

Universidades Lusíada

Gandarez, André Filipe Bizarro, 2001-

Musicoterapia na reabilitação psicossocial e saúde mental em adultos

<http://hdl.handle.net/11067/8715>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

Este estudo explora o potencial terapêutico da musicoterapia na abordagem dos sintomas negativos em indivíduos com doença mental grave. Realizado no âmbito de uma dissertação de Mestrado em musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, o trabalho foi desenvolvido na Associação Quinta das Pontes, Coimbra. O objetivo principal foi avaliar a eficácia da musicoterapia enquanto terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental, destacando a sua aplicabilidade prática num contexto tra...

This study explores the therapeutic potential of music therapy in addressing negative symptoms in individuals with severe mental illness. Conducted as part of a Master's dissertation in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, the work was developed at Associação Quinta das Pontes, Coimbra. The main objective was to evaluate the effectiveness of music therapy as a complementary treatment for adults with mental illness, emphasizing its practical applicability in a transdisciplinary context...

Palavras Chave

Pessoas com deficiência mental - Reabilitação, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Quinta das Pontes (Penela, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-11-01T06:08:54Z com informação proveniente do Repositório



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

**Musicoterapia na reabilitação psicossocial e saúde
mental em adultos**

Realizado por:
André Filipe Bizarro Gandarez

Supervisionado por:
Professora Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr.^a Ana Catarina Francisco Pereira

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 17 de abril 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 na reabilitação psicossocial e saúde mental em adultos

André Filipe Bizarro Gandarez

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 na reabilitação psicossocial e saúde mental em adultos

André Filipe Bizarro Gandarez

Lisboa

Agosto 2025

André Filipe Bizarro Gandarez

Musicoterapia na reabilitação psicossocial e saúde mental em adultos

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Ana Catarina Francisco Pereira

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autor André Filipe Bizarro Gandarez
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientadora de estágio Dr.^a Ana Catarina Francisco Pereira
Título Musicoterapia na reabilitação psicossocial e saúde mental em adultos
Local Lisboa
Ano 2025

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

GANDAREZ, André Filipe Bizarro, 2001-

Musicoterapia na reabilitação psicossocial e saúde mental em adultos / André Filipe Bizarro Gandarez ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Ana Catarina Francisco Pereira. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - PEREIRA, Ana Catarina Francisco, 1984-

LCSH

1. Pessoas com deficiência mental - Reabilitação
2. Musicoterapia - Prática profissional
3. Associação Quinta das Pontes (Penela, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. People with mental disabilities - Rehabilitation

2. Music therapy - Practice

3. Associação Quinta das Pontes (Penela, Portugal) - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal – Lisbon

LCC

1. ML3920.G36 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo deste relatório de estágio reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor 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, o autor 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. O autor declara, ainda, que não divulga no presente relatório de estágio quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Resumo

Este estudo explora o potencial terapêutico da musicoterapia na abordagem dos sintomas negativos em indivíduos com doença mental grave. Realizado no âmbito de uma dissertação de Mestrado em musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, o trabalho foi desenvolvido na Associação Quinta das Pontes, Coimbra. O objetivo principal foi avaliar a eficácia da musicoterapia enquanto terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental, destacando a sua aplicabilidade prática num contexto transdisciplinar.

Envolveu 18 participantes diagnosticados com doenças mentais graves, residentes numa unidade de cuidados continuados. Os participantes foram organizados em três grupos de musicoterapia. As sessões de grupo decorreram semanalmente durante um período definido. A *Scale for the Assessment for Negative Symptoms* (SANS) foi utilizada para avaliar alterações em cinco domínios: embotamento ou achatamento afetivo, alogia, avolição-apatia, anedonia-associalidade e défice de atenção.

Os resultados indicaram um impacto positivo da musicoterapia na redução dos sintomas negativos entre os participantes. Evidenciaram-se melhorias na capacidade de atenção, expressão afetiva e na experiência de prazer e envolvimento social. Os resultados sugerem que a musicoterapia pode constituir uma intervenção psicossocial eficaz para pessoas com doença mental grave em contextos de cuidados continuados. Tem o potencial de aliviar sintomas negativos, promovendo assim a recuperação funcional e melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Musicoterapia, doença mental grave, reabilitação psicossocial.

Abstract

This study explores the therapeutic potential of music therapy in addressing negative symptoms in individuals with severe mental illness. Conducted as part of a Master's dissertation in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, the work was developed at Associação Quinta das Pontes, Coimbra. The main objective was to evaluate the effectiveness of music therapy as a complementary treatment for adults with mental illness, emphasizing its practical applicability in a transdisciplinary context.

The study involved 18 participants diagnosed with severe mental illnesses, residing in a long-term care unit. Participants were organized into three music therapy groups. Group sessions took place weekly over a defined period. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) was used to evaluate changes in five domains: affective flattening or blunting, alogia, avolition-apathy, anhedonia-asociality, and attentional impairment.

The results indicated a positive impact of music therapy on reducing negative symptoms among the participants. Improvements were observed in attention capacity, affective expression, and in the experience of pleasure and social engagement.

The findings suggest that music therapy can be an effective psychosocial intervention for individuals with severe mental illness in long-term care contexts. It has the potential to alleviate negative symptoms, thereby promoting functional recovery and improving quality of life.

Keywords: Music therapy, severe mental illness, psychosocial rehabilitation.

Lista de Figuras

Figura 1 1ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	48
Figura 2 1ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	49
Figura 3 1ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	50
Figura 4 1ª Avaliação: Anedonia – Não sociabilidade (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	50
Figura 5 1ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	51
Figura 6 2ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	55
Figura 7 2ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	55
Figura 8 2ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	56
Figura 9 2ª Avaliação: Anedonia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	57
Figura 10 2ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	57
Figura 11 1ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	62
Figura 12 1ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	63
Figura 13 1ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	63
Figura 14 1ª Avaliação: Anedonia – Não Sociabilidade (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	64
Figura 15 1ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	64

Figura 16 2ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	68
Figura 17 2ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	69
Figura 18 2ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	69
Figura 19 2ª Avaliação: Anedonia – Não sociabilidade (Scale for the Assessment of Negative Symptoms).....	70
Figura 20 2ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	70

Lista de Tabelas

Tabela 1 Eixos de ação e técnicas de musicoterapia incorporadas pela Abordagem Plurimodal	22
Tabela 2 Dados dos Participantes	39
Tabela 3 Cronograma do Estágio	44
Tabela 4 Agenda Semanal	45
Tabela 5 Plano Terapêutico do Grupo 2	52
Tabela 6 Relação dose-efeito no Grupo 2	58
Tabela 7 Plano Terapêutico do Grupo 3	65
Tabela 8 Relação dose-efeito no Grupo 3	71

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AQDP – Associação Quinta das Pontes

APA – American Psychiatric Association

CACI – Centro de Atividades de Capacitação e Inclusão

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LR – Lar Residencial

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAI – Residência de Autonomização e Inclusão

RAMo – Residência de Apoio Moderado

RTA – Residência de Treino de Autonomia

SANS – Scale for the Assessment of Negative Symptoms

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WFMT – World Federation of Music Therapy

WHO – World Health Organization

Índice

Resumo	i
Abstract.....	iii
Lista de Figuras	v
Lista de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	ix
Índice	xi
Introdução	1
Caracterização da Instituição.....	3
Associação Quinta das Pontes	3
Residência de Apoio Moderado	3
Residência de Treino de Autonomia	4
Caracterização da População-Alvo.....	6
Enquadramento Teórico	7
Saúde e Doença Mental	7
Saúde e Doença Mental em Portugal.....	10
Características das Perturbações Psicopatológicas.....	11
Reabilitação Psicossocial.....	13
Abordagem Transdisciplinar	15
Musicoterapia	17
Musicoterapia na Saúde Mental	17
Abordagem Plurimodal.....	21
Técnicas de Intervenção em Musicoterapia.....	23
Improvisações Musicais Terapêuticas	25
Recriação de Canções	29
Criação de Canções	29
Audição de Música Editada.....	31

Relação Terapêutica na Musicoterapia.....	32
Grupos Terapêuticos.....	34
Objetivo Geral	37
Metodologia.....	38
Participantes.....	38
Instrumentos de Avaliação	40
<i>Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)</i>	41
<i>Music Therapy Assessment Scale (MTAS)</i>	41
Registos de Sessão Grupal.....	42
Procedimentos	43
Métodos e Técnicas	44
Setting Terapêutico.....	44
Agenda Semanal	45
Estudos de Caso.....	46
Estudo de Caso I – Grupo 2.....	46
Identificação e Caracterização do Grupo.....	46
Características Pessoais/Aspetos da Personalidade	46
Avaliação Inicial e Plano Terapêutico	48
Processo Terapêutico.....	52
Resultados.....	54
Conclusão	59
Estudo de Caso II – Grupo 3	60
Identificação e Caracterização do Grupo.....	60
Avaliação Inicial e Plano Terapêutico.....	62
Processo Terapêutico.....	66
Discussão dos Resultados.....	68
Conclusão	72
Outras Intervenções Clínicas	75
Grupo 1	75
Identificação e Caracterização do Grupo 1.....	75

Avaliação Inicial e Objetivos Terapêuticos.....	75
Processo Terapêutico.....	76
Resultados e Discussão.....	76
Discussão dos Resultados.....	78
Conclusões Finais	81
Reflexão Pessoal.....	84
Referências Bibliográficas.....	86
ANEXOS.....	97
Lista de Anexos	99
ANEXO A	101
ANEXO B.....	104
ANEXO C.....	107
ANEXO D	115
ANEXO E.....	117

Musicoterapia na Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental em Adultos

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSMental, 2019), cerca de 22,9% da população portuguesa apresenta uma perturbação psiquiátrica, o que coloca Portugal como o segundo país europeu com maior prevalência destas doenças. As perturbações mentais comuns constituem uma das principais causas de incapacidade laboral, refletindo-se no elevado número de baixas médicas e reformas associadas a problemas de saúde mental (Serviço Nacional de Saúde, 2017; DGS, 2020).

As perturbações psiquiátricas assumem, assim, a dimensão de um crescente problema de saúde pública, acentuado pelo impacto da pandemia, que desencadeou uma crise de saúde com repercussões transversais a todas as faixas etárias. O tratamento em saúde mental implica, para além da intervenção farmacológica, a implementação de abordagens não farmacológicas, as quais têm vindo a ser desenvolvidas e valorizadas nos últimos anos (Escudé, 2022).

A musicoterapia constitui uma intervenção terapêutica reconhecida no âmbito da saúde mental, particularmente no acompanhamento de pessoas com doença mental grave e crónica. A evidência científica existente demonstra que esta abordagem pode promover melhorias significativas ao nível do funcionamento emocional, relacional e social dos utentes, integrando-se de forma eficaz em contextos clínicos multidisciplinares. A sua flexibilidade metodológica possibilita a adaptação às necessidades específicas de cada indivíduo, assumindo-se como um recurso relevante nos processos de reabilitação psicossocial.

O estágio em musicoterapia descrito no presente relatório foi realizado no âmbito da prática supervisionada e da formação académica do estudante, enquadrando-se no plano curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

Para além da implementação de sessões de musicoterapia grupal com os utentes da Associação Quinta das Pontes, este estágio teve como objetivos: avaliar a eficácia da musicoterapia enquanto terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental, destacando a sua aplicabilidade prática num contexto transdisciplinar; e sensibilizar a equipa da AQDP para os benefícios da musicoterapia no contexto dos cuidados em saúde mental e na promoção do bem-estar.

Seguidamente, será apresentada e caracterizada a instituição, com destaque para o serviço específico onde o estágio decorreu e para a população abrangida. Posteriormente, será realizada uma revisão da literatura relativa à saúde mental e à intervenção da musicoterapia junto de adultos com doença mental, contemplando o enquadramento teórico e as técnicas utilizadas. Serão depois enunciados os objetivos e a metodologia do estágio, que inclui a caracterização dos participantes, os instrumentos de avaliação aplicados, os procedimentos adotados, o *setting* terapêutico e o horário. Nos capítulos seguintes, serão descritos dois estudos de caso de forma aprofundada, sendo os restantes acompanhamentos realizados durante o estágio apresentados de forma mais sucinta, juntamente com outras atividades desenvolvidas. O relatório finalizará com a apresentação de conclusões, uma reflexão crítica, referências bibliográficas e anexos.

Caracterização da Instituição

Associação Quinta das Pontes

A Associação Quinta das Pontes (AQDP), fundada no final dos anos 90, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) situada na Freguesia do Espinhal, em Penela, Coimbra, que atende adultos entre 18 e 65 anos com deficiência mental e/ou doença mental, promovendo a sua autonomia (AQDP, 2024b).

A AQDP tem como missão reabilitar e promover a autonomia de pessoas com incapacidades psicossociais, apoiando e garantindo os seus direitos e necessidades de forma personalizada, desenvolvendo a sua autoestima e promovendo a modificação de valores e atitudes para uma mudança positiva de estilo de vida. A visão da associação é integrar ativamente estes indivíduos na sociedade, trabalhando em parceria com as famílias e a comunidade, promovendo aceitação e inclusão social (AQDP, 2024b).

A associação baseia-se em valores como respeito, dignidade, lealdade, justiça, integridade, e ética nas relações. Os seus objetivos incluem promover solidariedade e justiça social, oferecer serviços de qualidade que atendam às necessidades dos utentes, e melhorar continuamente o seu Sistema de Gestão da Qualidade, com foco na satisfação dos utentes e cumprimento dos requisitos legais (AQDP, 2024b).

Entre as respostas sociais e serviços prestados pela AQDP estão o apoio social, gabinete de serviço social, Lar Residencial (LR), Residência de Autonomização e Inclusão (RAI), Centro de Atividades de Capacitação e Inclusão (CACI), além dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental que se divide em duas residências onde irá decorrer este projeto – a Residência de Treino de Autonomia (RTA) e a Residência de Apoio Moderado (RAMo). (AQDP, 2024b).

Residência de Apoio Moderado

A RAMo localizada na vila do Espinhal, certificada em qualidade, é destinada a 8 pessoas com incapacidade psicossocial moderada, decorrente de doença mental grave. Os residentes, clinicamente estabilizados, apresentam ausência de suporte familiar ou social adequado. A intervenção visa a reabilitação e recuperação dessas pessoas, por meio de um processo contínuo e ativo, promovendo a sua autonomia, funcionalidade e reintegração familiar e social. Os principais objetivos incluem a promoção da autonomia, a preservação ou reforço

de capacidades, e a integração social, procurando uma vida comunitária com o máximo de independência possível. Também se trabalha o fortalecimento das famílias e cuidadores, promovendo o seu envolvimento no projeto terapêutico (AQDP, 2024c).

A residência disponibiliza serviços que englobam atividades de reabilitação psicossocial, apoio nas tarefas do dia a dia, suporte psicossocial aos familiares, sensibilização dos cuidadores, acesso a cuidados médicos gerais e de psiquiatria, cuidados de enfermagem, supervisão na administração de medicação, alimentação, higiene, tratamento de roupa, atividades de convívio e lazer. Os apoios especializados são assegurados por profissionais de enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social, reabilitação psicossocial e medicina geral e familiar (AQDP, 2024c).

Os critérios de admissão exigem que os potenciais residentes apresentem incapacidade psicossocial moderada sem suporte familiar, com estabilização clínica e funcionalidade instrumental suficiente, capacidade de mobilidade e segurança, aceitação do programa de reabilitação e do termo de pagamento. Também são admitidos, por até 30 dias consecutivos e no máximo 90 dias por ano, utentes com suporte familiar adequado, para descanso do cuidador principal, desde que cumpram os demais critérios (Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, 2021).

A equipa da RAMo é composta por quatro colaboradores, uma enfermeira especializada em saúde mental e psiquiatria, dois técnicos de reabilitação psicossocial, um diretor técnico, dois assistentes sociais e um psicólogo clínico com especialização cognitivo-comportamental (AQDP, 2024a).

Residência de Treino de Autonomia

A RTA, localizada na vila de Penela, é destinada a 12 pessoas com grau reduzido ou moderado de incapacidade psicossocial devido a doença mental grave. Os residentes encontram-se clinicamente estabilizados e mantêm alguma funcionalidade. A permanência na residência tem uma duração máxima de 12 meses consecutivos, podendo ser prorrogada mediante proposta da equipa técnica e parecer favorável da respetiva Equipa de Coordenação Regional (ECR) (AQDP, 2024d).

A intervenção na residência consiste em um conjunto de ações sequenciais de saúde mental e apoio social, resultantes de uma avaliação conjunta, com o objetivo de reabilitar e recuperar

as pessoas com incapacidade psicossocial. Este processo é entendido como um apoio social ativo e contínuo que visa promover a autonomia e melhorar a funcionalidade dos indivíduos em situação de dependência, facilitando a sua integração familiar e social (AQDP, 2024d).

Os principais objetivos das unidades de cuidados continuados incluem a reabilitação e autonomia dos utentes, a manutenção e reforço das suas competências e capacidades, a integração familiar e social, e a promoção de uma vida comunitária tão independente quanto possível. Além disso, pretende-se fortalecer as capacidades das famílias e cuidadores, proporcionando-lhes ferramentas para lidar com as situações decorrentes e incentivando a sua participação nos cuidados (AQDP, 2024d).

A residência oferece uma variedade de serviços, como atividades diárias de reabilitação psicossocial, apoio psicossocial a familiares e cuidadores informais, sensibilização e formação para cuidadores, acesso a cuidados de saúde gerais e psiquiátricos, cuidados de enfermagem, treino e supervisão na gestão de medicação, alimentação, cuidados de higiene e conforto, tratamento de roupa, e atividades de convívio e lazer. Os apoios especializados incluem serviços de enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social, medicina geral e familiar, e reabilitação psicossocial (AQDP, 2024d).

Os critérios de admissão na RTA requerem, cumulativamente, um grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial, estabilização clínica da fase aguda da doença sem comportamentos que comprometam a convivência, funcionalidade básica conservada ou adquirida em processos de reabilitação anterior, necessidade de supervisão nas atividades diárias, e aceitação do programa de reabilitação e do termo de pagamento (Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, 2021).

A equipa é composta por seis colaboradores, uma enfermeira especializada em saúde mental e psiquiatria, dois técnicos de reabilitação psicossocial, um diretor técnico, dois assistentes sociais e um psicólogo clínico com especialização cognitivo-comportamental (AQDP, 2024a).

Caracterização da População-Alvo

A Associação Quinta das Pontes é uma instituição que acolhe adultos de todos os sexos, com idades entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de doença mental e/ou deficiência intelectual.

Conforme o nível de funcionamento de cada utente, eles são direccionados para a resposta social mais adequada, incluindo a RAI, o LR, a RAMo, a RTA e o CACI.

Atualmente, a idade média dos utentes da RAMo e da RTA é de 44 anos, sendo que as patologias predominantes incluem esquizofrenia e perturbação afetiva bipolar, com utentes provenientes de várias regiões do país, como Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Lisboa, Guarda e Ovar.

Enquadramento Teórico

Este documento apresenta uma revisão da literatura abrangente sobre a saúde e a doença mental, bem como sobre a intervenção em musicoterapia em adultos com patologias psiquiátricas, de forma a fundamentar teoricamente a intervenção realizada.

Saúde e Doença Mental

A Organização Mundial de Saúde (2021) define a saúde mental como "um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere" (Direção Geral de Saúde, 2020).

A saúde mental é um elemento essencial para o bem-estar global do indivíduo, refletindo-se na sua capacidade de adaptação a novas circunstâncias, superação de crises e gestão de perdas afetivas ou conflitos emocionais. Implica ainda a aptidão para reconhecer limites, sinais de mal-estar e manter uma consciência crítica da realidade. Fatores como o humor, a criatividade, a capacidade de sonhar e de estabelecer relações gratificantes na comunidade, assim como a formulação de projetos de vida, conferem um sentido à existência e promovem a harmonia e o equilíbrio necessários à saúde mental (Conselho Nacional de Saúde, 2019; DGS, 2020).

Uma boa saúde mental não se limita à ausência de perturbações, mas traduz-se também num estado de equilíbrio e produtividade, permitindo ao indivíduo reconhecer as suas capacidades, enfrentar desafios diários, trabalhar eficazmente e contribuir para a sociedade (World Health Organization, 2001). Além de constituir um direito humano fundamental, a saúde mental é determinante para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico, sendo uma base essencial para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades (CNS, 2019; WHO, 2001).

Almeida (2018), citando a Organização Mundial da Saúde (2005), refere que não há verdadeiro bem-estar sem a saúde mental, pois ela é fundamental para a saúde como um todo. O mesmo destaca a estreita relação entre perturbações mentais e diversas doenças físicas, bem como a ligação significativa entre saúde mental/doenças mentais e comportamentos.

A saúde mental é influenciada por uma interação complexa de fatores genéticos, biológicos, sociais e ambientais (CNS, 2019). Enquanto algumas doenças mentais têm determinantes genéticos predominantes, outras resultam, principalmente, de experiências traumáticas e perdas ao longo da vida (Almeida, 2018). Essas patologias podem variar em duração, sendo temporárias em alguns casos e crônicas em outros. Entre os fatores de risco estão aspectos socioeconômicos, comportamentais e ambientais, como o consumo abusivo de substâncias, traumas, complicações na gravidez, isolamento social e eventos stressantes, incluindo *bullying* e abuso físico ou sexual (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018; Uher & Zwickler, 2017).

O campo da saúde mental é amplo e abrange diferentes fenômenos, incluindo a saúde mental positiva, essencial para o bem-estar e relações interpessoais, as doenças psiquiátricas, caracterizadas por sintomas que causam sofrimento e disfunção, e problemas de saúde mental que, apesar de provocarem desconforto, não cumprem os critérios para um diagnóstico clínico (Almeida, 2018).

As doenças mentais podem causar sofrimento psíquico e comprometer as capacidades relacionais e produtivas dos indivíduos. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2019), dividem-se em diferentes tipos, como psicoses, perturbações da ansiedade, do humor, da personalidade e aquelas associadas ao uso de substâncias psicoativas. Podem ainda ser classificadas como comuns, englobando ansiedade, transtornos do humor, dificuldades no controle dos impulsos e dependência de substâncias, geralmente sem consequências severas, e graves, como esquizofrenia e doença bipolar, que envolvem sintomas psicóticos, afastamento da realidade e impacto significativo na vida diária e profissional (Almeida, 2018).

As doenças mentais são altamente prevalentes e representam um desafio significativo para a sociedade, impactando a qualidade de vida, a estabilidade emocional, social e financeira dos indivíduos afetados. A falta de compreensão e o estigma social dificultam o acesso ao tratamento e a reintegração destas pessoas, perpetuando a marginalização. A ausência de tratamento adequado pode levar a consequências graves, incluindo suicídio e deterioração da qualidade de vida (Silverman, 2015).

O apoio social, acompanhamento e reabilitação são fundamentais para promover a participação plena dos indivíduos no meio social, profissional e familiar (CNS, 2019). No

entanto, estudos indicam que muitas pessoas com perturbações mentais graves não procuram cuidados de saúde e apresentam fatores de risco elevados, como maior prevalência de tabagismo e obesidade (Wang et al., 2020). Estas condições contribuem para uma esperança de vida reduzida, entre 15 e 25 anos inferior à média da população (CNS, 2019).

A doença mental pode apresentar períodos de remissão, caracterizados por alguma estabilidade. No entanto, em momentos de crise, torna-se essencial a aplicação rápida de intervenções eficazes e eficientes, a fim de controlar os sintomas e minimizar o impacto da crise nas diversas dimensões da vida do utente. Em situações de crise, as principais intervenções incluem o internamento, a intervenção domiciliária e a autogestão (Murphy et al., 2015).

O internamento, apesar de poder gerar estigma e afastamento do contexto familiar, proporciona um ambiente seguro e isento de exigências domésticas. Já a intervenção domiciliária permite uma melhor avaliação do contexto, maior adaptação às necessidades do utente e maior eficácia na resposta técnica, reduzindo internamentos e aumentando a satisfação. A autogestão, por sua vez, capacita o utente com estratégias para identificar sinais de crise e gerir sintomas, diminuindo o impacto e prevenindo futuras recaídas (Johnson et al., 2018).

De acordo com Silverman (2020), é possível evitar que a depressão e a ansiedade venham a ter efeitos mais preponderantes no ser humano ao se aplicarem estratégias de *coping* (mecanismo de resposta do ser humano em situações de stress), isto é, se o próprio aprender e colocar em prática estratégias para enfrentar as situações e se adaptar, reabilitando-se.

A adoção de estratégias de *coping* pode ser essencial para minimizar os impactos da depressão e da ansiedade, permitindo que os indivíduos desenvolvam mecanismos eficazes de resposta ao stress e se adaptem melhor às adversidades (Silverman, 2020). O *coping* envolve processos cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com desafios emocionais, promovendo a resiliência e o bem-estar psicológico. Podem ser adotadas abordagens diferentes abordagens de *coping*, incluindo estratégias focadas no problema, que procuram modificar a situação stressante, e estratégias focadas na emoção, que ajudam a regular as respostas emocionais diante da adversidade (Folkman, 2013).

Saúde e Doença Mental em Portugal

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSMental, 2019), mais de 22,9% da população portuguesa sofre de uma perturbação psiquiátrica, colocando Portugal como o segundo país europeu com a maior prevalência destas doenças. As perturbações mentais comuns representam uma das principais causas de incapacidade laboral no país, refletindo-se no elevado número de baixas médicas e reformas associadas a problemas de saúde mental (Serviço Nacional de Saúde, 2017; DGS, 2020).

