoou numa fraca intensidade, com

medo de cometer erros, tenta imitar a melodia que a terapeuta faz. Sem arriscar muito, as suas notas são previsíveis e faz silêncio para não existirem momentos de solo. É notório o desconforto da Luísa perante a sua voz, o que constitui um aspeto significativo a explorar nas sessões, uma vez que a própria refere cantar frequentemente em casa.

Na sexta sessão, a Luísa trouxe um poema escrito por si. Notoriamente nervosa, partilha com a terapeuta que não se sente muito confiante em relação ao mesmo. Tem praticado a escrita nos intervalos de sono da filha mas revela que a medicação não permite que se mantenha muito tempo concentrada. Em baixo encontra-se o poema escrito pela Luísa.

Poema sem nome

Mar azul que bates na areia,

Flor vermelha que nasces feia.

Trazes contigo o som do vento,

Leve sinal de um pensamento.

O céu te olha sem dizer nada,

A flor se curva meio calada.

O mar avança, depois recua,

Deixa a flor só, sobre a lua.

Mesmo pequena e sem beleza,

A flor resiste, com firmeza.

E o mar, que tudo quer levar,

Não consegue a flor apagar.

A terapeuta teceu elogios à dedicação da Luísa e a mesma mostrou-se agradecida. A utente não quis abordar a temática do poema, acabando por referir que seria apenas um rascunho, escrito em contexto de internamento. A interpretação do mesmo é simples, não foi preciso que a Luísa explicasse que a *flor vermelha* seria uma metáfora para a filha. Foi sugerido, gravar este poema em áudio para que fosse feita uma improvisação instrumental por cima do mesmo. A Luísa escolheu instrumentos de percussão – shakers e pau de chuva – enquanto a terapeuta utiliza o piano como base harmónica. A improvisação surge fluida com pulsação fixa. Foi notória a tranquilidade da Luísa a manejar os instrumentos, estava presente no momento, “no aqui e no agora”.

Os seus lábios articulavam algumas das palavras escutadas no áudio, o que permitiu a terapeuta introduzir uma melodia vocal que rapidamente é apanhada pela Luísa. Pela primeira, a Luísa estava a cantar de forma livre, “desprotegida” sem qualquer tipo de indicação externa para o fazer. No fim da improvisação a Luísa referiu que o poema foi escrito com base nos seus pensamentos diários, mas não quis aprofundar mais o assunto.

É na sétima sessão que a Luísa traz consigo um grande projeto. Partilhou que está a escrever uma história “*A Borboleta de Asas Grandes*”⁷. A história abordava temas como o abandono, a diferença, a inveja, a amizade e a música. A história é claramente uma metáfora sensível da própria Luísa: uma borboleta que perdeu o brilho por não se identificar com as demais.

Houve espaço para uma reflexão conjunta sobre os sentimentos por trás de cada personagem e quais as músicas que as espelhavam. A cada uma destas palavras associou-se uma música:

- “Butterfly” – Mariah Carey (liberdade).
- “Die Another Day” – Madonna (dilemas).
- “Landslide” – The Chicks (rejeição familiar).
- “Believe” – Mariah Carey / Whitney Houston (persistir).

Aqui, surgiu um novo projeto, a criação de uma banda sonora para a história escrita pela Luísa.

As sessões que se seguiram foram dedicadas à composição de pequenos temas para as personagens da história, e criação de ambientes sonoros para acompanhar o seguimento da história (sons de água, floresta e etc.). O tema da borboleta⁸, foi totalmente escrito pela Luísa enquanto a parte instrumental foi criada pela terapeuta.

⁷ História em anexo

⁸ Canção em anexo

A história foi sendo trabalhada e, em cada sessão a Luísa comprometia-se a trazer mais páginas escritas. A sua paixão pela escrita não começou por aqui. A Luísa já tinha escrito e editado um livro - que está à venda na editora Cordel D' Prata -, chamado "*Bom Cão à Casota Retorna*". Livro este que, a Luísa trouxe para a sessão para oferecer à terapeuta.

Na décima sessão, pela primeira vez, a Luísa aparece com uma canção pensada para cantar. Mostrou vontade de colocar a canção "*I Do What I Like*" da banda Corrs, no fim da história. Para grande surpresa, a Luísa aceitou cantá-la sozinha, enquanto era acompanhada ao piano pela terapeuta.

É também nesta sessão que a Luísa trouxe a história quase concluída, com músicas já pensadas por ela. Foi-lhe questionado se teria pensado primeiro na história ou na música e a resposta da Luísa surpreendeu. Utilizou uma das técnicas mais benéficas da sessão, sozinha, sem qualquer tipo de incentivo. Usou a música como forma de inspiração para escrever.

A Luísa refere que a história aborda questões do seu passado. Identifica-se com a personagem Ângela (a borboleta principal) e com as situações que vai enfrentando ao longo da história: como por exemplo, a perda dos amigos, o desprezo das pessoas em relação a si, a problemática relação com os seus pais e a perda da sua identidade.

Face a esta intensa exploração, é proposto à Luísa realizar uma improvisação com base na seguinte premissa "*quem sou eu?*"

A Luísa esboçou um sorriso e mostrou dificuldade em encontrar os instrumentos certos para o fazer. Experimentou o piano e livremente foi criando melodias. A terapeuta juntou acordes no ukulele originando um diálogo divertido entre os instrumentos. A utente partilhou que sentiu que aquela seria a sua sonoridade e que se divertiu ao explorar as teclas. Utilizaram-se notas soltas no piano, mais no registo

agudo e no ukulele foram utilizados acordes maiores (F – C – G – Bb), adquirindo uma sonoridade mais nostálgica mas ao mesmo tempo divertida.

Nas últimas sessões, o processo de escrita da história “Borboleta de asas grandes” ficou concluído. Compuseram-se duas músicas, a música da borboleta com voz e acompanhamento de ukulele, e a música do Verdi com voz e acompanhamento de piano. Interpretou-se a canção “*I Do What I Like*” da banda Corrs, para o final da história, tendo a terapeuta ao piano e a voz da Luísa e, criou-se vários ambientes sonoros para a leitura da história. Todos estes trabalhos foram gravados individualmente tendo sido posteriormente juntos num programa de edição de áudio de forma a obter um áudio guia.

A motivação da Luísa para ter sessões de musicoterapia surgiu das qualidades únicas da música, que ao contrário de outros contextos terapêuticos, funcionam como um recurso acessível, mobilizador, sem recurso à componente verbal. O facto de ter solicitado de forma espontânea as sessões individuais demonstra, que a mesma olhou para musicoterapia como um espaço de expressão privilegiado e relacional (Garred, 2006). A improvisação e a exploração sonora conjunta confirmam a perspetiva de McCaffrey (2013), segundo a qual a improvisação clínica pode ser entendida como uma forma de discurso intersubjetivo. No caso de Luísa, este processo permitiu-lhe tanto ligar-se à terapeuta como aceder a aspetos identitários significativos.

Apesar de apresentar capacidades de elaboração verbal, foi através da música que a Luísa conseguiu iniciar o seu processo de recuperação. Este fenómeno encontra-se descrito na literatura, uma vez que a verbalização funciona como um prolongamento e clarificação da experiência musical, mais do que apenas um ponto de partida (Nolan, 2005). Assim, no caso de Luísa, a sua confiança e expressão foi emergindo da vivência musical, tornando-se útil para as competências criativas (escrita de poemas/histórias) já antes utilizadas pela mesma.

No contexto do puerpério e da sintomatologia esquizoafetiva, em que predominam sentimentos de isolamento, ansiedade e fragilidade identitária, a musicoterapia revelou-se, assim, um espaço de mediação essencial, possibilitando a expressão emocional, a ligação interpessoal e um ponto de partida para a sua reabilitação.

Resultados

A Luísa realizou treze sessões individuais de Musicoterapia ao longo de quatro (março a junho). Duas dessas sessões foram em regime de internamento e as restantes onze em regime de consulta/ambulatório. Todas tiveram uma duração aproximada de 60 minutos. As consultas da Luísa foram realizadas no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Cruz de Pau, devido à localização desta unidade de saúde ser mais acessível para a deslocação da utente. A Terapeuta deslocou-se então, todas as terças-feiras para a anterior unidade de saúde de forma a continuar o processo terapêutico da Luísa.

Na terceira e quarta sessão foram realizados os testes PMTQ e BPRS, tendo sido refeitos na décima-segunda e décima-terceira sessão. De ambos os testes retiramos conclusões importantes como: uma atenuação da ansiedade, dos sentimentos depressivos e de culpa, uma recuperação do pensamento organizado e maior capacidade de concentração. Em anexo, estão os dados de ambos os testes realizados.

Antes da intervenção em Musicoterapia, a Luísa apresentava retraimento, ansiedade, sentimentos de solidão, falta de memória e concentração, atenção pouco fixável, falta de crítica à doença.

Ao longo da intervenção, a Luísa tornou-se mais envolvida e ativa. A música revelou-se um recurso eficaz na estimulação da sua criatividade, especialmente na escrita de poemas. A Luísa mostrou aumento das capacidades de memória e concentração através do seu treino de escrita criativa.

A criação de uma história infantil, a partir das suas memórias passadas e das músicas representativas da sua biografia, indicam que a Luísa utilizou técnicas trabalhadas em sessão, levando assim a Musicoterapia para a sua vida quotidiana. A escuta musical, como fonte de inspiração para a escrita foi uma das técnicas trabalhadas em sessão, utilizadas pela Luísa de forma autónoma.

A deslocação semanal às sessões de Musicoterapia teve impacto nos sentimentos de solidão, potenciando um sentido de pertença e propósito.

A disponibilidade da Luísa para a interpretação de uma canção a solo foi resultado de uma perceção do espaço seguro que é a sessão, da relação terapêutica e do fortalecimento progressivo da sua autoconfiança no contexto da Musicoterapia.

Já nas últimas sessões de Musicoterapia, a utente apresentou melhoria de humor mais estável, uma satisfação com os projetos concretizados, uma maior verbalização de experiências e foco no “aqui e no agora”, apesar de continuar a não abordar a filha nos seus conteúdos artísticos.

Discussão e conclusão

Existem alguns estudos que unem os temas: Musicoterapia; Gravidez; Pós-Parto e Saúde Mental. No entanto, são escassos os estudos que abordam os temas: Musicoterapia; Pós-parto; e Internamento Psiquiátrico. A gravidez é uma fase marcada por transformações significativas a nível físico, hormonal e emocional. Desde a conceção, a mulher passa por profundas alterações fisiológicas. Contudo, essas mudanças não se limitam ao corpo, estendendo-se também ao plano psicológico. As gestantes revelam-se particularmente vulneráveis ao stress durante a gestação, parto e período puerpério.

A musicoterapia promove a integração física, mental e emocional da pessoa, tendo sido aplicada como forma de apoio durante e após a gravidez. A literatura indica que esta intervenção contribui positivamente para os níveis emocionais, cognitivos, fisiológicos e sociais, reduz a ansiedade e fortalece o vínculo entre mãe e bebé. Melhora

também, a respiração dos recém-nascidos, contribui para a maturação do cérebro e reduz a tristeza da mãe no pós-parto (Kekil & Elkoca, 2025).

De todos os processos trabalhados com a Luísa, o de elaboração da maternidade foi o menos conseguido. Após a escrita de uma história infantil, a Luísa nunca referiu ter pensado ler a sua história à filha. Quando abordado o tema da criação de personagens, em nenhuma das sessões demonstra pensar na filha para a criação das mesmas. A Luísa referiu, que mesmo passando os dias acompanhada pela filha se sentia profundamente sozinha.

A Luísa foi internada passados três dias do nascimento da filha, a sua postura sempre foi de recusa para com os cuidados da filha, mas esta perspetiva foi melhorando ao longo do processo terapêutico. Numa fase inicial a utente não abordava o tema da maternidade mas ao longo dos meses foi trazendo o tema para as sessões, mostrando que o seu processo de elaboração da sua maternidade estava a desenvolver-se.

A produção musical conjunta em sessão ativa mecanismos de envolvimento social, promovendo sentimentos de pertença e inclusão (Chanda & Levitin, 2013). Este processo assume particular relevância na intervenção com pessoas como a Luísa, marcadas por sentimentos de isolamento e de desconexão consigo próprias. A música, ao funcionar como meio de ligação interpessoal, pode contribuir para a redução do isolamento e descoberta de identidade, tal como, evidenciado por Groen (2007), que destaca o seu papel na promoção da coesão social (Groen, 2007).

No caso da Luísa, a produção musical em conjunto, enquanto estímulo à sua expressão escrita, resulta diretamente da ativação da função de envolvimento social da música promovida pelo musicoterapeuta. Esta função relaciona-se com um dos quatro domínios neuroquímicos através dos quais a música influencia a saúde: recompensa e

prazer, regulação do stress, imunidade e, neste contexto, a afiliação social (Chanda & Levitin, 2013).

A melhoria da concentração, memória e iniciativa também está bem documentada na literatura. A sincronização que ocorre durante a atividade musical — como a coordenação de ritmos, tocar instrumentos, cantar em conjunto e sozinha, entre outros— está fortemente associada ao aumento de comportamentos cooperativos e ao reforço dos laços sociais. Este tipo de interação musical parece ativar circuitos neuronais ligados ao afeto e à ligação interpessoal, contribuindo assim para o fortalecimento das relações humanas e para a criação de um ambiente terapêutico mais envolvente e seguro (Chanda & Levitin, 2013).

