



## Universidades Lusíada

Pita, Carla Marisela Pestana Figueira, 1984-

### **Compor com o coração : musicoterapia na gravidez de risco**

<http://hdl.handle.net/11067/5705>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2020
<b>Resumo</b>	<p>A musicoterapia durante a gravidez pode ter um papel fulcral na manutenção da homeostasia psico-corporal, no controlo da ansiedade, na componente psicológica da gravidez, assim como na promoção da vinculação materno-fetal. O presente relatório de estágio consiste na descrição e reflexão da intervenção musicoterapêutica realizada na unidade de obstetrícia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com grávidas de risco. Este teve como principal objetivo propiciar às gestantes uma intervenção complementar ao...</p> <p>Music therapy during pregnancy can play a crucial role in maintaining psycho-bodily homeostasis, in controlling anxiety, in the psychological component of pregnancy, as well as in promoting maternal-fetal attachment. This internship report consists of the description and reflection of the music therapy intervention performed in the obstetrics unit of Hospital Dr. Nélio Mendonça, with risky pregnancies. The main objective was to provide pregnant women with a complementary intervention to the serv...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Gravidez - Complicações, Gravidez - Aspectos psicológicos, Ansiedade na mulher, Musicoterapia - Prática profissional, Hospital Dr. Nélio Mendonça (Funchal, Portugal). Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Ensino e estudo (Estágio)
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:28:19Z com informação proveniente do Repositório



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

## Compor com o coração: musicoterapia na gravidez de risco

**Realizado por:**

Carla Marisela Pestana Figueira Pita

**Supervisionado por:**

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

**Orientado por:**

Dr. Carlos Mendonça

### Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 18 de novembro de 2020

Lisboa

2020



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

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Musicoterapia**

**Compor com o coração:  
musicoterapia na gravidez de risco**

**Carla Marisela Pestana Figueira Pita**

Lisboa

julho 2020



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

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Musicoterapia**

**Compor com o coração:  
musicoterapia na gravidez de risco**

**Carla Marisela Pestana Figueira Pita**

Lisboa

julho 2020

Carla Marisela Pestana Figueira Pita

## Compor com o coração: musicoterapia na gravidez de risco

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

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

Orientador de estágio: Dr. Carlos Mendonça

Lisboa

julho 2020

## Ficha Técnica

**Autora** Carla Marisela Pestana Figueira Pita  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
**Orientador de estágio** Dr. Carlos Mendonça  
**Título** Compor com o coração: musicoterapia na gravidez de risco  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2020

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

PITA, Carla Marisela Pestana Figueira, 1984-

Compor com o coração: musicoterapia na gravidez de risco/ Carla Marisela Pestana Figueira Pita; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Carlos Mendonça . - Lisboa : [s.n.], 2020. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - MENDONÇA, Carlos

#### LCSH

1. Gravidez - Complicações
2. Gravidez - Aspectos psicológicos
3. Ansiedade na mulher
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Hospital Dr. Nélio Mendonça (Funchal, Portugal). Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Pregnancy - Complications
2. Pregnancy - Psychological aspects
3. Anxiety in women
4. Music therapy - Practice
5. Hospital Dr. Nélio Mendonça (Funchal, Portugal). Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. RG560.P56 2020

Ao meu filho,  
Dinis

## **Agradecimentos**

A realização deste relatório de estágio de mestrado não seria possível sem o contributo de um conjunto de pessoas que, direta ou indiretamente me ajudaram e incentivaram a concretizar um sonho.

Agradeço, primeiramente a Deus pelo dom da vida e pela força que me tem dado a concretizar todos os meus objetivos.

Agradeço a todos os professores do mestrado em Musicoterapia, pela partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras. Uma palavra muitíssimo especial à professora Doutora Teresa Leite, coordenadora do mestrado em Musicoterapia e orientadora deste relatório de estágio, por tornar possível a formação em Musicoterapia em Portugal, pela sua transmissão de um vasto saber, de conhecimentos técnicos e práticos em musicoterapia, pela partilha de experiências e pelas palavras de apoio e incentivo ao longo deste percurso.

À Dr.<sup>a</sup> Paula Pinto diretora do serviço de formação e investigação do Hospital Dr. Nélio Mendonça por ter permitido a realização deste estágio, ter proporcionado todas as condições necessárias de acolhimento nas equipas de obstetrícia e pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário.

Ao meu orientador de estágio, Dr. Carlos Mendonça, agradeço a confiança depositada em mim e no trabalho musicoterapêutico desenvolvido no serviço de obstetrícia.

Às equipas de obstetrícia do internamento e das consultas externas do Hospital Dr. Nélio Mendonça, que me acolheram de forma calorosa, pela disponibilidade em ajudar sempre que necessário e por tudo o que me ensinaram, em particular à enfermeira Otília das consultas externas, pela ajuda na triagem das grávidas para as sessões de musicoterapia.