Portugal tem sido, ao longo dos anos, o maior consumidor europeu de benzodiazepinas, ansiolíticos e tranquilizantes comuns, registando também um consumo significativo de antidepressivos e bebidas alcoólicas. Tanto as benzodiazepinas como o álcool podem induzir dependência e tolerância, atuando essencialmente na redução dos sintomas sem abordar as causas subjacentes do sofrimento psíquico. O uso prolongado de benzodiazepinas pode levar a défices cognitivos, enquanto o consumo excessivo de álcool está associado a comportamentos de risco e a um aumento da vulnerabilidade à depressão (SNS, 2017; DGS, 2020).

A doença mental tem um impacto significativo em diversas dimensões da vida pessoal, familiar e profissional. No entanto, em Portugal, as pessoas que vivem com uma perturbação mental continuam a enfrentar um estigma considerável e discriminação social (CNS, 2019). Em relação ao suicídio, a taxa em Portugal foi de 11,5 por 100.000 habitantes em 2014 (Oliveira, 2019), mantendo-se estável nos anos seguintes, com cerca de mil casos registados anualmente (Ministério da Saúde, 2018).

Em Portugal, estima-se que 6% da população sofra de perturbações de ansiedade, 6% de depressão, 2% de dependência de álcool e drogas e 2% de perturbação bipolar e psicoses (OECD, 2018).

O sistema de saúde em Portugal disponibiliza várias formas de intervenção em saúde mental, incluindo internamento hospitalar, consultas em regime de ambulatório, assistência domiciliária e serviços comunitários. A abordagem comunitária visa descentralizar os serviços de saúde mental, promovendo a participação ativa das comunidades e das famílias. Recentemente foram implementados os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, que incluem equipas de apoio domiciliário, unidades sócias ocupacionais e unidades

residenciais (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015; Direção-Geral da Saúde, 2004; Palha & Palha, 2016; Xavier et al., 2017).

Características das Perturbações Psicopatológicas

As perturbações psicopatológicas de natureza grave, como as que integram o espectro da esquizofrenia, a perturbação afetiva bipolar e outras formas de psicoses, representam desafios significativos no âmbito da saúde mental. Estas condições caracterizam-se, em geral, por alterações profundas no pensamento, na perceção, no humor e no comportamento, afetando de forma marcada a funcionalidade global do indivíduo. A compreensão destas perturbações, nas suas especificidades clínicas e fenomenológicas, é essencial para a definição de estratégias terapêuticas adequadas, incluindo intervenções baseadas na musicoterapia.

Perturbação do Espectro da Esquizofrenia: a esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos são caracterizados por anomalias em cinco domínios distintos, conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da American Psychiatric Association (APA, 2014). Esses domínios incluem delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Os delírios são definidos como crenças fixas e resistentes à mudança, mesmo diante de evidências contrárias. Essas crenças distorcidas impactam a perceção da realidade, influenciando o comportamento e as relações sociais do indivíduo. Já as alucinações consistem em experiências percetivas que ocorrem sem estímulo externo e podem envolver qualquer sentido, sendo as auditivas as mais frequentes (APA, 2014).

O pensamento desorganizado é geralmente inferido a partir do discurso, manifestando-se através de mudanças abruptas de tópico ou respostas dissociativas. O comportamento motor desorganizado pode incluir agitação imprevisível, infantilidade e dificuldade na execução de atividades cotidianas. A catatonia, uma forma extrema desse comportamento, envolve uma diminuição acentuada da reatividade ao ambiente, podendo resultar em mutismo, estupor, posturas incomuns e movimentos repetitivos (APA, 2014).

Os sintomas negativos, menos proeminentes em outros transtornos psicóticos, têm impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo. A expressão emocional diminuída é

manifestada através da redução das expressões faciais, contato ocular reduzido e alterações na prosódia da fala. A avolia caracteriza-se pela falta de iniciativa e interesse em atividades, podendo levar a longos períodos de inatividade. Outros sintomas incluem a alogia (diminuição da fala), a anedonia (redução do prazer em experiências positivas) e a associabilidade (falta de interesse nas interações sociais) (APA, 2014).

A esquizofrenia está associada a diversas dificuldades socioeconômicas e de saúde, como maior taxa de desemprego (Marwaha et al., 2007), aumento do risco de suicídio (Nordentoft et al., 2013) e redução da expectativa de vida (Hjorthøj et al., 2017). Além disso, a condição gera desadaptação social, sentimentos de não pertença e abandono de atividades previamente prazerosas, resultando em sofrimento psicossocial. O diagnóstico requer a exclusão de outras condições que possam estar na origem da psicose, garantindo maior precisão na identificação e no tratamento do transtorno.

Perturbação Afetiva Bipolar (PAB): condição psiquiátrica caracterizada por oscilações extremas de humor, variando entre episódios de mania (ou hipomania, em casos menos intensos) e episódios depressivos. Essas mudanças são intensas e prolongadas, impactando significativamente a vida do indivíduo e diferenciando-se das flutuações normais de humor (APA, 2014; Geddes & Miklowitz, 2013).

Os episódios maníacos caracterizam-se por um humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado de aumento significativo da energia e da atividade. Durante essa fase, a pessoa pode apresentar comportamentos impulsivos e de risco. Para ser diagnosticado um episódio maníaco, os sintomas devem persistir por pelo menos uma semana e estar presentes na maior parte do dia. Em contrapartida, um episódio hipomaníaco possui duração reduzida, de pelo menos quatro dias consecutivos (APA, 2014).

Já um episódio depressivo maior inclui a presença de pelo menos cinco sintomas significativos, dentre os quais um deve ser humor deprimido ou perda de interesse em atividades previamente prazerosas. Esses sintomas causam um prejuízo funcional e sofrimento clínico significativo (APA, 2014).

A perturbação bipolar pode ser classificada em diferentes subtipos: a Perturbação Bipolar I, que inclui episódios maníacos completos e possíveis episódios depressivos graves; a Perturbação Bipolar II, caracterizada pela presença de pelo menos um episódio depressivo maior e um episódio hipomaníaco, sem episódios maníacos completos; e a Perturbação

Ciclotímica, marcada por oscilações persistentes de humor por pelo menos dois anos, sem que os critérios para mania, hipomania ou depressão maior sejam preenchidos (APA, 2014; Vieta & Suppes, 2008).

Além disso, algumas substâncias de abuso, certos medicamentos e condições médicas podem desencadear episódios maníacos, tornando essencial uma avaliação diferenciada para o diagnóstico correto (APA, 2014).

Embora seja uma condição crônica, a PAB pode ser gerida com tratamento adequado, incluindo o uso de estabilizadores de humor, psicoterapia e intervenções psicoeducacionais. A adesão à terapia é crucial para prevenir recaídas e minimizar os impactos na funcionalidade do indivíduo (Miklowitz & Chung, 2016). A instabilidade do humor pode comprometer gravemente o funcionamento social e ocupacional, tornando imprescindível um acompanhamento contínuo para melhorar a qualidade de vida do paciente (APA, 2014).

Psicose: transtorno mental grave caracterizado pela perda de contacto com a realidade, o que leva a distorções nas percepções, pensamentos e comportamentos. Os sintomas mais comuns incluem alucinações (percepções falsas como ouvir vozes), delírios (crenças falsas como ser perseguido ou ter poderes especiais), e desorganização do pensamento, que dificulta a comunicação. Além disso, pode haver comportamento desorganizado ou catatônico, com movimentos ou respostas anormais. A psicose pode ser causada por condições psiquiátricas, uso de substâncias ou doenças neurológicas, sendo às vezes desencadeada por stress intenso (APA, 2014).

A psicose pode ser provocada por diversas condições, como doenças psiquiátricas, incluindo a esquizofrenia ou transtornos afetivos como o transtorno bipolar. Também pode resultar do uso de substâncias psicoativas, como álcool ou drogas, ou de doenças neurológicas. Em alguns casos, um episódio psicótico pode ser desencadeado por situações de stress intenso (APA, 2014).

Reabilitação Psicossocial

Os Cuidados Continuados Integrados na Saúde Mental (CCISM) têm como principal objetivo a recuperação global ou a manutenção das competências da pessoa nos aspetos psíquicos e sociais, visando a sua reintegração na família e na comunidade. Esse processo respeita a autodeterminação, promove relações significativas e envolve familiares e

cuidadores, contribuindo para a reabilitação psicossocial (Unidade de Gestão de Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2025).

A Reabilitação Psicossocial baseia-se na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, promovendo a aprendizagem de competências e novas capacidades. Além disso, é essencial sensibilizar a sociedade para reduzir as barreiras à integração da pessoa nos diversos contextos sociais, como escola, trabalho, família e lazer. Isso implica o desenvolvimento da autonomia, o exercício dos direitos e o fortalecimento do *empowerment* das pessoas com perturbações mentais, bem como a criação de redes de suporte social que deem apoio às competências adquiridas e a desenvolver (Fazenda, 2006, p. 12).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial é um processo que proporciona às pessoas debilitadas ou com incapacidades devido a perturbações mentais a oportunidade de alcançar o seu potencial de funcionamento independente na comunidade. Esse processo envolve tanto o desenvolvimento de competências individuais quanto mudanças no ambiente para reduzir a discriminação e o estigma, melhorar a competência social e criar sistemas de apoio social duradouros. A reabilitação psicossocial visa ajudar a pessoa a adaptar-se às suas limitações, recuperar capacidades perdidas e desenvolver novas competências para melhorar sua autonomia e qualidade de vida. Para isso, promove o desenvolvimento e treino de competências pessoais e sociais necessárias para a vida em comunidade, nomeadamente em atividades da vida diária (Fazenda, 2006, p. 12; Oliveira & Filipe, 2009, p. 28-29).

Os principais objetivos da reabilitação psicossocial incluem promover o *empowerment* dos utilizadores, prevenir e combater o estigma e a discriminação, desenvolver competências pessoais e sociais e criar um sistema de suporte integrado e continuado (Organização Mundial da Saúde, 2001). A intervenção na reabilitação psicossocial abrange diversas áreas, tais como treino de competências pessoais e sociais, formação profissional e emprego apoiado, empresas de inserção e emprego protegido, residências comunitárias, atividades ocupacionais, culturais e de lazer, grupos de autoajuda para utentes e famílias e medidas de luta contra o estigma e discriminação (Fazenda, 2006, p. 13). Em suma, a reabilitação psicossocial é essencial para promover a inclusão e a autonomia das pessoas com perturbações mentais, garantindo apoio contínuo e criando condições para uma vida mais independente e digna na sociedade (Oliveira & Filipe, 2009, p. 28-29).

Abordagem Transdisciplinar

As equipas transdisciplinares constituem estruturas organizadas que permitem aos profissionais de saúde ultrapassar os limites tradicionais das suas profissões, partilhar e adquirir novos conhecimentos e competências, apoiar-se mutuamente e prestar cuidados de elevada qualidade ao doente. Ao contrário dos modelos convencionais, que tendem a estruturar os serviços de saúde em compartimentos estanques baseados nas categorias profissionais, as equipas transdisciplinares colocam o doente no centro do processo assistencial. Esta reorganização dos cuidados contribui para a redução da duplicação de serviços, do número de profissionais envolvidos e da quantidade de intervenções realizadas, enquanto promove o desenvolvimento de novas competências, a otimização do tempo de trabalho e a capacidade de apoio mútuo entre profissionais, características essenciais de uma força de trabalho mais flexível e capacitada (Martin et al., 2023). Neste modelo, os limites da prática profissional tornam-se mais difusos, permitindo que qualquer elemento da equipa desempenhe diferentes funções consoante as necessidades. Embora esta sobreposição de funções aumente a flexibilidade no tratamento, exige que os profissionais possuam formação abrangente em diversas áreas (Körner, 2010; Norrefalk, 2003).

Mais recentemente, as equipas transdisciplinares têm ganho crescente destaque na literatura sobre cuidados de saúde, sobretudo pelo seu potencial de melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços. Ao ultrapassar barreiras disciplinares e atuar para além dos âmbitos tradicionais de prática, este modelo promove a sobreposição de competências, exigindo que os profissionais estejam preparados, do ponto de vista formativo, para adquirir novos conjuntos de competências (Van Bower, 2017; Singh et al., 2018). Trabalhar para além dos limites convencionais requer, por isso, competências adicionais que frequentemente não integram a formação inicial dos profissionais de saúde (Karol & Jacobs, 2014). Para além desta preparação educativa, o sucesso das equipas transdisciplinares depende da qualidade da comunicação entre todos os membros, da tomada de decisão partilhada e da disponibilidade coletiva para flexibilizar funções, partilhando tarefas, competências e informações que tradicionalmente pertenceriam a uma única profissão (Karol & Jacobs, 2014; Howard & Potts, 2019).

A abordagem transdisciplinar representa uma evolução do modelo interdisciplinar, caracterizando-se por uma integração mais profunda de funções entre disciplinas. Neste modelo, os objetivos de avaliação e intervenção são definidos de forma integrada e podem

ser implementados por qualquer membro da equipa (Butt & Caplan, 2010). Os limites funcionais tornam-se mais permeáveis, uma vez que cada elemento assume a responsabilidade global pelo doente. As intervenções deixam de ser exclusivas de uma disciplina específica, podendo, por exemplo, atividades relacionadas com competências visuo-espaciais, linguagem ou gestão do stress ser realizadas por diferentes profissionais. A avaliação adquire igualmente um carácter colaborativo, em detrimento de abordagens disciplinares isoladas (Cartmill et al., 2011; Haig & LeBreck, 2000).

Este modelo permite a implementação de um plano de tratamento unificado, holístico e centrado no doente, com todos os membros da equipa a partilhar os mesmos objetivos. Paralelamente, valoriza-se a participação ativa do doente e da sua rede de apoio, respeitando o seu enquadramento cultural. A abordagem fomenta a comunicação, a confiança e o respeito mútuo entre os profissionais, bem como a valorização dos conhecimentos e competências de cada disciplina. A equipa não só partilha os objetivos como também adota um plano de tratamento comum, independentemente da área profissional de cada elemento, o que maximiza a eficácia do trabalho em equipa, aspeto particularmente relevante na gestão da dor. Diversos profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas, farmacêuticos e outros, colaboram de forma coordenada na implementação do plano de cuidados (Gordon et al., 2014, citado em Gordon et al., 2014).

Não obstante as suas potencialidades, a adoção do modelo transdisciplinar apresenta desafios significativos, nomeadamente conflitos decorrentes da sobreposição de funções e da partilha de informação. Os membros da equipa podem experienciar sentimentos de competição ou percecionar ausência de limites bem definidos, o que torna fundamental criar um espaço de diálogo contínuo que promova a confiança e a colaboração. Um dos componentes centrais do modelo são os objetivos do doente, que devem estar alinhados com os definidos pela equipa. Este alinhamento resulta de uma discussão conjunta que, respeitando os desejos do doente, garante igualmente a segurança clínica. Todas as disciplinas devem reforçar o plano comum de cuidados de forma colaborativa e realista, assegurando que as decisões tomadas estão de acordo com as necessidades e expectativas do doente (Gordon et al., 2014, citado em Gordon et al., 2014).

Uma maior compreensão deste modelo por parte da comunidade de saúde mental permitirá reconhecer as suas múltiplas potencialidades. As equipas transdisciplinares têm demonstrado eficácia na melhoria dos resultados em saúde física e mental, apoiando-se em

práticas sustentadas pela evidência científica. Outro aspeto central é a necessidade de cada membro possuir conhecimentos fundamentais sobre as outras disciplinas; por exemplo, um profissional de saúde mental deve deter noções de gestão da saúde e de doenças crónicas (Little, 2010).

Musicoterapia

A música tem sido reconhecida pelo seu valor terapêutico desde a antiguidade. No Antigo Testamento, lemos sobre David que confronta Saul com a sua harpa. Platão e Aristóteles escreveram sobre as virtudes da música para acalmar e tranquilizar, para estimular e motivar, e para um alívio catártico. Durante séculos, músicos usaram a sua arte para elevar o espírito dos doentes. No entanto, foi apenas na década de 1940 que a musicoterapia surgiu como uma disciplina profissional nos Estados Unidos, inicialmente em hospitais para veteranos e mais tarde alargando-se a outras áreas, como educação especial, reabilitação, cuidados geriátricos e cuidados paliativos (Davis et al., 1999).

A musicoterapia é geralmente definida como “um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o utente a promover a saúde, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (Bruscia, 1998).

Definida pela World Federation of Music Therapy ([WFMT], 2011) como “o emprego profissional da música e dos seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades”, visando a “otimizar a sua qualidade de vida e melhorar os seus aspetos físicos, sociais, comunicativos, emocionais, intelectuais e a sua saúde espiritual e bem-estar”. A sua premissa central é que todas as pessoas tenham acesso à experiência musical, independentemente de habilidades e conhecimentos, uma vez que são inerentemente criativas e têm a capacidade de se expressar musicalmente. Além disso, a música proporciona prazer estético que enriquece o significado e a qualidade de vida, oferece uma via criativa que transcende as palavras, eleva o espírito e é uma fonte de esperança (Storr, 1992, citado por Grocke et al., 2008).

Musicoterapia na Saúde Mental

As perturbações psiquiátricas tornaram-se um crescente problema de saúde pública, com um aumento significativo após a pandemia, desencadeando uma crise de saúde que impacta

peessoas de todas as idades. O tratamento da saúde mental exige, para além de medicação, o uso de técnicas não farmacológicas que têm sido desenvolvidas nos últimos anos (Escudé, 2022).

Neste contexto, a musicoterapia tem-se afirmado como uma intervenção eficaz no acompanhamento de pessoas com doença mental crónica, contribuindo para melhorias significativas no funcionamento social, no estado geral de saúde e na saúde mental dos utentes (Grocke et al., 2008).

Esta abordagem terapêutica é frequentemente disponibilizada em serviços de saúde mental, através de programas individuais ou de grupo, precedidos de processos de triagem e avaliação (Odell-Miller, 2005). Os musicoterapeutas não seguem, regra geral, protocolos rígidos, preferindo adaptar as técnicas utilizadas às necessidades clínicas, interesses e experiências de vida de cada utente, de modo a alcançar os objetivos terapêuticos definidos. Importa sublinhar que a participação em sessões de musicoterapia não exige competências musicais prévias, sendo apenas necessário que o indivíduo manifeste motivação para o envolvimento terapêutico (Davies & Richards, 1998; de l'Etoile, 2002; Geretsegger et al., 2017). Trata-se de uma psicoterapia singularmente motivadora, que permite a ativação de competências emocionais e expressivas sem recurso exclusivo à linguagem verbal (Geretsegger et al., 2017).

Os programas de grupo oferecem oportunidades estruturadas para a interação entre os participantes através da música, enquanto linguagem não-verbal, ao passo que os programas individuais são desenhados para dar resposta a necessidades clínicas específicas (Davies & Richards, 1998; de l'Etoile, 2002).

Segundo Gold et al. (2009), diversos estudos apontam para os efeitos positivos e significativos da musicoterapia, quando integrada no tratamento convencional, nomeadamente ao nível do estado global do utente, da sintomatologia (com destaque para os sintomas negativos, depressivos e ansiosos), do funcionamento pessoal e social e da qualidade de vida. Esta intervenção tem-se revelado particularmente eficaz nas dimensões motivacionais, emocionais e relacionais, promovendo o envolvimento dos indivíduos em atividades sociais e facilitando a retoma dos seus papéis sociais (Geretsegger et al., 2017).

No que diz respeito aos “mecanismos de mudança” subjacentes à eficácia da musicoterapia, Gold et al. (2009) identificam três fatores principais. Em primeiro lugar, a música constitui

um meio expressivo privilegiado, facilitando a ampliação da capacidade expressiva e a redução do embotamento afetivo. Em segundo lugar, a prática musical em grupo implica um esforço social intrínseco à construção de relações interpessoais, promovendo competências relacionais. Por fim, a criação musical em contexto terapêutico potencia a motivação, em especial junto de utentes que manifestam desmotivação generalizada, permitindo que esse envolvimento se estenda a outros domínios da vida (Rolvjord, 2001; Solli, 2008). Estes três domínios terapêuticos, inicialmente associados à esquizofrenia, são atualmente reconhecidos como relevantes em múltiplas perturbações mentais, evidenciando um carácter transdiagnóstico (Winograd-Gurvic et al., 2006).

A música, segundo Jackson (2015), possui propriedades relacionais únicas que a tornam particularmente poderosa no tratamento de pessoas com doença mental grave e persistente. O estigma social e os próprios sintomas psiquiátricos tendem a isolar o indivíduo do seu contexto relacional habitual. Através da musicoterapia, é possível atenuar esse distanciamento, uma vez que o envolvimento musical cria um espaço seguro e afirmativo, no qual se suspendem limitações e mal-entendidos, permitindo ao utente desenvolver uma nova perceção de si e dos outros.

A musicoterapia constitui, assim, uma oportunidade de intervenção centrada no desenvolvimento do autoconceito, da autoeficácia e da qualidade de vida – fatores essenciais para a estabilização ou recuperação da doença mental. O envolvimento musical possibilita ao indivíduo sentir-se escutado, facilitando a construção de novas relações e a reconexão com a totalidade da sua humanidade (Jackson, 2015).

Choppin et al. (2016) acrescentam que as emoções suscitadas pela música vão além das emoções básicas essenciais à sobrevivência, abrangendo experiências afetivas complexas semelhantes às que se vivem nas relações interpessoais significativas. A música, enquanto estímulo emocional, permite a evocação de memórias e vivências que reforçam a ligação entre o passado afetivo e o presente terapêutico.

O trabalho do musicoterapeuta junto de utentes com doença mental tem como foco central o desenvolvimento das competências emocionais e relacionais, atuando sobre processos psíquicos e sociais que são frequentemente difíceis de verbalizar. Através da interação musical – como forma de comunicação, expressão e transformação – a musicoterapia intervém de modo estruturado e personalizado (Geretsegger et al., 2017).

Os objetivos terapêuticos da musicoterapia variam consoante as necessidades do utente e o estágio da doença. Em fase aguda, a intervenção pode visar a estabilização emocional e a contenção; na fase de reabilitação, pretende-se estimular o autoconhecimento e a comunicação; enquanto numa abordagem a longo prazo, os objetivos passam pela consolidação da identidade, desenvolvimento de competências psicológicas, promoção de estratégias de coping e melhoria do funcionamento global (Silverman, 2015; Torres et al., 2016).

Em contexto grupal, os objetivos terapêuticos incluem a promoção do conhecimento interpessoal, a interação entre pares e o sentimento de pertença, através da experiência partilhada de “fazer música em conjunto”, o que potencia o reforço da autoestima (Silverman, 2015; Torres et al., 2016).

O impacto positivo da musicoterapia na redução de sintomas negativos da esquizofrenia foi evidenciado por Tang, Yao e Zheng (1994), que observaram melhorias na comunicação interpessoal, redução do isolamento social e aumento do interesse dos utentes pelo meio envolvente. Resultados semelhantes foram obtidos por Wen-Ying et al. (1998), que demonstraram que a combinação entre musicoterapia e farmacoterapia gera resultados superiores ao tratamento medicamentoso isolado, com melhorias significativas na lentidão psicomotora, expressividade afetiva e fluência do pensamento. Três meses após a intervenção, foi registada uma diminuição estatisticamente significativa na gravidade da incapacidade psiquiátrica, o que reforça o valor terapêutico da musicoterapia como estratégia complementar.

A revisão sistemática de Geretsegger et al. (2017) corrobora os resultados previamente apresentados por Gold (2009), demonstrando uma relação entre o número de sessões realizadas e a magnitude dos efeitos terapêuticos. A identificação desta relação entre “dose” e eficácia terapêutica constitui um contributo relevante para a gestão dos recursos em saúde mental, permitindo um planeamento mais eficiente das intervenções. Os autores destacam a eficácia da musicoterapia depende, portanto, da regularidade e continuidade das sessões ao longo do tempo. Apesar de ainda não estar determinado o número mínimo de sessões necessário para alcançar os benefícios terapêuticos desejados, sabe-se que essa variável está intimamente relacionada com as características e necessidades individuais de cada utente.

A musicoterapia constitui uma intervenção terapêutica com aplicabilidade reconhecida no domínio da saúde mental, especialmente no acompanhamento de pessoas com doença mental grave e crônica. A evidência científica disponível demonstra que esta abordagem pode contribuir para melhorias ao nível do funcionamento emocional, relacional e social dos utentes, integrando-se de forma eficaz em contextos clínicos multidisciplinares. A sua flexibilidade metodológica permite a adaptação às necessidades específicas de cada indivíduo, sendo um recurso relevante na reabilitação psicossocial.

Abordagem Plurimodal

A Abordagem Plurimodal, Schapira et al. (2007), conceptualiza o ser humano como uma unidade integrada nas suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. Esta perspetiva promove uma maior conexão com o universo interno do sujeito, favorecendo uma compreensão mais profunda e alargada da sua experiência subjetiva.

No âmbito do pensamento psicodinâmico, a música assume um papel terapêutico primordial ao ultrapassar as barreiras da censura verbal e aceder a conteúdos inconscientes (Wheeler, 1981). Através da experiência musical, emergem mecanismos de defesa típicos da abordagem analítica, bem como fenómenos de transferência e contratransferência, que moldam profundamente o *setting* terapêutico e o funcionamento psíquico de utente e terapeuta (Schapira et al., 2007).