No que respeito ao isolamento emocional e social, a musicoterapia desempenhou um papel determinante ao criar um espaço seguro de partilha, expressão e envolvimento. Inicialmente a Luísa parecia retraída e pouco participativa nos grupos terapêuticos, mas encontrou nas sessões individuais um espaço de confiança, que lhe permitiu explorar as suas capacidades criativas e relacionais. A deslocação semanal às sessões contribuiu para a redução dos sentimentos de solidão, criando um sentido de propósito, compromisso, continuidade e relação, aspetos estes fundamentais no seu processo de reabilitação (Chanda & Levitin, 2013).

Através da escrita de poemas, de histórias infantis (“A Borboleta de Asas Grandes”) e da associação de músicas representativas a personagens da sua história, a Luísa pôde refletir sobre aspetos centrais da sua vida, integrando experiências passadas de perda, rejeição, desvalorização mas também valores positivos como, a superação e a união. A criação de uma banda sonora para a sua história, bem como a exploração musical de temas autobiográficos, possibilitaram a a Luísa aceder a conteúdos identitários, refletindo sobre si própria, que, através da música, foram expressos de

forma criativa e segura. A sua progressiva apropriação da voz — primeiro tímida, em murmúrios, e mais tarde a interpretação autónoma de canções — simboliza um aumento de confiança e autoestima, afirmando a sua identidade através da expressão musical.

A musicoterapia, como um todo, proporcionou à Luísa um espaço seguro de contenção, criatividade e reconstrução identitária, onde foi possível trabalhar competências cognitivas, emocionais e relacionais de forma integrada. O processo terapêutico favoreceu a estabilização clínica, traduzida numa diminuição da ansiedade, dos sentimentos depressivos e da desorganização do pensamento, bem como no aumento da concentração, da autoconfiança e da capacidade de expressão criativa. A música funcionou como mediadora da ligação consigo mesma e com os outros, contribuindo para a redução do isolamento e um aumento da autoestima. Estes resultados estão de acordo com as pontuações obtidas nos testes realizados, disponíveis em anexo.

Outras Intervenções

Neste capítulo, constam os restantes casos individuais que a estagiária acompanhou ao longo deste ano. Destes, cinco foram em intervenção individual, três como co-terapeuta e por último, uma breve avaliação sobre o grupo de internamento de Musicoterapia também ele, intervencionado como co-terapeuta. Todas as intervenções individuais em co-terapia foram realizadas em contexto de consulta/ambulatório.

Intervenções Individuais

Os primeiros quatro casos apresentados neste capítulo referem-se a utentes acompanhados pela estagiária em sessões de musicoterapia individual (terapeuta–paciente). Para cada utente, é apresentado um resumo que inclui o diagnóstico, as necessidades identificadas, bem como os objetivos terapêuticos definidos e o respetivo grau de concretização.

Maria

A Maria é uma mulher de 24 anos, natural de Cabo Verde, residente em Portugal há cerca de quatro anos. Vive com o pai, a tia e o seu filho recém-nascido, sendo os dois primeiros os seus principais cuidadores. Tem um perfil reservado, mas afetuoso, com forte ligação à espiritualidade cristã evangélica. Demonstra gosto pelo canto, sendo a música uma das suas principais formas de expressão e conexão emocional. A sua forma de comunicação não é clara, tem dificuldade na articulação das palavras mas ao cantar consegue entoá-las bem.

À chegada ao internamento, a Maria manifestava um primeiro surto psicótico com alucinações auditivas com conteúdo persecutório, dificuldades de autorregulação emocional, isolamento social e desorganização do pensamento que a levaram a procurar ajuda voluntariamente. O seu diagnóstico não é fechado, mas face à avaliação dos sintomas a equipa acredita estar perante um quadro de esquizofrenia.

As sessões individuais de musicoterapia começaram no internamento e tiveram uma duração de 3 semanas. O seu acompanhamento em Musicoterapia não foi possível ter continuidade, pois a utente não se conseguia mobilizar para se deslocar ao hospital sozinha. Num prazo de cinco meses a Maria deu entrada nas urgências três vezes tendo ficado sempre internada. Nesses curtos espaços de internamento (entre 2 a 3 semanas) conseguiu-se realizar algumas sessões individuais de Musicoterapia.

Durante esse período, a utente demonstrava alguma lentificação psicomotora e desorganização do discurso e do pensamento. O trabalho em musicoterapia teve como objetivo principal a promoção do bem-estar, centrado na ativação de recursos internos através do canto da música religiosa, que a Maria associa a conforto. Observou-se progressivamente uma melhoria na expressividade afetiva, um maior contacto com o “aqui e agora” e um maior envolvimento nas sessões. A sessão, tornou-se um espaço seguro, onde o canto permite a validação e o sentido de identidade. O caso de Maria ilustra a importância da música como forma de contenção emocional e reconexão identitária. A sua progressão ao longo das sessões, apesar das irregularidades, demonstra potencial de recuperação e confirma a importância de abordagens centradas na pessoa, valorizando os seus interesses e recursos como ponto de partida para a mudança.

Paula

A Paula é uma mulher de 40 anos com um percurso artístico significativo, tendo integrado bandas como *Press Play* e *Anarchicks*. Natural da Madeira, apresenta uma identidade fortemente marcada por estilos alternativos, como o *punk*, que se reflete na sua aparência e expressão pessoal. Em contexto grupal, tende a adotar uma postura dominante e performativa, contrastando com uma atitude mais contida, cooperante e reflexiva nas sessões individuais. A música surge como elemento central na sua vida, constituindo uma importante forma de expressão emocional. Foi-lhe diagnosticada uma Perturbação Bipolar, tipo I e refere um primeiro episódio psicótico em 2010, após

o qual relata um período de amnésia. Esta perda de memória é referida pela própria como uma rutura com o seu “eu” anterior, mais energético e confiante. Atualmente, revela dificuldades de autoestima, sobretudo quando se compara com outras pessoas, bem como um padrão de consumo de substâncias que reconhece como problemático. Manifesta ambivalência em relação à música, que lhe traz um bem-estar como é um possível gatilho emocional negativo.

A intervenção em Musicoterapia teve como foco principal o reforço da identidade atual da utente, a autorregulação e expressão emocional e criativa. As sessões de individuais de Musicoterapia começaram no seu período de internamento e mantiveram-se em contexto de consulta, tendo no final 10 sessões totais.

A Paula mostrou-se progressivamente mais envolvida nas propostas terapêuticas, revelando entusiasmo pela composição musical, especialmente através de ferramentas digitais. Já fora no internamento, retomou os contactos com antigas bandas, participou em concertos e começou a planear novos projetos pessoais ligados à música. Demonstrou também maior consciência dos efeitos do consumo de substâncias, verbalizando preocupação e culpa associadas a essa prática. As sessões com improvisação musical revelaram-se particularmente eficazes na promoção do bem-estar, sendo referidas pela utente como momentos terapêuticos significativos. Apesar dos desafios clínicos presentes — nomeadamente a oscilação do humor e os consumos —, a utente evidencia motivação para a mudança, capacidade de introspeção e recursos criativos importantes.

Rúben

O Rúben é um homem de 26 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia. A sua forte ligação à música, desempenha um papel central na sua expressão e no modo como se relaciona com o mundo. É um utente com sensibilidade artística com múltiplas competências musicais (voz, guitarra, piano e violino). Apresenta uma postura

colaborativa e ativa nas sessões de Musicoterapia, mesmo em momentos de maior desmotivação.

O Rúben é um exemplo de utente que só teve sessões individuais de Musicoterapia em contexto de internamento tendo evitado, na grande maioria, os grupos terapêuticos. O utente apresenta sentimentos de tristeza, solidão e desmotivação. Revela um historial de negligência afetiva na infância, o que refere como fator central para o seu mal-estar atual. Manifesta baixa autoestima e dificuldade em encontrar sentido nas atividades quotidianas. Apresenta um discurso coerente, por vezes melancólico, e recorre frequentemente à música como refúgio emocional.

A intervenção teve como foco a expressão emocional e a promoção da autoestima através da criação e interpretação musical. Ao longo das sessões, observou-se um aumento gradual no seu envolvimento, na partilha pessoal e na iniciativa criativa. Passou de momentos de grande isolamento emocional para sessões em que expressou prazer e entusiasmo pela música.

O caso de Rúben evidencia a importância da música como meio privilegiado de expressão e reconstrução emocional. Apesar do diagnóstico de Esquizofrenia e das dificuldades associadas ao seu percurso pessoal, o utente demonstrou uma capacidade significativa de ligação, criatividade e abertura ao processo terapêutico. A Musicoterapia revelou-se uma ferramenta eficaz na promoção do bem-estar, ajudando-o a aceder a conteúdos emocionais complexos e a reforçar aspetos da sua identidade. O seu percurso ao longo das sessões aponta para um potencial positivo de continuidade na reabilitação psicossocial.

Carla

A Carla é uma jovem adulta, de 24 anos, estudante universitária e trabalhadora do serviço de secretariado de um hospital da grande Lisboa. A Carla tem um perfil reservado, com contacto evitante, e falta de expressão afetiva. Demonstra interesse pela música e pelas artes visuais, sendo a sua área de estudo ligada ao grafismo e animação. As suas sessões individuais de musicoterapia começaram no seu período de internamento, após demonstrar interesse em aprender a tocar guitarra. Com um diagnóstico de Esquizofrenia, a Carla não tem crítica à doença e demonstra dificuldades em relacionar-se com os outros, principalmente com a sua família.

A utente apresenta indicadores compatíveis com um quadro depressivo, relata cansaço persistente, desmotivação e perda de interesse por atividades anteriormente significativas, como a música. É notório um isolamento social, com ausência de amizades, relações familiares pouco próximas e insatisfação no contexto laboral.

O foco terapêutico, nas sessões de Musicoterapia, centrou-se na promoção do bem-estar emocional através da música como meio de expressão, conexão e auto-aceitação. Ao longo das sessões, observou-se um envolvimento gradual, com momentos de descontração, tentativa de improvisação musical conjunta e alguma abertura para novas experiências. Apesar de oscilar entre faltar às sessões e querer marcar sessões repetitivamente, a Carla demonstrou capacidade de vinculação terapêutica, reconhecendo a relação como espaço seguro de partilha e apoio.

O caso de Carla ilustra um percurso marcado por isolamento, sobrecarga e desmotivação, num contexto de dupla exigência académica e profissional. Apesar das dificuldades emocionais, a utente apresenta recursos internos significativos, como a criatividade e a persistência.

Mariana

Mari, como gosta de ser chamada, é uma mulher de 27 anos diagnosticada com Esquizofrenia. De nacionalidade angolana, viveu em Angola até à vida adulta, tendo

posteriormente residido na Bélgica e, nos últimos quatro anos, em Portugal, onde vive com uma tia. Apresenta um perfil reservado, com tendência ao isolamento social, mas também revela interesse e envolvimento progressivo nas atividades musicais. Demonstra sensibilidade e gosto pelas atividades ao ar livre como as caminhadas. Mars apresenta sintomas psicóticos, como delírios persecutórios e místicos, que incluem crenças de vigilância por parte do governo e de uma ligação especial com figuras religiosas. A sua história de vida inclui um episódio de tentativa de suicídio em 2017 e vários internamentos psiquiátricos desde 2021. Apresenta também traços de ansiedade social, dificuldade em estabelecer relações interpessoais e pouca motivação para o regresso à vida fora do internamento.

As sessões de musicoterapia começaram no internamento mas terminam após a sua alta, por sua iniciativa, tendo um total de seis sessões. A intervenção procurou criar um espaço seguro para a expressão, utilizando o canto e a escuta musical como forma ligação, fortalecimento da identidade pessoal. Ao longo das sessões, a Mars demonstrou uma evolução positiva na participação, passando de uma postura retraída para uma maior abertura vocal e expressiva. O repertório gospel e as canções da sua adolescência, revelaram-se significativas na evocação de memórias e no reforço do sentimento de pertença e esperança. Apesar da persistência dos sintomas delirantes, observa-se um aumento da confiança na relação terapêutica e uma progressiva aceitação da partilha vocal. Apesar das dificuldades associadas ao diagnóstico, a utente apresenta recursos expressivos valiosos e uma relação emocional consistente com a música. A continuidade das sessões de musicoterapia, poderia favorecer a autorregulação, a evocação de experiências significativas e o fortalecimento da ligação com o outro.

Intervenções em co-terapia

Os próximos três casos apresentados neste capítulo referem-se a utentes acompanhados pela estagiária e pelo musicoterapeuta Gil Henriques, em sessões de musicoterapia no contexto de consulta (co-terapia). É importante denotar que os

utentes José e o Jorge já tinham acompanhamento de musicoterapia no HGO antes da chegada da estagiária. Para cada utente, é apresentado um resumo que inclui o diagnóstico, as necessidades identificadas, bem como os objetivos terapêuticos definidos e o respetivo grau de concretização.

José

O José é um jovem adulto com 23 anos, com hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo e Bipolaridade. O José tem um perfil excêntrico, ingênuo e afável. Para o José é fácil construir amizades, apesar dos outros acharem a sua abordagem estranha e intrusiva. Desde pequeno que estuda música, não fosse a mãe professora. A música faz parte da sua forma de expressão, toca violino e tem por hobbie adquirir instrumentos oriundos de outras nacionalidades, como o Erhu – instrumento tradicional chinês de cordas. O José apresenta dificuldades em lidar com as frustrações, falta controlo de impulsos e agitação excessiva. Contraponto para o plano musical, o José tende a adotar uma postura colaborante e atenta. Para as sessões de Musicoterapia apresenta músicas do mundo “anime” e procura explorar o seu potencial máximo através da improvisação instrumental.