Agradeço a todas as grávidas com quem trabalhei, sem vocês este estágio não teria sido possível.

À minha família, pelo apoio e incentivo em concluir todas as “batalhas” a que me proponho.

Uma palavra especial de gratidão ao meu marido Rui Pita pelo apoio incondicional e por ter compreendido a minha presença, tantas vezes ausente.

O meu especial agradecimento ao meu filho Dinis Miguel, por ter surgido nesta caminhada e me permitir vivenciar a experiência da maternidade, tendo sido fulcral na compreensão e cumplicidade com as grávidas, e por ser a minha inspiração e motivação para concluir o mestrado.

A todos os amigos e colegas de mestrado que comigo partilharam reflexões, saberes e momentos musicais.

Finalmente, agradeço a todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com os seus inestimáveis apoios em distintos momentos.

A todos, muito obrigada.

*“ A música é muitas vezes tomada como um simples meio de distração, de evasão ou de divertimento superficial, quando pode ser, e é realmente, a expressão daquilo que o ser humano tem em si de mais profundo.”*

*(Willems, 1968:2)*

## Resumo

A musicoterapia durante a gravidez pode ter um papel fulcral na manutenção da homeostasia psico-corporal, no controlo da ansiedade, na componente psicológica da gravidez, assim como na promoção da vinculação materno-fetal. O presente relatório de estágio consiste na descrição e reflexão da intervenção musicoterapêutica realizada na unidade de obstetrícia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, com grávidas de risco. Este teve como principal objetivo propiciar às gestantes uma intervenção complementar aos serviços prestados pela instituição, visando a promoção da vinculação materno-fetal, o bem-estar da gestante e a gestão da ansiedade. Ao longo de seis meses foram realizadas sessões individuais e sessões em grupo. Destas, serão descritas e analisadas detalhadamente dois estudos de caso. Para avaliação foram aplicadas a escala *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (STAI-T/E Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003), a escala *Antenatal Emotional Attachment Scale* (AEAS) (Condon, 1993; adaptado para a população portuguesa por Camarneiro & Justo, 2010) e recorreu-se, também, à observação direta em contexto de sessão. Os resultados analisados qualitativamente apontam para uma melhoria significativa nas dimensões avaliadas, podendo concluir-se que a musicoterapia é um contributo relevante na qualidade de vida da gestante de risco, na gestão da ansiedade assim como na potencialização da vinculação materno – fetal.

**Palavras-chave:** Musicoterapia, Gravidez, Ansiedade, Vinculação Materna Pré-Natal.

## **Abstract**

Music therapy during pregnancy can play a crucial role in maintaining psychobodily homeostasis, in controlling anxiety, in the psychological component of pregnancy, as well as in promoting maternal-fetal attachment. This internship report consists of the description and reflection of the music therapy intervention performed in the obstetrics unit of Hospital Dr. Nélio Mendonça, with risky pregnancies. The main objective was to provide pregnant women with a complementary intervention to the services provided by the institution, aiming at promoting maternal-fetal attachment, the well-being of the pregnant woman and the management of anxiety. Over six months, both individual and group sessions were held. Of these, two case studies will be described and analyzed in detail. Both the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) scale (STAI-T / E Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; Portuguese version Silva, 2003) and the Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS) (Condon, 1993; adapted for the Portuguese population by Camarneiro & Justo, 2010) as well as direct observation, in the context of the session, were used as evaluation methods. The results analyzed qualitatively point to a significant improvement in the dimensions evaluated, therefore it can be concluded that music therapy is a relevant contribution to the quality of life of the pregnant woman at risk, in the management of anxiety as well as in the enhancement of the maternal - fetal bonding.

**Keywords:** Music Therapy, Pregnancy, Anxiety, Prenatal Maternal Attachment.

## Lista de Tabelas

Tabela 1 – <i>Caracterização das Participantes</i> .....	32
Tabela 2 – <i>Agenda semanal</i> .....	42
Tabela 3 – <i>Resultados descritivos da vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação</i> .....	44
Tabela 4 – <i>Plano terapêutico da Maria</i> .....	45
Tabela 5 – <i>Resultados descritivos da vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação</i> .....	53
Tabela 6 – <i>Resultados descritivos da vinculação pré-natal, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação</i> .....	56
Tabela 7 – <i>Plano terapêutico da Carla</i> .....	57
Tabela 8 – <i>Resultados descritivos da vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação</i> .....	66

## **Lista de Abreviaturas**

- HNM - Hospital Dr. Nélio Mendonça
- SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
- RAM - Região Autónoma da Madeira
- MTFO - Musicoterapia Focal Obstétrica
- RAM - Relaxamento Através do Movimento
- VCM - Visualização Criativa com Música
- FIV - Fertilização *in Vitro*
- DPP - Data provável de parto