A história de vida do indivíduo influencia as suas dinâmicas relacionais, as formas de estar no presente e as atividades quotidianas. Neste contexto, a música surge como um veículo privilegiado de acesso ao mundo interno, funcionando como representação simbólica de conteúdos emocionais e inconscientes, entendidos como o clima afetivo subjacente à estrutura do pensamento (Priestley, 1975, citado em Schapira et al., 2007).

Ao longo do processo musicoterapêutico, emergem frequentemente mecanismos de defesa semelhantes aos que ocorrem em abordagens analíticas, sendo de particular relevância os fenómenos de transferência e contratransferência. Estas dinâmicas projetivas entre terapeuta e utente influenciam significativamente o *setting* terapêutico e o funcionamento psíquico dos envolvidos, sendo consideradas componentes estruturantes da intervenção (Schapira et al., 2007).

Os principais modelos conceptuais que moldaram a Abordagem Plurimodal incluem a Musicoterapia Analítica, o modelo Nordoff-Robbins e o Modelo de Rolando Benenzon, aos quais se juntou posteriormente a Musicoterapia Morfológica. Além destes contributos da própria musicoterapia, a abordagem incorporou fundamentos provenientes da Psicologia, Filosofia e Neuropsicologia. A consolidação da prática levou à formulação de conceitos teóricos próprios, emergentes da experiência clínica, entre os quais se destaca a transição do modelo biopsicossocial para o modelo "biopsicossocioespiritual", integrando a espiritualidade como dimensão essencial do processo terapêutico (União Brasileira das Associações de Musicoterapia [UBAM], 2011).

Esta abordagem parte do princípio de que cada indivíduo possui formas únicas de expressão e percepção do mundo – os denominados "Modos Expressivos Recetivos". Consequentemente, a musicoterapia deve ser orientada pela singularidade do utente, e não subordinada exclusivamente a uma teoria, técnica ou tipo específico de música. Esta premissa sustentou o desenvolvimento da chamada dimensão da aplicação, atualmente estruturada em quatro eixos principais: Improvisações Musicais Terapêuticas, Trabalho com Canções, Técnicas Recetivas e Uso Seletivo de Música Editada. A escolha do eixo mais apropriado depende das características do utente ou grupo e da fase do processo terapêutico (UBAM, 2011; Sotta, 2023). Em 2021, este modelo integrava um total de 44 técnicas, conforme apresentado na Tabela 1 (Sotta, 2023).

Tabela 1

Eixos de ação e técnicas de musicoterapia incorporadas pela Abordagem Plurimodal

Eixo 1: Improvisações Musicais Terapêuticas	Eixo 2: Trabalho com Canções	Eixo 3: Técnicas Recetivas	Eixo 4: Uso Seletivo de Música Editada
Improvisação não referencial;	Associação livre cantada;	Audição de música editada;	Acompanhamento instrumental de
Improvisação referencial:	Canção pessoal;	Audição empática instrumental;	música editada;
- Associativa	Canto;	Audição empática vocal;	Associação livre cantada com base
- Descritiva	Canto improvisado;	Banho sonoro;	editada;
- Orientada ao material	Colagem de canções;		
- Somatória			

- Splitting	Confeção de	Devaneio musical	Audição de
- Sustentação	cancioneiros;	dirigido;	música em
	Criação de canções;	Dinamização	movimento;
	Dedicatória de	afetiva musical;	Canto com
	canções;	Entrainment;	música editada;
	Expansão de	Estimulação de	Colagem de
	sentido;	Imagens e	música editada;
	Exploração de	Sensações através	Edição
	material;	do Som (EISS).	personalizada;
	Feedback indutivo		Edição
	de canções;		personalizada de
	Indução evocativa		improvisações
	consciente;		criadas em
	Indução evocativa		sessão(ões);
	inconsciente;		Exploração de
	Material viajante;		material;
	Questionário		Feedback musical
	projetivo de		indutivo.
	canções;		
	Questionário social		
	de canções;		
	Recriação de		
	canções;		
	Roda de canções;		
	Teia de canções.		

Técnicas de Intervenção em Musicoterapia

Segundo Bruscia (2016), no domínio da musicoterapia é possível distinguir entre técnicas ativas e recetivas. As técnicas ativas englobam a improvisação, a composição e a recriação musical, promovendo a expressão dos utentes, a exploração dos seus problemas, a reflexão sobre os mesmos e a procura de soluções através da linguagem sonoro-musical. Por outro lado, as técnicas recetivas baseiam-se na audição musical, quer seja gravada ou executada

ao vivo pelo musicoterapeuta, proporcionando ao utente uma experiência sensorial que favorece a assimilação das vibrações musicais, a introspeção sobre o self e sobre o outro, bem como a revivência de experiências significativas através da música.

Unkefer & Thaut (2005) propuseram, ainda, programas e técnicas que integram experiências musicais tanto em contexto individual como grupal, incluindo igualmente a articulação da música com outras formas de expressão artística.

A prática da musicoterapia caracteriza-se por uma abordagem centrada no utente e nas suas necessidades individuais, mais do que numa correspondência direta com o diagnóstico clínico. Na generalidade, não existe uma relação direta entre o diagnóstico clínico e a escolha das técnicas a aplicar em contexto terapêutico. Embora o tipo de perturbação possa influenciar a formulação das estratégias terapêuticas e a atitude do terapeuta, a investigação existente indica que o diagnóstico tem um impacto limitado na seleção das técnicas a utilizar (Gold et al., 2009). Assim, as diretrizes que orientam a intervenção musicoterapêutica no âmbito da saúde mental são, na sua maioria, independentes do diagnóstico clínico, sendo a decisão de recorrer à intervenção individual determinada por diversos fatores, entre os quais o diagnóstico representa apenas um entre muitos.

Silverman (2015) identifica um conjunto diversificado de técnicas utilizadas em contextos psiquiátricos, tais como a escrita e análise de canções, a recriação musical, as intervenções rítmicas e a improvisação. De acordo com Gold et al. (2009), a experiência musical adquire valor terapêutico quando inserida numa relação terapêutica estruturada.

A análise verbal, bem como a reflexão sobre a experiência musical, assumem particular relevância, na medida em que permitem ao utente atribuir significado à vivência musical e estabelecer ligações com a sua experiência de vida (Gold et al., 2009).

Segundo Garred (2004), o potencial da experiência musical, associada à reflexão verbal subsequente, como agente de mudança terapêutica, varia em função do modelo de musicoterapia adotado e das características individuais de cada utente (Gold et al., 2009). No entanto, Bruscia (1998) adverte que intervenções que se fundamentam unicamente nos efeitos diretos da música, desprovidas da componente relacional inerente ao processo terapêutico, não devem ser classificadas como musicoterapia, mas sim como “medicina musical” (Gold et al., 2009).

Improvisações Musicais Terapêuticas

Segundo Bruscia (1987) e Wigram (2004), a improvisação constitui, possivelmente, a forma mais distintiva de interação musical no âmbito da musicoterapia, sendo considerada central em diversos modelos terapêuticos. Esta prática baseia-se na criação musical espontânea entre o paciente e o terapeuta, através da utilização de instrumentos musicais selecionados por ambos. A improvisação pode desenvolver-se de forma totalmente livre ou seguir uma estrutura previamente definida, abordando conteúdos musicais ou extramusicais.

Os musicoterapeutas recebem formação especializada que lhes permite intervir de forma terapêutica durante a improvisação, podendo, por exemplo, fornecer uma base harmónica ou rítmica que suporte o processo musical, com o intuito de clarificar, confrontar ou desafiar a expressão musical do utente (Gold et al., 2009).

A improvisação permite a expressão de uma ampla gama de ideias de forma segura, beneficiando da estrutura e previsibilidade rítmica próprias da música. No caso de adultos com perturbações psiquiátricas, esta abordagem oferece uma via de expressão centrada no momento presente, revelando-se especialmente útil em contextos de crise, onde a comunicação não-verbal das emoções assume um papel crucial. A improvisação pode ser realizada com instrumentos musicais, objetos sonoros não convencionais, ou através do corpo, incluindo a utilização da voz, permitindo a produção sonora de forma livre ou com algum grau de estruturação (Wheeler et al., 2005).

A improvisação musical terapêutica constitui, possivelmente, o recurso mais frequentemente utilizado no exercício da musicoterapia. Diversos modelos e abordagens musicoterapêuticas adotam-na como procedimento central, recorrendo a outros métodos apenas como complemento ou apoio. Importa esclarecer que, no contexto da musicoterapia, certos termos técnicos — como "improvisação" — adquirem significados distintos da linguagem comum. No quotidiano, improvisar implica criar ou agir sem preparação prévia, utilizando os meios disponíveis no momento. Paradoxalmente, uma improvisação musical terapêutica exige planeamento, intencionalidade e estrutura, contrastando com a espontaneidade não orientada que o termo sugere fora do âmbito terapêutico (Schapira et al., 2007).

No contexto da Abordagem Plurimodal, designa-se este processo como Improvisações Musicoterapêuticas (IMT). A literatura apresenta diferentes designações — desde “improvisações clínicas” até “improvisações musicais” — porém, a terminologia "clínica"

tem vindo a ser abandonada por duas razões fundamentais: por um lado, porque os contextos de aplicação da musicoterapia extravasam o domínio clínico; por outro, porque tal designação não permite distinguir com clareza entre uma improvisação artística e uma improvisação realizada com fins terapêuticos (Schapira et al., 2007).

Em musicoterapia, a improvisação nem sempre resulta em música estruturada; os sons gerados podem não apresentar organização formal ou intenção musical explícita (Schafer, 1991). Muitas vezes, o processo culmina em “formas sonoras” ou em sucessões de “objetos sonoros”, que, apesar de não obedecerem a critérios musicais convencionais, são profundamente significativos do ponto de vista terapêutico. Enquanto, na arte musical, improvisar é construir ou reconstruir estruturas com base em parâmetros formais de harmonia e linguagem musical, em musicoterapia, o ato de improvisar está intrinsecamente ligado ao ser e ao estar na música. O produto sonoro não se avalia por critérios estéticos convencionais, mas sim pela sua capacidade de expressar uma estética pessoal (ou coletiva), reveladora da vivência e identidade do sujeito (Schapira et al., 2007).

Neste enquadramento, a música assume-se como meio terapêutico, sendo a improvisação musicoterapêutica um dos procedimentos através do qual esta se concretiza. A improvisação não termina com a última nota tocada: inicia-se, nesse momento, um processo de análise e interpretação, essencial à atribuição de significado e à mobilização do seu potencial terapêutico. Quando desprovida desta reflexão posterior, a improvisação reduz-se a uma mera ação instrumental, limitada nos seus efeitos transformadores. Assim, a IMT configura-se como uma experiência única, cuja compreensão plena requer competências específicas de leitura, análise e interpretação musicoterapêuticas. Neste sentido, torna-se mais pertinente utilizar a expressão improvisação musical terapêutica, por melhor traduzir a intencionalidade e complexidade do processo envolvido (Schapira et al., 2007).

A aplicação das Improvisações Musicais Terapêuticas, no âmbito da Abordagem Plurimodal, fundamenta-se em diversos modelos teóricos, nomeadamente a Musicoterapia Analítica de Mary Priestley, a Improvisação Livre proposta por Juliette Alvin e a Musicoterapia Criativa e Improvisacional desenvolvida por Nordoff e Robbins.

A abordagem de Juliette Alvin à musicoterapia assenta em fundamentos psicanalíticos, atribuindo à música, enquanto linguagem simbólica, uma capacidade de acesso ao inconsciente superior à da linguagem verbal. A terapia é entendida como um espaço de

exploração do inconsciente, onde se privilegia a improvisação livre e a escuta recetiva em tempo real, permitindo ao paciente projetar conteúdos internos através da expressão sonora (Alvin, 1975).

A improvisação livre, central neste modelo, caracteriza-se pela ausência de regras ou estruturas impostas pelo terapeuta. O indivíduo é encorajado a explorar sons de forma espontânea, utilizando instrumentos clássicos ou a voz, com total liberdade para criar ou organizar musicalmente a sua experiência. Este processo é entendido como uma forma de autoexpressão, onde cada produção sonora é considerada uma projeção simbólica do self (Alvin, 1975).

Juliette Alvin (1975, 1978) defendeu que esta liberdade promove um espaço terapêutico de igualdade e respeito, em que o terapeuta apenas intervém musicalmente mediante o consentimento do cliente. A relação é construída com base na escuta empática e no reconhecimento da autonomia do indivíduo, respeitando a sua independência musical e pessoal.

A improvisação pode assumir uma dimensão recetiva — com o terapeuta a improvisar para o paciente, como resposta ao seu estado emocional — ou ativa, quando o cliente improvisa a solo, em conjunto com o terapeuta, ou em contexto grupal. Em ambas as formas, o foco está na vivência musical como experiência terapêutica em si, mais do que na obtenção de um produto musical estruturado (Alvin, 1978).

A transferência, conceito-chave da psicanálise, é igualmente valorizada neste modelo. A música torna-se um meio de expressão afetiva que permite o emergir de conteúdos transferenciais, nos quais os afetos ou carências do paciente se projetam inconscientemente na figura do terapeuta (Alvin, 1975, 1978).

Trata-se, pois, de uma abordagem de natureza profundamente musical e abrangente, na qual todas as formas possíveis de atividade musical — escuta, improvisação, composição, movimento — são integradas em função das necessidades terapêuticas da pessoa (Alvin, 1975).

O modelo de musicoterapia analítica, desenvolvido por Mary Priestley no início dos anos 1970, baseia-se na psicanálise freudiana, adaptando os seus princípios ao contexto musical e relacional. Esta abordagem transita da tradicional análise verbal para uma prática que

integra a música como meio de expressão e exploração da psique, centrando-se na improvisação musical partilhada entre terapeuta e paciente (Priestley, 1975; Bruscia, 1987).

Priestley propõe um método estruturado em sessões cíclicas, nas quais se alternam momentos de diálogo, improvisação musical com carácter referencial (relacionada com temas ou conteúdos específicos), e posterior reflexão verbal. A música serve, assim, como um meio simbólico para aceder e trabalhar conteúdos conscientes e inconscientes, promovendo o fortalecimento do "eu" (Priestley, 1975).

A improvisação, frequentemente guiada por emoções, imagens, memórias ou situações significativas, desempenha um papel central, sendo considerada uma ferramenta terapêutica fundamental. Embora o modelo admita improvisações não-referenciais, estas não são o foco principal da prática (Bruscia, 1987). Ao contrário do papel passivo do analista tradicional, o terapeuta em musicoterapia analítica participa ativamente, estabelecendo um diálogo tanto verbal como musical com o paciente. A relação terapêutica e a música são vistas como os principais agentes de mudança, sendo interpretadas à luz de conceitos psicanalíticos como transferência e contratransferência (Priestley, 1975; Bruscia, 1987).

Importa referir que este método não visa o desenvolvimento de competências musicais, mas sim a utilização da música como veículo para a exploração do mundo interno do indivíduo e a facilitação do crescimento pessoal (Priestley, 1975).

O modelo Nordoff-Robbins, também conhecido como Musicoterapia Criativa, é uma abordagem ativa centrada na improvisação clínica, onde a relação terapêutica assume um papel central. Esta metodologia parte do princípio de que todos os seres humanos possuem uma musicalidade inata, que pode ser ativada e potenciar o desenvolvimento global da pessoa. A intervenção não se foca na funcionalidade per se, mas na expressão do ser humano e no seu potencial criativo (Brandalise, 2004).

O terapeuta tem como função criar uma base musical que favoreça o emergir do “ser musical” do paciente, transformando os seus comportamentos e ações espontâneas em música, ao serviço dos objetivos terapêuticos. Os princípios fundamentais incluem a estrutura flexível, a observação atenta da pessoa, e a improvisação responsiva (Brandalise, 2004).

Segundo Bruscia (1987), o terapeuta atua em três níveis: cria e improvisa música para a sessão, utiliza essa música para estabelecer contacto contínuo com o paciente, criando uma experiência terapêutica, e estrutura uma progressão terapêutica ao longo das sessões, apoiando o desenvolvimento criativo do indivíduo.

Inicialmente concebido para crianças com autismo, psicoses ou perturbações neurológicas e emocionais, este modelo revelou-se eficaz também em populações adultas, sendo atualmente aplicado em diversos contextos internacionais.

Recriação de Canções

A técnica de recriação de canções assenta na execução ou vocalização de músicas previamente compostas, bem como na realização de produções musicais, jogos e atividades baseadas em elementos musicais. Esta abordagem pode ser aplicada tanto em contextos individuais como grupais, proporcionando ao utente a possibilidade de se expressar de forma autêntica num ambiente sonoro estruturado, recebendo, simultaneamente, feedback do terapeuta ou dos restantes elementos do grupo, sempre que aplicável (Wheeler et al., 2005).

A recriação de canções contribui para o desenvolvimento do sentimento de competência na realização das tarefas propostas, permitindo ao utente experienciar-se como alguém capaz, ouvido e compreendido pelos outros. Esta experiência favorece o fortalecimento dos vínculos interpessoais, promovendo a autoconfiança e o sentimento de pertença, elementos fundamentais no processo terapêutico (Wheeler et al., 2005).

Criação de Canções

No âmbito da intervenção em musicoterapia, a criação de canções constitui uma técnica que permite ao utente explorar as suas capacidades criativas e expressar pensamentos, sentimentos e necessidades através da linguagem musical. Este processo pode fomentar sentimentos de competência e autoeficácia, reforçando a autoestima do utente ao proporcionar-lhe a experiência de criação musical própria. Simultaneamente, a canção criada pode adquirir um valor simbólico, promovendo um sentimento de pertença, ao ser reconhecida como uma expressão pessoal e autêntica. Adicionalmente, a canção pode ser relembrada, interpretada ou partilhada sempre que o utente assim o deseje ou considere pertinente, com pessoas significativas ou em contextos que lhe sejam significativos (Wigram & Baker, 2005).

Em adultos, a composição de canções revela-se uma estratégia eficaz no apoio emocional, espiritual e psicológico, contribuindo para o desenvolvimento de insight, para a resolução de conflitos internos e para a expressão de pensamentos e emoções que, por vezes, não encontram espaço na linguagem verbal (Wigram & Baker, 2005).

No contexto da prática musicoterapêutica, o terapeuta e o indivíduo (ou grupo) colaboram na construção de um espaço terapêutico que favorece a criação de uma canção. Este processo pode ter início de diversas formas, como a escolha de uma base rítmica ou a elaboração de uma linha melódica, à qual é posteriormente adicionada a componente textual. Frequentemente, a composição musical resulta da adaptação de músicas previamente conhecidas, sendo-lhes incorporados novos elementos, como letras originais, variações rítmicas ou alterações melódicas (Schapira et al., 2007).

A técnica da criação de canções pode assumir diferentes níveis de estrutura. Em abordagens mais estruturadas, o utente é convidado a completar lacunas num texto previamente preparado; em níveis intermédios, pode ser solicitado que substitua versos de uma canção já existente; nas formas mais livres, a composição ocorre de forma espontânea, tanto ao nível da letra como da melodia (Silverman, 2015).

Para além do trabalho sobre os elementos musicais propriamente ditos, esta técnica favorece a comunicação verbal e não-verbal, permitindo o aprofundamento das dinâmicas terapêuticas. Os seus benefícios podem prolongar-se para além das sessões, quer pelas experiências relacionais vivenciadas durante o processo terapêutico, quer pela possibilidade de partilha da canção com familiares, amigos ou em contextos performativos (Wigram & Baker, 2005).

Ao longo deste processo, o musicoterapeuta desempenha um papel de acompanhamento e orientação, apoiando o utente na construção de um produto final com o qual este se identifique, tanto do ponto de vista musical como terapêutico. A canção pode ser gravada, escutada e analisada em sessões subsequentes, tornando-se num recurso terapêutico adicional. A criação de uma melodia oferece, assim, ao indivíduo uma via para canalizar sentimentos, narrar experiências, resolver conflitos internos e expressar a sua história pessoal, através de uma linguagem que integra componentes verbais e não-verbais (Wheeler et al., 2005).

Audição de Música Editada

A audição de música editada, inserida na técnica recetiva da musicoterapia, pode assumir diferentes modalidades, destacando-se duas formas principais: audição acompanhada de troca verbal entre o musicoterapeuta e o utente, podendo também ocorrer em contexto grupal; e audição que privilegia a escuta ativa e introspetiva. Ambas as abordagens proporcionam momentos de diálogo, partilha e reflexão sobre diversos aspetos da música escutada — como o autor, a mensagem, o género musical, o contexto sociocultural, os instrumentos utilizados, entre outros —, permitindo o acesso a conteúdos emocionais, memórias autobiográficas e aspetos relevantes da história de vida do utente (Schapira et al., 2007).

Esta abordagem ressalta a importância de considerar a individualidade de cada pessoa ou grupo na escolha das músicas utilizadas, de forma a desenvolver intervenções que sejam verdadeiramente personalizadas e eficazes do ponto de vista terapêutico (Barcellos, 1992). Neste sentido, os critérios de seleção musical organizam-se em torno de três dimensões fundamentais: o papel do musicoterapeuta, a participação ativa do utente e as características intrínsecas da própria música.

O musicoterapeuta, enquanto facilitador do processo, deve estar atento à escolha musical e aos possíveis conteúdos de transferência e contratransferência que possam emergir durante a sessão, reconhecendo o impacto emocional e simbólico que determinada música pode provocar (Benenzon, 2011). Embora, em muitos casos, seja o próprio utente a escolher a música a ser escutada, essa decisão deve ser compreendida dentro de um enquadramento terapêutico, com o suporte do terapeuta para garantir que a intervenção mantenha coerência clínica e sentido terapêutico.

Durante as sessões, as intervenções com música editada são ajustadas consoante as necessidades específicas dos participantes e a evolução do processo terapêutico. É essencial reconhecer que, no contexto da musicoterapia, a música não se orienta por critérios estéticos ou artísticos, mas por objetivos terapêuticos bem definidos. Assim, a escolha das músicas deve considerar elementos como a estrutura musical, o género, o conteúdo das letras, os intérpretes e o contexto sociocultural da sua criação (Schapira et al., 2007).

Relação Terapêutica na Musicoterapia

A relação terapêutica é concebida como um ciclo contínuo de influência mútua (Birnbbaum, 2014), em que terapeuta e utente se afetam reciprocamente, muitas vezes de forma inconsciente. Mitchell (1988) afirma que a mudança psicológica emerge das experiências emocionalmente intensas partilhadas na terapia, sendo a qualidade da relação terapêutica determinante para a eficácia do processo. Assim, a transformação acontece de ambos os lados, e cabe ao terapeuta adotar um papel de suporte e contenção, promovendo a organização emocional do utente e o desenvolvimento de padrões relacionais mais saudáveis e adaptativos.

No contexto da musicoterapia, a música assume um papel fundamental na construção da relação terapêutica. Funciona como um meio facilitador dessa relação e deve ser utilizada de forma sensível às necessidades cognitivas, emocionais, físicas e sociais de cada utente (American Music Therapy Association [AMTA], 2005). Apesar de, por vezes, não ser considerada um componente central da intervenção, a qualidade da aliança terapêutica revela-se um elemento essencial em musicoterapia e em diversas psicoterapias (Craske, 2010). Esta aliança é definida pela robustez de um relacionamento colaborativo, sustentado na confiança e cooperação, contrariando modelos hierárquicos que posicionam o terapeuta como curador e o utente como agente passivo (Norcross, Beutler & Levant, 2006; Silverman, 2015).

Silverman (2015) refere que a introdução da música no relacionamento terapêutico pode fortalecer significativamente a aliança e a confiança estabelecidas. Técnicas como a escrita de canções ou a improvisação oferecem aos utentes oportunidades de aceder e expressar emoções negativas em ambiente seguro e acolhedor, potenciando o vínculo terapêutico (Silverman, 2015). Experiências de improvisação partilhadas contribuem não só para o reforço da relação com o terapeuta, mas também para a melhoria dos modos de relacionamento fora da terapia (Davies, Richards & Barwick, 2015).

A prática musicoterapêutica visa promover a consciência dos estados internos do utente, permitindo a sua expressão e simbolização através da música. Esta, por sua vez, é espelhada e compreendida pelo terapeuta. A especificidade da relação terapêutica em musicoterapia reside na atenção do terapeuta às suas próprias reações emocionais e cognitivas despertadas pela transferência do utente (Edwards, 2016). A transferência, entendida como a sincronia

inconsciente de sentimentos, percepções e pensamentos entre utente e terapeuta (ou grupo), constitui um veículo emocional essencial. Nos contextos grupais, é frequente a intensificação dos vínculos interpessoais após atividades musicais partilhadas, como a improvisação ou composição. Adicionalmente, a contratransferência, enquanto reação do terapeuta ao utente, pode também influenciar significativamente a dinâmica terapêutica (Høgland, 2014).

Ahonen (2018) destaca o papel do *self* do terapeuta na relação terapêutica, salientando que, em musicoterapia, é fundamental considerar a relação triangular entre terapeuta, utente e música. Esta inter-relação manifesta-se nos níveis verbal, não verbal, musical, emocional, intra e interpessoal. A qualidade estética da música ao vivo, executada pelo terapeuta, deve ser cuidadosamente equilibrada, de modo a não comprometer a percepção de competência do utente. Características como empatia, autenticidade, aceitação, paciência, imaginação e competência profissional são igualmente determinantes para o sucesso da intervenção (AMTA, 2020; Borczon, 2004; Silverman, 2015; Silverman, 2018).