A intervenção em Musicoterapia teve como foco principal favorecer a autorregulação e expressão emocional, a evocação de experiências significativas e o fortalecimento da ligação interpessoal. As sessões individuais do José tiveram início em contexto ambulatorio, com a presença do Musicoterapeuta Gil Henriques e estagiária como co-terapeuta.

A prática musical com o José era fácil, a linguagem musical utilizada em sessão era técnica e as improvisações eram ricas em harmonia e melodia, face ao conhecimento musical do utente. Durante as sessões de musicoterapia, ele demonstra frustração quando a música não segue o curso desejado. Essas reações são reflexo do seu perfeccionismo e da dificuldade em aceitar erros ou mudanças na execução musical.

O José tende a focar-se apenas na execução técnica da música e tem dificuldade em elaborar o que aconteceu durante a improvisação. Apresenta dificuldades em associar a música a emoções, não consegue processar emocionalmente o que está a tocar, pois o foco permanece exclusivamente na parte técnica. A falta de elaboração emocional limita a capacidade de Manoel de explorar as suas emoções de forma mais introspetiva. Por isso, a intervenção em Musicoterapia foca-se não só na autorregulação emocional e expressão criativa, mas também no desenvolvimento da capacidade do José refletir sobre suas escolhas musicais, associar a música aos sentimentos e melhorar a sua capacidade de lidar com as frustrações. A música funciona como um canal privilegiado para aceder às suas emoções e iniciar um processo de reativação interna.

Patricia

A Patricia é uma jovem de 20 anos com diagnóstico de Perturbação da Personalidade Borderline, marcada por impulsividade, sintomas depressivos, comportamentos auto-lesivos e dificuldades relacionais. Apresenta um estilo alternativo, um perfil afetivo e uma forte ligação às artes, em particular ao teatro musical e ao fado, o que motivou a sua integração na intervenção em Musicoterapia.

As sessões individuais da Patricia tiveram início em contexto ambulatorio, com a presença do Musicoterapeuta Gil Henriques e estagiária como co-terapeuta. Tiveram principal enfoque na autorregulação emocional, na expressão criativa e construção identitária. Desde cedo demonstrou interesse pelo pandeiro, instrumento com o qual rapidamente desenvolveu competências técnicas, regressando às sessões com progressos significativos e elevada motivação. Chegou a apresentar ritmos complexos ao som de músicas da sua identidade sonora musical, revelando envolvimento ativo e investimento pessoal entre sessões.

Progressivamente, foi ultrapassando a vergonha de cantar em contexto terapêutico, passando a fazê-lo com expressividade e liberdade, o que evidenciou

progressos na autoconfiança. A própria reconhece a música como um escape face à sua realidade. Posteriormente, adquiriu um ukulele e passou a utilizar ferramentas digitais para aprofundar o seu envolvimento musical. Trazendo ideias novas para cada sessão.

A intervenção revelou-se promotora de motivação, iniciativa e autorreflexão, funcionando como suporte emocional e criativo num processo clínico marcado por desafios significativos. Face às poucas vagas existentes para as sessões de Musicoterapia no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HGO, o acompanhamento da Patricia foi curto, tendo uma ou duas sessões por mês.

Jorge

O Jorge é um jovem adulto com 23 anos, de nacionalidade brasileira, com uma hipótese diagnóstica de Perturbação do Espectro do Autismo. O encaminhamento para as sessões de Musicoterapia foi sustentado por episódios depressivos, comportamentos de isolamento, retraimento e humor ansioso. A sua forte ligação à música, desempenha um papel central na sua expressão e no modo como se relaciona com o mundo. É um utente com sensibilidade artística, sempre gostou de cantar e iniciou o seu percurso na musicoterapia com o intuito de aprender guitarra. As sessões do Jorge começaram somente com o Musicoterapeuta Gil Henriques e posteriormente a estagiária foi convidada a participar no processo terapêutico como co-terapeuta.

Apresenta uma postura colaborativa e ativa nas sessões de Musicoterapia, e rapidamente desenvolve habilidades técnicas na guitarra. Em poucos meses, consegue cantar e tocar ao mesmo tempo, dando espaço para a improvisação instrumental conjunta.

A intervenção teve como foco a expressão emocional e a promoção da autoestima através da criação e interpretação musical. Ao longo das sessões, observou-se um aumento gradual no seu envolvimento, na partilha pessoal e na iniciativa criativa. Passou de momentos de grande isolamento emocional para sessões em que

expressou prazer e entusiasmo pela música. O caso de Jorge evidencia a importância da música como meio privilegiado de expressão, potenciando momento de partilha e colaboração entre pares. O progresso do Jorge foi notado e levado a exposição pública.

No primeiro encontro do Serviço Social da Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal (ULSAS), realizado no Instituto Português da Qualidade, o Itálo teve oportunidade de apresentar duas das suas músicas trabalhadas em sessão. Ao finalizar do evento, seguiu-se o momento da atuação do Jorge que aceitou partilhar o seu processo terapêutico e a música com os presentes, tendo sido acompanhado (musicalmente) pelo Musicoterapeuta Gil Henriques e a estagiária. Em forma de atuação. Este evento foi muito significativo para o Jorge, reforçando as suas capacidades musicais, a sua atuação validação, contribuindo para a sua auto-confiança e procura por grupos instrumentais fora das sessões, como o coro da igreja. A Musicoterapia revelou-se uma ferramenta eficaz na promoção do bem-estar, ajudando-o a acessar conteúdos emocionais, a reforçar aspetos da sua identidade e a descobrir um novo caminho pela música.

Grupo de Musicoterapia do internamento

As sessões de grupo de musicoterapia no internamento, dinamizadas ao longo de nove meses (outubro a junho), envolveram participantes com diferentes diagnósticos psiquiátricos, perfis de funcionamento e graus de envolvimento. O grupo, de participação aberta, era reunido às terças-feiras, pelas 10h00 da manhã. A estrutura das sessões era, geralmente composta por uma roda de apresentação, aquecimento corporal e vocal, interpretação e escuta de canções propostas pelos utentes, bem como momentos de improvisação musical e dinâmicas de movimento.

Os grupos apresentavam uma composição flutuante, com entradas e saídas frequentes, o que exigia uma constante readaptação dinâmica. Apesar disso, foi

possível identificar momentos de grande coesão, com expressões claras de empatia, partilha e apoio mútuo, especialmente em contextos de despedida, como as altas clínicas. Com base na literatura de dinâmicas de grupo, podemos afirmar que surgiram figuras com maior protagonismo, como facilitadores informais estruturais, e outros com maior fragilidade emocional ou tendência à desorganização, o que por vezes desestabilizava o grupo. A presença de utentes com papéis centrados no ego, com quadros de mania ou impulsividade requereu atenção redobrada na gestão dos tempos, de fala e protagonismo nas atividades. O principal objetivo deste grupo terapêutico é a estabilização dos utentes.

A maioria dos participantes apresentavam dificuldades de regulação emocional, baixa autoestima e histórico de isolamento social. Neste panorama, a música revelou-se um instrumento eficaz para mobilizar afetos e facilitar a comunicação. Houve também espaço para a preparação de projetos individuais - composições próprias, declamação de poemas e etc. -, trazendo aos utentes a possibilidade de se esforçarem durante a semana para os apresentar na próxima sessão, potenciando momentos de validação identitária.

O grupo funcionou como um espaço seguro de experimentação e expressão, possibilitando a articulação de temas como a espiritualidade, memórias passadas, relações familiares, sofrimento psíquico e ideias de futuro. As atividades mais utilizadas em sessão incluíram a interpretação de músicas escolhidas pelos utentes, a partir das suas histórias pessoais, evocando emoções profundas e, por vezes, desencadeando reações emocionais intensas, como choro ou necessidade de se ausentar momentaneamente da sessão. Após cada música, o grupo era convidado a partilhar as sensações vividas, dando lugar a debates em que emergiam memórias significativas. Também foram desenvolvidas práticas de improvisação instrumental e vocal, geralmente em pequenos grupos, que fomentaram a escuta, a coordenação e a co-

criação. As dinâmicas de movimento, favoreceram o envolvimento corporal e a espontaneidade. Houve ainda momentos de composição coletiva de letras e arranjos musicais, a partir de poemas ou ideias partilhadas, muitas vezes realizados em pequenos grupos, como no caso da canção “Laurinda”. Por fim, os encerramentos de sessão foram marcados por despedidas com músicas e palavras dedicadas, carregadas de forte carga emocional e que reforçaram a coesão grupal.

A intervenção em grupo demonstrou ser particularmente eficaz na promoção da expressão emocional, reforço da identidade, desenvolvimento da empatia e valorização da voz individual dentro de uma escuta coletiva. A Musicoterapia foi eficaz não apenas como ferramenta de autorregulação, mas também como meio de construção de sentido e de vínculo interpessoal.

As sessões evidenciaram que a flexibilidade da estrutura, a inclusão da criatividade individual e o espaço para o inesperado (improvisação, emoção) são elementos centrais na eficácia da prática em contexto de internamento. As canções escolhidas — frequentemente de forte carga simbólica e emocional — serviram de ponto de partida para narrativas pessoais e reflexões profundas, muitas vezes difíceis de aceder apenas pela verbalização. Neste contexto, o papel do terapeuta e co-terapeuta foi fundamental não apenas como facilitador, mas como alguém capaz de escutar o grupo, estar atento à sua organização, desorganização e transformação ao longo das sessões.

Em vez de interpretar de forma direta, os terapeutas procuraram refletir com os utentes, os sons criados, respeitando o tempo e a disponibilidade de cada um, e conectando, quando possível, os elementos sonoros aos estados emocionais vivenciados no grupo. Assim, a música tornou-se um campo comum de experimentação, reconhecimento e elaboração, possibilitando que os membros se escutassem uns aos outros e a si mesmos. . (Facchini & Catuogo, 2021)

Conclusão

A Musicoterapia afirmou-se como uma abordagem clínica eficaz e humanizada no contexto da saúde mental, oferecendo respostas às complexidades da experiência psíquica. Percebendo a pessoa como um todo, esta prática promove um espaço relacional seguro, onde a música atua como mediadora de processos profundos de expressão, reconstrução identitária e integração emocional. Sendo a psiquiatria, marcada por desafios diagnósticos e pela imprevisibilidade dos percursos terapêuticos, a Musicoterapia revela-se particularmente valiosa por aceder a dimensões não verbais da pessoa, frequentemente inacessíveis por via exclusivamente cognitiva ou verbal.

Ao proporcionar um canal de comunicação simbólica, a música potência uma escuta ativa do inconsciente, permitindo que conteúdos emocionais, muitas vezes silenciados, encontrem expressão e acolhimento. Assim, a Musicoterapia contribui não só para a redução da sintomatologia e do notório sofrimento, mas também para a estabilização da pessoa, integrando o cuidado clínico com uma abordagem estética, sensível e relacional da experiência humana (volpe, 2021).

As intervenções em Musicoterapia realizadas ao longo do estágio revelaram resultados significativos, demonstrando uma clara correspondência entre os objetivos delineados e os efeitos observados nos utentes. Entre os principais benefícios para os utentes, destacou-se o aumento da motivação para enfrentar os desafios quotidianos, a maior verbalização de sentimentos e a abertura de novos canais de comunicação, aspetos que favoreceram a adesão às intervenções psicoterapêuticas subsequentes. Assim, considera-se que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, tendo a intervenção produzido um impacto positivo para os participantes, nomeadamente na redução do isolamento, no apoio e desenvolvimento das capacidades de expressão e

comunicação, na mobilização para outras terapias, na promoção da autorregulação e no fortalecimento dos laços afetivos entre pares.

Os casos clínicos analisados ilustram processos terapêuticos sustentados na capacidade inata do ser humano de responder ao som e à música, conceito este que Nordoff & Robbins (1991), descrevem como musicalidade individual ou “músico-criança”. Este conceito remete para a possibilidade de cada pessoa responder a experiências musicais que considera significativas, recordando, recriando e desfrutando da expressão musical. Nesse sentido, a musicoterapia permitiu a descoberta da pessoa para além da sua patologia, através da aceitação da sua produção sonora e da sua interação musical.

A intervenção não descuroou a estabilidade emocional dos utentes, integrando a criação de um espaço terapêutico seguro, dedicado à exploração de alternativas mais prazerosas, confortáveis, significativas e saudáveis (Bruscia, 2014). Esta abordagem possibilitou que cada participante, dentro das suas possibilidades, encontrasse formas de crescimento pessoal mediadas pela experiência musical.

No contexto das sessões individuais, observou-se uma progressiva redução do isolamento. Os utentes demonstraram maior disponibilidade para interagir com a musicoterapeuta e com os instrumentos musicais, reconhecendo o espaço terapêutico como um lugar seguro. Alterações visíveis no comportamento, na assiduidade às sessões e na procura por outros grupos terapêuticos refletiram uma maior motivação, em consonância com os objetivos de reforço da identidade e de promoção da autoexpressão através da criatividade musical. Estes indicadores apontam para a concretização de objetivos como a promoção do laço afetivo, o desenvolvimento da cooperação e a ativação de mecanismos de autorregulação. Além disso, a experiência

em díade ou em trio favoreceu a vivência do “aqui e agora”, ampliando o potencial terapêutico da intervenção.

A relação terapêutica estabelecida, tanto em contexto individual como grupal, revelou-se um fator determinante. A confiança construída entre utentes e a musicoterapeuta assumiu um papel central na mobilização para a continuidade do processo terapêutico, confirmando a pertinência do objetivo de facilitar a adesão a posteriores intervenções psicoterapêuticas. Por fim, a experiência em contexto hospitalar de psiquiatria evidenciou que a Musicoterapia, ao oferecer um espaço de comunicação não-verbal em que a doença não constitui o foco principal, contribuiu efetivamente para a redução do isolamento, a promoção da expressão e comunicação, o apoio à autorregulação emocional e o fortalecimento de vínculos interpessoais. Assim, os resultados alcançados não só validaram os objetivos delineados no estágio, como também confirmaram a relevância da Musicoterapia enquanto recurso terapêutico integrador no cuidado em saúde mental.