## Sumário

Agradecimentos .....	I
Resumo .....	IV
Abstract.....	V
Lista de Tabelas .....	VI
Lista de Abreviaturas.....	VII
Sumário.....	VIII
Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Caracterização da População-Alvo.....	5
Enquadramento Teórico .....	7
A gravidez.....	7
As fases da gravidez.....	9
Risco na gravidez .....	11
Ansiedade na gravidez .....	12
Vinculação pré-natal .....	15
Musicoterapia.....	18
Musicoterapia em medicina .....	19
Musicoterapia na gravidez .....	21
Musicoterapia na promoção da vinculação pré-natal.....	23
Métodos e técnicas da musicoterapia .....	25
Objectivos de estágio.....	30
Metodologia.....	31
Participantes – consulta externa de obstetrícia .....	31
Participantes – internamento em obstetrícia .....	32
Instrumentos de avaliação.....	33
Procedimentos.....	37
Fase de observação e integração .....	37
Fase de intervenção .....	38
Intervenção no internamento em obstetrícia .....	39
Intervenção na consulta externa de obstetrícia.....	40
Fase de finalização e avaliação de resultados .....	40

Técnicas e metodologias aplicadas .....	40
Materiais utilizados .....	41
Agenda semanal .....	42
Estudos de Caso.....	43
Estudo de Caso I - Maria .....	43
Descrição da cliente .....	43
Avaliação inicial.....	44
Plano terapêutico .....	45
Processo terapêutico.....	46
Apresentação e discussão dos resultados .....	52
Conclusão do caso.....	53
Estudo de Caso II – Carla .....	55
Descrição da cliente .....	55
Avaliação inicial.....	55
Processo terapêutico.....	57
Apresentação e discussão dos resultados .....	64
Conclusão do caso.....	66
Outras Intervenções Clínicas .....	68
Mirela.....	68
Angelina.....	69
Ema .....	70
Nádia.....	71
Vivi .....	72
Cristina.....	73
Paulina .....	74
Musicoterapia no internamento .....	75
Conclusões.....	77
Reflexões Finais .....	80
Referências .....	82
Apêndices .....	88
Lista de Apêndices .....	89
Apêndice A .....	90
Apêndice B .....	93
Apêndice C .....	97

Apêndice D .....	99
Apêndice E.....	101
Apêndice F.....	103
Apêndice G .....	105
Apêndice H .....	107
Anexos.....	109
Lista de Anexos .....	110
Anexo A.....	111
Anexo B .....	114
Anexo C .....	119
Anexo D.....	122
Anexo E .....	124
Anexo F.....	126
Anexo G.....	129
Anexo H.....	131

## **Introdução**

O presente relatório subordinado ao tema da musicoterapia na gravidez de risco pretende descrever a intervenção levada a cabo durante o estágio curricular realizado na unidade de Obstetrícia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, bem como uma revisão de literatura e reflexão das intervenções terapêuticas realizadas.

A pertinência do estudo situa-se no facto da gravidez ser um período caracterizado por inúmeras transformações corporais, psicológicas e sócio-familiares na mulher e no casal, exigindo um ajustamento psicológico na regulação das emoções e harmonização de estados emocionais relativamente a si mesma e ao bebé. Neste sentido, a eficácia da musicoterapia com gestantes tem sido documentada em diversas investigações como na manutenção da homeostasia psico-corporal da mulher grávida, ao nível do controlo da ansiedade e do alívio da dor no trabalho de parto como também na elaboração psicológica da gravidez e na promoção da vinculação materno-fetal (Carvalho, 2019).

Com base nestes pressupostos, procedeu-se a uma revisão da literatura sobre assuntos compreendidos neste tipo de intervenção, onde se revêem a importância de uma intervenção musicoterapêutica neste tipo de população.

Este relatório de estágio encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte contempla o enquadramento teórico e a segunda parte aborda o estudo empírico.

A primeira parte constitui uma descrição e reflexão sobre o trabalho realizado, iniciando-se com uma breve caracterização da instituição e da população alvo onde foi realizado o estágio. Em seguida é apresentado um enquadramento teórico.

Na segunda parte descreve-se a metodologia utilizada, procedimentos, métodos e técnicas musicoterapêuticas, bem como os instrumentos de avaliação. Continuamente, são apresentados em detalhe dois casos clínicos da respectiva intervenção, assim como uma

descrição sumária da intervenção realizada com as restantes gestantes. Por último, são tecidas conclusões sobre a intervenção realizada neste estágio, bem como uma reflexão final sobre as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio.