A evidência empírica mostra que uma relação terapêutica sólida está associada a mudanças terapêuticas mais profundas, melhores resultados clínicos, maior adesão ao tratamento e níveis mais elevados de satisfação (Bolsinger et al., 2020; Gavrielidou & Odell-Miller, 2017; Norcross & Lambert, 2018; Silverman, 2015). Em contrapartida, relações terapêuticas frágeis correlacionam-se com abandono precoce da terapia e aumento do risco de comportamentos disruptivos (Bolsinger et al., 2020; Silverman, 2018).

Silverman (2015) propõe um conjunto de estratégias para o fortalecimento da relação musicoterapêutica, como validar a problemática e o contexto do utente, demonstrar consideração positiva incondicional, tocar músicas do agrado do utente, fomentar a colaboração na resolução de problemas e acolher o feedback com abertura. Recomenda ainda o uso de técnicas de modelagem, realismo nas expectativas, reforço verbal e não verbal, e uma abordagem empática na formulação de questões.

Bruscia (2016) complementa estas propostas com sugestões para potenciar a empatia terapêutica. Na vertente ativa, incluem-se técnicas como imitar, sincronizar, refletir e incorporar motivos musicais do utente. Na vertente recetiva, o musicoterapeuta deve selecionar músicas ajustadas às preferências e estados físicos, emocionais ou mentais do utente, podendo, por exemplo, utilizar músicas que acompanhem o ritmo cardíaco ou expressem estados emocionais relevantes.

Em suma, a relação terapêutica em musicoterapia constitui um elemento estruturante e dinâmico do processo terapêutico. A música, ao funcionar como mediadora entre terapeuta e utente, não só fortalece o vínculo terapêutico, como facilita a expressão emocional, a comunicação e a transformação pessoal, revelando-se, assim, um instrumento poderoso de mudança clínica e relacional.

Grupos Terapêuticos

A musicoterapia pode ser realizada individualmente ou em grupo. A intervenção em grupo assume particular relevância, uma vez que o ser humano é, por natureza, um ser social, estando frequentemente inserido em contextos relacionais. Muitos dos desafios enfrentados surgem justamente em situações sociais (Wheeler, Shultis & Polen, 2005).

Neste sentido, torna-se relevante refletir sobre a dinâmica particular de cada grupo, a qual pode variar de acordo com as suas especificidades, ainda que existam características comuns (Rutan et al., 2007). Lewin (1967) defende que um grupo se define pelas relações estabelecidas entre dois ou mais indivíduos.

Apesar da singularidade que caracteriza cada grupo, é possível identificar aspetos partilhados, nomeadamente: (a) a interação; (b) a estrutura; (c) a coesão, ou a sua ausência; (d) a identidade social; e (e) os objetivos centrais. Assim, importa considerar o grupo na sua globalidade, ultrapassando uma perspetiva psicodinâmica centrada exclusivamente no indivíduo. Ao analisar o grupo, compreende-se que não é apenas cada pessoa que vivencia um processo de desenvolvimento, mas também o próprio grupo, enquanto entidade, sustentado pela observação da interação entre os membros e com o líder (Rutan et al., 2007).

Cunha (2019) identifica sete aspetos fundamentais no grupo musicoterapêutico. O primeiro é o compartilhamento, entendido como a possibilidade de participação de todos os membros, de acordo com as suas capacidades individuais, sem que haja destaque de um elemento específico, mas sempre com a intenção de contribuir para a construção de um espaço sonoro coletivo. O segundo corresponde à produção musical no contexto grupal, em que as expressões ocorrem em coletividade, sem que a individualidade seja desconsiderada. O terceiro aspeto refere-se ao papel do profissional musicoterapeuta, que deve estar apto a intervir, interagir e orientar as mensagens e informações emergentes, promovendo o desenvolvimento do processo grupal. O quarto diz respeito ao tempo, compreendido como o ritmo individual de cada participante para se integrar, colaborar e vivenciar a experiência

musical consigo próprio e com o grupo. O quinto aspeto é a música, assumida como veículo relacional através de melodias, ritmos e expressões corporais, independentemente da sua conformidade com padrões estéticos convencionados. O sexto está relacionado com a estimulação da cognição sensível. Por fim, o sétimo aspeto corresponde ao processo, sustentado na regularidade dos encontros, a qual favorece o fortalecimento das relações socio-musicais.

O indivíduo pertence a diversos grupos ao longo da vida — profissionais, sociais ou recreativos —, sendo, portanto, natural que a experiência terapêutica em grupo reflita essa dimensão social. Para que tal experiência seja verdadeiramente terapêutica, devem estar presentes determinados fatores, como: o cultivo da esperança, permitindo que o progresso de alguns membros motive os restantes; a universalidade, ajudando os participantes a perceber que não estão sozinhos nos seus desafios; a partilha de informações; o altruísmo; o desenvolvimento de competências de socialização; o comportamento imitativo; a aprendizagem interpessoal; a coesão grupal; a catarse, como forma de expressão emocional saudável; e a consciencialização de questões existenciais (Rutan, Stone & Shay, 2014; Wheeler et al., 2005; Yalom & Leszcz, 2005).

Cada indivíduo assume, ao longo da vida, múltiplos papéis, fenómeno que também se observa no contexto terapêutico de grupo. Inicialmente, o terapeuta é o único com um papel definido, mas, com o tempo, os membros vão assumindo diferentes papéis. Segundo Benne e Sheats (1948), estes podem dividir-se em papéis orientados para as tarefas, para a manutenção do grupo ou auto-orientados. Bernard e MacKenzie (1994) propõem outras categorias, como o papel estrutural (associado à liderança), o papel sociável (focado nas relações interpessoais), o papel divergente (relacionado com pontos de vista alternativos ou contestação) e o papel cauteloso (habitualmente associado a uma postura reservada).

O desenvolvimento de um grupo terapêutico decorre, normalmente, em quatro fases: formativa, onde os participantes iniciam contacto com o grupo e estabelecem as primeiras ligações, num ambiente ainda marcado pela hesitação e pela procura de segurança; reativa, em que emergem as características individuais e, consequentemente, possíveis conflitos, exigindo regulação emocional e maior abertura à partilha; maturação, fase de funcionamento autónomo e eficaz, com maior espontaneidade, partilha de liderança e gestão emocional adaptada; e separação, etapa de encerramento e reflexão, onde se revê o percurso terapêutico e se projetam aprendizagens para o futuro (Rutan et al., 2014; Wheeler et al., 2005). Esta

última fase é particularmente sensível, podendo suscitar emoções intensas. Assim, recomenda-se que inclua momentos de avaliação, expressão de sentimentos e despedida adequada, facilitando a conclusão saudável do processo terapêutico (Wheeler et al., 2005).

Objetivo Geral

O estágio em musicoterapia descrito no presente documento foi realizado no âmbito da prática supervisionada e da formação académica do aluno, inserindo-se no plano curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Esta experiência formativa pretende analisar a eficácia da musicoterapia enquanto terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental, destacando a sua aplicabilidade prática num contexto transdisciplinar e sensibilizar e familiarizar a equipa da AQDP relativamente aos benefícios da musicoterapia no contexto do cuidado em saúde mental e na promoção do bem-estar.

Metodologia

Este capítulo apresenta a abordagem metodológica adotada ao longo do estágio, fundamentada na revisão da literatura e adaptada à realidade institucional da AQDP. Serão caracterizados os participantes incluídos no programa de musicoterapia, com destaque para os respetivos perfis clínicos, e descritos os instrumentos de avaliação utilizados nos momentos de pré e pós-intervenção, com o objetivo de monitorizar o progresso terapêutico ao longo do acompanhamento.

Serão igualmente descritos os procedimentos implementados nas diferentes fases do estágio, bem como os métodos e técnicas de intervenção aplicados no trabalho com pessoas com doença mental. A agenda semanal do programa de musicoterapia será contextualizada, permitindo uma visão integrada da organização temporal das atividades. Por fim, serão apresentados outros projetos e iniciativas desenvolvidos pelo musicoterapeuta no âmbito da sua integração na equipa da AQDP.

Participantes

No âmbito do presente estágio, foram intervencionados 19 utentes da AQDP, dos quais 13 pertenciam à RTA e 6 à RAMo. Todos participaram em sessões grupais de musicoterapia, sendo 9 do sexo masculino e os restantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e os 61 anos.

Previamente à participação, todos os utentes assinaram um termo de consentimento informado (Anexo A), no qual autorizaram, de forma livre e esclarecida, a gravação em vídeo e áudio das sessões. Estas gravações destinaram-se exclusivamente a fins de supervisão clínica e académica. Foi salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida, garantindo-se que todos os dados seriam utilizados apenas para os fins previamente definidos, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis.

A Tabela 2 apresenta a identificação dos utentes que beneficiaram de acompanhamento em musicoterapia em contexto grupal, incluindo informação relativa ao grupo terapêutico a que pertencem, idade, sexo, dados clínicos e residência correspondente na AQDP.

Tabela 2*Dados dos Participantes*

Grupo Terapêutico	Identificação do utente	Idade	Sexo	Dados Clínicos
Grupo 1 (RTA)	C.F.	51	Feminino	Perturbação Afetiva Bipolar. Insónias. Tendência em isolar-se.
	F.P.	44	Masculino	Esquizofrenia. Isolamento social.
	V.D.	46	Feminino	Perturbação Afetiva Bipolar. Disfuncionalidade relacional grave. Baixa autoestima.
	J.G.	35	Masculino	Esquizofrenia. Depressão leve a moderada. Tentativa de suicídio.
	R.D.	50	Feminino	Esquizofrenia. Isolamento social. Sintomatologia negativa secundária que decorre do sofrimento psicológico.
	C.B.	38	Feminino	Psicoses Não Orgânicas. Episódios depressivos.
Grupo 2 (RTA)	A.C.	33	Feminino	Perturbação Afetiva Bipolar. Pré-diabetes. Insónia terminal. Ideação suicida.
	F.S.	33	Masculino	Esquizofrenia. Predomínio de sintomatologia negativa (embotamento afetivo, anedonia). Isolamento social.
	L.M.	51	Masculino	Esquizofrenia Tipo Paranoide. Perturbação obsessivo-compulsiva.
	P.L.	48	Masculino	Esquizofrenia Tipo Paranoide. Fraco suporte familiar.

Grupo 3 (RAMo)	J.M.	38	Masculino	Esquizofrenia Tipo Paranoide. Transtorno de personalidade narcisista. Cumpriu medida de segurança em internamento pelo crime de Violência Doméstica (na pessoa da mãe). Isolamento social.
	V.C.	61	Masculino	Perturbação Esquizoafetiva. Demência Frontotemporal. Caquexia. Deficiência Nutricional Ne
	P.F.	53	Feminino	Depressão Major com sintomas psicóticos. Perturbação dependente da personalidade.
	I.C.	58	Feminino	Perturbação Afetiva Bipolar. Diabetes Mellitus.
	C.M.	52	Feminino	Perturbação Afetiva Bipolar. Ideação suicidária.
	O.M.	54	Masculino	Esquizofrenia Tipo Paranoide.
	A.S.	59	Masculino	Esquizofrenia Tipo Paranoide. Deterioração cognitiva. Tabagismo.
	A.P.	41	Feminino	Avitaminoses e Estados de Carência Nutricional. Anorexia. Efeito tóxico do álcool. Síndrome de dependência alcoólica. Dependência de drogas.
	P.R.	53	Feminino	Reação de Ajustamento. Transtornos Neuróticos. Tentativa de suicídio.

Instrumentos de Avaliação

A definição de objetivos clínicos, a monitorização da evolução terapêutica dos participantes nas sessões de musicoterapia e a tradução da informação recolhida para a colaboração interdisciplinar foram realizadas através do registo sistemático de observações e da aplicação

de uma escala de avaliação dos sintomas negativos. Estes instrumentos possibilitaram uma prática de musicoterapia fundamentada na recolha, análise e avaliação contínua da informação clínica relativa à pessoa.

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

A *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (Anexo B) é um instrumento clínico utilizado para avaliar a presença e a intensidade dos sintomas negativos, frequentemente associados a perturbações do espectro da esquizofrenia. Esta escala contempla diferentes domínios sintomáticos, nomeadamente o embotamento afetivo, a alogia, a avolição/apatia, a anedonia/associabilidade e o défice atencional (Geretsegger et al., 2017).

A SANS é composta por um total de 24 itens, cuja avaliação é realizada por profissionais devidamente treinados, com base numa entrevista clínica estruturada. Esta avaliação pode ser complementada por outras fontes de informação, como documentação clínica prévia e testemunhos de familiares ou cuidadores (Gold et al., 2005). Cada item é classificado segundo uma escala de Likert de seis pontos, permitindo uma análise graduada da gravidade dos sintomas observados (Geretsegger et al., 2017).

A aplicação da SANS foi realizada em dois momentos distintos: antes da integração de cada utente no grupo terapêutico e uma semana antes da sua alta da instituição.

Music Therapy Assessment Scale (MTAS)

A *Music Therapy Assessment Scale* (Anexo C), desenvolvida pela plataforma *Music Therapy Made Simple*, consiste num conjunto de formulários concebidos para auxiliar musicoterapeutas no processo de avaliação de clientes, permitindo uma abordagem mais estruturada e sistemática da prática clínica (Music Therapy Made Simple, s.d.).

Esta ferramenta foi criada com o intuito de simplificar a recolha e organização de informação relevante sobre o comportamento, respostas musicais, preferências e necessidades dos clientes, com vista à elaboração de intervenções terapêuticas mais eficazes e individualizadas. A MTAS é composta por três modelos distintos de avaliação, que podem ser utilizados de forma independente ou complementar (Music Therapy Made Simple, s.d.).

O modelo de avaliação compreensiva é o mais extenso, com sete páginas que apresentam enunciados orientadores distribuídos por várias áreas de objetivos terapêuticos. Estes

enunciados facilitam a observação sistemática do cliente durante as sessões, permitindo ao terapeuta registar não só comportamentos observáveis, mas também incluir anotações personalizadas de acordo com o contexto e as necessidades específicas (Music Therapy Made Simple, s.d.).

O modelo de avaliação breve, com apenas uma página, foi desenvolvido para contextos que exigem uma análise mais sucinta. Apresenta uma estrutura de preenchimento simples, incluindo listas de verificação e espaço para comentários sobre pontos fortes, necessidades e respostas musicais observadas (Music Therapy Made Simple, s.d.).

Por sua vez, o modelo de avaliação para cuidados agudos foi especialmente desenhado para contextos clínicos de curta duração ou de intervenção rápida, como hospitais ou unidades de cuidados intensivos. Utiliza uma escala de Likert para registar as respostas dos clientes antes e depois da intervenção, o que permite avaliar o impacto imediato da sessão de musicoterapia (Music Therapy Made Simple, s.d.).

Estes formulários foram pensados para oferecer flexibilidade na sua aplicação, podendo ser adaptados a diferentes faixas etárias e contextos terapêuticos. Podem ser usados como instrumentos de avaliação primários ou em complemento a outros relatórios clínicos (Music Therapy Made Simple, s.d.).

A utilização da MTAS, ao proporcionar um registo claro e organizado das observações clínicas, contribui para uma melhor comunicação entre profissionais e para o desenvolvimento de planos terapêuticos mais adequados às necessidades de cada indivíduo (Music Therapy Made Simple, s.d.).

Registos de Sessão Grupal

Foram igualmente elaborados registos de sessão (Anexo D), os quais integraram dados provenientes da observação direta dos utentes, uma descrição sumária do decorrer da sessão, os temas centrais abordados, eventuais novidades ou mudanças ocorridas, a música produzida (incluindo o repertório e os instrumentos utilizados), bem como reflexões do terapeuta e propostas para sessões futuras.

Complementarmente à observação direta, procedeu-se à análise dos registos áudio e vídeo das sessões. Esta análise permitiu uma reflexão mais aprofundada e pormenorizada sobre o

processo terapêutico, contribuindo para a avaliação contínua e informada da intervenção em musicoterapia.

Procedimentos

A elaboração do projeto de estágio culminou na proposta de um programa de intervenção em musicoterapia, o qual foi posteriormente aprovado pela Direção da AQDP.

O contacto inicial do musicoterapeuta com os utentes da instituição teve início através da observação participante em diversos contextos, nomeadamente nas consultas de psicologia, nas sessões de gestão económica, nas reuniões familiares e nas sessões com a enfermeira. Durante aproximadamente um mês, o musicoterapeuta integrou-se na equipa interdisciplinar, observando e aprendendo sobre as dinâmicas do modelo de intervenção da AQDP. Neste período, participou em entrevistas e procedeu ao levantamento inicial de informação clínica sobre os utentes, os respetivos diagnósticos e patologias, os objetivos terapêuticos e a articulação interdisciplinar envolvida.

Seguiu-se a fase mais extensa do estágio, correspondente à realização das sessões de musicoterapia com os participantes selecionados para o acompanhamento clínico longitudinal. Esta prática foi supervisionada pela coordenadora científica do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

A intervenção começou com uma avaliação inicial, que visou identificar o histórico de cada paciente, sintomas atuais, preferências musicais, limitações e potenciais. Esta avaliação é essencial para entender o contexto de cada utente e obter um panorama sobre as suas necessidades e desafios. Em colaboração com a equipa multidisciplinar foram definidos objetivos específicos alinhados com os objetivos gerais da intervenção, respeitando as particularidades de cada diagnóstico.

As primeiras sessões tiveram como objetivos aferir o historial de experiências musicais dos participantes, apresentar os fundamentos da musicoterapia, esclarecer as regras e a estrutura das sessões, bem como introduzir as atividades que seriam realizadas ao longo do processo terapêutico. Cada sessão teve a duração de uma hora. Foi realizado o registo audiovisual das sessões para fins de supervisão e avaliação da prática clínica.

No decorrer das sessões, o musicoterapeuta utilizou os seguintes recursos materiais: uma sala de enfermaria equipada com cadeiras e duas mesas; instrumentos musicais como

guitarra, djembés (grande e médio), pau-de-chuva, dois ovos shaker, maracas, clavas, *ocean drum*, *shaman drum*, *glockenspiel*, tamborins, mini congas; e ainda uma câmara de filmar, um computador e uma coluna Bluetooth.

Concluída a intervenção terapêutica e assegurada a preparação adequada dos participantes para o encerramento do processo, o estagiário procedeu à análise e reflexão sobre os resultados alcançados, dando origem à redação do presente relatório. Com base nos procedimentos descritos, foram identificadas quatro fases distintas no decorrer do estágio, conforme apresentado na Tabela 3, com a respetiva duração de cada uma.

Tabela 3

Cronograma do Estágio

Fases	Duração
Planeamento	1 mês
Formação, observação e recolha de dados	1 mês
Intervenção específica em Musicoterapia	6 meses
Conclusão e reflexão	1 mês

Métodos e Técnicas

O principal modelo de intervenção em musicoterapia utilizados pelo estagiário nas sessões foi a Abordagem Plurimodal (Schapira et al., 2007). As técnicas utilizadas foram a improvisação musical (referencial e não referencial), audição de música editada, criação de canções e jogos musicais.

Setting Terapêutico

No que respeita ao *setting* terapêutico, as sessões tiveram lugar numa antiga cozinha, atualmente adaptada para gabinete de enfermagem, equipada com duas mesas de pequenas dimensões, cadeiras, um armário e uma carpete. As sessões decorreram com os utentes dispostos em círculo, sentados em cadeiras, enquanto um conjunto de instrumentos era colocado no centro, sobre a carpete.

Agenda Semanal

O estágio decorreu com uma carga horária média de três dias por semana, variando entre quatro e oito horas diárias. As principais atividades desenvolvidas semanalmente incluíram a participação nas sessões de grupo terapêutico e nas reuniões da equipa multidisciplinar.

As reuniões e formações quinzenais da equipa da AQDP ocorreram às quintas-feiras durante a tarde. Estes encontros foram dedicados à discussão de casos clínicos e à exploração de novas abordagens terapêuticas a implementar.

As sessões de musicoterapia em grupo realizaram-se às segundas e quartas-feiras. Às segundas-feiras, decorreram consultas com os grupos da RTA, sendo que um grupo era atendido no período da manhã e outro no período da tarde, em regime de rotatividade mensal. Às quartas-feiras, realizou-se o grupo da RAMo durante a manhã.

Tabela 4
Agenda Semanal

	Segunda-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
9h30		Grupo de Musicoterapia (RAMo)	
11h30	Grupo de Musicoterapia (RTA)		
14:30	Grupo de Musicoterapia (RTA)		Reunião técnica (quinzenal)

Estudos de Caso

Dentro das três intervenções realizadas, foram eleitas duas delas para serem apresentadas como estudos de caso. Assim, os casos apresentados dizem respeito aos grupos 2 e 3 que incluem a identificação e caracterização de cada grupo, uma análise descritiva do processo de intervenção em musicoterapia e os resultados obtidos e, por fim, a conclusão do caso.

Estudo de Caso I – Grupo 2

Identificação e Caracterização do Grupo

O Grupo 2 foi, numa fase inicial, constituído por cinco participantes, quatro do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e os 51 anos. No decurso das sessões, a composição do grupo foi alvo de alterações decorrentes da conclusão do processo de reabilitação por um dos elementos (A.C.) e da integração de dois novos participantes (V.C. e P.F.). Registou-se, igualmente, a transferência de um participante para outro grupo de musicoterapia (P.L.). Assim, ao longo de todo o processo, o grupo contou, no total, com sete participantes, cinco do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades entre os 33 e os 61 anos.

Características Pessoais/Aspetos da Personalidade

A.C. apresenta labilidade emocional, alternando entre momentos de confiança e sensação de invencibilidade e fases de tristeza e desvalorização pessoal. Demonstra capacidade de autorreflexão e insight funcional, reconhecendo os fatores que desencadeiam crises maniformes ou depressivas. É motivada e interessada em participar em atividades estruturadas. Mostra persistência e abertura a novas experiências, bem como boa interação social com colegas e equipa terapêutica. Apesar de antecedentes de dependência familiar, evidencia potencial de autonomia, responsabilidade crescente e capacidade de autorregulação emocional.

F.S. tem traços de independência limitada e dificuldade em seguir regras ou manter rotinas estruturadas, evidenciando tendência para comportamentos impulsivos e desinibidos. Demonstra cordialidade e cultura geral elevada, com capacidade de interação social digital e manutenção de contactos com amigos, apesar de algum afastamento presencial. Mostra resistência à autoridade e baixa adesão a normas institucionais, mas apresenta capacidade de iniciativa individual quando motivado por interesses próprios. Evidencia dificuldades na

organização da vida diária, incluindo autocuidados e tarefas domésticas, o que contrasta com o seu potencial cognitivo e educacional.

L.M. exibe personalidade reservada e calma, com tendência ao isolamento social e períodos de desmotivação. Demonstra rigidez e lentidão obsessiva nas tarefas, refletindo traços obsessivos marcados. Apesar disso, é colaborante, vigil e consciente, mantendo autocuidados e projeção para o futuro. Apresenta interesse e motivação em contextos estruturados, sobretudo em atividades educativas e psicoeducativas, embora nem sempre aplique de forma consistente os conhecimentos adquiridos. Mantém relações interpessoais adequadas com técnicos, família e pares, e revela preocupação com responsabilidades pessoais, como a gestão da casa. O insight para a sua patologia é parcial, coexistindo com episódios de delírios de conteúdo místico, que influencia a percepção da realidade, mas não compromete totalmente a sua funcionalidade em contextos protegidos e estruturados.

P.L. apresenta traços de personalidade marcados por autonomia limitada, baixa motivação e dificuldades na adesão a regras e rotinas. Demonstra comportamento impulsivo e desorganizado, aliado a resistência à supervisão e pouca responsabilização nas tarefas do dia a dia. Apesar disso, possui histórico de competências laborais e capacidade de interação social, indicando potencial para reabilitação se houver acompanhamento estruturado, supervisão consistente e estímulo à motivação pessoal.

J.M. demonstra tendência ao isolamento social e autorreferencialidade, com dificuldade em manter relações familiares e comunitárias, especialmente devido a dinâmicas disfuncionais com a mãe. Demonstra rigidez cognitiva e pensamento obsessivo, com sintomas delirantes residuais e parcial insight para a doença. É motivado e cooperante quando inserido em contextos estruturados, mostrando capacidade de cumprir normas e desenvolver competências ocupacionais simples. Apesar de limitações sociais e funcionais, evidencia baixo índice de agressividade, ausência de comportamentos aditivos e abertura para aprender e participar em atividades cognitivamente estimulantes, sugerindo potencial de progresso em ambientes terapêuticos protegidos e estruturados.

V.C. exibe traços de personalidade marcados por reserva, introspecção e tendência ao isolamento social, sobretudo em contextos de stress ou desorganização. Demonstra cordialidade, colaboração e adequação nas interações, embora com iniciativa verbal e expressividade inicialmente limitadas. Mostra responsabilidade e preocupação com questões

práticas da vida, como finanças e manutenção da casa, revelando uma faceta consciente e orientada para objetivos concretos. Apesar de histórico de abandono terapêutico e desconfiança inicial, apresenta aceitação progressiva do tratamento e abertura a orientação, evidenciando potencial para reabilitação e recuperação de autonomia.