Reflexão Pessoal

Este estágio deixou marca na minha jornada enquanto futura Musicoterapeuta. Tendo já anteriormente desenvolvido um projeto musical de intervenção comunitária na Casa de Saúde da Idanha — onde trabalhei com pessoas com doença psiquiátrica e deficiência intelectual — pensava já ter alguma preparação para este tipo de intervenção. No entanto, a experiência vivida ao longo destes meses no Serviço de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta veio expandir e consolidar profundamente a minha prática clínica e o meu olhar sobre o grande tema da saúde mental.

A proximidade com os utentes permitiu-me não só conhecer as suas histórias, como aceder às suas narrativas emocionais, às suas músicas e silêncios, e trabalhar a escuta. Ao participar nos grupos e compreender a sua dinâmica, tive a oportunidade de conhecer novas patologias, falar sobre elas - com a equipa e com os próprios -, observar padrões, elaborar hipóteses e tirar conclusões.

Cada sessão foi um passo para o conhecimento do mundo interno dos utentes. Ver alguém sem motivação, fechado no seu sofrimento, encontrar, através da música, uma pequena motivação ou alegria, foi, para mim, das vivências mais significativas de todo este processo. Acompanhar de perto a transformação emocional de alguns utentes — que, no início, não conseguiam sequer participar de forma ativa, mas que terminaram o processo a cantar, a compor ou a improvisar livremente — foi ver a musicoterapia ganhar corpo, voz e sentido.

A sessão de Musicoterapia revelou-se um espaço seguro onde pude “escutar para além do som”. Foi também um processo de desenvolvimento pessoal: aprendi a ser flexível e a reconhecer os meus próprios limites e afetos.

Mesmo por breves momentos, proporcionar momentos de felicidade através da música, foi um dos maiores privilégios deste estágio. Vi olhares ganharem luz, ouvi histórias contadas em forma de canção, e senti que, de alguma forma, a minha presença ali, enquanto terapeuta, fazia diferença.

Referências

- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Alvin, J. (1966). *Música para el niño disminuido*. Ricordi.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5ª ed.). Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing.
- APMT (2025). *Musicoterapia*. Consultado a 10 de janeiro de 2025. <https://www.apmtMusicoterapia.com/o-que---a-Musicoterapia-csgz>
- Ayres, H., Samuel, R., Bechdolf, A., & Lin, A. (2019). Limited changes in activities of daily life performance ability in people with schizophrenia after treatment: A 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 209, 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.05.025>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Benenzon, R. O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. (T. d. Nastari, Ed.) Rio de Janeiro: Enelivros.
- Birnbaum, J. C. (2014). Intersubjectivity and Nordoff-Robbins Music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu004>

- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). *Music interventions for mechanically ventilated patients*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(12), CD006902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3>
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvitational models of music therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed). Barcelona Publishers.
- Cassity, M.D. & Cassity, J. E. (2006). *Multimodal Psychiatric Music Therapy*. A Clinical Manual (3rd ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Candy, B., Cummings, T. M., & McKinley, S. (2008). Psychostimulants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(1), CD006902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub2>
- Chanda, M., & Levitin, D. (2013). *The neurochemistry of music*. *Trends in Cognitive Sciences*. 17(4), 179-193
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M. & O'Connell, M. (2009). Capabilities Approach to Mental Health Transformation: A Conceptual Framework for the Recovery Era. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 28(2), 35-46. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0021>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Porque se fala em saúde mental?* Consultado a 20 de outubro de 2024. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>

Facchini, D. & Catuongo, C. (2021). Recurring Sound Aspects in Group Work with Psychiatric Patients. In U. Volpe (ed.), *Arts Therapies in Psychiatric Rehabilitation*. Italy: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-76208-7>

Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo : um instrumento de reflexão. *Contexto e educação*, 2 (7), 19-24.

Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (1976). Volume VII (1901–1905). New York: W.W. Norton & Company.

Galinha, I. C., Farinha, M., Lima, M. L., & Palmeira, A. L. (2020). Sing4Health: protocol of a randomized controlled trial of the effects of a singing group intervention on the well-being, cognitive function and health of older adults. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–16.

Garred, R. (2006). *Music therapy: A dialogical perspective*. Gilsum, NH: Barcelona.

Gaser, C. & Schlaug, G. (2003). Brain Structures Differ between Musicians and non musicians. *Journal of Neuroscience*, 23(27), 9240-9245. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.23-27-09240.2003>

Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T. & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *National Library of Medicine*, 18 (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub2>

Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J. & Borges, M. (2015). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. Repositório da Universidade de Lisboa.

Gouveia, J., Marques, A., Pinheiro, M., & Pinto, A. (2017). *Esquizofrenia em Portugal: dados epidemiológicos e desafios futuros*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). *Bipolar disorder*. The Lancet, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Hakvoort, L. (2021). Music as Central Mechanism for Music Therapy in Mental Health. In U. Volpe (ed.), *Arts Therapies in Psychiatric Rehabilitation*. Italy: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-76208-7>

Harvey, P. D. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: Cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.004>

HGO, EPE - Instituição. SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2020). <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., & Collaborators. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 261–269. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.3.261>

Kekil, S. & Elkoca, A. (2025). Use of Music Therapy in Prenatal and Postnatal Period. *Experimental and Applied Medical Science*, 6 (1): 126-134. <https://doi.org/10.46871/eams.1520013>

Krauss, Z. (2019). The Effects of Music Therapy on Individuals Suffering from Psychiatric Disorders: A Literature Review and Look into Future Prospects. *Musical Offerings*, 10(2). <https://doi.org/10.15385/jmo.2019.10.2.2>

Kwon, M., Gang, M., & Oh, K. (2013). Effect of the group music therapy on brain wave, behavior, and cognitive function among patients with chronic schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 7(4), 168–174. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.09.005>

Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>

Livesley, W. J. (2018). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (3rd ed.). Guilford Press.

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>

Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2007). *Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature*. Health and Quality of Life Outcomes, 5, 36. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-36>

Millard, E. & Carr, C. (2021). Music Therapy in Psychiatry. In U. Volpe (ed.), *Arts Therapies in Psychiatric Rehabilitation*. Italy: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-76208-7>

Montánchez Torres, M., Martinez, P., Juárez-Ramos, V. & Alonso-García, S. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering*, 4(2). <https://doi.org/10.4172/2090-2719.1000116>

Murphy, S., Irving, C., Adams, C., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2015. John Wiley and Sons Ltd.

Murow T. E. & Sánchez, J. J. (2003) La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 26(4). 47-58. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17233>

National Institute of Mental Health. (2014). *Schizophrenia*. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia#part_2275

Nordoff, P. & Robbins, C. (2004). *Therapy in music for handicapped children*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Pedersen, I. N. (1999). Music Therapy as Holding and Re-organizing Work with Schizophrenic and Psychotic Patients. In T. Wigram & J. Backer (Eds), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry* (pp. 24-43). Jessica Kingsley Publishers.

Priestley, M. (2012). *Music therapy in action*. Barcelona.

Robinson, L. J., Thompson, J. M., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A. H., Ferrier, I. N., & Moore, P. B. (2006). *A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder*. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.008>

Schäfer, T., Sedlmeier, P., Städtler, M., & Huron, D. (2013). The psychological functions of music listening. *Frontiers in Psychology*, 4, 511. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00511>

Schlaug, G. (2015). *Musicians and music making as a model for the study of brain plasticity*. *National Library of Medicine*, 217, 37–55. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.020>

Scovel, M., & Gardstrom, S. (2002). *Music therapy within the context of psychotherapeutic models*. In R.F. Unkefer & M.H. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (2^a ed.) (pp. 117-132). St. Louis, MO: MMB Music.

Siedliecki, S. L. & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *National Library of Medicine*, 54 (5), 553-562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03860.x>

Sliwka, A., Jarosz, A. & Nowobilski, R. (2006). Music therapy as a part of complex healing. *Pol Merkur Lekarski*, 21 (1). 401-5

Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward understanding music therapy as a recovery-oriented practice within mental health care: A meta-synthesis of service users' experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244–273. <https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>

Scharff, D. D., & Scharff, J. S. (2011). *The interpersonal unconscious*. New York: Jason Aronson.

Suto, M. J., Murray, G., Hale, S., & Fearon, P. (2010). *“I don’t think I’m ill”: How people with bipolar disorder understand their mental illness*. *Qualitative Health Research*, 20(6), 786–798. <https://doi.org/10.1177/1049732310364530>

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>

Turry, A. (1998). Nordoff-Robbins: Transference and countertransference. In K. E. Bruscia (Ed.), *The dynamics of music psychotherapy*, (pp. 161–212). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Trevarthen, C., & Malloch, S. N. (2000). The dance of wellbeing: Defining the musical therapeutic effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), 3–17.

Uher, R. & Zwickler, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-genvironmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16 (2), 121-129. <https://doi.org/10.1002/wps.20436>

Volpe, U. (2021). *Arts Therapies in Psychiatric Rehabilitation*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-76208-7>

Wayne, M. (2008). *Trauma, disruption, internalization, and reintegration: A self-psychological approach*. Manuscript submitted for publication by Washington Square Institute.

Wigram, T. & Backer, J. (1999). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T. (1999). Assessment methods in music therapy: A humanistic or natural science framework? *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 7–25.

Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training*. Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T. (2005). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. Roma: ISMEZ Editore

World Federation of Music Therapy. (1996). Definition of Music Therapy. https://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/wfmt/w_definition.htm

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Yang, W. Zheng, L., Weng, Y., Zhang, H. & Ma Bio. (1998) Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatry*, 8 (1) 38-40. <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/past-issue/item/580-9801-p38-40>

Lista de anexos

Anexo A – Resultados dos testes Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) do Miguel

Anexo B – Resultados dos testes Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) da Luísa

Anexo C – Resultados dos testes Multimodal Psychiatric Music Therapy (PMTQ) do Miguel

Anexo D - Resultados dos testes Multimodal Psychiatric Music Therapy (PMTQ) da Luísa

Anexo E – Letra e acordes da Canção Coisas Belas do Miguel

Anexo F – Letra e acordes da Canção Lá no Monte do Miguel

Anexo G – História “Borboleta de asas grandes” da Luísa

Anexo H – Canções da História “Borboleta de asas grandes” da Luísa

ANEXO A - Resultados dos testes Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) do Miguel

NAME: Miguel
 PATIENT ID#: _____

DATE: 09/04/2025
 MD: _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not.	SCORE <div>2</div>	10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness").	SCORE <div>1</div>
2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms.	SCORE <div>6</div>	11. SUSPICIOUSNESS Brief (<i>delusional or otherwise</i>) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances.	SCORE <div>6</div>
3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interview situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation.	SCORE <div>3</div>	12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people.	SCORE <div>6</div>
4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning.	SCORE <div>5</div>	13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.	SCORE <div>1</div>
5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses.	SCORE <div>3</div>	14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation.	SCORE <div>1</div>
6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient.	SCORE <div>3</div>	15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes.	SCORE <div>7</div>
7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.	SCORE <div>1</div>	16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement.	SCORE <div>3</div>
8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.	SCORE <div>1</div>	17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.	SCORE <div>4</div>
9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.	SCORE <div>5</div>	18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time.	SCORE <div>4</div>

NAME: Miguel
 PATIENT ID#: _____

DATE: 17/06/2025
 MD: _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not. <div>SCORE 2</div>	10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (<i>Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness"</i>). <div>SCORE 1</div>
2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms. <div>SCORE 4</div>	11. SUSPICIOUSNESS Brief (<i>delusional or otherwise</i>) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances. <div>SCORE 2</div>
3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interview situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation. <div>SCORE 1</div>	12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people. <div>SCORE 1</div>
4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning. <div>SCORE 1</div>	13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level. <div>SCORE 1</div>
5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses. <div>SCORE 3</div>	14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation. <div>SCORE 1</div>
6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient. <div>SCORE 3</div>	15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes. <div>SCORE 4</div>
7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here. <div>SCORE 1</div>	16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement. <div>SCORE 1</div>
8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation. <div>SCORE 1</div>	17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity. <div>SCORE 3</div>
9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints. <div>SCORE 2</div>	18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time. <div>SCORE 2</div>

ANEXO B - Resultados dos testes Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) da Luísa

NAME: Luísa
 PATIENT ID#: _____

DATE: 01/04/2025
 MD: _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not. <div>SCORE <input type="text" value="2"/></div>	10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness"). <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>
2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms. <div>SCORE <input type="text" value="4"/></div>	11. SUSPICIOUSNESS Brief (<i>delusional or otherwise</i>) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances. <div>SCORE <input type="text" value="4"/></div>
3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interview situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>	12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people. <div>SCORE <input type="text" value="2"/></div>
4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning. <div>SCORE <input type="text" value="4"/></div>	13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>
5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>	14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>
6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>	15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes. <div>SCORE <input type="text" value="4"/></div>
7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>	16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>
8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation. <div>SCORE <input type="text" value="1"/></div>	17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity. <div>SCORE <input type="text" value="2"/></div>
9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints. <div>SCORE <input type="text" value="4"/></div>	18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time. <div>SCORE <input type="text" value="3"/></div>