### **Caracterização da Instituição**

O Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) está integrado no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E). Este é uma “unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, atuando como dispositivo articulador, na base de complementaridade dos centros de saúde e dos hospitais da região, cabendo-lhe a prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais” (SESARAM, 2019. para.1). Localiza-se na Avenida Luís de Camões, na cidade do Funchal, na ilha da Madeira.

O HNM iniciou a sua atividade a 9 de setembro de 1973, tem uma lotação de 926 camas, distribuídas pelos serviços de internamento médico e cirúrgico. A prestação de cuidados hospitalares processa-se em regime ambulatorio ou de internamento. A atividade assistencial de ambulatorio é repartida pela consulta externa, hospital de dia, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, cirurgia e reabilitação. Os cuidados em regime de internamento organizam-se de acordo com o seu grau de especialização e de complexidade.

Relativamente aos recursos humanos, num relatório efetuado em 2018, verificou-se que o HNM dispunha de um total de 5100 funcionários, dos quais 595 são médicos, 1740 são enfermeiros, 118 são técnicos superiores de saúde, 271 são técnicos de diagnóstico terapêutico, 199 são administrativos, 539 são assistentes técnicos, 1601 são assistentes operacionais, entre outros profissionais. No que diz respeito a dados estatísticos referentes ao ano de 2015, foram realizadas 9541 cirurgias, 2493.820 consultas e 127.446 urgências (SESARAM, 2019).

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira tem como visão, “alcançar uma elevada promoção e proteção da saúde de toda a população através de um atendimento de

qualidade, em tempo útil, com eficiência e humanidade no quadro dos recursos disponíveis e das capacidades instaladas” (SESARAM, 2019. para.1).

O estágio que serviu de base ao presente documento decorreu na unidade de obstetrícia, nomeadamente, na enfermaria de internamento e nas consultas externas de obstetrícia deste mesmo hospital.

O serviço de ginecologia e obstetrícia disponibiliza cuidados à mulher, ao longo de todas as etapas do seu ciclo vital, desde o nascimento até à idade geriátrica.

Presta cuidados médicos e de enfermagem, altamente qualificados, de acordo com os conhecimentos científicos atuais, respeitando os princípios éticos e as orientações das ordens profissionais, na área do planeamento, intervenção e avaliação, baseados nas necessidades biofísicas, ambientais, educativas e psicológicas do doente, da pessoa significativa ou da família/ cuidador (es) (SESARAM, 2019. para.4).

No internamento de obstetrícia é efetuado um acompanhamento das patologias materno – fetais. As patologias são diversificadas: maturação dos pulmões do bebé; oligoâmnio: redução de líquido amniótico; contrações antes da data prevista do parto, entre outras.

Nas consultas externas de obstetrícia são realizadas consultas de: enfermagem, diagnóstico pré-natal, obstetrícia de alto risco; referenciação; gravidez gemelar, e entre outras. Efectua também diversos tipos de exames, nomeadamente, rastreio combinado do 1º trimestre; ecografias obstétricas; amniocentese e técnicas de diagnóstico pré-natal (SESARAM, 2019).

### **Caracterização da População-Alvo**

O estágio de musicoterapia teve uma componente de terapia em grupo no internamento hospitalar de obstetrícia, com uma carga horária menor, com gestantes com patologias variadas, porém incidiu essencialmente na consulta externa do serviço de obstetrícia. As patologias no internamento mais frequentes são: contrações antes da data provável de parto, hipertensão e diabetes mellitus. Nas consultas externas de obstetrícia os casos mais frequentes apresentam problemáticas ligadas a perturbações psicológicas, doenças cardíacas, gravidez gemelar e entre outras.

Mediante a observação neste contexto, na fase inicial de estágio foi verificado que as gestantes que frequentam as consultas externas de obstetrícia são de alto risco; adolescentes (<17 anos); endócrinas; diagnóstico pré-natal (> 35 anos); gravidez múltipla; hipertensão; pré-concepção; referência (+ de 37 semanas de gestação) e revisão de parto. As grávidas que são acompanhadas nas consultas externas de obstetrícia, do HNM são encaminhadas pelos Centros de Saúde, pelo serviço de urgência e internamento, pela consulta da pré-concepção e pelo médico particular.

Em relação às características sociodemográficas, a população de utentes de obstetrícia é constituída por mulheres que se encontram na faixa etária dos 17 aos 44 anos de idade. As gestantes que frequentam o serviço de obstetrícia desta instituição são residentes na RAM acompanhadas durante a gestação e até ao 1º trimestre do puerpério. No que concerne à situação profissional, a maioria das gestantes encontram-se empregadas, existindo casos de desemprego, de pensão social e estudantes.

Importa salientar que, foram referenciadas da consulta externa de obstetrícia para a musicoterapia todas as grávidas de alto risco, gravidez múltipla, hipertensão e pré-concepção.