P.F. apresenta personalidade marcada por vulnerabilidade emocional e dependência, com tendência a baixa autoestima e dificuldade em assumir autonomia. Revela expectativas centradas no bem-estar emocional e familiar, mas demonstra resistência à adesão terapêutica e dificuldades na organização de tarefas diárias. Mantém potencial de reabilitação apoiada, nomeadamente quando há suporte familiar, sendo sensível às relações interpessoais e necessitando de acompanhamento estruturado para promover confiança, autoconfiança e assertividade na comunicação.

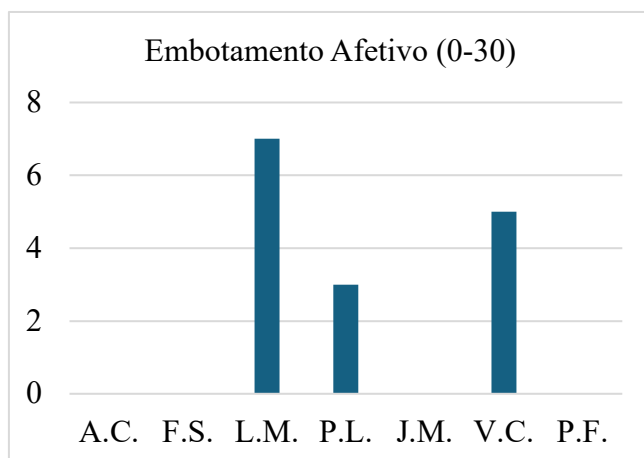
Avaliação Inicial e Plano Terapêutico

Aquando da avaliação inicial, através de conversas com o psicólogo, começaram a emergir os objetivos importantes a trabalhar nas sessões de musicoterapia. Assim através da SANS avaliaram-se apenas cinco domínios, Embotamento Afetivo, Alogia, Avolição – Apatia, Anedonia – Não sociabilidade e Atenção.

Com a ajuda do psicólogo, num primeiro contacto individual com cada elemento que ia integrar o grupo, realizou-se a avaliação inicial aplicando a escala SANS através de uma entrevista premeditada. As figuras 1 a 5 apresentam os resultados obtidos na 1ª avaliação.

Figura 1

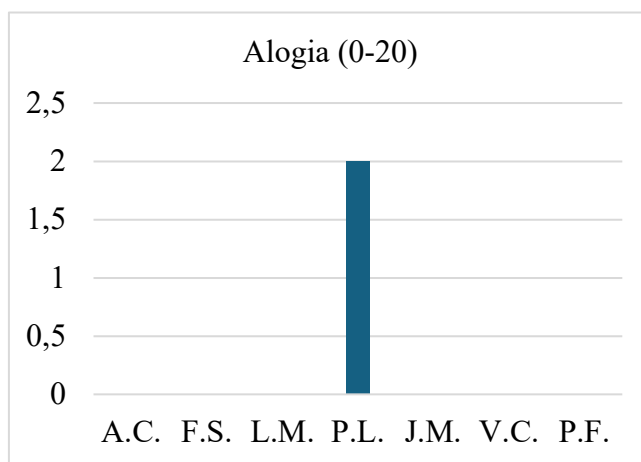
1ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



Os resultados evidenciam uma variabilidade considerável entre os participantes. A maioria apresenta ausência de embotamento afetivo (A.C., F.S. e P.F., todos com pontuação 0). Contudo, L.M. (7 pontos) e V.C. (5 pontos) revelam níveis moderados, enquanto P.L. (3 pontos) apresenta sinais ligeiros. Estes valores sugerem que, embora grande parte do grupo não demonstre dificuldades de expressividade afetiva, existe um subgrupo em que a expressão emocional poderá encontrar-se limitada, justificando a implementação de estratégias terapêuticas que promovam a comunicação emocional e a expressividade através da música.

Figura 2

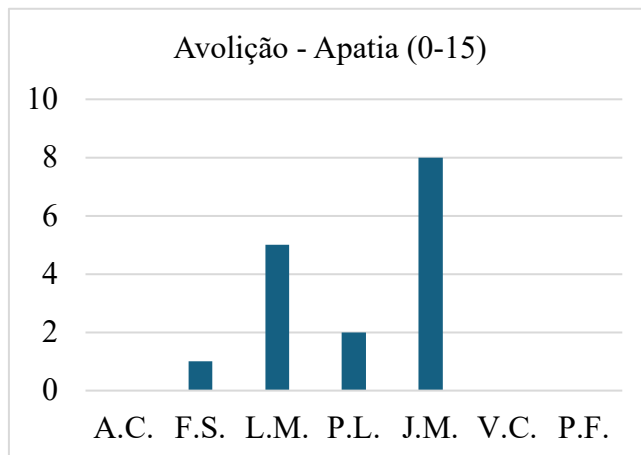
1ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



A alogia, entendida como pobreza do discurso e da produção verbal, não foi observada na maioria dos participantes. Apenas P.L. (2 pontos) apresenta sinais muito ligeiros de alogia, enquanto todos os outros participantes obtiveram pontuação nula. Este resultado sugere que, globalmente, o grupo apresenta preservação da capacidade discursiva e comunicativa, não se configurando este domínio como prioritário para a intervenção inicial em musicoterapia.

Figura 3

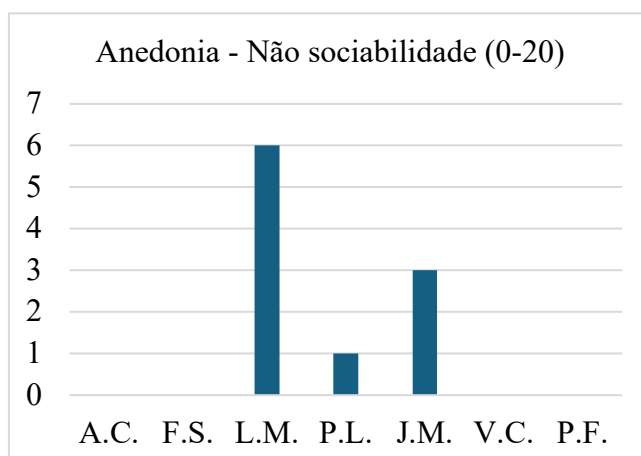
1ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



Neste domínio observa-se uma maior dispersão de resultados. J.M. (8 pontos) regista a pontuação mais elevada (8 pontos), o que indica um nível significativo. L.M. (5 pontos) revela também comprometimento moderado, enquanto P.L. (2 pontos) e F.S. (1 ponto) apresentam sinais ligeiros. Os restantes (A.C., V.C. e P.F.) não evidenciam qualquer sinal neste domínio. Considerando a relevância deste sintoma na funcionalidade diária, este domínio assume particular pertinência, especialmente para J.M. e L.M., sugerindo a necessidade de atividades que estimulem a motivação, a iniciativa e o envolvimento ativo.

Figura 4

1ª Avaliação: Anedonia – Não sociabilidade (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)

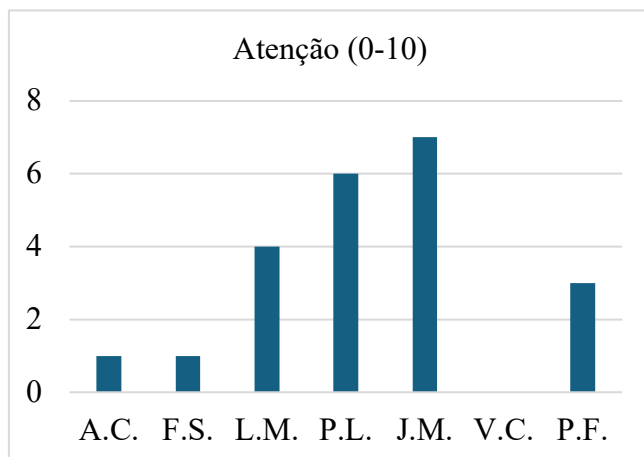


Neste domínio, observa-se um padrão semelhante. L.M. (6 pontos) apresenta nível moderado de anedonia/não sociabilidade, seguido de J.M. (3 pontos) e P.L. (1 ponto), ambos com sinais ligeiros. Os restantes participantes (A.C., F.S., V.C. e P.F.) não apresentam alterações. Estes

resultados apontam para dificuldades de envolvimento social e para uma menor capacidade de experienciar prazer em atividades, aspetos que a musicoterapia poderá abordar através da criação de experiências musicais prazerosas e partilhadas, facilitando a interação grupal.

Figura 5

1ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



Este domínio surge como um dos mais comprometidos no grupo. J.M. (7 pontos) e P.L. (6 pontos) apresentam défices significativos de atenção, seguidos de L.M. (4 pontos) e P.F. (3 pontos), com comprometimento moderado. A.C. e F.S. (1 ponto cada) revelam apenas sinais mínimos, enquanto V.C. (0 pontos) não apresenta dificuldades neste domínio. Déficits de atenção constituem uma área relevante de intervenção, dado o seu impacto direto no processo de aprendizagem, na execução de tarefas e na participação em atividades quotidianas.

De forma geral, a avaliação inicial indica que os domínios mais comprometidos neste grupo são Atenção, Avolição–Apatia e Anedonia–Não Sociabilidade, com destaque para os participantes J.M. e L.M., que apresentam níveis mais elevados de sintomas negativos. O Embotamento Afetivo surge de forma moderada em L.M. e V.C., enquanto a Alogia não se revela um sintoma relevante na amostra.

Estes resultados constituem a linha de base para a intervenção em musicoterapia, permitindo orientar a planificação terapêutica para o reforço da motivação, da atenção, da sociabilidade e da expressão emocional, áreas fundamentais para a redução do impacto dos sintomas negativos no funcionamento psicossocial.

Tabela 5*Plano Terapêutico do Grupo 2*

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
O1 – Promover a atenção e a concentração	Reduzir os momentos de distração; Aumentar o tempo de atenção e concentração; Estimular a memória.	Improvisação referencial; Improvisação não referencial; Criação de canções; Audição de música editada; Jogos musicais.
O2 – Estimular a motivação, a iniciativa e o envolvimento social	Incentivar a participação ativa; Reforçar comportamentos de iniciativa; Estimular o prazer e o interesse; Promover a colaboração e a coesão grupal; Aumentar o diálogo e a interação entre os pares.	Improvisação referencial; Improvisação não referencial; Audição de música editada; Jogos musicais; Criação de canções.
O3 – Facilitar a expressão emocional e criativa	Criar oportunidades seguras para a expressão de sentimentos e emoções; Estimular a criatividade; Favorecer a expressão não verbal.	Improvisação referencial; Improvisação não referencial; Audição de música editada; Criação de canções;
O4 – Melhorar o bem-estar emocional e a autoestima	Potenciar sentimentos de pertença e de valorização pessoal; Reforçar a autoestima; Promover a percepção de competência. Estimular o bem-estar emocional.	Improvisação referencial; Improvisação não referencial; Audição de música editada; Jogos musicais.

Processo Terapêutico

O processo terapêutico grupal teve início a 6 de janeiro de 2025 e decorreu até 30 de junho de 2025, totalizando 26 sessões semanais, com a duração de aproximadamente uma hora cada.

As sessões seguiram uma planificação semiestruturada, iniciando-se habitualmente com uma audição musical — momento em que um dos participantes apresentava ao grupo uma canção da sua escolha, seguida de partilha e discussão. Posteriormente, a sessão prosseguia com atividades musicais, que podiam ser propostas pelos próprios membros do grupo ou pelo

estagiário, incluindo improvisação referencial, improvisação não referencial, jogos musicais, entre outras dinâmicas de carácter expressivo e relacional. A sessão finalizava com uma discussão/reflexão.

1ª Fase: Formativa – Sessão 1 a 6

Nesta fase inicial, a musicoterapia foi introduzida como uma nova dinâmica no programa de reabilitação da AQDP. Procurou-se explorar os instrumentos, através de jogos rítmicos e primeiras experiências de improvisação livre, ainda com pouca coesão grupal. Exercícios de relaxamento ajudaram a criar um ambiente de segurança e confiança, fundamental para que cada membro pudesse iniciar a partilha musical. Destaca-se a sessão 4, marcada pela alta de A.C., momento de mudança que exigiu adaptação do grupo. Apesar de alguma dispersão coletiva, surgiram interações significativas, como a improvisação em pares sobre emoções, que favoreceu maior proximidade entre os participantes. P.L. destacou-se por assumir um papel de liderança, fruto da sua experiência prévia com instrumentos musicais. Apesar de os membros deste grupo já se conhecerem e partilharem os mesmos espaços físicos na instituição, a produção sonora coletiva revelou ausência de coesão e de articulação entre os participantes. Não se verificava uma percepção atenta do outro, nem um enquadramento estruturado que favorecesse a interação. Nesta etapa, o estagiário pôde igualmente observar e compreender o grupo, não apenas enquanto coletivo, mas também nas dinâmicas individuais.

2ª Fase: Reativa – Sessão 7 a 13

À medida que o grupo se consolidava, emergiram características individuais mais marcantes, tal como referido na literatura. Improvisações a pares continuaram a ser uma estratégia privilegiada, aprofundando a partilha emocional. As discussões temáticas, que surgiam sempre após a escuta das músicas escolhidas pelos membros, abriram espaço para debates criativos e reflexivos sobre tópicos diversos. A improvisação livre revelou-se um espaço fértil de coesão, com boa energia coletiva e crescente espontaneidade, incluindo a tímida, mas significativa, utilização da voz por F.S. A composição e gravação de uma canção (Anexo E) representaram um marco de união grupal, reforçando sentimentos de pertença e valorização mútua. A entrada de V.C., na sessão 13, foi recebida com naturalidade e aceitação, evidenciando a capacidade integradora do grupo.

3ª Fase: Maturação – Sessão 14 a 22

Neste período, o grupo alcançou um funcionamento mais autônomo, com práticas musicais diversificadas e aprofundadas. Improvisações livres, individuais e em pares, possibilitaram a expressão de sentimentos e emoções, sendo complementadas por estímulos visuais, como as cartas do jogo DixIt. Contudo, esta etapa também refletiu os desafios típicos da fase de maturação: a saída de P.L. (sessão 17) e a entrada de P.F. (sessão 19) alteraram o equilíbrio interno, provocando uma quebra momentânea na coesão grupal. Pequenas improvisações foram então utilizadas como recurso para trabalhar aspectos específicos da interação coletiva. A ausência recorrente de J.M., a partir da sessão 21, trouxe novas instabilidades, mas o grupo demonstrou resiliência, recuperando parte da coesão através de improvisações referenciais e não referenciais.

4ª Fase: Separação – Sessão 23 a 26

A etapa final do processo foi dedicada ao encerramento e à reflexão. Improvisações em pares, envolvendo corpo, voz e instrumentos, serviram como síntese da experiência vivida, promovendo expressão espontânea e significativa. As discussões, novamente a partir das músicas escolhidas pelos membros, abordaram temas profundos como a família, a infância e o estigma, permitindo revisitar trajetórias pessoais e consolidar aprendizagens coletivas. A improvisação livre de despedida simbolizou a coesão alcançada, marcando a conclusão saudável do percurso terapêutico.

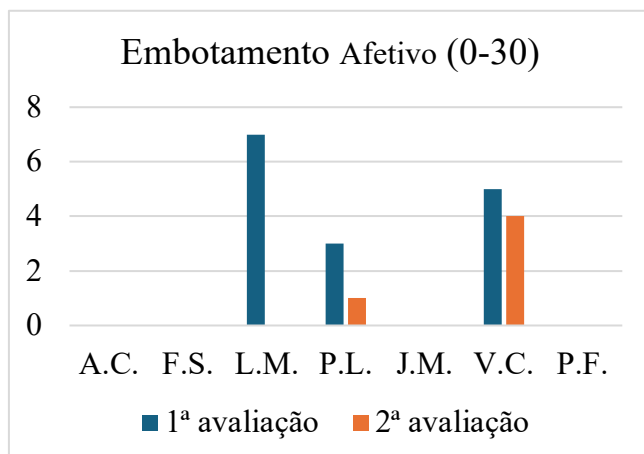
Resultados

Com base nos instrumentos de avaliação aplicados, foi possível analisar os resultados obtidos após a intervenção em Musicoterapia.

No que se refere à escala SANS, administrada inicialmente numa fase preliminar e novamente na fase final, verificou-se uma melhoria global em todos os participantes. Tal como se pode observar nos gráficos apresentados nas figuras 6 a 10, os domínios do Embotamento Afetivo, da Anedonia – Não sociabilidade e da Atenção revelaram uma evolução particularmente significativa, evidenciando os progressos alcançados ao longo do processo terapêutico.

Figura 6

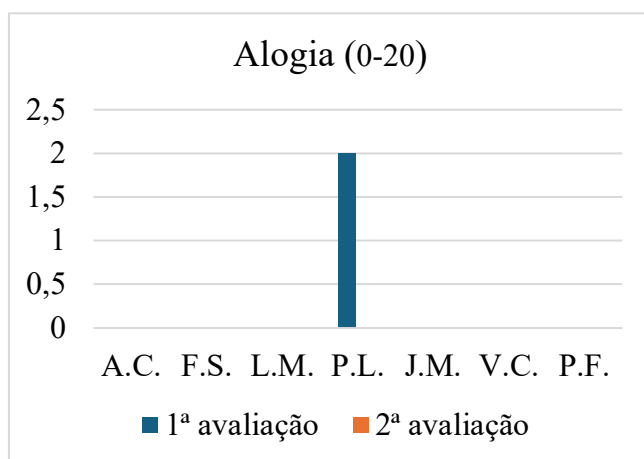
2ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



Os resultados evidenciam uma evolução positiva no domínio do Embotamento Afetivo, particularmente visível em alguns participantes que, inicialmente, apresentavam valores mais elevados. Destaca-se o caso de L.M., que passou de um valor de 7 na primeira avaliação para 0 na segunda, revelando uma diminuição significativa dos sintomas. Também P.L. passou de 3 para 1 e V.C. de 5 para 4, enquanto os restantes participantes mantiveram valores nulos ou estáveis, sugerindo ausência ou estabilidade deste sintoma.

Figura 7

2ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)

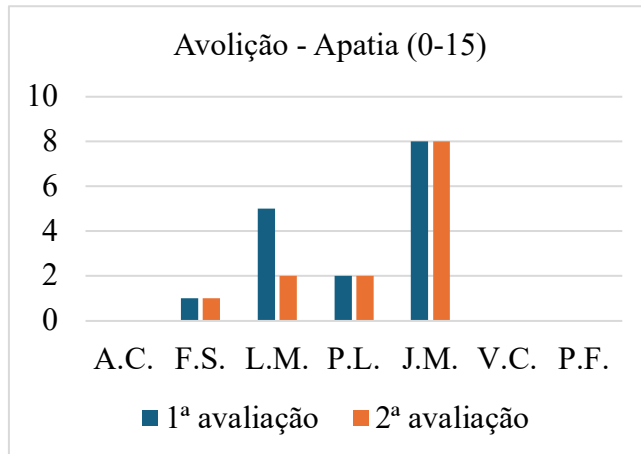


No domínio da Alogia, os resultados revelam uma situação de estabilidade quase total entre a primeira e a segunda avaliação. A maioria dos participantes (A.C., F.S., L.M., J.M., V.C. e P.F.) manteve valores nulos em ambos os momentos. O único participante que registou alteração foi P.L., que passou de um valor de 2 na primeira avaliação para 0 na segunda, o que representa uma melhoria assinalável. Ainda que a evolução seja restrita a um único

participante, a ausência de agravamento nos restantes já se pode considerar um resultado relevante no contexto clínico.

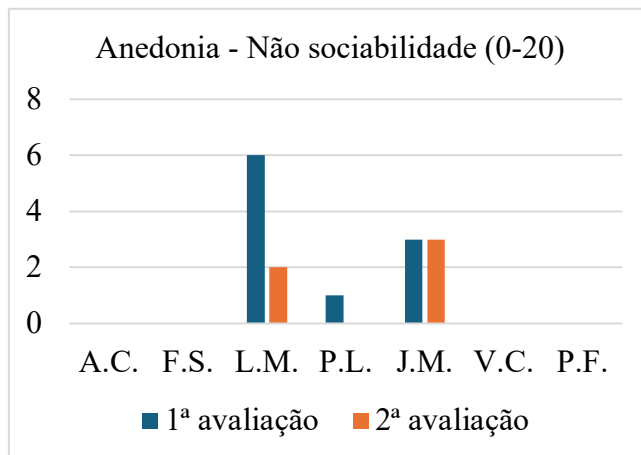
Figura 8

2ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



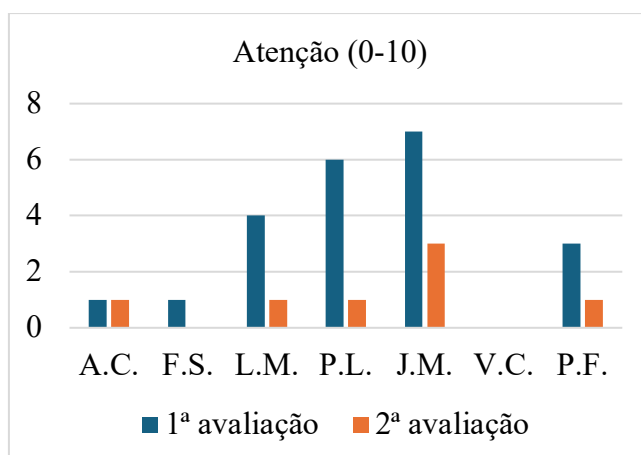
Os resultados referentes ao domínio da Avolição – Apatia apresentam um quadro misto, com sinais de evolução positiva em alguns participantes, mas também de estabilidade em valores elevados noutros casos.

O participante L.M. destacou-se pela melhoria mais expressiva, reduzindo de 5 pontos na primeira avaliação para 2 na segunda. Esta evolução sugere um aumento da motivação para a participação e do envolvimento nas atividades. Por outro lado, P.L. manteve valores estáveis (2 pontos), assim como F.S. (1 ponto), o que indica ausência de agravamento, mas também ausência de evolução significativa. No caso de J.M., verificou-se a manutenção de valores muito elevados (8 pontos em ambas as avaliações), sugerindo persistência de um quadro marcado por falta de motivação e apatia. Os restantes participantes (A.C., V.C. e P.F.) mantiveram valores nulos, o que confirma a inexistência de sintomas de apatia significativos neste domínio.

Figura 9*2ª Avaliação: Anedonia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*

No domínio da Anedonia – Não Sociabilidade, os resultados apontam para uma evolução globalmente positiva em parte do grupo, com melhorias significativas em alguns participantes.

O caso mais evidente é o de L.M., que registou uma redução expressiva de 6 para 2 pontos, sugerindo uma diminuição acentuada da dificuldade em retirar prazer das atividades e em envolver-se socialmente. Também P.L. apresentou uma melhoria, passando de 1 para 0, o que revela a eliminação dos sintomas associados. Em contrapartida, J.M. manteve-se estável, com valores de 3 pontos em ambas as avaliações, indicando persistência de dificuldades ao nível da motivação social e da capacidade de experienciar prazer na interação. Os restantes participantes (A.C., F.S., V.C. e P.F.) mantiveram valores nulos, evidenciando ausência de sintomatologia de anedonia/não sociabilidade ao longo de todo o processo.

Figura 10*2ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*

Os resultados no domínio da Atenção evidenciam melhorias consistentes em grande parte dos participantes. Os progressos mais expressivos verificaram-se em P.L., que passou de 6 para 1 ponto, e em J.M., que reduziu de 7 para 3 pontos. Também L.M. registou uma descida significativa de 4 para 1 ponto, e P.F. apresentou uma melhoria de 3 para 1. Estes dados sugerem um fortalecimento da capacidade de concentração e de manutenção do foco durante as sessões, aspetos frequentemente comprometidos em populações com sintomatologia negativa.

Por sua vez, F.S. apresentou uma redução ligeira, passando de 1 para 0, mantendo-se, portanto, sem défices de atenção na fase final. A.C. permaneceu estável com 1 ponto, enquanto V.C. manteve valores nulos em ambas as avaliações, evidenciando ausência de dificuldades neste domínio desde o início.

Ao longo das 26 sessões semanais de musicoterapia observou-se uma relação nítida entre assiduidade e redução sintomática: os participantes com maior número de presenças registaram as diminuições mais acentuadas nos resultados entre a avaliação inicial e a final como se pode verificar na tabela 7.

Tabela 6

Relação dose-efeito no Grupo 2

Nome	Sessões presenciadas	Avaliação 1 (SANS)	Avaliação 2 (SANS)
A.C.	3	1 ponto	1 ponto
F.S.	25	2 pontos	1 ponto
L.M.	25	22 pontos	5 pontos
P.L.	21	14 pontos	4 pontos
J.M.	15	18 pontos	14 pontos
V.C.	14	5 pontos	4 pontos
P.F.	8	3 pontos	1 ponto

L.M. apresentou a redução agregada mais significativa (−17 pontos), seguido de P.L. (−10 pontos). J.M., com 15 presenças, evidenciou uma redução moderada (−4), enquanto V.C. e P.F. revelaram variações mais discretas (−1 e −2, respetivamente). A.C. não apresentou alteração (0), facto explicado pela sua alta precoce da associação, tendo apenas participado em três sessões. F.S., apesar de também ter comparecido regularmente, registou uma

variação mínima (-1), o que poderá dever-se a uma avaliação inicial baixa. Em conjunto, estes dados reforçam a hipótese de uma relação dose-efeito: uma maior exposição à intervenção, traduzida por maior frequência de sessões, associou-se a uma maior redução sintomática, salvo particularidades individuais que importa considerar.