NAME: Luísa
 PATIENT ID#: _____

DATE: 30/06/2025
 MD: _____

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not. <div>SCORE 2</div>	10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (<i>Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness"</i>). <div>SCORE 1</div>
2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms. <div>SCORE 2</div>	11. SUSPICIOUSNESS Brief (<i>delusional or otherwise</i>) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances. <div>SCORE 2</div>
3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interview situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation. <div>SCORE 1</div>	12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people. <div>SCORE 3</div>
4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning. <div>SCORE 1</div>	13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level. <div>SCORE 1</div>
5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses. <div>SCORE 3</div>	14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation. <div>SCORE 1</div>
6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient. <div>SCORE 1</div>	15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes. <div>SCORE 1</div>
7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here. <div>SCORE 1</div>	16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement. <div>SCORE 2</div>
8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation. <div>SCORE 1</div>	17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity. <div>SCORE 1</div>
9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints. <div>SCORE 3</div>	18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time. <div>SCORE 1</div>

ANEXO C - Resultados dos testes Multimodal Psychiatric Music Therapy (PMTQ) do
Miguel

PMTQ

Respondido dia 16/04/2025

- 1 – Discordo totalmente
 2 – discordo
 3 – neutro
 4 – concordo
 5 – concordo fortemente

Nº	Pergunta	Resposta
1	Gostaria de participar num grupo de canto que tivesse um pianista ou guitarrista a acompanhar o grupo. (viii)	3
2	Gostaria de cantar no palco diante de uma plateia.	4
3	Gostaria de aprender a tocar um instrumento musical.	4

Interpessoal (v)

Nº	Pergunta	Resposta
1	Prefiro ficar sozinho do que estar com pessoas. (IS-1)	2
2	Acho difícil fazer amigos.	2
3	Não tenho amigos próximos.	4
4	É fácil para mim conversar com as pessoas.	5
5	É difícil para mim falar quando estou em um grupo de pessoas.	2
6	Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo.	2
7	Não tenho um hobby; raramente faço algo apenas por diversão. (IS-2, IS-4)	2
8	Prefiro ficar sozinho ou não fazer nada do que fazer algo divertido com outras pessoas.	2
9	Para além de dormir ou ver televisão, não tenho mais nada para fazer no meu tempo livre.	2
10	Muitas das vezes, meto-me em problemas por não seguir regras (por exemplo, fumar, comer ou beber onde é proibido). (IS-3)	1
11	Amizades ou relacionamentos com outras pessoas geralmente não	2

	duram mais de um ano. (IS-5)	
12	Discuto muito com meu marido/esposa/ família.	3
13	Eu sentir-me-ia muito desconfortável a contar a um grupo os meus gostos, desgostos e experiências pessoais. (IS-6)	3
14	Não tenho dificuldade em ser aceite por grupos comunitários (por exemplo, igreja, grupos de serviço) nem em ser convidado para os seus eventos (por exemplo, festas, "encontros"). (IS-7)	5
15	Prefiro sentar-me atrás dos membros do grupo ou sentar-me sozinho, do que sentar com o grupo. (IS-8)	5
16	Eu digo as coisas certas quando tento fazer amizade com o sexo oposto. (IS-9)	5
17	Ouvir os problemas dos outros é chato; fico impaciente. (IS-10)	1

Afeto (iv)**Nº Pergunta****Resposta**

18	As pessoas não conseguem perceber quando estou feliz, triste ou animado. (A-1)	3
19	Raramente me sinto feliz, triste, animado ou sorrio.	3
20	Consigo perceber facilmente quando as outras pessoas estão felizes, tristes ou animadas.	4
21	Eu nunca me preocupo com nada. (A-2)	1
22	Eu nunca fico chateado com as pessoas.	1
23	Frequentemente sinto raiva e stress. (A-3)	2
24	Muitas vezes magoo os sentimentos dos meus amigos.	1
25	Eu bato frequentemente em outras pessoas. (A-3, A-10)	1
26	Muitas vezes sinto que tenho uma quantidade enorme de energia (por exemplo, dificuldade para dormir, movimento e conversação constantes). (A-4)	4
27	Muitas vezes sinto que não tenho energia e sinto-me muito triste. (A-5)	4
28	Frequentemente, sinto-me deprimido.	4
29	Frequentemente sinto vontade de me matar ou me magoar. (A-6)	1

30	Muitas vezes desejo estar morto.	1
31	Sinto muita ansiedade (A-7).	4
32	Por vezes, sinto ansiedade excessiva devido a um ou mais dos seguintes motivos: problemas presentes ou passados com outras pessoas, preocupação com o futuro e a minha situação de vida.	1
33	Muitas vezes sinto ansiedade excessiva que frequentemente resulta em um ou mais dos seguintes: incapacidade de relaxar, rigidez muscular, distúrbios do sono, preocupação, falar verbalmente sobre meus problemas para mim mesmo ou para outras pessoas.	4
34	Para mim, é mais fácil perder o autocontrole e rir muito, chorar ou expressar raiva.	1
35	Fico muitas vezes assustado, juntamente com um ou mais dos seguintes: entro em pânico, o meu coração bate rápido, sinto falta de ar. (A-9)	1
36	Às vezes fico tão chateado que poderia matar pessoas. (A-10)	1
37	Às vezes fico tão chateado que bato nas pessoas.	1
38	Muitas vezes, fico chateado quando os outros me dão conselhos.	1
39	As pessoas costumam dizer-me que tenho um mau temperamento.	1

Cognitivo (iv)

Nº	Pergunta	Resposta
40	Eu não gosto de mim mesmo. (C-1)	1
41	Frequentemente ofendo-me, chamando-me de "estúpido", "idiota" ou "burro".	3
42	Geralmente falho quando tento fazer alguma coisa.	4
44	44. Não confio nas pessoas. (C-2)	2
45	As outras pessoas costumam mentir sobre mim.	5
46	Os meus problemas são avassaladores e não podem ser resolvidos. (C-3)	1
47	Não tenho problemas em resolver as coisas com as outras pessoas.	3
48	Tenho dificuldade em lembrar-me de coisas simples como: a minha morada, o meu número de telefone e nomes de amigos próximos ou	1

	familiares. (C-4)	
49	Não me lembro das coisas tão bem quanto a maioria das pessoas, como nomes, o que fiz ontem ou coisas do meu passado. (C-5)	1
50	Não tenho problemas. (C-7)	3
51	Não desejo fazer nenhuma mudança na minha vida; estou feliz do jeito que as coisas estão. (C-6, C-7, C-8)	2
52	Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo sem solução do que gastar muito tempo a tentar resolvê-lo. (C-9)	1
53	Fico chateado se passo muito tempo a tentar resolver um problema.	1
54	Tenho dificuldade em seguir instruções. (C-10)	1
55	Não gosto de seguir instruções dadas por outras pessoas.	1

Comportamento (iii)

Nº Pergunta

Resposta

56	Parece que faço sempre o que os outros querem fazer, em vez do que eu gostaria de fazer. (B-1)	3
57	Durante uma discussão de grupo, acho difícil expressar as minhas próprias opiniões, principalmente se estas divergirem das opiniões dos outros membros do grupo.	3
58	Tenho dificuldade em concentrar-me numa coisa por muito tempo. (B-2)	4
59	Nunca interrompo os outros durante as discussões. (B-3)	3
60	Deixo as pessoas chateadas quando digo ou faço coisas erradas.	3
61	Acho difícil olhar para a pessoa com quem estou a falar. (B-4)	1
62	As pessoas ficam chateadas comigo quando eu lhes digo o que quero. (B-S)	2
63	Prefiro que os outros tomem as decisões por mim. (B-6)	2
64	Quando as pessoas fazem algo que eu não gosto, eu tendo a cooperar com elas (por exemplo, adiar coisas que elas querem que eu faça; ser teimoso; participar nas suas atividades sem entusiasmo; não fazer um trabalho tão bom quanto eu faria se estivesse mais satisfeito). (B-6)	3
65	Tendo a gritar com as pessoas e chamá-las de nomes depreciativos (por	1

	exemplo, estúpido, idiota) quando elas fazem algo que eu não gosto. (B-7)	
66	Muitas das vezes, perco a paciência e discuto com as pessoas.	1
67	Frequentemente perco a paciência e bato nas pessoas. (B-8)	1

Drogas (uso ou abuso de substâncias, físico e comunicação) (v)

Nº	Pergunta	Resposta
68	Eu bebo excessivamente com frequência em casa ou em bares. (D-1.1)	2
69	Eu consumo drogas nas minhas horas vagas.	1
70	Não tenho problemas de abuso de substâncias (D-1.2)	1
71	Consumo drogas ou bebo álcool para lidar com o stress da minha vida e para relaxar. (D-1.3)	1
72	Não pratico exercício regularmente. (D-2.1)	4
73	Eu tomo banho diariamente. (D-2.2)	5
74	Frequentemente sinto um ou mais dos seguintes sintomas: insônia, falta de resistência muscular, falta de jeito. (D-2.3 a D-2.7)	4
75	As pessoas têm dificuldade em entender-me quando falo. (D-3.1 a D-3.7)	4

PMTQ

Respondido dia 24/06/2025

- 1 – Discordo totalmente
 2 – discordo
 3 – neutro
 4 – concordo
 5 – concordo fortemente

<i>Nº</i>	Pergunta	Resposta
1	Gostaria de participar num grupo de canto que tivesse um pianista ou guitarrista a acompanhar o grupo. (viii)	5
2	Gostaria de cantar no palco diante de uma plateia.	5
3	Gostaria de aprender a tocar um instrumento musical.	5

Interpessoal (v)

<i>Nº</i>	Pergunta	Resposta
1	Prefiro ficar sozinho do que estar com pessoas. (IS-1)	1
2	Acho difícil fazer amigos.	5
3	Não tenho amigos próximos.	4
4	É fácil para mim conversar com as pessoas.	5
5	É difícil para mim falar quando estou em um grupo de pessoas.	1
6	Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo.	2
7	Não tenho um hobby; raramente faço algo apenas por diversão. (IS-2, IS-4)	1
8	Prefiro ficar sozinho ou não fazer nada do que fazer algo divertido com outras pessoas.	1
9	Para além de dormir ou ver televisão, não tenho mais nada para fazer no meu tempo livre.	1
10	Muitas das vezes, meto-me em problemas por não seguir regras (por exemplo, fumar, comer ou beber onde é proibido). (IS-3)	1

11	Amizades ou relacionamentos com outras pessoas geralmente não duram mais de um ano. (IS-5)	2
12	Discuto muito com meu marido/esposa/ família.	1
13	Eu sentir-me-ia muito desconfortável a contar a um grupo os meus gostos, desgostos e experiências pessoais. (IS-6)	3
14	Não tenho dificuldade em ser aceite por grupos comunitários (por exemplo, igreja, grupos de serviço) nem em ser convidado para os seus eventos (por exemplo, festas, "encontros"). (IS-7)	5
15	Prefiro sentar-me atrás dos membros do grupo ou sentar-me sozinho, do que sentar com o grupo. (IS-8)	3
16	Eu digo as coisas certas quando tento fazer amizade com o sexo oposto. (IS-9)	5
17	Ouvir os problemas dos outros é chato; fico impaciente. (IS-10)	1

Afeto (iv)**Nº Pergunta****Resposta**

18	As pessoas não conseguem perceber quando estou feliz, triste ou animado. (A-1)	1
19	Raramente me sinto feliz, triste, animado ou sorrio.	1
20	Consigo perceber facilmente quando as outras pessoas estão felizes, tristes ou animadas.	5
21	Eu nunca me preocupo com nada. (A-2)	1
22	Eu nunca fico chateado com as pessoas.	3
23	Frequentemente sinto raiva e stress. (A-3)	1
24	Muitas vezes magoo os sentimentos dos meus amigos.	1
25	Eu bato frequentemente em outras pessoas. (A-3, A-10)	1
26	Muitas vezes sinto que tenho uma quantidade enorme de energia (por exemplo, dificuldade para dormir, movimento e conversação constantes). (A-4)	2
27	Muitas vezes sinto que não tenho energia e sinto-me muito triste. (A-5)	1
28	Frequentemente, sinto-me deprimido.	1

29	Frequentemente sinto vontade de me matar ou me magoar. (A-6)	1
30	Muitas vezes desejo estar morto.	1
31	Sinto muita ansiedade (A-7).	1
32	Por vezes, sinto ansiedade excessiva devido a um ou mais dos seguintes motivos: problemas presentes ou passados com outras pessoas, preocupação com o futuro e a minha situação de vida.	2
33	Muitas vezes sinto ansiedade excessiva que frequentemente resulta em um ou mais dos seguintes: incapacidade de relaxar, rigidez muscular, distúrbios do sono, preocupação, falar verbalmente sobre meus problemas para mim mesmo ou para outras pessoas.	1
34	Para mim, é mais fácil perder o autocontrole e rir muito, chorar ou expressar raiva.	1
35	Fico muitas vezes assustado, juntamente com um ou mais dos seguintes: entro em pânico, o meu coração bate rápido, sinto falta de ar. (A-9)	1
36	Às vezes fico tão chateado que poderia matar pessoas. (A-10)	1
37	Às vezes fico tão chateado que bato nas pessoas.	1
38	Muitas vezes, fico chateado quando os outros me dão conselhos.	1
39	As pessoas costumam dizer-me que tenho um mau temperamento.	1

Cognitivo (iv)