Com o intuito de dar uma maior qualidade de vida e bem-estar às gestantes que se encontram no internamento em obstetrícia decidiu-se que a atividade seria realizada nos quartos das mesmas, de modo a que estas pudessem expressar as angústias e medos inerentes ao ambiente hospitalar e aos procedimentos clínicos aos quais estavam sujeitas.

Ao contrário do que foi realizado no âmbito das consultas externas de obstetrícia, na qual houve um plano terapêutico a ser cumprido mediante um período de intervenção com acompanhamento semanal, no internamento hospitalar de curta duração, não houve um processo terapêutico continuado. O principal objetivo foi ir ao encontro das necessidades das gestantes que desejassem participar em musicoterapia num determinado dia, tendo uma vertente mais recreativa e de promoção do bem-estar.

## **Enquadramento Teórico**

Ao longo deste capítulo iremos enquadrar o conhecimento teórico e científico já existente, sendo definidos os conceitos e apresentadas as metodologias que fundamentaram a intervenção desenvolvida no estágio.

### **A gravidez**

O termo gravidez é um conceito polissémico. Neste sentido, Canavarro (2006) afirma que a gravidez não é apenas o momento da conceção, é muito mais que isso, é um processo dinâmico, de construção e desenvolvimento que permite à mulher preparar-se para ser mãe.

O período da gravidez é classificado como uma experiência importante para a mulher e para as pessoas que a rodeiam e por sua vez a maternidade é extremamente valorizada pela sociedade. A gravidez é também um período crítico no ciclo vital da mulher, pois envolve mudanças ao nível hormonal, físico, emocional, familiar e social (Bayle, 2006; Canavarro, 2006; Colman & Colman, 1994; Conde & Figueiredo, 2005; Leal, 2005).

Segundo Melo e Lima (2000), a gravidez é um processo fisiológico que envolve alterações profundas, cujas repercussões se vão fazer sentir, psíquica e socialmente. Para os autores a gestação envolve uma necessidade de reestruturação e um reajustamento em várias dimensões.

Leal (2005), encara a gestação como uma fase de desenvolvimento, na medida em que a gravidez e a maternidade desempenham um papel significativo na personalidade da mulher, isto é, prepara-a para os cuidados maternos e o amadurecimento no plano fisiológico e psicológico. Com a gravidez surge uma nova condição de vida e por conseguinte constitui uma crise, não patológica, mas de viragem e de adaptação a um novo estatuto, o de Mãe.

Erickson (1959) citado em Leal (2005) menciona que o período gravídico tem sido concebido como um período de experiências muito ricas, mas que pode também constituir um período de crise desenvolvimental, visto que acarreta uma alteração do equilíbrio anterior e, um estado de maior vulnerabilidade pessoal. Numa mulher psicologicamente saudável, a gravidez pode ser vivida como uma fase de autorealização e de construção de identidade como mulher (Kaplan, Sadock & Grebb, 2006). Quando isso não acontece provoca, na mulher grávida, uma maior vulnerabilidade face às situações do dia-a-dia (Bayle, 2006).

De acordo com Bayle (2006) e Colman & Colman (1994) as alterações físicas e psicológicas provocadas pela gravidez conduz a mulher a uma readaptação dos mecanismos biológicos e psíquicos, levando-a a ter comportamentos que se inserem nas camadas mais arcaicas da sua personalidade.

Segundo Erikson (1976), o desenvolvimento da personalidade ocorre ao longo da vida numa sucessão temporal contínua em torno de oito fases. A gravidez enquadra-se, geralmente, na fase seis, onde o chamado “jovem adulto” (Pinto, 2001) procura uma identidade e está predisposto a unir a sua identidade com a de outros. Para este autor só desta forma é que o jovem adulto está preparado para a intimidade, isto é, está capaz de responsabilizar-se a filiações concretas mesmo que estas estabeleçam sacrifícios e compromissos relevantes. Se a crise for adequadamente resolvida, formam-se nesta fase os alicerces de compromisso, partilha, proximidade e amor (Pinto, 2001). A gravidez simboliza fecundidade, alimentação, amor incondicional e criatividade (Colman & Colman, 1994).

Conde & Figueiredo (2005) relevam que a capacidade da mulher se adaptar às mudanças e exigências da gravidez afecta a sua saúde física e mental e parece influenciar, de igual forma, a saúde do feto em gestação.

Importa realçar que cada mulher vive a gravidez de uma forma ímpar, de acordo com: o seu estado de saúde, as normas e os valores pelo qual foi educada, as experiências por que passou, a sua emotividade e desenvolvimento psicológico, os cenários sociais em que se movimenta, as relações que estabeleceu ao longo da vida e as características da relação que a unem ao pai do seu filho (Colman & Colman, 1994).