Os resultados registados pela escala MTAS corroboram os obtidos com a SANS, mostrando uma convergência entre instrumentos de avaliação distintos. Especificamente, verificou-se um progresso nos domínios Social, Emocional, na Atenção e Capacidades Cognitivas, bem como na Comunicação/linguagem. Relativamente ao domínio Respostas Musicais e Atividades, os utentes evidenciaram evolução. Estas progressões a nível individual foram sendo refletidas nas dinâmicas de grupo.

Conclusão

Perante os objetivos delineados para o plano terapêutico deste grupo, é possível afirmar que as mudanças surgidas ao longo das sessões apontam para o cumprimento dos mesmos.

No que respeita ao primeiro objetivo – O1 Promover a atenção e a concentração –, embora não tenha constituído a dimensão mais trabalhada de forma explícita, foi possível verificar melhorias significativas na atenção partilhada e na capacidade de concentração dos participantes. Através de improvisações referenciais e não referenciais, o grupo foi desenvolvendo maior disponibilidade para escuta e resposta musical, aspeto que se tornou mais evidente a partir da segunda fase do processo terapêutico. A criação e gravação de canções, por sua vez, exigiram memória musical e atenção sustentada, contribuindo para consolidar competências cognitivas, ainda que de modo indireto.

Relativamente ao segundo objetivo – O2 Estimular a motivação, a iniciativa e o envolvimento social –, este mostrou-se amplamente atingido. O espaço de partilha musical proporcionado pelo momento inicial das escutas musicais, aliado às improvisações coletivas, fomentou a participação ativa e a valorização de cada contributo individual. O grupo demonstrou crescente iniciativa, nomeadamente na sugestão de atividades e escolhas musicais, reforçando o sentido de pertença e a coesão grupal. A integração de novos elementos (V.C. e P.F.) sem ruturas significativas confirma a capacidade de colaboração e de adaptação desenvolvida, evidenciando o fortalecimento das dinâmicas sociais.

No que concerne ao terceiro objetivo – O3 Facilitar a expressão emocional e criativa –, este foi um dos eixos mais evidentes ao longo do processo. As improvisações, particularmente as realizadas em pares, criaram oportunidades seguras de exploração de sentimentos, potenciando a criatividade musical e não verbal. A utilização de recursos complementares, como as cartas do jogo *DixIt*, revelou-se fundamental para estimular associações expressivas, ampliando o espaço criativo. Os momentos de partilha após as audições musicais favoreceram igualmente a exteriorização de emoções, funcionando como mediadores da expressão individual e coletiva.

No objetivo – O4 Melhorar o bem-estar emocional e a autoestima –, pode afirmar-se que a experiência musical em grupo promoveu sentimentos de valorização pessoal e de reconhecimento mútuo. A gravação da canção coletiva constituiu um marco neste sentido, fortalecendo a perceção de competência e reforçando o vínculo afetivo entre os membros. As fases finais do processo, particularmente a improvisação de despedida, simbolizaram a coesão alcançada e refletiram um clima de bem-estar emocional, com impacto direto na autoestima de cada participante.

A integração da musicoterapia no percurso destes adultos promoveu um espaço de escuta, expressão e partilha, no qual o desenvolvimento individual se articulou com a construção coletiva. O grupo constituiu-se como um espaço de pertença e de transformação, no qual a música funcionou como mediador privilegiado do processo terapêutico e do crescimento pessoal e relacional de cada um dos seus elementos.

Estudo de Caso II – Grupo 3

Identificação e Caracterização do Grupo

O Grupo 3 foi inicialmente constituído por quatro participantes, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 52 e os 59 anos. No decorrer das sessões, a sua composição sofreu alterações, resultantes da conclusão do processo de reabilitação por parte de um dos elementos (A.S.) e da integração de dois novos participantes (A.P. e P.R.). Verificou-se igualmente a transferência de um participante de outro grupo de musicoterapia para o Grupo 3 (C.F. – utente da RTA, posteriormente transferido para a RAMO e, em seguida, para o Grupo 3). Assim, ao longo de todo o processo, o grupo contou com um total de sete participantes, dois do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idades entre os 41 e os 59 anos.

I.C. apresenta personalidade colaborante e motivada, mas marcada por vulnerabilidade emocional, impulsividade na gestão da vida prática e necessidade de supervisão externa. Revela traços resilientes, com capacidade de aprendizagem e progressos visíveis quando apoiada por estruturas terapêuticas e sociais. A presença de insight parcial, aliada a défices funcionais e ao contexto familiar desgastado, reforça a necessidade de integração em resposta residencial de longa duração, assegurando apoio contínuo e estruturado.

C.M. exibe personalidade marcada por instabilidade emocional e sensibilidade afetiva, com antecedentes de ideação suicida, embora atualmente esteja estável. Insight parcial relativamente à sua doença. Colaborante e motivada em contextos estruturados.

O.M. mostra personalidade marcada pela anosognosia, fragilidade relacional e dependência estrutural, resultante da esquizofrenia paranoide de longa evolução e de consumos prévios de substâncias. A sua história é marcada por instabilidade comportamental e agressividade em fases agudas, mas atualmente demonstra-se mais estável, colaborante e capaz de investir em atividades terapêuticas. O prognóstico é reservado para a autonomia, mas com capacidade de manutenção funcional em contexto institucional de longo prazo.

A.S. demonstra comportamento calmo, colaborante, humor eutímico, discurso fluente, não se apurando alterações da senso-percepção. Personalidade mais relacional do que introspetiva, com preservação de laços sociais. Mantém boa interação com os pares e com os colaboradores. Muito participativo nas atividades propostas.

A.P. apresenta personalidade marcada pela vulnerabilidade emocional, impulsividade e padrões autodestrutivos, com baixa consciência crítica da sua condição. O histórico de anorexia, bulimia e dependência de álcool e drogas evidencia traços de descontrolo e negação da doença, associados a baixa autoestima. Contudo, a evolução positiva em internamentos demonstra potencial de recuperação, se acompanhada em regime altamente estruturado, com supervisão contínua e suporte psicoterapêutico, nutricional e social.

P.R. exibe personalidade vulnerável e marcada por ansiedade e depressão, com dificuldades de adesão terapêutica e organização pessoal. Demonstra resistência ao tratamento, o que constitui um dos principais obstáculos à sua recuperação. Contudo, tem potencial de reabilitação, sobretudo se trabalhada a autonomia, a consciência para a doença e a adesão à medicação, apoiada por uma rede familiar e terapêutica estruturada.

C.F. demonstra personalidade motivada e colaborante, embora vulnerável à oscilação afetiva. Possui capacidade de autocrítica, o que favorece a adesão terapêutica. Estrutura de personalidade relativamente organizada, com boa base para reabilitação.

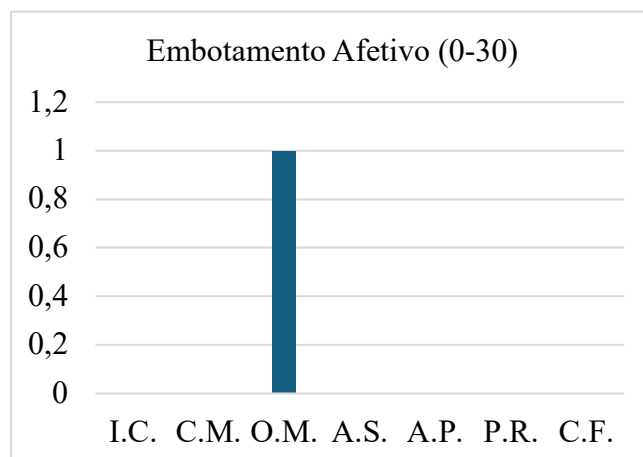
Avaliação Inicial e Plano Terapêutico

À semelhança do estudo de caso anterior, aquando da avaliação inicial, realizada através de entrevistas com o psicólogo, começaram a emergir os objetivos centrais a trabalhar nas sessões de musicoterapia. Neste âmbito, recorreu-se à escala SANS, avaliando-se apenas cinco domínios: Embotamento Afetivo, Alogia, Avolição–Apatia, Anedonia–Não Sociabilidade e Atenção.

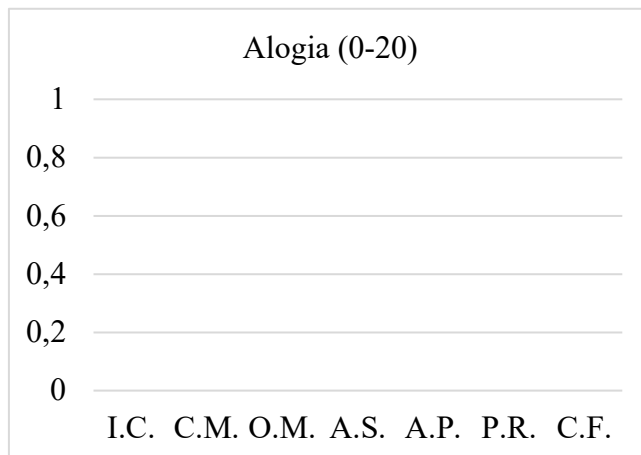
Junto com o psicólogo, foi realizado um primeiro contacto individual com cada participante a integrar o grupo, no qual se procedeu à aplicação da escala SANS através de uma entrevista previamente estruturada. As Figuras 11 a 15 apresentam os resultados obtidos nesta primeira avaliação.

Figura 11

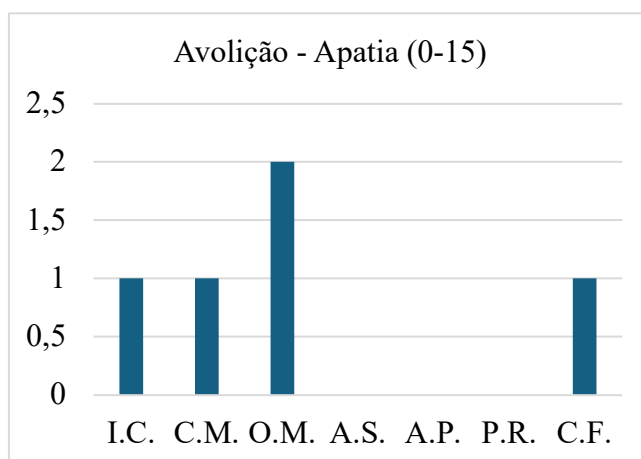
1ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



No domínio do Embotamento Afetivo, verificou-se apenas uma ocorrência mínima (O.M. = 1), sendo que todos os restantes participantes apresentaram pontuação nula. Este resultado sugere que, no momento da pré-avaliação, a expressão e a vivência emocional dos participantes estavam preservadas, não se observando sinais relevantes de restrição afetiva. Assim, o grupo parte de um ponto de avaliação bastante favorável neste domínio.

Figura 12*1ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*

Relativamente à Alogia, todos os participantes obtiveram pontuação nula (0). Este dado indica ausência de défices significativos ao nível da produção verbal, sugerindo que a comunicação e a capacidade de expressão linguística se encontram globalmente intactas no grupo avaliado. Esta ausência de comprometimento poderá favorecer a interação verbal no processo terapêutico, uma vez que a comunicação oral constitui um recurso importante na musicoterapia.

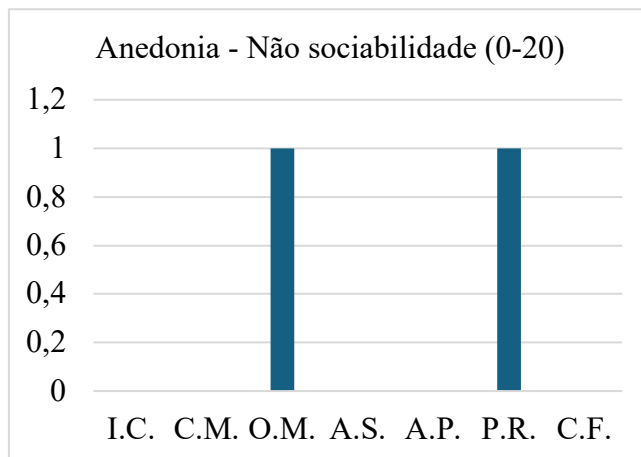
Figura 13*1ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*

Neste domínio, observam-se algumas pontuações distribuídas entre os participantes (I.C. = 1; C.M. = 1; O.M. = 2; C.F. = 1), enquanto os restantes se mantêm sem alterações (0). Estes resultados revelam a presença de níveis ligeiros de apatia e diminuição da iniciativa em determinados casos, destacando-se O.M. com a pontuação mais elevada (2). Embora os valores sejam baixos, sugerem uma tendência em alguns participantes para a redução da

motivação, o que poderá interferir no envolvimento espontâneo nas atividades. A intervenção musicoterapêutica poderá, portanto, constituir um recurso facilitador de ativação e motivação, promovendo maior participação.

Figura 14

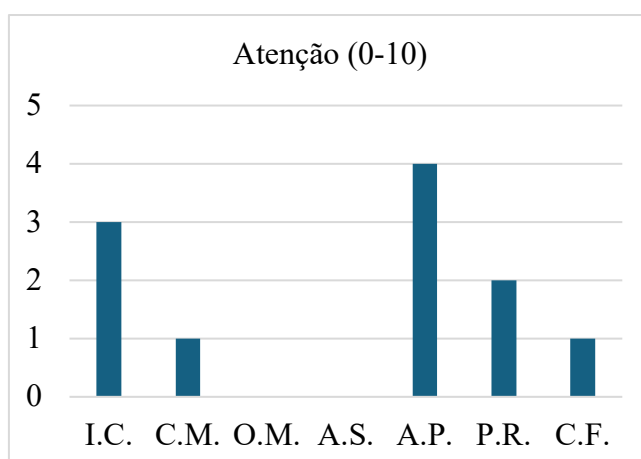
1ª Avaliação: Anedonia – Não Sociabilidade (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



Os resultados neste domínio evidenciam a presença de sinais discretos de anedonia e retraimento social em dois participantes (O.M. = 1; P.R. = 1), sendo que os restantes apresentaram pontuação nula. Esta distribuição sugere que, apesar de globalmente o grupo não demonstrar dificuldades relevantes no campo da sociabilidade, existem alguns indícios de redução do prazer ou da disponibilidade para o convívio social. Estes aspetos poderão ser particularmente relevantes de considerar na intervenção em musicoterapia, dado o seu potencial para favorecer experiências prazerosas partilhadas e promover a interação grupal.

Figura 15

1ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



No domínio da Atenção, verificam-se pontuações mais elevadas e distribuídas por vários participantes (I.C. = 3; C.M. = 1; A.P. = 4; P.R. = 2; C.F. = 1). Apenas dois participantes (O.M. e A.S.) apresentaram valor nulo. Este resultado sugere a existência de dificuldades ligeiras a moderadas em parte significativa do grupo, com destaque para A.P. (4) e I.C. (3), que obtiveram os valores mais altos. Este domínio constitui, portanto, um dos aspetos mais fragilizados na amostra.

De modo global, a avaliação prévia evidencia que os domínios mais fragilizados neste grupo correspondem à Atenção, à Avolição–Apatia e, em menor expressão, à Anedonia–Não Sociabilidade. Destacam-se, neste contexto, os participantes A.P., I.C. e O.M., que revelam níveis mais elevados de sintomatologia negativa. O Embotamento Afetivo apenas se manifesta de forma residual em O.M., ao passo que a Alogia não assume relevância clínica nesta amostra.

Este perfil inicial configura a linha de base para a intervenção em musicoterapia, constituindo um referencial para a definição dos objetivos terapêuticos, nomeadamente o incremento da motivação, da atenção, da competência relacional e da expressividade emocional. Estes aspetos assumem particular importância na atenuação do impacto dos sintomas negativos no funcionamento psicossocial dos participantes.

Tabela 7
Plano Terapêutico do Grupo 3

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias/Técnicas
O1 – Melhorar a atenção sustentada e a capacidade de concentração	Reduzir os momentos de distração; Aumentar o tempo de atenção e concentração; Estimular a memória.	Jogos musicais; Improvisação referencial; Improvisação não-referencial; Audição de música editada.
O2 – Aumentar a iniciativa e a participação espontânea nas atividades	Aumentar a frequência de empenho ativo; Promover iniciativas espontâneas.	Improvisação não-referencial; Improvisação referencial; Canto conjunto; Jogos musicais.
O3 – Melhorar a sociabilidade/participação relacional	Promover interações instrumentais/verbais entre pares; Promover atividades de partilha colaborativa.	Canto com música editada; Improvisação referencial; Improvisação não-referencial; Jogos musicais.

O4 – Potenciar a expressividade emocional e a responsividade afetiva	Reforçar a capacidade de partilhar experiências emocionais no grupo; Promover a verbalização ou rotulação de emoções durante/após atividades musicais.	Improvisação não-referencial; Improvisação referencial; Audição de música editada.
--	--	--

Processo Terapêutico

O processo terapêutico grupal teve início a 8 de janeiro de 2025 e decorreu até 2 de julho de 2025, totalizando 24 sessões semanais, com a duração de aproximadamente uma hora cada.

As sessões decorreram segundo uma planificação semiestruturada. Habitualmente, iniciavam-se com uma audição musical, durante a qual um dos participantes apresentava ao grupo uma canção da sua escolha, seguindo-se um momento de partilha e discussão. De seguida, eram desenvolvidas atividades musicais, propostas quer pelos próprios membros do grupo, quer pelo estagiário, contemplando improvisação referencial, improvisação não referencial, jogos musicais e outras dinâmicas de carácter expressivo e relacional. As sessões terminavam com um espaço de reflexão e discussão conjunta.

1ª Fase: Formativa – Sessão 1 a 3

Na primeira fase a intervenção centrou-se na apresentação da musicoterapia como nova dinâmica do programa e na criação de um ambiente de segurança que permitisse a aproximação inicial dos utentes. As sessões privilegiaram a exploração instrumental individual com suporte rítmico dos pares, exercícios de relaxamento, improvisações referenciais, utilização da voz e canto de canções simples. Foi também proposta uma dinâmica em que cada participante caracterizou outro elemento do grupo e a si próprio por meio da improvisação, o que facilitou a expressão e a identificação mútua sem forçar a exposição. Nesta fase observou-se uma participação maioritariamente individual e uma coesão ainda frágil, sendo as atividades estruturadas fundamentais para reduzir a ansiedade de participação.

2ª Fase: Reativa – Sessão 4 a 9

A fase reativa caracterizou-se pela emergência de conteúdos emocionais individuais e pela intensificação da exploração relacional. Introduziram-se materiais projetivos (cartas Dixit)

que favoreceram a projeção simbólica e a narrativa pessoal, e realizaram-se improvisações centradas em emoções, tanto individuais como em pares. As improvisações a duos mostraram-se particularmente eficazes, promovendo coesões mais seguras e permitindo que a partilha emocional ocorresse num contexto de menor exposição. Nesta etapa registaram-se momentos de maior espontaneidade e alguma expressividade vocal por parte de alguns participantes, e a composição/partilha de materiais musicais (cantos conjuntos) contribuiu para o reforço de sentimento de pertença.

3ª Fase: Maturação – Sessão 10 a 21

Durante a fase de maturação o grupo evoluiu para um funcionamento mais autónomo e cooperativo: as improvisações a duos e em grupo revelaram escuta recíproca e respostas musicais ajustadas, e atividades lúdicas como jogos de maestria e jogos musicais com copos incentivaram a partilha de liderança e a experimentação criativa. Neste período foram realizadas sessões sequenciais de escuta musical que favoreceram a reflexão coletiva e a integração de experiências. Contudo, a trajetória não foi linear: a sessão 13 registou uma regressão momentânea do progresso, com redução da espontaneidade nas improvisações livres, indicando a existência de vulnerabilidades processuais que exigiram intervenção do estagiário. Na sessão 17 verificou-se a alta de um utente (A.S.), evento que implicou uma reelaboração relacional e afetiva do grupo; nas sessões subsequentes integraram-se novas utentes (A.P. e P.R.) e foi também integrada a utente C.F. proveniente de outro grupo, integrações que, em geral, decorreram de forma positiva — em particular a reação emocional de P.R., que recebeu apoio afetivo coletivo, evidenciou a consolidação de uma rede de suporte no grupo.

4ª Fase: Separação – Sessão 22 a 24

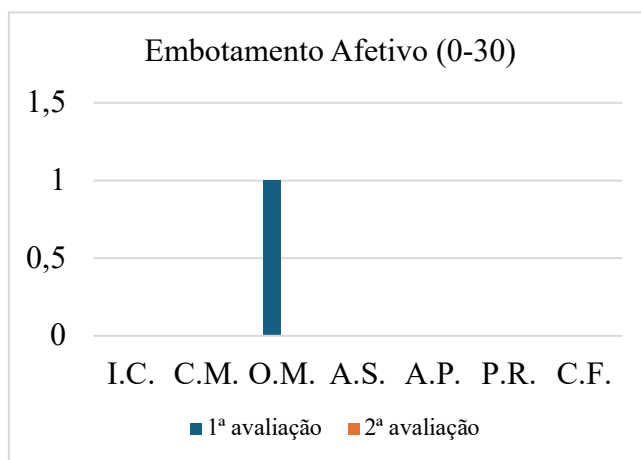
A fase de separação foi dedicada ao encerramento e à reflexão sobre o percurso terapêutico. As últimas sessões privilegiaram a escuta musical e momentos de introspeção, com muitos participantes a optarem por ouvir e refletir em vez de produzir ativamente, o que denotou uma postura de síntese e avaliação interna. A sessão final incluiu atividades de despedida e de avaliação coletiva, permitindo a expressão de sentimentos relativos ao encerramento.

Discussão dos Resultados

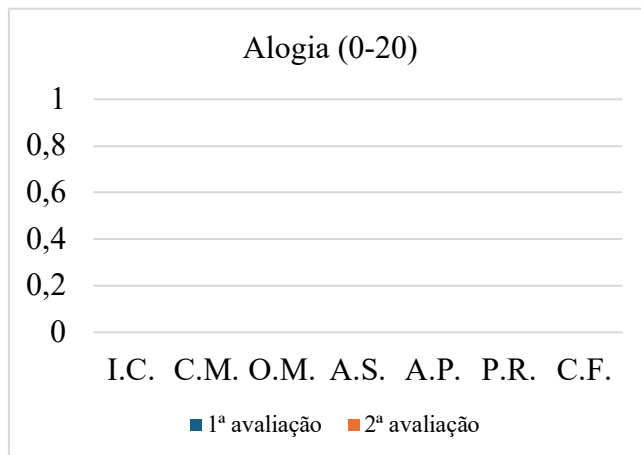
Com base nos dados das avaliações pré e pós-intervenção mediante a escala SANS, a análise revela alterações modestas e heterogêneas entre os participantes, pelo que as conclusões devem ser interpretadas com cautela. Tal como se pode observar nos gráficos apresentados nas figuras 16 a 20, de um modo geral, não se verificou uma melhoria uniforme em todos os domínios avaliados; os resultados mais nítidos ocorreram de forma pontual em alguns utentes e em domínios específicos.

Figura 16

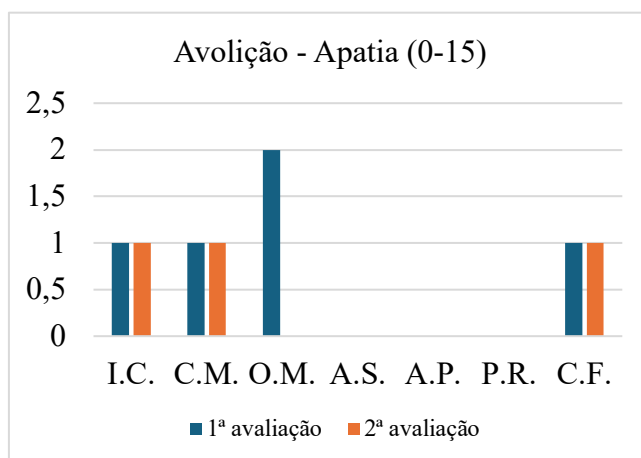
2ª Avaliação: Embotamento Afetivo (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



Na primeira avaliação apenas um participante (O.M.) apresentou um valor diferente de zero (1). Na segunda avaliação todos os participantes pontuaram 0. O embotamento afetivo estava praticamente ausente na linha de base e desapareceu em O.M. após o ciclo de intervenção. Dado o nível inicial muito reduzido deste sintoma na amostra, não se pode falar de uma mudança clínica robusta a nível de grupo, mas verificou-se uma melhoria pontual em O.M. que pode ser considerada favorável.

Figura 17*2ª Avaliação: Alogia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*

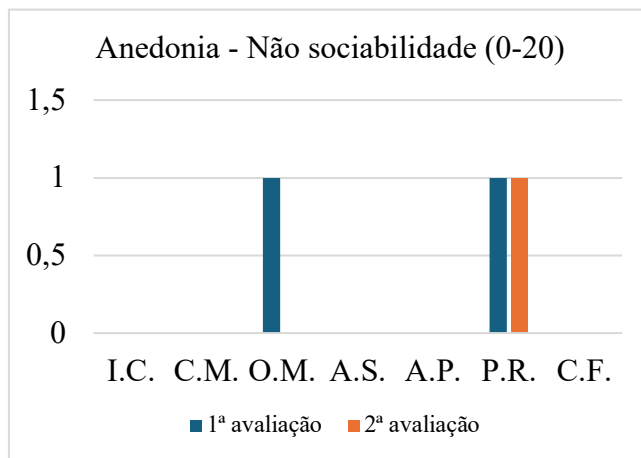
No domínio da Alogia, não se observou presença de alogia na amostra nem alteração ao longo do período avaliado. A preservação da produção verbal é um resultado positivo que indica ausência de compromisso linguístico significativo na amostra estudada.