Nº	Pergunta	Resposta
40	Eu não gosto de mim mesmo. (C-1)	1
41	Frequentemente ofendo-me, chamando-me de "estúpido", "idiota" ou "burro".	2
42	Geralmente falho quando tento fazer alguma coisa.	2
44	44. Não confio nas pessoas. (C-2)	2
45	As outras pessoas costumam mentir sobre mim.	4
46	Os meus problemas são avassaladores e não podem ser resolvidos. (C-3)	1
47	Não tenho problemas em resolver as coisas com as outras pessoas.	5
48	Tenho dificuldade em lembrar-me de coisas simples como: a minha	1

	morada, o meu número de telefone e nomes de amigos próximos ou familiares. (C-4)	
49	Não me lembro das coisas tão bem quanto a maioria das pessoas, como nomes, o que fiz ontem ou coisas do meu passado. (C-5)	1
50	Não tenho problemas. (C-7)	3
51	Não desejo fazer nenhuma mudança na minha vida; estou feliz do jeito que as coisas estão. (C-6, C-7, C-8)	2
52	Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo sem solução do que gastar muito tempo a tentar resolvê-lo. (C-9)	1
53	Fico chateado se passo muito tempo a tentar resolver um problema.	1
54	Tenho dificuldade em seguir instruções. (C-10)	1
55	Não gosto de seguir instruções dadas por outras pessoas.	1

Comportamento (iii)

Nº	Pergunta	Resposta
56	Parece que faço sempre o que os outros querem fazer, em vez do que eu gostaria de fazer. (B-1)	3
57	Durante uma discussão de grupo, acho difícil expressar as minhas próprias opiniões, principalmente se estas divergirem das opiniões dos outros membros do grupo.	2
58	Tenho dificuldade em concentrar-me numa coisa por muito tempo. (B-2)	2
59	Nunca interrompo os outros durante as discussões. (B-3)	4
60	Deixo as pessoas chateadas quando digo ou faço coisas erradas.	3
61	Acho difícil olhar para a pessoa com quem estou a falar. (B-4)	1
62	As pessoas ficam chateadas comigo quando eu lhes digo o que quero. (B-S)	2
63	Prefiro que os outros tomem as decisões por mim. (B-6)	2
64	Quando as pessoas fazem algo que eu não gosto, eu tendo a cooperar com elas (por exemplo, adiar coisas que elas querem que eu faça; ser teimoso; participar nas suas atividades sem entusiasmo; não fazer um trabalho tão bom quanto eu faria se estivesse mais satisfeito). (B-6)	N/A

65	Tendo a gritar com as pessoas e chamá-las de nomes depreciativos (por exemplo, estúpido, idiota) quando elas fazem algo que eu não gosto. (B-7)	1
66	Muitas das vezes, perco a paciência e discuto com as pessoas.	1
67	Frequentemente perco a paciência e bato nas pessoas. (B-8)	1

Drogas (uso ou abuso de substâncias, físico e comunicação) (v)

Nº	Pergunta	Resposta
68	Eu bebo excessivamente com frequência em casa ou em bares. (D-1.1)	2
69	Eu consumo drogas nas minhas horas vagas.	1
70	Não tenho problemas de abuso de substâncias (D-1.2)	1
71	Consumo drogas ou bebo álcool para lidar com o stress da minha vida e para relaxar. (D-1.3)	1
72	Não pratico exercício regularmente. (D-2.1)	2
73	Eu tomo banho diariamente. (D-2.2)	5
74	Frequentemente sinto um ou mais dos seguintes sintomas: insônia, falta de resistência muscular, falta de jeito. (D-2.3 a D-2.7)	2
75	As pessoas têm dificuldade em entender-me quando falo. (D-3.1 a D-3.7)	2

ANEXO D - Resultados dos testes Multimodal Psychiatric Music Therapy (PMTQ) da
Luísa

PMTQ

Respondido dia 15/04/2025

- 1 – Discordo totalmente
 2 – discordo
 3 – neutro
 4 – concordo
 5 – concordo fortemente

Nº	Pergunta	Resposta
1	Gostaria de participar num grupo de canto que tivesse um pianista ou guitarrista a acompanhar o grupo. (viii)	1
2	Gostaria de cantar no palco diante de uma plateia.	1
3	Gostaria de aprender a tocar um instrumento musical.	3

Interpessoal (v)

Nº	Pergunta	Resposta
1	Prefiro ficar sozinho do que estar com pessoas. (IS-1)	4
2	Acho difícil fazer amigos.	4
3	Não tenho amigos próximos.	4
4	É fácil para mim conversar com as pessoas.	2
5	É difícil para mim falar quando estou em um grupo de pessoas.	4
6	Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo.	3
7	Não tenho um hobby; raramente faço algo apenas por diversão. (IS-2, IS-4)	4
8	Prefiro ficar sozinho ou não fazer nada do que fazer algo divertido com outras pessoas.	3
9	Para além de dormir ou ver televisão, não tenho mais nada para fazer no meu tempo livre.	4
10	Muitas das vezes, meto-me em problemas por não seguir regras (por exemplo, fumar, comer ou beber onde é proibido). (IS-3)	1

11	Amizades ou relacionamentos com outras pessoas geralmente não duram mais de um ano. (IS-5)	1
----	--	---

12 Discuto muito com meu marido/esposa/ família.**4**

13	Eu sentir-me-ia muito desconfortável a contar a um grupo os meus gostos, desgostos e experiências pessoais. (IS-6)	3
14	Não tenho dificuldade em ser aceite por grupos comunitários (por exemplo, igreja, grupos de serviço) nem em ser convidado para os seus eventos (por exemplo, festas, "encontros"). (IS-7)	2
15	Prefiro sentar-me atrás dos membros do grupo ou sentar-me sozinho, do que sentar com o grupo. (IS-8)	3
16	Eu digo as coisas certas quando tento fazer amizade com o sexo oposto. (IS-9)	3
17	Ouvir os problemas dos outros é chato; fico impaciente. (IS-10)	2

Afeto (iv)**Nº Pergunta****Resposta**

18	As pessoas não conseguem perceber quando estou feliz, triste ou animado. (A-1)	4
19	Raramente me sinto feliz, triste, animado ou sorrio.	4
20	Consigo perceber facilmente quando as outras pessoas estão felizes, tristes ou animadas.	4
21	Eu nunca me preocupo com nada. (A-2)	1
22	Eu nunca fico chateado com as pessoas.	2
23	Frequentemente sinto raiva e stress. (A-3)	2
24	Muitas vezes magoo os sentimentos dos meus amigos.	2
25	Eu bato frequentemente em outras pessoas. (A-3, A-10)	1
26	Muitas vezes sinto que tenho uma quantidade enorme de energia (por exemplo, dificuldade para dormir, movimento e conversação constantes). (A-4)	4
27	Muitas vezes sinto que não tenho energia e sinto-me muito triste. (A-5)	3

28	Frequentemente, sinto-me deprimido.	3
29	Frequentemente sinto vontade de me matar ou me magoar. (A-6)	2
30	Muitas vezes desejo estar morto.	2
31	Sinto muita ansiedade (A-7).	4
32	Por vezes, sinto ansiedade excessiva devido a um ou mais dos seguintes motivos: problemas presentes ou passados com outras pessoas, preocupação com o futuro e a minha situação de vida.	4
33	Muitas vezes sinto ansiedade excessiva que frequentemente resulta em um ou mais dos seguintes: incapacidade de relaxar, rigidez muscular, distúrbios do sono, preocupação, falar verbalmente sobre meus problemas para mim mesmo ou para outras pessoas.	1
34	Para mim, é mais fácil perder o autocontrole e rir muito, chorar ou expressar raiva.	3
35	Fico muitas vezes assustado, juntamente com um ou mais dos seguintes: entro em pânico, o meu coração bate rápido, sinto falta de ar. (A-9)	3
36	Às vezes fico tão chateado que poderia matar pessoas. (A-10)	1
37	Às vezes fico tão chateado que bato nas pessoas.	1
38	Muitas vezes, fico chateado quando os outros me dão conselhos.	1
39	As pessoas costumam dizer-me que tenho um mau temperamento.	1

Cognitivo (iv)

Nº	Pergunta	Resposta
40	Eu não gosto de mim mesmo. (C-1)	3
41	Frequentemente ofendo-me, chamando-me de "estúpido", "idiota" ou "burro".	4
42	Geralmente falho quando tento fazer alguma coisa.	3
44	44. Não confio nas pessoas. (C-2)	2
45	As outras pessoas costumam mentir sobre mim.	2
46	Os meus problemas são avassaladores e não podem ser resolvidos. (C-3)	3
47	Não tenho problemas em resolver as coisas com as outras pessoas.	3

48	Tenho dificuldade em lembrar-me de coisas simples como: a minha morada, o meu número de telefone e nomes de amigos próximos ou familiares. (C-4)	3
49	Não me lembro das coisas tão bem quanto a maioria das pessoas, como nomes, o que fiz ontem ou coisas do meu passado. (C-5)	4
50	Não tenho problemas. (C-7)	3
51	Não desejo fazer nenhuma mudança na minha vida; estou feliz do jeito que as coisas estão. (C-6, C-7, C-8)	1
52	Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo sem solução do que gastar muito tempo a tentar resolvê-lo. (C-9)	2
53	Fico chateado se passo muito tempo a tentar resolver um problema.	2
54	Tenho dificuldade em seguir instruções. (C-10)	5
55	Não gosto de seguir instruções dadas por outras pessoas.	5

Comportamento (iii)

Nº	Pergunta	Resposta
56	Parece que faço sempre o que os outros querem fazer, em vez do que eu gostaria de fazer. (B-1)	4
57	Durante uma discussão de grupo, acho difícil expressar as minhas próprias opiniões, principalmente se estas divergirem das opiniões dos outros membros do grupo.	4
58	Tenho dificuldade em concentrar-me numa coisa por muito tempo. (B-2)	4
59	Nunca interrompo os outros durante as discussões. (B-3)	4
60	Deixo as pessoas chateadas quando digo ou faço coisas erradas.	2
61	Acho difícil olhar para a pessoa com quem estou a falar. (B-4)	3
62	As pessoas ficam chateadas comigo quando eu lhes digo o que quero. (B-S)	3
63	Prefiro que os outros tomem as decisões por mim. (B-6)	3
64	Quando as pessoas fazem algo que eu não gosto, eu tendo a cooperar com elas (por exemplo, adiar coisas que elas querem que eu faça; ser teimoso; participar nas suas atividades sem entusiasmo; não fazer um	2

	trabalho tão bom quanto eu faria se estivesse mais satisfeito). (B-6)	
65	Tendo a gritar com as pessoas e chamá-las de nomes depreciativos (por exemplo, estúpido, idiota) quando elas fazem algo que eu não gosto. (B-7)	1
66	Muitas das vezes, perco a paciência e discuto com as pessoas.	3
67	Frequentemente perco a paciência e bato nas pessoas. (B-8)	1

Drogas (uso ou abuso de substâncias, físico e comunicação) (v)

Nº	Pergunta	Resposta
68	Eu bebo excessivamente com frequência em casa ou em bares. (D-1.1)	1
69	Eu consumo drogas nas minhas horas vagas.	1
70	Não tenho problemas de abuso de substâncias (D-1.2)	1
71	Consumo drogas ou bebo álcool para lidar com o stress da minha vida e para relaxar. (D-1.3)	1
72	Não pratico exercício regularmente. (D-2.1)	5
73	Eu tomo banho diariamente. (D-2.2)	5
74	Frequentemente sinto um ou mais dos seguintes sintomas: insônia, falta de resistência muscular, falta de jeito. (D-2.3 a D-2.7)	4
75	As pessoas têm dificuldade em entender-me quando falo. (D-3.1 a D-3.7)	3

PMTQ

Respondido dia 01/07/2025

- 1 – Discordo totalmente
 2 – discordo
 3 – neutro
 4 – concordo
 5 – concordo fortemente

Nº	Pergunta	Resposta
1	Gostaria de participar num grupo de canto que tivesse um pianista ou guitarrista a acompanhar o grupo. (viii)	1
2	Gostaria de cantar no palco diante de uma plateia.	1
3	Gostaria de aprender a tocar um instrumento musical.	4

Interpessoal (v)

Nº	Pergunta	Resposta
1	Prefiro ficar sozinho do que estar com pessoas. (IS-1)	3
2	Acho difícil fazer amigos.	4
3	Não tenho amigos próximos.	2
4	É fácil para mim conversar com as pessoas.	2
5	É difícil para mim falar quando estou em um grupo de pessoas.	4
6	Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo.	2
7	Não tenho um hobby; raramente faço algo apenas por diversão. (IS-2, IS-4)	3
8	Prefiro ficar sozinho ou não fazer nada do que fazer algo divertido com outras pessoas.	2
9	Para além de dormir ou ver televisão, não tenho mais nada para fazer no meu tempo livre.	2
10	Muitas das vezes, meto-me em problemas por não seguir regras (por exemplo, fumar, comer ou beber onde é proibido). (IS-3)	1

11	Amizades ou relacionamentos com outras pessoas geralmente não duram mais de um ano. (IS-5)	1
12	Discuto muito com meu marido/esposa/ família.	1
13	Eu sentir-me-ia muito desconfortável a contar a um grupo os meus gostos, desgostos e experiências pessoais. (IS-6)	1
14	Não tenho dificuldade em ser aceite por grupos comunitários (por exemplo, igreja, grupos de serviço) nem em ser convidado para os seus eventos (por exemplo, festas, "encontros"). (IS-7)	2
15	Prefiro sentar-me atrás dos membros do grupo ou sentar-me sozinho, do que sentar com o grupo. (IS-8)	2
16	Eu digo as coisas certas quando tento fazer amizade com o sexo oposto. (IS-9)	3
17	Ouvir os problemas dos outros é chato; fico impaciente. (IS-10)	2