### **As fases da gravidez**

A gravidez corresponde a um período de aproximadamente 280 dias ou 40 semanas de gestação, que vai desde a concepção até ao parto, sendo caracterizada por mudanças corporais, que por conseguinte acarretam vivências psicológicas (Bayle, 2006; Canavarro, 2006; Colman & Colman, 1994; Leal, 2005).

De acordo com Kaplan et al. (2006), a gravidez está dividida em três trimestres, contando a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual e terminando com o nascimento do bebé. Assim sendo, o primeiro trimestre corresponde ao período que fica entre o momento da conceção e as 12 semanas, o segundo trimestre, entre as 13 e as 27 semanas e o terceiro trimestre, entre as 28 e as 40 semanas (Canavarro, 2006).

O primeiro trimestre é caracterizado por um sentimento de ambivalência. Esta ambivalência é manifestada em relação ao acreditar na viabilidade da gravidez, à aceitação do feto, às mudanças que a gravidez provoca e à própria maternidade (Bayle, 2006; Canavarro, 2006). Os mesmos autores mencionam que, este fenómeno é absolutamente natural, isto é, o facto de a gravidez conter grandes mudanças justifica por si só a presença de sentimentos opostos entre si.

O segundo trimestre da gravidez é considerado o mais estável do ponto de vista emocional. Nesta fase, surge na gestante a percepção dos primeiros movimentos fetais e, por

consequente, emerge o reconhecimento do feto como uma realidade concreta dentro de si (Bayle, 2006). Colman & Colman (1994), referem que este trimestre é considerado os “meses calmos”, pois verifica-se uma diminuição da ansiedade, uma diminuição do mau estar físico, o risco de aborto diminui e a mãe ao sentir os movimentos fetais sabe que o bebé está bem.

Neste trimestre ocorre um acontecimento bastante importante, a revelação do sexo do bebé, que na perspectiva de Colman & Colman (1994) desencadeia a relação dos pais com o bebé. Para Bayle (2006), a imagem confirmada pela ecografia permite adaptar o bebé imaginário ao real e a partir daqui desenvolver a vinculação, mãe, pai – bebé. Esta triangulação leva a uma intensa reflexão ao nível dos sentimentos e do relacionamento com uns e com outros.

O terceiro trimestre é considerado o período de preparação para a separação. Neste trimestre uma das principais tarefas da gestante passa por aceitar o bebé como pessoa separada de si. Por esta razão, os sentimentos são, no geral, contraditórios na medida em que por um lado subsiste uma enorme vontade de ter o filho e por outro lado coexiste o medo do parto e a vontade de prolongar a gestação (Bayle, 2006; Canavarro, 2006).

No último trimestre a mulher sente-se orgulhosa da sua gravidez e realizada pessoalmente, mas ao mesmo tempo eleva-se a ansiedade devido à proximidade do parto e à mudança de rotina que o nascimento do bebé acarreta (Canavarro, 2006; Colman & Colman 1994). A ansiedade torna-se mais intensa nos dias que precedem a data provável de parto e tende a intensificar-se quando a data é ultrapassada (Canavarro, 2006).

Bayle (2006) acrescenta que estes nove meses são importantes para o trabalho de preparação psicológica e física para a vinda do novo ser, para a aquisição do sentimento de maternidade, que atinge o seu ponto culminante com o trabalho do parto.

## **Risco na gravidez**

De acordo com o programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco, “considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada (Anexo A), nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ou neonatal” (Direção-Geral da Saúde, 2015:33).

A tabela de Goodwin modificada avalia o risco da gravidez de acordo com critérios médicos associados, a gravidezes anteriores e a patologias médicas da mulher antes ou durante a gravidez. A identificação e classificação do risco tem carácter dinâmico e deverá ser atualizada em cada uma das consultas pré-natais (Néné, Marques & Batista, 2018). De acordo com a tabela de Goodwin modificada, o risco pode ser classificado em baixo, médio e alto risco (DGS, 2015).

Uma gestação é considerada de alto risco quando a mãe ou o feto apresentam um risco significativo de morte ou incapacitação (Graça, 2010; Knuppel & Drukker, 1996). “A identificação do risco é efectuada através da avaliação clínica, laboratorial e imagiológica, durante a pré-conceção ou em qualquer momento durante a gravidez” (DGS, 2015:33). Para Néné et al. (2018), a identificação do risco é ponderado através da história familiar e pessoal, do exame físico, das avaliações clínicas, e especificamente os antecedentes ginecológicos e obstétricos. Assim sendo, para se obter um óptimo resultado perinatal, devem ser identificados e corrigidos precocemente todos os factores que contribuam para essa morbidade e mortalidade (Graça, 2010; Knuppel & Drukker, 1996).

Apesar de tudo, e na maior parte dos casos, as grávidas de alto risco são mulheres sem qualquer patologia e sem antecedentes obstétricos relevantes, mas que no decurso da gravidez actual têm complicações por vezes graves (Graça, 2010).