Figura 18*2ª Avaliação: Avolição – Apatia (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)*

Os resultados da Avolição – Apatia mostram uma melhoria global do domínio, sobretudo determinada pela resolução da marcada apatia observada em O.M. Contudo, um subgrupo (I.C., C.M., C.F.) mantêm níveis leves de avolição/apatia sem alteração ao longo do período.

Figura 19

2ª Avaliação: Anedonia – Não sociabilidade (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)

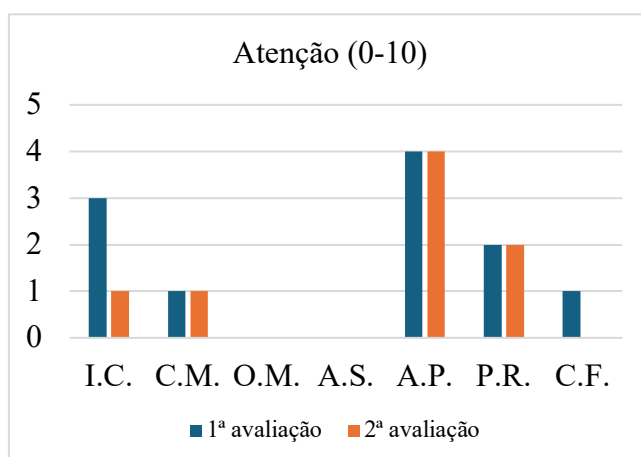


Na primeira avaliação do domínio da Anedonia – Não sociabilidade havia dois participantes com pontuação 1 (O.M. e P.R.). Na segunda avaliação manteve-se apenas P.R. com 1, enquanto O.M. reduziu para 0. A diminuição média corresponde a uma redução absoluta pequena, mas a mudança em O.M. é clinicamente relevante ao nível individual.

Observou-se uma ligeira melhoria global, de novo conduzida pela recuperação de O.M. A persistência de um valor em P.R. sinaliza que, para alguns participantes, os elementos relacionais e o prazer nas interações não mudaram substancialmente ao fim do ciclo.

Figura 20

2ª Avaliação: Atenção (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)



O domínio da Atenção mostrou uma melhoria moderada a nível de grupo, com redução da gravidade em alguns participantes. No entanto, persistem dificuldades importantes em A.P., que não evidenciou benefício mensurável no período avaliado.

A análise comparativa pré/pós-intervenção demonstra um padrão geral de pequenas a moderadas melhorias nos sintomas negativos avaliados, com particular benefício em Avolição–Apatia e Anedonia centrado no participante O.M., e evoluções notáveis na Atenção em alguns participantes (I.C., C.F.). A Alogia manteve-se ausente ao longo de todo o período, enquanto o Embotamento Afetivo era já pouco presente na linha de base e desapareceu em O.M.

Ao longo das 24 sessões semanais observou-se uma relação entre assiduidade e redução sintomática; contudo, a magnitude das alterações foi moderada, o que poderá dever-se ao facto de muitos participantes apresentarem avaliações iniciais já baixas/ligeiras, limitando o potencial de redução numérica.

Tabela 8

Relação dose-efeito no Grupo 3

Nome	Sessões presenciadas	Avaliação 1 (SANS)	Avaliação 2 (SANS)
I.C.	21	4 pontos	2 pontos
C.M.	24	2 pontos	2 pontos
O.M.	24	4 pontos	0 pontos
A.S.	15	0 pontos	0 pontos
A.P.	7	4 pontos	4 pontos
P.R.	6	3 pontos	3 pontos
C.F.	23	2 pontos	1 ponto

O caso mais notável foi O.M., que tendo assistido a todas as 24 sessões apresentou a diminuição mais acentuada (−4 pontos). Seguiu-se I.C., com 21 presenças e uma redução de 2 pontos, e C.F., com 23 presenças e uma redução de 1 ponto. Por outro lado, C.M., apesar de também ter comparecido a 24 sessões, não registou alteração, constituindo uma exceção à tendência geral. Participantes com menor frequência — A.P. (7 sessões) e P.R. (6 sessões) — não evidenciaram mudanças.

Os resultados obtidos através da escala MTAS revelaram-se consistentes com os registados na escala SANS, evidenciando convergência entre diferentes instrumentos de avaliação. De forma geral, observaram-se poucas alterações nos domínios Social, Emocional e de Comunicação/Linguagem. No entanto, o domínio da Atenção e Capacidades Cognitivas destacou-se, apresentando progressos mais significativos ao longo da intervenção. Também

no domínio das Respostas Musicais e Atividades foi possível identificar melhorias, refletidas não só no desempenho individual de cada utente, mas igualmente na dinâmica grupal, que se foi tornando mais participativa e coesa.

Conclusão

A análise dos resultados obtidos permite afirmar que os objetivos delineados para o plano terapêutico foram globalmente atingidos, ainda que com diferentes ritmos de progressão e níveis de intensidade.

No que respeita ao primeiro objetivo – O1: Promover a atenção sustentada e a capacidade de concentração –, a sua operacionalização ocorreu através de improvisações referenciais e não referenciais, bem como de jogos musicais. Estas dinâmicas implicaram processos de escuta ativa e de atenção partilhada, favorecendo, de modo gradual, uma maior capacidade de concentração e a redução de episódios de distração. A introdução de materiais estruturados, nomeadamente as cartas *Dixit*, demonstrou particular eficácia na mobilização da atenção contínua e na estimulação da memória associativa, consolidando-se ao longo do processo terapêutico.

Relativamente ao segundo objetivo – O2: Estimular a iniciativa e a participação espontânea nas atividades –, foi igualmente alcançado. Verificou-se que, numa fase inicial, a participação estava condicionada por níveis elevados de ansiedade e pela necessidade de suporte externo. Contudo, à medida que o processo terapêutico evoluiu, emergiram iniciativas próprias por parte dos participantes, tanto na seleção de repertório como na formulação de propostas de atividades. O canto coletivo e as improvisações grupais funcionaram como catalisadores do reforço da confiança individual, potenciando uma participação progressivamente mais autónoma e espontânea.

Relativamente ao terceiro objetivo – O3: Favorecer a sociabilidade e a participação relacional –, este tornou-se particularmente evidente na fase de maturação do grupo. As improvisações em pares e em conjunto evidenciaram progressiva articulação, escuta recíproca e interação. Os momentos de partilha musical contribuíram para a identidade sonora coletiva e para o fortalecimento da coesão grupal. A integração de novos elementos, apesar de representar um potencial fator de desestabilização, foi processada de forma positiva, traduzindo a capacidade do grupo para se reorganizar, acolher e desenvolver vínculos de colaboração e suporte afetivo.

O quarto objetivo – O4: Potenciar a expressividade emocional e a responsividade afetiva – foi amplamente contemplado através da realização de improvisações centradas na vivência emocional, da utilização de materiais projetivos e da verbalização associada às audições musicais. Estas estratégias facilitaram a expressão criativa e a partilha de experiências emocionais em contexto seguro, favorecendo a responsividade afetiva e a construção de um ambiente relacional de confiança. A sessão final, ao possibilitar a expressão de sentimentos relativos ao término do processo, constituiu um momento de síntese simbólica da maturação grupal e de reflexão coletiva sobre a experiência desenvolvida.

Em termos globais, a intervenção musicoterapêutica permitiu a criação de um espaço no qual cada participante pôde afirmar a sua expressão individual no seio do coletivo, promovendo simultaneamente processos de atenção, iniciativa, interação social e partilha emocional. Através da música, o grupo construiu um percurso de desenvolvimento conjunto, no qual a contribuição de cada elemento se revelou essencial para o crescimento dos pares e para a consolidação de uma identidade grupal sustentada na cooperação, na escuta e na expressividade.

Outras Intervenções Clínicas

Além das intervenções referidas, foi realizada uma outra, também em *setting* de grupo.

Grupo 1

Identificação e Caracterização do Grupo 1

O Grupo 1 foi inicialmente constituído por quatro participantes, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 35 e os 51 anos. Ao longo das sessões, a sua composição sofreu alterações decorrentes da conclusão do processo de reabilitação por parte de dois elementos, da integração de dois novos participantes (um dos quais com interrupções devido a internamento hospitalar) e da mobilidade entre grupos de intervenção. Neste âmbito, registou-se a transferência de um participante do Grupo 2 para o Grupo 1 e, em sentido inverso, a passagem de um elemento do Grupo 1 para o Grupo 3. Considerando a totalidade do processo terapêutico, o grupo integrou seis participantes, dos quais dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino, mantendo-se a faixa etária entre os 35 e os 51 anos.

Avaliação Inicial e Objetivos Terapêuticos

A da avaliação inicial, realizada através de entrevistas com o psicólogo, começaram a emergir os objetivos centrais a trabalhar nas sessões de musicoterapia. Neste âmbito, recorreu-se à escala SANS, avaliando-se apenas cinco domínios: Embotamento Afetivo, Alogia, Avolição–Apatia, Anedonia–Não Sociabilidade e Atenção.

Com o apoio do psicólogo, foi realizado um primeiro contacto individual com cada participante a integrar o grupo, no qual se procedeu à aplicação da escala SANS através de uma entrevista previamente estruturada.

A avaliação inicial permitiu identificar níveis globalmente reduzidos em diferentes domínios do funcionamento psicológico e relacional do grupo. Os resultados evidenciaram a presença de embotamento afetivo, alogia e anedonia/não sociabilidade. Observou-se igualmente a manifestação de avolição/apatia, ainda que em grau moderado. No parâmetro da atenção, verificaram-se fragilidades que, apesar de pouco acentuadas, apontam para a necessidade de estratégias específicas de intervenção que favoreçam a concentração e a manutenção do foco durante as atividades.

Com base nestas particularidades, o processo terapêutico inclui essencialmente os seguintes objetivos: O1 – Aumentar a expressividade emocional; O2 – Aumento da quantidade e da coerência da produção verbal em contextos de grupo; O3 – Incremento da participação voluntária em atividades, iniciativa na proposição de tarefas; O4 – Aumento do envolvimento afetivo e do prazer nas interações musicais e sociais; e O5 – Aumento da capacidade de manutenção do foco em tarefas musicais e da atenção partilhada.

Processo Terapêutico

O processo terapêutico apresentou uma evolução oscilante, marcada por momentos de viragem que atuaram ora como impulsionadores do desenvolvimento grupal, ora como fatores de desestabilização. Implementaram-se improvisações centradas na expressão afetiva e exercícios de reconhecimento/evocação de estados emocionais, os quais contribuíram para a ampliação da expressividade vocal, facial e gestual e favoreceram a partilha de vivências num contexto seguro; paralelamente, sessões de partilha de preferências musicais, experiências de escuta acompanhadas de verbalização e jogos musicais cooperativos potenciaram o envolvimento afetivo e o prazer nas interações, servindo como recurso motivador para a participação. O recurso a estímulos projetivos (cartas *Dixit*) promoveu a descrição e o relato, com aumento observável da quantidade e complexidade da produção verbal em tarefas narrativas, e enquanto exercícios de improvisação coletiva atividades em pares fortaleceram a escuta recíproca, a coordenação musical e a coesão grupal, na ausência de fatores desestabilizadores. Ao longo do ciclo registaram-se, todavia, eventos com impacto significativo na dinâmica: a alta reabilitativa de dois participantes (uma precoce, na sessão 6, e outra na sessão 13) exigiu reorganizações na composição e nas linhas de intervenção; igualmente, a introdução de uma nova participante que, após algumas semanas, entrou em quadro maníaco alterou temporariamente a direção do trabalho, gerando atritos e exigindo ajustamentos na condução terapêutica. Finalmente, a implementação de jogos musicais e de exercícios progressivos com exigência de atenção revelou-se pertinente para treinar a atenção sustentada e reduzir episódios de dispersão.

Resultados e Discussão

A comparação das avaliações realizadas antes e depois da intervenção mostra uma tendência geral de redução dos sintomas negativos avaliados pela escala SANS. Observa-se diminuição nos resultados de embotamento afetivo, alogia, avolição/apatia, anedonia/não

sociabilidade e atenção, sugerindo uma melhoria global após o processo interventivo. De modo geral, os resultados indicam que a intervenção contribuiu para atenuar dificuldades relacionadas à expressão emocional, fluência verbal, motivação, envolvimento social e concentração. Além disso, entre aqueles que já apresentavam resultados reduzidos na avaliação inicial, mantiveram uma estabilidade clínica.

No que respeita à relação dose-efeito, verifica-se, de forma geral, que os participantes com maior assiduidade às sessões evidenciaram reduções mais significativas nos resultados, ao passo que aqueles com menor frequência de participação apresentaram apenas melhorias ligeiras ou manutenção dos sintomas.

Os resultados obtidos através da escala MTAS mostraram-se consistentes com os registados na escala SANS, confirmando a convergência entre diferentes instrumentos de avaliação. De um modo geral, verificaram-se progressos nos domínios Social, Emocional, Comunicação/Linguagem e, de forma mais expressiva, no domínio da Atenção e Capacidades Cognitivas. Entre estes, destacam-se particularmente os domínios Social, Emocional e da Atenção e Capacidades Cognitivas, que apresentaram evoluções mais significativas ao longo da intervenção. Também no domínio das Respostas Musicais e Atividades se identificaram melhorias, ainda que mais subtis, mas que se refletiram tanto no desempenho individual de cada utente como na dinâmica grupal, a qual se foi consolidando progressivamente, tornando-se mais participativa, cooperativa e coesa.

A musicoterapia revelou-se um recurso terapêutico eficaz no grupo, contribuindo para a redução dos sintomas negativos e promovendo melhorias na expressão emocional, na comunicação verbal, na motivação, no envolvimento social e na atenção. O trabalho em grupo proporcionou um contexto seguro e motivador, favorecendo a partilha de experiências e a coesão entre os participantes, demonstrando que a musicoterapia pode desempenhar um papel central na reabilitação psicossocial.

Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos nos três grupos de intervenção em musicoterapia corroboram, em grande medida, as evidências já descritas na literatura relativamente ao impacto desta prática terapêutica na reabilitação psicossocial de pessoas com perturbações mentais crónicas.

Tal como referido por Gold et al. (2009) e Geretsegger et al. (2017), a integração da musicoterapia no tratamento convencional associa-se a melhorias significativas ao nível do funcionamento pessoal e social, da motivação e da qualidade de vida. Verificou-se uma tendência transversal de redução dos sintomas negativos avaliados pela escala SANS, nomeadamente no embotamento afetivo, anedonia/não sociabilidade e atenção. Estas áreas foram precisamente destacadas pela literatura como domínios em que a musicoterapia tem revelado maior eficácia, sugerindo que a intervenção musical pode atenuar défices de expressividade, de prazer relacional e de concentração, aspetos frequentemente comprometidos em utentes com esquizofrenia e outras perturbações mentais severas (Tang, Yao & Zheng, 1994; Wen-Ying et al., 1998).

A análise dos dados do Grupo 2 evidencia melhorias particularmente significativas nos domínios do embotamento afetivo, anedonia/não sociabilidade e atenção. Estes resultados encontram ressonância com os “mecanismos de mudança” identificados por Gold et al. (2009), segundo os quais a música promove a expressividade emocional, a interação interpessoal e a motivação, contribuindo para a redução de sintomas negativos. A descida acentuada registada em participantes como L.M. e P.L. demonstra a pertinência destas dimensões terapêuticas, confirmando que a prática musical em grupo pode funcionar como catalisador do envolvimento social e da recuperação afetiva (Rolvjord, 2001; Solli, 2008).

No Grupo 3, embora as alterações tenham sido mais discretas, observou-se igualmente uma evolução positiva, sobretudo ao nível da avolição/apatia e da atenção, com impacto notório em alguns participantes mais assíduos, como O.M. e I.C. Este padrão de progressos mais moderados pode ser explicado pela linha de base mais baixa da amostra, limitando o potencial de redução numérica dos sintomas. Ainda assim, os desenvolvimentos pessoais obtidos reforçam o carácter clínico relevante da intervenção, uma vez que a redução da sintomatologia negativa tem impacto substancial na funcionalidade e no quotidiano dos utentes (Silverman, 2015; Torres et al., 2016).

O Grupo 1, por sua vez, apresentou uma tendência mais uniforme de progresso em todos os domínios avaliados. A redução transversal de sintomas negativos, associada ao fortalecimento da atenção, da motivação e da comunicação, confirma a eficácia da musicoterapia como recurso de promoção da autonomia e inclusão social, em linha com os objetivos centrais da reabilitação psicossocial (OMS, 2001; Oliveira & Filipe, 2009). A evolução nos domínios Social, Emocional e da Atenção/Capacidades Cognitivas registada pela escala MTAS demonstra que a musicoterapia atua não apenas a nível intrapsíquico, mas também relacional e grupal, funcionando como espaço privilegiado de partilha, pertença e expressão criativa.

Um aspeto transversal a todos os grupos diz respeito à relação dose–efeito, já salientada por Geretsegger et al. (2017). Os participantes com maior assiduidade evidenciaram as reduções mais acentuadas de sintomatologia, como ilustrado nos casos de L.M. (Grupo 2) e O.M. (Grupo 3). Este dado reforça a necessidade de garantir continuidade e regularidade nas sessões de musicoterapia, condição essencial para a obtenção de benefícios terapêuticos consistentes.

Outro ponto a destacar prende-se com a evolução observada nas dimensões de motivação e sociabilidade, diretamente ligadas aos objetivos delineados para os três grupos. A progressiva participação espontânea, a iniciativa na escolha de canções e a capacidade de integração de novos elementos nos grupos constituem indicadores claros de fortalecimento da coesão grupal e do sentido de pertença. Estes resultados alinham-se com os contributos de Choppin et al. (2016), que sublinham o papel da música na evocação de experiências emocionais complexas e na criação de vínculos interpessoais significativos.

No plano mais subjetivo, surgiram resultados relevantes na expressão emocional e na autoestima, especialmente visíveis nas improvisações em pares e na gravação de canções coletivas. Estas práticas favoreceram a exteriorização de sentimentos e a valorização pessoal, confirmando a importância da música enquanto mediador expressivo e criativo no processo terapêutico (Geretsegger et al., 2017; Rolvsjord, 2001).

Em síntese, os resultados obtidos nos três grupos reforçam as evidências da literatura relativamente à eficácia da musicoterapia na redução dos sintomas negativos, no fortalecimento da atenção, motivação e expressividade emocional e na promoção da inclusão social. Apesar de variações na magnitude dos efeitos entre grupos, os dados convergem para

a ideia de que a musicoterapia constitui uma abordagem terapêutica adicional no âmbito da reabilitação psicossocial.

Conclusões Finais

O presente relatório de estágio teve como objetivo a descrição do estágio curricular realizado nos cuidados continuados da Associação Quinta das Pontes, no âmbito do 2º ano do Mestrado de Musicoterapia. O estágio decorreu entre outubro de 2024 e junho de 2025, com a duração total de nove meses, tendo permitido acompanhar dezanove utentes em sessões semanais de musicoterapia grupal, distribuídos por três grupos distintos.

A etapa inicial foi dedicada à integração do estagiário, à observação do contexto e à recolha de dados essenciais para a caracterização dos utentes. Após esta fase, foram definidos três objetivos centrais: (1) avaliar a eficácia da musicoterapia enquanto terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental, destacando a sua aplicabilidade prática num contexto transdisciplinar; e (2) sensibilizar e familiarizar a equipa técnica da instituição relativamente aos benefícios da musicoterapia no contexto da saúde mental e da promoção do bem-estar.

O primeiro objetivo – avaliar a eficácia da musicoterapia enquanto terapia complementar no tratamento de adultos com doença mental, destacando a sua aplicabilidade prática num contexto transdisciplinar –, concluiu-se validado pelos resultados obtidos.

A musicoterapia contribuiu para a redução de sintomas negativos como o embotamento afetivo, a anedonia/não sociabilidade, a avolição/apatia e as dificuldades de atenção. Para além da melhoria clínica, verificou-se progressos relevantes na motivação, expressividade emocional, participação social e coesão grupal, confirmando o papel da música como mediador privilegiado na promoção de bem-estar e inclusão. Revelou-se uma prática pertinente em contextos transdisciplinares, nos quais a pode articular-se com outras abordagens clínicas e psicossociais, reforçando a autonomia, autoestima e qualidade de vida dos utentes. Assim, constitui um recurso de elevado valor na reabilitação psicossocial, justificando a sua integração contínua em serviços de saúde mental orientados para a dignidade e cidadania.

No que diz respeito ao segundo objetivo, foi realizada uma apresentação à equipa técnica da AQDP. Para tal, recorreu-se à exposição de um caso clínico bem conhecido por todos os profissionais, permitindo demonstrar, de forma prática, os efeitos da intervenção musicoterapêutica. Esta partilha revelou-se particularmente relevante, uma vez que, em muitos casos, é no âmbito musical que se torna visível o lado saudável do utente, em

detrimento da patologia. O envolvimento da equipa promoveu maior coesão interdisciplinar e contribuiu para o reconhecimento da musicoterapia como parte integrante da oferta terapêutica da instituição.

Através dos acompanhamentos de psicologia foi feita a recolha de dados anamnésicos e a avaliação inicial que foi realizada através da aplicação de escalas e através da observação dos utentes. Esta avaliação permitiu identificar as necessidades mais emergentes dos utentes e estabelecer um plano de intervenção.

O processo de recolha de dados incluiu informação anamnésica e a aplicação de escalas, complementadas por observações clínicas. Estas etapas foram fundamentais para a identificação das necessidades prioritárias e para a construção de planos de intervenção adequados.

Durante todo o percurso terapêutico foram realizadas gravações em vídeo e registos escritos das sessões, posteriormente analisados com o intuito de monitorizar a evolução da intervenção, refletir criticamente sobre as estratégias adotadas e proceder a ajustes sempre que necessário. No final de cada acompanhamento, estas informações foram confrontadas com as avaliações iniciais, permitindo evidenciar os progressos alcançados.

A utilização da Abordagem Plurimodal e das técnicas seleccionadas possibilitou centrar a intervenção nas capacidades e potencialidades dos utentes, em detrimento da patologia. Entre as técnicas mais utilizadas destacaram-se a improvisação referencial e não referencial, a escuta musical e o canto. Os instrumentos de percussão, a voz e o corpo constituíram os principais recursos, desempenhando um papel importante na expressão emocional, na descarga de tensão e na comunicação não verbal. Recorreu-se ainda ao processamento verbal da experiência musical, sobretudo com o objetivo de favorecer a nomeação e consciencialização das emoções vividas, considerando que a avaliação inicial evidenciara dificuldades na expressão emocional.

Os resultados obtidos demonstram que a musicoterapia, integrada numa abordagem transdisciplinar, se revelou eficaz na reabilitação psicossocial de adultos com doença mental. Foram observadas melhorias significativas ao nível da redução de sintomas negativos, do reforço da identidade individual, da promoção do autoconhecimento, do desenvolvimento da expressão emocional e do aumento do bem-estar psicológico.

Reflexão Pessoal

Desde o primeiro dia em que comecei o estágio na AQDP senti-me acolhido com simpatia e carinho. Esse acolhimento criou um ambiente seguro e propício à aprendizagem e ao desenvolvimento pessoal.

Ao longo deste período notei um desenvolvimento pessoal significativo: aumentaram o meu respeito pelo outro, a compaixão e a empatia, assim como a paciência, a capacidade de gerir emoções e a gratidão. Talvez a transformação mais importante tenha sido o crescimento no meu autoconhecimento — conhecer melhor as minhas potencialidades e limitações revelou-se fundamental para ajustar a minha intervenção a cada utente e para oferecer uma prática mais responsável e eficaz.

O contexto de estágio apresentou desafios relevantes. A instituição não dispunha de uma orientação formal em musicoterapia e, apesar da supervisão académica, surgiam frequentemente questões que exigiam respostas imediatas. A estas dificuldades somaram-se alterações na direção técnica da AQDP. Em contrapartida, a equipa revelou-se solidária e cooperante: os profissionais integraram-me, partilharam saberes e práticas, e acompanharam-me na resolução de problemas, o que foi decisivo para a minha integração e aprendizagem.

A equipa da AQDP assumiu um papel tutelar determinante, proporcionando uma formação de grande qualidade e um modelo de trabalho coletivo exemplar. A integração que me foi proporcionada e a generosa partilha de conhecimentos contribuíram para um clima organizacional fundamentado no profissionalismo, na ética, na cooperação e no cuidado com os utentes.

A principal dificuldade que senti nas sessões prendeu-se com a utilização da voz como instrumento terapêutico e com o meu nível de à-vontade ao expor-me perante os utentes. Com o tempo e com a prática, porém, senti a minha confiança a crescer: as opiniões expressas pelos utentes sobre as sessões foram, em geral, positivas, e os colegas também manifestaram agrado relativamente à minha intervenção — tanto no plano da musicoterapia como no exercício das funções enquanto membro da equipa técnica.