Afeto (iv)**Nº Pergunta****Resposta**

18	As pessoas não conseguem perceber quando estou feliz, triste ou animado. (A-1)	3
19	Raramente me sinto feliz, triste, animado ou sorrio.	2
20	Consigo perceber facilmente quando as outras pessoas estão felizes, tristes ou animadas.	4
21	Eu nunca me preocupo com nada. (A-2)	1
22	Eu nunca fico chateado com as pessoas.	2
23	Frequentemente sinto raiva e stress. (A-3)	1
24	Muitas vezes magoo os sentimentos dos meus amigos.	2
25	Eu bato frequentemente em outras pessoas. (A-3, A-10)	1
26	Muitas vezes sinto que tenho uma quantidade enorme de energia (por exemplo, dificuldade para dormir, movimento e conversação constantes). (A-4)	1
27	Muitas vezes sinto que não tenho energia e sinto-me muito triste. (A-5)	3
28	Frequentemente, sinto-me deprimido.	2

29	Frequentemente sinto vontade de me matar ou me magoar. (A-6)	2
30	Muitas vezes desejo estar morto.	2
31	Sinto muita ansiedade (A-7).	1
32	Por vezes, sinto ansiedade excessiva devido a um ou mais dos seguintes motivos: problemas presentes ou passados com outras pessoas, preocupação com o futuro e a minha situação de vida.	1
33	Muitas vezes sinto ansiedade excessiva que frequentemente resulta em um ou mais dos seguintes: incapacidade de relaxar, rigidez muscular, distúrbios do sono, preocupação, falar verbalmente sobre meus problemas para mim mesmo ou para outras pessoas.	1
34	Para mim, é mais fácil perder o autocontrole e rir muito, chorar ou expressar raiva.	1
35	Fico muitas vezes assustado, juntamente com um ou mais dos seguintes: entro em pânico, o meu coração bate rápido, sinto falta de ar. (A-9)	1
36	Às vezes fico tão chateado que poderia matar pessoas. (A-10)	1
37	Às vezes fico tão chateado que bato nas pessoas.	1
38	Muitas vezes, fico chateado quando os outros me dão conselhos.	1
39	As pessoas costumam dizer-me que tenho um mau temperamento.	1

Cognitivo (iv)

Nº	Pergunta	Resposta
40	Eu não gosto de mim mesmo. (C-1)	1
41	Frequentemente ofendo-me, chamando-me de "estúpido", "idiota" ou "burro".	2
42	Geralmente falho quando tento fazer alguma coisa.	1
44	44. Não confio nas pessoas. (C-2)	2
45	As outras pessoas costumam mentir sobre mim.	2
46	Os meus problemas são avassaladores e não podem ser resolvidos. (C-3)	3
47	Não tenho problemas em resolver as coisas com as outras pessoas.	3
48	Tenho dificuldade em lembrar-me de coisas simples como: a minha	3

	morada, o meu número de telefone e nomes de amigos próximos ou familiares. (C-4)	
49	Não me lembro das coisas tão bem quanto a maioria das pessoas, como nomes, o que fiz ontem ou coisas do meu passado. (C-5)	1
50	Não tenho problemas. (C-7)	2
51	Não desejo fazer nenhuma mudança na minha vida; estou feliz do jeito que as coisas estão. (C-6, C-7, C-8)	2
52	Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo sem solução do que gastar muito tempo a tentar resolvê-lo. (C-9)	2
53	Fico chateado se passo muito tempo a tentar resolver um problema.	2
54	Tenho dificuldade em seguir instruções. (C-10)	4
55	Não gosto de seguir instruções dadas por outras pessoas.	2

Comportamento (iii)

Nº	Pergunta	Resposta
56	Parece que faço sempre o que os outros querem fazer, em vez do que eu gostaria de fazer. (B-1)	4
57	Durante uma discussão de grupo, acho difícil expressar as minhas próprias opiniões, principalmente se estas divergirem das opiniões dos outros membros do grupo.	4
58	Tenho dificuldade em concentrar-me numa coisa por muito tempo. (B-2)	2
59	Nunca interrompo os outros durante as discussões. (B-3)	4
60	Deixo as pessoas chateadas quando digo ou faço coisas erradas.	2
61	Acho difícil olhar para a pessoa com quem estou a falar. (B-4)	4
62	As pessoas ficam chateadas comigo quando eu lhes digo o que quero. (B-S)	3
63	Prefiro que os outros tomem as decisões por mim. (B-6)	3
64	Quando as pessoas fazem algo que eu não gosto, eu tendo a cooperar com elas (por exemplo, adiar coisas que elas querem que eu faça; ser teimoso; participar nas suas atividades sem entusiasmo; não fazer um trabalho tão bom quanto eu faria se estivesse mais satisfeito). (B-6)	2

65	Tendo a gritar com as pessoas e chamá-las de nomes depreciativos (por exemplo, estúpido, idiota) quando elas fazem algo que eu não gosto. (B-7)	2
66	Muitas das vezes, perco a paciência e discuto com as pessoas.	2
67	Frequentemente perco a paciência e bato nas pessoas. (B-8)	2

Drogas (uso ou abuso de substâncias, físico e comunicação) (v)

Nº	Pergunta	Resposta
68	Eu bebo excessivamente com frequência em casa ou em bares. (D-1.1)	1
69	Eu consumo drogas nas minhas horas vagas.	1
70	Não tenho problemas de abuso de substâncias (D-1.2)	5
71	Consumo drogas ou bebo álcool para lidar com o stress da minha vida e para relaxar. (D-1.3)	1
72	Não pratico exercício regularmente. (D-2.1)	3
73	Eu tomo banho diariamente. (D-2.2)	5
74	Frequentemente sinto um ou mais dos seguintes sintomas: insônia, falta de resistência muscular, falta de jeito. (D-2.3 a D-2.7)	2
75	As pessoas têm dificuldade em entender-me quando falo. (D-3.1 a D-3.7)	3

ANEXO E – Letra e acordes da Canção “Coisas Belas” do Miguel

F Am Dm Dm (b6, no 5º)

Na vida tenho encontrado coisas belas, aqui

F Am Dm Dm (b6, no 5º)

O Sol que bate na janela, faz me sentir feliz

F Am Dm Dm (b6, no 5º)

Toco nas estrelas do céu, que estão a olhar para mim

F Am Dm Dm (b6, no 5º)

De noite, sussurram, olha por mim, amor

G B C G

Amor, não estás só, somos muitos a olhar por ti

G B C

Pergunto estás a ouvir, consegues escutar

G E

A nossa voz a aclamar por ti

F Am Dm Dm (b6, no 5º)

Nunca pensei perder-te, assim

F **Am** **Dm** **Dm (b6, no 5º)**

Chorei tanto por ti, que quase me esqueci de mim

F **Am** **Dm** **Dm (b6, no 5º)**

Oh Estrela, faz-me lembrar, tudo o que passamos os dois

F **Am**

Uma vida feliz, sem medo

Dm **F**

De encontrar um amor como tu

ANEXO F – Letra e acordes da Canção “Lá no Monte” do Miguel

Gm

Lá no monte

Cm

O sol brilha

D**Gm**

Encantados os olhos ficam

*(Cantigo em “Lai Lai Lai” ao som dos acordes escritos)***Gm**

Lá na noite

Cm

Encantada

D**Gm**

A verdade é revelada

*(Cantigo em “Lai Lai Lai” ao som dos acordes escritos)***Bb**

Na Janela

F#

Olho para cima

A**Acorde especial (G#, C, Eb)**

Cuida bem deste Menino

ANEXO G – História “Borboleta de Asas Grandes”

A Borboleta de Asas Grandes

Era uma vez uma borboleta que vivia numa floresta muito bonita. Nesse pequeno recanto, vivia Ângela que gostava de aproveitar sempre os raios de sol da Primavera para se aquecer a si e às suas grandes asas.

Certo dia, Ângela estava a esvoaçar sobre um grande prado verde, que tinha também algumas flores.

Ela sentia-se, pois, muito feliz porque se sentia realizada por estar sempre perto dos seus familiares e por poder fazer o que mais gosta, voar. De todas as espécies de borboletas, a de Ângela era aquela que possuía asas maiores. Havia até um certo sentimento de inveja entre as borboletas da espécie da Ângela e as demais.

- Olá, bom dia, malmequeres! Bom dia, margaridas! E bom dia, papoilas! - A Ângela sentia-se feliz quase todos os dias, de tal forma que “espalhava” assim a sua boa disposição, apesar de saber que outras borboletas não gostavam dela.

- Bom, agora só me falta cumprimentar a minha família e as outras borboletas de asas menores. - Pensou Ângela para consigo. - E tem de ser rápido porque hoje tenho muito que fazer. - A Ângela era uma borboleta muito bem-organizada que gostava de cumprir os seus próprios horários e sentia-se baralhada quando não conseguia fazer isso. Tal como em tantas outras florestas, havia outros animais. Esquilos, camaleões, raposas e insetos de porte menor como formigas, joaninhas, bichos-de-conta e outros.

- Que linda borboleta é a Ângela. - Comentavam eles.

A Ângela gostava muito de ter asas grandes porque assim podia voar mais alto e ver mais coisas. Sempre que levantava voo, via coisas que só as borboletas da sua família conseguiam ver, como por exemplo, o mar. Os outros animais sabiam da existência dele, mas nunca o viram, apenas sabiam como era pela descrição que os seus observadores lhe faziam, inundando-lhes, assim, a sua imaginação. Ao contrário das

borboletas de asas menores, que não conseguiam perceber a razão pela qual essa possibilidade lhes era vedada, apenas pelo tamanho das suas asas.

Tudo estava a correr bem na vida da Ângela. Porém, um dia, coisas menos positivas começaram a acontecer. A Ângela começou a sentir-se doente e sempre que tentava voar bem alto, não conseguia. E o mais grave é que, quando apenas tentava voar, nem sempre conseguia. A Ângela começou a sentir-se triste porque nunca pensou que tal coisa lhe pudesse acontecer.

A Ângela tinha um amigo com quem costumava desabafar quando se sentia mal. Esse amigo era um rouxinol que se chamava Verdi. Ele gostava muito de cantar e de ouvir música. Mas não era uma música qualquer.

Ele deleitava-se ao ouvir os sons da Natureza: a água a passar no rio e nos riachos, as folhas das árvores a bailar com o soprar do vento, o galope dos cavalos, ora mais lento, ora mais frenético, o cantar das aves de outras espécies, entre outros. A Ângela foi ter com ele, dirigindo-se, já com alguma dificuldade, a uma árvore onde ele costumava estar. O Verdi disse-lhe que devia dar tempo ao tempo, que é normal de vez em quando esse tipo de coisas acontecerem na vida.

- Na minha opinião, estás a ficar doente por causa da inveja, Ângela. - Disse o Verdi.
- Inveja? Mas, eu não tenho inveja de ninguém.
- Não me interpretes mal, Ângela. A inveja de que estou a falar não vem de ti, mas de quem não suporta ver-te feliz.
- Achas mesmo? Mas quem teria inveja de mim? E porquê?
- As borboletas de asas menores, são elas que têm inveja de ti.
- Não, não pode ser! Eu nunca lhes fiz mal! Eu sempre as ajudei quando precisavam! É impossível! Como podes ter tanta certeza?!
- Pois, Ângela, até a mim me custa admiti-lo, mas é verdade. E eu sei-o porque os meus ouvidos o constatarem. Essas borboletas parecem ter um bom coração, mas,

quando não estás presente, têm o maior prazer em falar mal de ti. Dizem que és uma desastrada e que não mereces ter asas desse tamanho.

- Desastrada, eu? Mas como?
- Eu apanhei-as a comentar que um dia tu chegaste ao pé delas e disseste “bom dia” em vez de “boa tarde”. Disseram também que, por isso, eras tolinha e andavas no mundo da lua.
- A sério? Ah! Já me lembro! Mas isso aconteceu só porque um dia destes acordei mais tarde do que o habitual. Não devia ter sido assunto de conversa e cochicho entre elas, afinal de contas, pode acontecer a qualquer um.
- Pois, também concordo contigo. Mas elas são mesquinhas o suficiente para fazer disso um “assunto”.
- E agora, quem paga sou eu, que estou aqui, doente, sem poder fazer nada, sem voar e sem poder contemplar o que me rodeia.

A Ângela começou, assim, a ficar preocupada com a sua própria saúde e isso também fez com que o seu estado piorasse. Ela ficou tão mal de saúde que, por incrível que pareça, começaram a aparecer sinais de que ela estava a regressar ao seu estado inicial de larva. As suas asas começaram a ficar pequenas e a cor do seu corpo, que era amarela, começou a ficar gradualmente cinzenta. E o seu estado de espírito também não estava nada bem. Cada vez que interagia ou passava por uma borboleta de asas pequenas, sentia-se muito triste porque sabia que tinham inveja dela.

Ai, quem me dera ir para bem longe daqui...Não me sinto nada bem... Estou tão triste e cada vez mais feia...- Disse a borboleta ao olhar-se ao espelho. - Quem me dera que alguém me pudesse ajudar a sair deste “buraco”.

Os pais da Ângela, ao verem a sua filha a definhar com o passar dos dias, foram falar com o Verdi, para verem se, de algum modo, a poderia ajudar.

- Verdi, sabemos que és um amigo muito próximo da Ângela. Ela está muito doente e parece que está a voltar à fase de larva. Tememos pelo que lhe possa acontecer nos próximos tempos. Não conseguimos conceber a ideia de perder a Ângela de vez... Será que nos podes ajudar de algum modo? - Suplicaram os pais de Ângela.
- Bem, para vos poder ajudar, tenho que me concentrar na causa do problema. Estou plenamente convicto de que a Ângela infelizmente mergulhou nesta doença devido às más línguas que foram surgindo em torno dela.
- Mas, como assim? Para nós, ela sempre foi uma menina de ouro e nunca ninguém se queixou dela a nós.
- Realmente, a Ângela é uma joia de borboleta e foi precisamente isso que iniciou a inveja que recaí sobre ela e que a adoentou.
- Inveja? Ah, espera lá! Já sei de quem estás a falar. As borboletas de asas menores!
- Sim, elas mesmo.