Correia (2005) distingue a gravidez de risco em dois tipos: risco médico e risco psicológico. O risco médico está associado a patologias físicas que surgem durante a gravidez e pode vir a ter consequências na mulher e/ou feto, bem como interferir no parto, como por exemplo a diabetes e a hipertensão. O risco psicológico está associado às vivências da gravidez em termos internos, como o medo, desejo e adaptação para um projecto de maternidade. O mesmo autor refere ainda que, o risco médico e o risco psicológico podem surgir associados ou não, podem mesmo ser causa e / ou efeito um do outro. A conjugação de ambos poderá ser um quadro muito complexo, exigindo à mulher a integração, elaboração, adaptação a questões de ordem física e psicológica.

Segundo Knuppel & Drukker (1996), os factores de uma gestação de risco podem ser divididos em três categorias, nomeadamente, socioeconómicos, demográficos e médicos. Nos factores socioeconómicos podemos verificar as condições como a promiscuidade, as más condições habitacionais, de higiene e alimentares. Relativamente aos factores demográficos, verificamos que a melhor idade para ter filhos situa-se entre os 20 e os 30 anos. Gestantes com idade materna inferior aos 16 anos ou acima dos 35 anos são automaticamente consideradas grávidas de risco. Por último, os factores médicos contemplam a história obstétrica, a situação clínica materna e o estado obstétrico atual.

### **Ansiedade na gravidez**

A gravidez é um período que se caracteriza pela ocorrência de diversas e significativas alterações biológicas, fisiológicas e psicológicas. Não é de admirar que um processo tão exigente como este se coaduna sistematicamente a presença da ansiedade (Bayle, 2006; Brandão, Brites, Pires, Hipólito & Nunes, 2019; Conde & Figueiredo, 2003, 2005; Leal, 2005).

Holmes (2001) citando Spielberg (1971) considera dois tipos de ansiedade: a ansiedade-traço e a ansiedade-estado. A ansiedade-traço refere-se a uma característica relativamente duradoura do indivíduo, enquanto a ansiedade-estado é limitada a um momento específico ou a uma situação particular. O autor supracitado refere, ainda, que a ansiedade pode ser subdividida tendo em conta os sintomas que os indivíduos apresentam. Na ansiedade cognitiva, exalta sintomas como a preocupação, os sentimentos de pressão, a frustração e as preocupações sobre fracasso. Na ansiedade somática surge sintomas como o sentir-se fisicamente “apertado” e inquieto, ter uma frequência cardíaca rápida e perturbações estomacais.

Alguns estudos epidemiológicos revelam, de facto, a existência de uma morbilidade aumentada para a sintomatologia psicopatológica de tipo ansioso durante a gestação (Conde & Figueiredo, 2005). Estes autores fazem alusão a uma investigação realizada nos anos 80, frisando que a ansiedade é mais comum na gravidez do que no pós-parto. Numa análise genérica às investigações efetuadas neste domínio, ainda por estes autores verifica-se que muitas mulheres apresentam valores elevados de sintomatologia ansiosa durante a gestação, havendo uma diminuição aquando o pós-parto.

Segundo Bayle (2006), a ansiedade durante a gravidez é inevitável devido às alterações hormonais. Tais alterações poderão conduzir a flutuações de humor, a crises de ansiedade e desequilíbrio emocional que, em associações com outros factores externos, pode constituir-se prejudicial à mãe e ao bebé (Bayle, 2006). Neste sentido, Brandão et al. (2019) e Leal (2005) referem que, a ansiedade pré-natal e os sintomas depressivos estão presentes cada vez mais nas grávidas, e que por conseguinte colocam em risco a saúde da mãe e o desenvolvimento do bebé.

A maioria das investigações desenvolvidas sobre o impacto da ansiedade durante a gestação e no desenvolvimento fetal demonstram que mães expostas ao stress no período pré-natal dão à luz a crianças prematuras e com peso à nascença significativamente inferior à média para a idade gestacional (Conde & Figueiredo, 2005). Os mesmos autores detectam que, a ocorrência de partos prematuros, de complicações obstétricas e do baixo peso à nascença, continua a ser um problema prioritário ao nível da saúde materno-infantil, dado que são os grandes responsáveis pela morbilidade e mortalidade do recém-nascido.

Na visão de Colman & Colman (1994), os aspectos que podem criar ansiedade são os problemas ligados à fertilidade, à confirmação da gestação, à aceitação da gravidez, os exames pré-natais, o aborto espontâneo, os sintomas físicos, a imagem do corpo e a sexualidade.