Em suma, este estágio foi uma experiência muito enriquecedora, que me permitiu aplicar os conteúdos trabalhados no primeiro ano do mestrado e consolidar competências técnicas e

interpessoais. Sou grato aos docentes da Universidade Lusíada de Lisboa, à equipa técnica, à direção, aos funcionários e utentes da AQDP, e a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta caminhada.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental*. Lisboa.
- Ahonen, H. (2018). ‘Self as instrument’– Safe and Effective Use of Self in Music Psychotherapy: Canadian Music Therapists’ Perceptions. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 1–21.
- de Almeida, J. M. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- American Music Therapy Association. (2005). *What is Music Therapy?* Consultado a 15 de abril de 2025. <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- American Music Therapy Association. (2020). *A Career in Music Therapy*. Consultado a 26 de abril de 2025. <https://www.musictherapy.org/careers/employment/>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 5th. ed.* Porto Alegre: Artmed.
- Associação Quinta das Pontes. (2024a). *Equipa*. <https://www.quintadaspontes.com/equipa.php>
- Associação Quinta das Pontes. (2024b). *Instituição*. <https://www.quintadaspontes.com/instituicao.php>
- Associação Quinta das Pontes. (2024c). *Residência de Apoio Moderado - RAMo*. <https://www.quintadaspontes.com/cuidados-continuados-integrados.php>
- Associação Quinta das Pontes. (2024d). *Residência de Treino de Autonomia - RTA*. <https://www.quintadaspontes.com/residencia-autonoma.php>
- Alvin, J. (1975). *Music therapy*. London: Hutchinson.
- Alvin, J. (1978). *Music therapy for the autistic child*. Oxford University Press.

- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15. MDPI AG.
- Barcellos, L. R. M. (1992). *Cadernos de musicoterapia I*. Enelivros.
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Ediciones Paidós.
- Benne, K., & Sheats, P. (1948). Functional Roles of Group Members. *Journal of Social Issues*, 4(2), 41–49.
- Bernard, H., & MacKenzie, K. (1994). *Basics of group psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Birnbaum, J. C. (2014). Intersubjectivity and Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 30–37. doi:10.1093/mtp/miu004
- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P., & Theodoridou, A. (2020). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. doi:10.3389/fpsyt.2019.00965
- Borczone, R. (2004). *Music Therapy: A Fieldwork Primer*. Barcelona Publishers.
- Brandalise, A. (2004). Abordagem Nordoff-Robbins – Musicoterapia Criativa. *Brazilian Journal of Music Therapy*, 7. <https://doi.org/10.51914/brjmt.7.2004.176>
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Charles C Thomas, Publisher.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy*, 2nd ed. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2016). *Definindo Musicoterapia*, 3rd ed. Dallas, NH: Barcelona Publishers.
- Butt, L., & Caplan, B. (2010). The rehabilitation team. In R. G. Frank (Ed.), *Handbook of Rehabilitation Psychology*, (2nd ed.) (pp. 451–457) Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Cartmill, C., Soklaridis, S., & David Cassidy, J. (2011). Transdisciplinary teamwork: The experience of clinicians at a functional restoration program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), 1–8.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder–Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/2023/02/16/2019/>
- Choppin, S., Trost, W., Dondaine, T., Millet, B., Drapier, D., Vérin, M., ... Grandjean, D. (2016). Alteration of complex negative emotions induced by music in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 191, 15–23. doi:10.1016/j.jad.2015.10.063
- Craske, M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cunha, R. (2019). Reflexões sobre a prática da musicoterapia em grupo. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 8-27.
- Davies, A., & Richards, E., & Barwick, N. (2015). *Group Music Therapy: A group analytic approach*. New York: Taylor & Francis Group.
- Davies, A., & Richards, E. (1998). Music therapy in acute psychiatry: our experience of working as co-therapists with a group for patients from two neighbouring wards. *British Journal of Music Therapy*, 12(2), 53-59.
- Davis W. B., Gfeller K. E., & Thaut M. H. (1999). *An Introduction to Music Therapy Theory and Practice*, 2nd ed. Boston: MacGraw-Hill.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Porque se fala em saúde mental?*. Consultado a 4 de março de 2025. Arquivo da internet, <https://web.archive.org/web/20200527135712/https://www.dgs.pt/paginas-de->

sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx

de l'Etoile, S. K. (2002). The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 69-78.

Edwards, J. (2016). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. United Kingdom: Oxford University Press.

Escudé, N. (2022). Propuesta de intervención de musicoterapia aplicada en salud mental. *Misostenido*, 2(3), 55-61.

Fazenda, I. (2006). Saúde Mental: do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania. *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania, Folhetos SNR*(56), 12–13.

Folkman, S. (2013). *Stress: Appraisal and Coping*. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Garred, R. (2004). *Dimensions of Dialogue: an Inquiry into the Role of Music and of Words in Creative Music Therapy*. Aalborg Universitetsforlag.

Gavrielidou, M., & Odell-Miller, H. (2017). An investigation of pivotal moments in music therapy in adult mental health. *The Arts in Psychotherapy*, 52, 50–62. doi:10.1016/j.aip.2016.09.006

Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The lancet*, 381(9878), 1672-1682.

Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X.-J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>

Gold, C., Rolvsjord, R., Aaro, L. E., Aarre, T., Tjemsland, L., & Stige, B. (2005). Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol

- for a randomised controlled trial [NCT00137189]. *BMC Psychiatry*, 5(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-39>
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Gordon, R. M., Corcoran, J. R., Bartley-Daniele, P., Sklenar, D., Sutton, P. R., & Cartwright, F. (2014). A transdisciplinary team approach to pain management in inpatient health care settings. *Pain Management Nursing*, 15(1), 426–435.
- Grocke, D., Bloch, S., & Castle, D. (2008). Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill?. *Australasian Psychiatry*, 16(6), 442–445.
- Haig, A. J., & LeBreck, D. B. (2000). Measurement of change in rehabilitation team dynamics with the Team Assessment Profile (TAP). *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2, 71–83.
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295–301.
- Høglend, P. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1056–1066. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010121
- Howard, I., & Potts, A. (2019). Interprofessional care for neuromuscular disease. *Current Treatment Options in Neurology*, 21(8), 35. <https://doi.org/10.1007/s11940-019-0576-z>
- Jackson, N. A. (2015). Music Therapy and Chronic Mental Illness: Overcoming the Silent Symptoms. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 90–96. doi:10.1093/mtp/miv017
- Johnson, S. et al. (2018) Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 392 (10145), 409–418

- Karol, R. L., & Jacobs, H. E. (2014). Team models in neurorehabilitation: structure, function, and culture change [Article]. *NeuroRehabilitation*, 34(4), 655–669. <https://doi.org/10.3233/NRE-141080>
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical rehabilitation*, 24(8), 745-755.
- Lewin, K. (1967). *Resolving social conflicts* (G. W. Lewin, Ed.; A Harper i).
- Little, V. (2010). Transdisciplinary care: Opportunities and challenges for behavioral health providers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(4), 1103-1107.
- Martin, A., Laakso, L., Sowa, M., McCarthy, A., & Green, T. (2023). Transdisciplinary is the new multidisciplinary: why and how can healthcare workers and managers make the shift?. *International Journal of Integrated Care*, 23(S1).
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., ... & Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 30-37.
- Matoso, L. M. L., & Oliveira, A. D. (2017). O efeito da música na saúde humana: base e evidências científicas. *Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR*, 10(2), 76-98.
- Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family process*, 55(3), 483-499. doi: 10.11602/1984-4271.2017.10.2.1
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde* (M. da Saúde, Ed.). Portugal.
- Murphy, S., Irving, C., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2015. John Wiley and Sons Ltd.
- Music Therapy Made Simple. (sem data). *Music Therapy Assessment Forms*. <https://www.musictherapymadesimple.com/documentation/p/assessment-forms-packet>

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), e55176.
- Norrefalk, J. R. (2003). How do we define multidisciplinary rehabilitation?. *Journal of rehabilitation medicine*, 35(2), 100-101.
- Odell-Miller, H. (2005). Why provide music therapy in the community for adults with mental health problems?. In *Voices: A World Forum for Music Therapy* (Vol. 5, No. 1).
- Oliveira, D. (2019). A necessidade de proteção da saúde mental na nova Lei de Bases da Saúde: o quadro da saúde mental portuguesa. *Revista Eletrónica de Direito Público*, 6(1).
- Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). Reabilitação Psicossocial. *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*, 28–29.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (11ª ed.)*. <https://icd.who.int/>
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3, 6–12
- Priestley, M. (1975). *Music therapy in action*. Hutchinson.

- Rolvjord, R. (2001). Sophie Learns to Play her Songs of Tears. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(1), 77–85. doi:10.1080/08098130109478020
- Rutan, S., Stone, W., & Shay, J. (2007). *Group dynamics and group development. Psychodynamic Group Psychotherapy, Fifth Edition*, 34–62.
- Rutan, S., Stone, W., & Shay, J. (2014). *Psychodynamic Group Psychotherapy (5th ed.)*. New York: Guilford Publications.
- Schafer, R. M. (1991). *O ouvido pensante*. Fundação Editora da UNESP.
- Schapira, D.; Ferrari, K.; Sánchez, V.; Hugo, M. (2007). *Musicoterapia: Abordaje Plurimodal*. Buenos Aires: ADIM Ediciones.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Promoção da Saúde e Prevenção da Doença – Saúde Mental – Perturbações mais comuns*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/promocao-da-saude-e-prevencao-da-doenca--saude-mental--perturbacoes-mais-comuns-2/>
- Singh, R., Küçükdeveci, A. A., Grabljevec, K., & Gray, A. (2018). The role of interdisciplinary teams in physical and rehabilitation medicine [Review]. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(8), 673–678. <https://doi.org/10.2340/16501977-2364>
- Silverman, M. J. (2015). *Music therapy in mental health for illness management and recovery (First edition)*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198735366.001.0001>
- Silverman, M. J. (2018). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*. doi:10.1093/jmt/thy019
- Silverman, M. J. (2020). Music-Based Affect Regulation and Unhealthy Music Use Explain Coping Strategies in Adults with Mental Health Conditions. *Community Ment Health Journal* 56, 939–946. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00560-4>
- Solli, H. P. (2008). “Shut Up and Play!” *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 67–77. doi:10.1080/08098130809478197

- Sotta, M. (2023). *Manuscrito Plurimodal no tratamento da esquizofrenia (Manuscrito)*. doi:10.13140/RG.2.2.15998.77127
- SSPSMental. (2019). *Perturbação Mental em Números* [Internet]. Citado a 5 de março de 2025 de: <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative Effect of Music Therapy for Residual Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 165(S24), 38–44. doi:10.1192/s0007125000292969
- Torres ML, M., Ramos V, J., Suarez PC, M., Garcia S, A., & Mendoza M, T. (2016). Benefits of Using Music Therapy in Mental Disorders. *Journal of Biomusical Engineering*, 04(02). doi:10.4172/2090-2719.1000116
- Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2021). *Diário da República n.º 244/2021, Série I, 60-98*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/311-2021-176147941>
- Uher, R., & Zwickler, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16(2), 121–129
- União Brasileira das Associações de Musicoterapia. (2011). Entrevista gentilmente concedida pelo musicoterapeuta argentino Diego Schapira à Revista Brasileira de Musicoterapia da UBAM no dia 18 de junho de 2011. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 11(10), 186-202.
- Unidade de Gestão de Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2025). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (N37 – v4.25)*. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Unker, R., & Thaut, M. (2005). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions*. Barcelona Publishers.
- Van Bower, V. (2017). Transdisciplinarity in Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 52(4), 339–347. <https://doi.org/10.1111/nuf.12200>

- Vieta, E., & Suppes, T. (2008). Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar disorders*, 10(1p2), 163-178.
- Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M., Carvalho, A., Leuschner, A. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. In Inês Pestana António Pires Preto.
- Wang, S., Li, C., Jia, X., Lyu, J., Wang, Y., & Sun, H. (2020). From depressive symptoms to suicide risk: Roles of sense of belongingness and acquired capability for suicide in patients with mental disorders. *PsyCh Journal*.
- Wen-ying, Y., Li, Z., Yong-zhen, W., Hong-yi, Z., & Bio, M. (1998). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 8(1), 38.
- Wheeler, B., Shultis, C., & Polen, D. (2005). *Clinical training guide for the student music therapist*. Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. (1981). The Relationship Between Music Therapy and Theories of Psychotherapy. *Music Therapy*, 1(1), 9–16. doi:10.1093/mt/1.1.9
- Wigram, T., & Baker, F. (2005). *Songwriting Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Winograd-Gurvich, C., Fitzgerald, P. B., Georgiou-Karistianis, N., Bradshaw, J. L., & White, O. B. (2006). Negative symptoms: A review of schizophrenia, melancholic depression and Parkinson's disease. *Brain Research Bulletin*, 70(4-6), 312–321. doi:10.1016/j.brainresbull.2006.06.007
- World Federation of Music Therapy. (2011). *About WFMT: What is music therapy?* Retirado de <https://www.wfmt.info/about>

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

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

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Declaração de consentimento informado para gravação

Anexo B – Scale for the Assessment of Negative Symptoms

Anexo C – Music Therapy Assessment Scale

Anexo D – Registo de Sessão de Grupo – Musicoterapia

Anexo E – Letra da canção *Vamos Pra Praia*

ANEXO A

Declaração de consentimento informado para gravação

Lisboa, ____ de _____ de _____

Ao Exm^o(^{as}) Sr(^{as})

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

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

DECLARAÇÃO

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

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

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

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

O Próprio ou o(a) (Representante) Legal / Encarregado(a) de Educação,

Assinatura

Nome Legível

ANEXO B

Scale for the Assessment of Negative Symptoms

Escala para Avaliação de Sintomas Negativos (SANS)	
Nome: _____	Sexo: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Escolaridade: _____
Data de Aplicação: ____/____/____	
Prezado(a) profissional, na sequência há uma lista de itens que descrevem os sintomas negativos em quadros psicóticos. Por favor, leia cuidadosamente cada sintoma e marque o número correspondente.	

0 = Nenhum 1 = Baixo 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Acentuado 5 = Grave					
Embotamento Afetivo					
1. Expressão facial invariável: A expressão facial não muda conforme o conteúdo emocional do discurso.	0	1	2	3	4 5
2. Diminuição dos movimentos espontâneos: Demonstra pouco ou nenhum movimento espontâneo, não muda de posição, não mexe as extremidades do seu corpo etc.	0	1	2	3	4 5
3. Escassez de gestos expressivos: o paciente não faz gestos com as mãos ou utiliza o corpo como forma de expressão de suas ideias.	0	1	2	3	4 5
4. Pouco contato visual: evita o contato visual ou "olha através" do entrevistador, mesmo quando fala.	0	1	2	3	4 5
5. Baixa responsividade afetiva: Não apresenta reações emocionais adequadas, como sorrir em momentos esperados.	0	1	2	3	4 5
6. Ausência de entonação vocal: Não apresenta padrões normais de ênfase vocal, costuma manter um único tom vocal.	0	1	2	3	4 5
7. Avaliação global do embotamento afetivo: Esta avaliação deve se concentrar na gravidade geral dos sintomas, especialmente falta de responsividade, de contato visual, de expressão facial e de entonação vocal.	0	1	2	3	4 5
Alogia					
8. Pobreza de fala: As respostas às questões são curtas, pobres em vocabulário, concretas e não elaboradas.	0	1	2	3	4 5
9. Pobreza de conteúdo de fala: As respostas são referentes ao que foi perguntado, mas tendem a ser vagas, concretas ou generalizadas demais, transmitindo poucas informações.	0	1	2	3	4 5
10. Bloqueio: Indica, de forma espontânea ou quando induzido, que seu fluxo de pensamento foi interrompido.	0	1	2	3	4 5
11. Maior latência de resposta: Demora para responder às perguntas espontaneamente, mesmo estando ciente delas.	0	1	2	3	4 5
12. Avaliação global da alogia: As características fundamentais da alogia são a pobreza da fala e do conteúdo do discurso, fala fora do contexto e disfuncional.	0	1	2	3	4 5
Avolição - Apatia					
13. Cuidados pessoais e higiene: As roupas podem estar desarrumadas ou sujas, pode ter o cabelo sujo, odor corporal etc.	0	1	2	3	4 5
14. Falta de persistência no trabalho ou na escola: Tem dificuldade para procurar ou se manter em um emprego, concluir trabalhos escolares, cuidar da casa etc. Se estiver internado, não tem persistência para realizar atividades oferecidas na clínica ou local de internação.	0	1	2	3	4 5
15. Falta de energia física (astenia): Tende a estar fisicamente inerte. Pode ficar sentado por horas e não iniciar qualquer atividade espontânea.	0	1	2	3	4 5
16. Avaliação global de avolição-apatia: A intensidade da apatia pode ser explicada por um ou dois sintomas especialmente fortes.	0	1	2	3	4 5

Anedonia - Não sociabilidade					
17. Interesses e atividades recreativas: Pode ter pouco ou nenhum interesse. Tanto a qualidade quanto a quantidade de seus interesses devem ser levados em conta.	0	1	2	3	4 5
18. Atividade sexual: Pode demonstrar diminuição ou desinteresse por ela, ou nenhum prazer quando a realiza.	0	1	2	3	4 5
19. Capacidade de sentir intimidade e proximidade: Pode se mostrar incapaz de ter relacionamentos próximos ou íntimos.	0	1	2	3	4 5
20. Relacionamentos com amigos e colegas: Pode ter poucos ou nenhum amigo, preferindo permanecer isolado.	0	1	2	3	4 5
21. Avaliação global de anedonia-não sociabilidade: Esta avaliação deve refletir a gravidade geral, levando em conta a idade da pessoa, a situação familiar, bem como o contexto cultural.	0	1	2	3	4 5

Atenção						
22. Desatenção social: Parece desinteressado e descomprometido. Pode se mostrar "aéreo".	0	1	2	3	4	5
23. Desatenção durante o exame do estado mental: Testes de "séries de 7" (cinco subtrações). Pontuação: 0 = nenhum erro; 1 = 1 erro; 2 = 2 erros; 3 = 3 erros; 4 = 4 erros; 5 = 5 erros. E soletrar "MUNDO" de trás para frente "ODNUM".	0	1	2	3	4	5
24. Avaliação global da atenção: Esta avaliação deve incluir a concentração geral da pessoa, do ponto de vista clínico e em testes.	0	1	2	3	4	5

ANEXO C

Music Therapy Assessment Scale

Avaliação em Musicoterapia*(Music Therapy Made Simple)*

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data da Avaliação: ____/____/____

Outro suporte para avaliação (circular):

Formulário de admissão

Conversa com o tutor

Conversa com o cliente

Outro: _____

Escala de classificação:*Nunca/Raramente* – Não realiza a ação, realiza-a raramente, a competência não está presente, etc.*Com Apoio* – Realiza a ação com apoio verbal, apoio físico, suportes visuais, etc.*Independentemente* – Realiza a ação quando apropriado, não necessita de apoio, a competência está presente, etc.*Não observado* – Não é adequado para a idade, não foi abordado na avaliação, etc.**Social**

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Estabelece contacto visual
				Mantém contacto visual
				Evita contacto visual
				Respeita turnos
				Interage com adultos/terapeutas
				Interage com pares da mesma idade
				Comportamentos/verbalizações disruptivas
				Brincadeira imaginativa/criativa
				Demonstra consciência espacial/limites

Comentários:

Emocional

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Identifica emoções (imagens/histórias)
				Nomeia emoções (próprias)
				Expressa emoções
				Usa vocabulário emocional
				Demonstra uma variedade de emoções
				Faz afirmações negativas sobre si próprio
				Faz afirmações de esperança/felicidade
				Faz afirmações de dano sobre si próprio ou outros

Comentários:



Atenção e Capacidades Cognitivas

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Mantém a atenção na tarefa
				Segue instruções de 1-2 passos
				Segue instruções de 3+ passos
				Sequencia 2+ itens
				Resolve problemas
				Faz escolhas
				Motivado(a) por incentivos
				Lê abaixo / ao nível / acima do esperado para a idade (<i>circular</i>)
				Escreve abaixo / ao nível / acima do esperado para a idade (<i>circular</i>)
				Demonstra pensamento organizado
				Demonstra pensamentos tangenciais
				Transita com sucesso entre atividades
				Transita com sucesso entre espaços
				Orientado no tempo e no espaço

Comentários:

Comunicação/Linguagem

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Vocabulário limitado / moderado /avançado (<i>circular</i>)
				Inicia comunicação
				Usa gestos
				Usa língua gestual (incluindo adaptada)
				Usa um dispositivo de comunicação
				Aproximação de palavras
				Discurso incoerente
				Comunica usando frases de 1-2 palavras
				Comunica usando frases de 3+ palavras
				Comunica em frases completas
				Usa volume vocal adequado
				Articula palavras
				Responde ao nome
				Responde a perguntas

Comentários:



Habilidades Motoras

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Inicia movimentos motores
				Imita movimentos motores
				Demonstra controlo e coordenação motora fina
				Manipula objetos com as mãos
				Isola dedos individualmente
				Demonstra controlo motor grosso
				Demonstra coordenação motora grossa
				Equilibra-se sentado
				Equilibra-se em pé
				Equilibra-se ao caminhar
				Usa um dispositivo de mobilidade assistida
				Cruz a linha média
				Demonstração coordenação óculo-manual
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro superior direito)
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro superior esquerdo)
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro inferior direito)
				Amplitude de movimento dentro dos limites normais (membro inferior esquerdo)

Comentários:

Visão e Audição

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Visão dentro dos limites normais
				Acompanha visualmente objetos
				Audição dentro dos limites normais
				Discrimina entre estímulos auditivos

Comentários:



Comportamentos Sensoriais

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Integração/percepção sensorial dentro dos limites normais
				Propriocepção (consciência corporal) dentro dos limites normais
				Permanece na área/cadeira
				Agita-se/balança-se na cadeira
				Corpo constantemente em movimento
				Procura contenção
				Procura pressão profunda
				Procura objetos com textura
				Evita objetos com textura
				Usa auscultadores
				Cobre os ouvidos/coloca os dedos nos ouvidos
				Cria sons altos
				Procura sons específicos: _____
				Evita sons específicos: _____
				Evita/desliga luzes
				Pica a pele
				Puxa os dedos
				Roe as unhas
				Chupa o polegar/dedos
				Torce ou puxa o cabelo
				Cheira ou lambe objetos

Comentários:

Coping Skills e Estratégias de Regulação

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				<i>Usa...</i>
				Mordedor
				Objeto de conforto
				Fidgets (brinquedos de inquietação)
				Bola de stress/squish
				Agenda visual



Coping Skills e Estratégias de Regulação (continuação)

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				<i>Envolve-se em...</i>
				Respiração profunda
				Destruir objetos (bater, rasgar papel, etc.)
				Desenho/pintura/artesanato
				Tocar percussão
				Imaginação guiada
				Diário/jornalismo
				Meditação
				Movimentos/dança
				Ouvir música
				Relaxamento muscular progressivo
				Pisar forte, gritar, magoar-se a si próprio ou aos outros
				Andar de baloiço
				Yoga

Comentários:

Personalidade/Afeto

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				<i>Demonstra...</i>
				Agitação
				Raiva
				Ansiedade
				Confiança
				Cooperação
				Afeto congruente (adequado ao ambiente)
				Curiosidade
				Desconforto ou inquietação
				Dominância
				Entusiasmo/Euforia
				Flexibilidade
				Hostilidade
				Otimismo
				Rigidez
				Comportamentos tímidos/retraídos

Comentários:



Respostas Musicais e Atividades

<i>Nunca/ Raramente</i>	<i>Com Apoio</i>	<i>Independentemente</i>	<i>Não Observado</i>	
				Demonstra início/paragem
				Demonstra rápido/lento
				Demonstra curto/longo
				Demonstra alto/baixo (volume)
				Demonstra agudo/grave
				Demonstra pergunta-e-resposta
				Ajusta-se ao tom
				Ajusta-se ao ritmo
				Mantém um ritmo constante
				Imita padrões rítmicos
				Imita exercícios vocais
				Imita contorno melódico
				Lê partituras (tradicional)
				Lê partituras (adaptada)
				Lê letras de música
				Canta frases isoladas
				Completa frases em aberto
				Demonstra pergunta-e-resposta
				Improvisa com a voz
				Cria um tema musical
				Usa a música para expressão
				Usa a música para ruminação
				Usa a música para regulação
				Usa a música para distração

Comentários:

Preferências Musicais:

Instrumentos preferidos:

Instrumentos evitados:

Gêneros/músicas de interesse:

Gêneros/músicas que não gosta:

Outros:



Sumário da Avaliação

Pontos fortes:

Necessidades gerais:

Recomendações de tratamento:

O musicoterapeuta recomenda que _____ inicie sessões de ____ minutos a cada _____. As seguintes metas e objetivos são sugeridos para atingir durante a primeira parte do plano de tratamento:

Objetivo 1**Objetivo 2****Objetivo 3**

Nome do terapeuta: _____

Assinatura do terapeuta: _____

Data: ____/____/____



ANEXO D

Registo de Sessão de Grupo – Musicoterapia

REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO - MT**IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:** _____

DATA: _____ TERAPEUTA: _____

PRESENTES:

FALTARAM:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspetos individuais ou processo de grupo)

MÚSICA PRODUZIDA (atividade, instrumentos, repertório)

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

REAÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

ANEXO E

Letra da canção *Vamos Pra Praia*

Vamos Pra Praia

Ansiolíticos e Depressivos

Vamos pra praia com todo o pessoal
Vamos pra praia desbunda total

Aberta a época balnear
No trilho do sol em direção ao mar
A malta só quer
A malta só quer
Ver as miúdas... a passear

Depois de furar ondas vamos bronzear
Sentados na toalha sempre a olhar
Olha a Telma
Olha a Telma
Está na hora de ir... de ir lanchar

E agora no regresso com um sorriso expresso
Canto esta canção com os amigos em união
Na esperança de amanhã voltar
Com os amigos de novo para o mar
Para desbundar
Fim