Os pais da Ângela perceberam então como e contra o quê teriam de lutar para tentar salvar a sua filha. Falaram desta situação com várias borboletas de asas menores e ao admoestá-las, disseram-lhes que deixassem de falar com inveja contra a Ângela. Algumas, aceitaram e pediram desculpa. Outras, resistiram e continuaram a falar mal da Ângela, mesmo tendo concordado em conversa com os pais dela em deixarem de o fazer.

Certo dia, o Verdi estava a passar por um sítio calmo, onde passavam as águas de um riacho. Mas por incrível que pareça, a Ângela não estava lá. O Verdi achou isso muito estranho e foi procurar noutros sítios onde a Ângela gostava de ir. Mas, nada. Não havia nem sinal dela. O Verdi, preocupado, foi a casa dela perguntar aos pais se sabiam de alguma coisa, mas a resposta foi negativa.

- Mas, como é que isto é possível? - Perguntou o Verdi aos pais da Ângela.

- Verdi, estamos tão admirados como tu. Ontem, ela levantou-se e saiu de casa. Nós ficámos a pensar que ela ia para algum sítio da preferência dela e nem perguntamos nada. Mas, depois, ficou de noite e ela nunca mais aparecia. No dia seguinte, nós os dois, apavorados, fomos à procura dela e não a encontramos. -

Disseram os pais da Ângela. - E como é que ela estava? Perguntou o Verdi.

Bem, ela não estava lá muito bem. Pouco ou nada falava, tinha uma cara triste, embora eu lhe dissesse que o que os outros dizem não importa. E, ainda por cima, a coitadinha ficou com a cara cinzenta. Tinha razões para estar triste...- Afirmou o pai da Ângela. - Mas não foi só o aspeto físico que a levou a afastar-se. Foi também, como vos disse, a inveja que têm dela. Isso afetou-a muito porque ela sempre gostou de todos por igual e não esperava que a fossem tratar assim. De tal modo que, a maneira que ela viu como escape para se afastar deste sofrimento foi ir-se embora. -Explicou o Verdi.

- Mas, assim? Sem nos dizer nada e deixando-nos tão preocupados com ela? - perguntou a mãe de Ângela.
- Sim, pois...Lamento, mas, eu, no lugar dela, faria o mesmo. Mas apenas pelo fato de que, se vocês soubessem que ela iria se afastar, fariam tudo para que ela não o fizesse com medo de perigos. Só nos resta continuar a procurá-la e ver as coisas pelo lado positivo. Se isto não tivesse acontecido, ela continuaria a sofrer de tristeza.

A Ângela tinha decidido fugir para longe dos pais porque a sua saúde estava cada vez pior. Mas ela, felizmente, descobriu que, o facto de estar doente, não era assim tão mau. A Ângela foi se apercebendo que estava a passar pelo fenómeno pouco habitual de regressão de uma borboleta ao estado de casulo. Com o passar do tempo, os

pais da Ângela, que não se aperceberam da naturalidade desse acontecimento, foram se conformando com a ausência da filha, embora sentissem muitas saudades dela.

Entretanto, depois de ter estado algum tempo dentro de um casulo, a Ângela finalmente voltou ao estado de borboleta. E isto aconteceu por se ter afastado da inveja das borboletas de asas menores.

- Aquela Ângela finalmente teve o que merecia, ficou doente! Quem lhe mandou andar aí a mostrar que tem asas maiores que as nossas? Foi muito bem-feito! - Disse uma das outras borboletas.

As borboletas de asas menores estavam satisfeitíssimas por a Ângela ter desaparecido. E além disso, não tinham pena nenhuma dos pais dela por também terem asas grandes e também por serem os pais dela.

Certo dia, a Ângela, como quase sempre, estava a voar bem alto, como sempre gostou de fazer. Nisto, sem se aperceber, começou a ser avistada no céu por alguém que gosta muito dela.

- Ângela! Ângela! Sou eu, o Verdi! Olha para mim! Olha para baixo! Estou aqui!
- Gritou o Verdi surpreso, depois de, inesperadamente, a ter visto nas alturas.

O Verdi observou que o aspeto da Ângela tinha voltado ao normal. As suas asas ainda eram grandes. Depois do entusiasmo que sentiu logo de início, voltou a sentir preocupação por ela. As borboletas de asas menores em nada tinham mudado e ele receou que a Ângela tivesse de passar por tudo o que aconteceu novamente. Embora o Verdi tivesse gritado a plenos pulmões para que a Ângela o avistasse, ela não respondeu. O Verdi perguntou-se: - Será que ela não me ouviu? Ou será que está tão feliz que já não quer saber de nós? Após algum tempo sem resposta da borboleta que, ainda com grandes asas, esvoaçava nas alturas, o Verdi desistiu de chamá-la.

- Vi-a a voar como borboleta nos céus, bem alto, com asas grandes, como as que teve antes de desaparecer. - Contou Verdi aos pais da Ângela.

Passaram-se alguns anos e, tanto os pais da Ângela como o Verdi contentaram-se em apenas preservar as memórias que tinham da Ângela que, pensaram, nunca mais voltaria.

Mas, certo dia, o improvável aconteceu. O Verdi, tal como todos os dias, estava a passear na floresta, sobrevoando-a. Fez, como sempre, o mesmo percurso, exceto no final. Decidiu afastar-se um pouco mais da floresta, simplesmente para variar, para ser diferente. Como em todos os trajetos matinais, o Verdi estava a cantarolar como qualquer rouxinol. Por coincidência ou não, a Ângela ouviu-o ao longe. Decidiu aproximar-se, já que reconhecia aquele som e lhe fazia lembrar do Verdi.

E, para espanto dela, não é que era mesmo ele?! A Ângela aproximou-se dele de imediato e a alegria instalou-se em ambos os rostos por se voltarem a ver novamente, depois de tanto tempo. O Verdi, depois de ser posta a conversa em dia, lembrou a Ângela de que se estava a aproximar a data de um evento importante na Floresta.

- Ângela, amanhã é Dia das Borboletas e a floresta vai organizar o Festival Anual das Borboletas. Queres participar cantando uma canção? - Perguntou o Verdi.
- Claro que não, Verdi. Depois de tudo o que me fizeram? Não quero ver essas borboletas de asas menores nem pintadas de ouro! - Respondeu a Ângela.
- Mas não vais ter de te preocupar com isso. O rei e a rainha das borboletas, entre outros convidados ilustres, vão estar presentes. Eles não irão permitir que elas te causem sofrimento. Como sabes, eles são muito retos e não toleram injustiças. - Disse o Verdi.
- Pois, Verdi, eu sei. Mas isso não vai apagar a má recordação do que elas me fizeram. Isso custou-me a minha vida normal. Tive de me afastar e começar de novo, tudo por causa delas. - Explicou a Ângela.
- Eu percebo que, por causa delas, tenhas tido que abdicar de muitas coisas. Mas, lembra-te que nem toda a gente é justa e tem bondade no coração e ninguém está imune a sofrer por causa de gente desse tipo. Sei que tudo isto é difícil de

suportar, mas lembra-te que, para além de teres um bom coração, também és forte o suficiente para superar isto. E a tua participação no festival será demonstração e prova disso. Não te deixes abater pelo que as borboletas de asas menores te fizeram. - Insistiu o Verdi.

- Está bem, Verdi, eu participo no festival. Mas, se alguma vez me sentir envergonhada por aquelas maldosas, abandono aquele local de imediato!

Chegou o Dia das Borboletas e tudo estava preparado para o festival que se iniciaria com um pequeno discurso proferido pelo rei das borboletas.

- Meus caros amigos habitantes da floresta. Sejam bem-vindos a mais um Festival Anual das Borboletas! Para mim e para a rainha borboleta é uma honra e um privilégio organizar todos os anos este festival. Mas, nem só de festa vivemos todos nós. A convivência, ou melhor, a qualidade da convivência entre cada um de nós, é o que nos define como um dos melhores reinos para viver nas redondezas desta floresta. Que o respeito e o bom-senso continuem a ser fatores de atração para haver cada vez mais habitantes nesta região. E que a inveja e a malvadez sejam destronadas do nosso meio para que a nossa preciosa união entre animais de espécies diferentes nunca seja abalada. Pois bem, não vos detenho mais. Que comecem as festividades do Dia das Borboletas!

A ordem estava dada e como o rei das borboletas disse, começaram as comemorações do Dia das Borboletas. Havia várias atividades e diversões, entre elas, uma competição de canto entre borboletas. As de asas menores não participariam, mas, ainda assim, estavam presentes, por uma simples razão. Elas, de alguma forma, souberam que a Ângela iria participar e viram que seria um momento ideal para, mais uma vez, a desestabilizarem.

- Ah, então aquela pindérica vai participar no Concurso de Canto...Pois muito bem, vai ter o que merece! - Disseram as borboletas de asas menores umas para as outras.

Tudo estava a postos para que a Ângela começasse a cantar. Ela já estava no palco. Olhou para a multidão e começou a sentir um certo nervosismo normal nestas situações. Mas, algo a surpreendeu. Lá ao longe, ela viu algumas borboletas de asas menores. A música começou a tocar. A Ângela começou a deixar-se levar pelo fato de estar frente a frente com as suas inimigas, porém, conseguiu acalmar-se e prosseguir com a canção, porque se lembrou daquilo que o Verdi lhe dissera outrora em relação às borboletas de asas menores, para ser forte. Mas, a malvadez das borboletas de asas menores foi mais além e, pouco a pouco, quando a Ângela ainda estava a atuar, começaram a atirar-lhe com ovos e tomates à cara e a insultá-la, à frente de toda a gente.

- Oh, não! Outra vez?! Mas será que isto nunca mais terá fim? - Disse a Ângela com tristeza.

- Parem, suas galdérias invejosas! Parem! - Disse o Verdi, a tentar impedi-las. Este aparato era visível a todos os animais que assistiam ao festival e cedo começaram a ouvir-se comentários negativos em relação ao mesmo. Descontente com o que se estava a passar, o rei das borboletas resolveu intervir para defender a Ângela, sendo ele próprio, uma borboleta de asas menores.

- Chega! Parem essas borboletas mal-educadas! - Ordenou o rei. Os guardas do rei prontificaram-se a apaziguar os ânimos prendendo as borboletas de asas menores por algum tempo. Antes disso, os guardas trouxeram-nas à presença do rei, quando as festividades ainda decorriam.

- É com enorme desagrado que vos recebo aqui, hoje. E também pelas piores razões. Como se atrevem a ser tão desordeiras?

- Mas, sua majestade, nós... - Responderam as borboletas.

- Não há mas nem meio mas! - Interrompeu o rei, zangado. - Deveriam ter a noção que esta brincadeira de mau gosto vos iria custar caro! Agora, só me resta uma coisa, enquanto vossa autoridade: punir-vos. Isso mesmo. E a vossa punição vai ser limpar

todo o espaço em que se está a realizar o festival, para que vos sirva de lição, fiz-me entender? - Ordenou o rei.

- Sim, sua majestade. Responderam as borboletas.

Apesar de ter acontecido este inconveniente entre as borboletas de asas menores e a Ângela, o ambiente era de festa e havia muita animação. Havia carrosséis, carrinhos de choque e barraquinhas de comes e bebes.

Entretanto, passou um ano e as borboletas de asas menores ficaram tão amedrontadas com o castigo que o rei lhes aplicou que nunca mais chatearam nem importunaram a Ângela. O “puxão de orelhas” que receberam fez com que parassem para pensar no que fizeram de mal, de tal forma que se sentiram arrependidas e queriam falar com a Ângela sobre isso. Porém, hesitaram em encontrar-se com ela temendo a sua reação. Em vez disso, enviaram-lhe uma carta a manifestar o seu arrependimento e a dizer que queriam fazer as pazes. A Ângela recebeu a carta, mas no entender dela, era assunto para ser tratado cara a cara, olhos nos olhos e exigiu-lhes, também por carta, um encontro para falar de tudo o que se passou.

- Pois bem, mas eu só vos perdoo se me jurarem que nunca mais se irão meter comigo ou com qualquer outro animal. - Afirmou a Ângela.
- Certo, Ângela, assim será, tens a nossa palavra. - Asseguraram as borboletas.

Desde então, tudo voltou ao normal. A Ângela voltou à floresta e para os seus pais, que ficaram muito contentes de voltar a vê-la. E o Verdi continuou a cantarolar, como sempre o fez, sem se preocupar com o paradeiro da Ângela. Enfim, a harmonia instalou-se na floresta, de tal modo que, com o passar do tempo, as borboletas de asas menores e a Ângela tornaram-se amigas.

FIM

ANEXO H – Canções da História “Borboleta de Asas Grandes”

Borboleta Ângela**C**

Borboleta,
Borboleta

F

que voas, tão alto no céu

C

Não desistas (2x)

F

De tão alto voar (2x)

C

A primavera(2x)

F

Tu irás alcançar(2x)

C

Não tenhas medo(2x)

F

De tão alto voar(2x)

G

A inveja

C

Não te vai derrubar

Verdi – O melhor amigo**C****F**

O rouxinol, é teu amigo

G**C**

Com ele, muito irás cantar

C**F**

O rouxinol, sempre contigo

G**C**

Com ele, podes desabafar