Para Lester e Notman (1986 citado por Bayle, 2006) a ansiedade durante a gravidez divide-se em três fases, definindo-se na seguinte forma: a primeira fase é marcada pelas mudanças corporais que conduzem a dificuldades de aceitação da deformação corporal e à vivência com o feto; a segunda fase é marcada pelos sintomas físicos, tais como o sono, o cansaço e as restrições físicas que podem criar um certo nível de ansiedade. Para mães com filhos, a mãe pode reear a atitude deles face ao novo ser e questiona-se se poderá amá-los de forma equitativa; por fim, a terceira fase surge nas últimas quatro semanas e refere-se, sobretudo, ao seu estado físico deformado e ao receio de parto iminente e antecipado.

Importa referir que a ansiedade perinatal se manifesta de forma desigual nas mulheres, existindo, no entanto, fases comuns no acréscimo deste estado psicofisiológico, nomeadamente o início da gestação, a formação da placenta, os movimentos fetais, o início do 9.º mês e, por fim, nos últimos dias que antecedem o parto. O aumento da ansiedade tem

uma duração variável e pode provocar sintomas físicos ou até mesmo aborto ou parto prematuro (Soifer, 1992).

### **Vinculação pré-natal**

Para Muller (1993) a vinculação pré-natal é uma relação afetiva única que se desenvolve entre a mulher e o feto, durante a gestação, e que ocorre de forma progressiva, aumentando com o evoluir da gravidez (Camarneiro & Justo, 2010). No decorrer da gestação existe uma adaptação física e psíquica ao feto em desenvolvimento, provocando uma sucessão de fases que podem descrever-se como o alvorecer da vinculação (Brazelton & Cramer, 1989).

O conceito de vinculação pré-natal tem a sua génese na teoria da vinculação de Bowlby (1958), tendo como principal objetivo a compreensão do fenómeno pelo qual o recém-nascido e a mãe estabelecem entre si laços seletivos e privilegiados (Mendes, 2002).

A teoria de vinculação, elaborada por Bowlby (1958), incide em temáticas clínicas sobre os efeitos da privação de cuidados maternos na disrupção da vinculação (Soares, 2007). Esta é uma abordagem etológica do desenvolvimento da personalidade, na perspectiva de compreender as implicações dos processos de vinculação precoce ao longo da infância, no campo da relação interpessoal, no domínio do *Self*, na adaptação a diferentes contextos de vida e no funcionamento sócio-emocional e cognitivo (Soares, 2007).

Para Bowlby (1980) a vinculação é um comportamento inato que permite manter ou estabelecer a proximidade do bebé com o cuidador, podendo ser reforçado ou enfraquecido por fatores situacionais. A relação precoce aqui estabelecida tem como propósito ser o modelo para as suas futuras relações. Assim sendo, o comportamento por parte do recém-

nascido vai criar e manter a proximidade e a proteção do cuidador, o que será fundamental para o seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social (Mendes, 2002).

Nesta linha de pensamento Sá & Dias (2004) referem que o vínculo mãe-bebé propaga a existência de relações materno-fetais afetuosas que podem ser positivas ou negativas. As relações positivas enaltecem uma relação sólida e imperturbável que protege o bebé *in útero*, na medida em que permite ao feto vivenciar uma ligação tranquila e serena permitindo no futuro ser uma criança confiante, determinada, autónoma e extrovertida. No que se refere às relações negativas, os autores indicam a vulnerabilidade e o desamparo como principais indicadores de mal-estar do bebé, podendo provocar partos prematuros de bebés com baixo peso e dificuldade emocional. Sendo estas as possíveis razões de crianças introvertidas, inseguras e ambivalentes.

No que concerne ao bebé, a experiência de interação que este vivência quando está no útero da mãe, constitui uma base de vinculação muito importante, uma vez que o ambiente intra-uterino é permeável a influências externas e submetidas a diversas variações e mudanças (Alarcão, Relvas & Sá, 2004). Segundo Camarneiro & Justo (2010), o feto possui competências para a interação desde cedo. De facto, é dentro do útero que o bebé desenvolve o seu sistema sensorial, uma vez que recebem informações através de todos os sentidos e as suas perceções permitem uma melhor adaptação da criança ao mundo e às pessoas mais próximas (Brazelton & Cramer, 1989). De acordo, com Colman & Colman (1994), existem vários comportamentos vinculativos da mãe, especialmente quando a mãe fala com o feto, ao atribuir-lhe um nome, quando acaricia a barriga e quando pede ao companheiro para realizar a mesma ação.

Contudo, a ligação dos pais ao bebé constrói-se durante toda a gestação, particularmente nos momentos em que aumenta a consciência da presença do bebé no ventre

da mãe, ou seja, quando se descobre que a mulher está grávida, quando se ouve o batimento cardíaco, quando observam a primeira ecografia e quando são percebidos os primeiros movimentos fetais. Assim, o processo de vinculação pré-natal é da responsabilidade dos pais e da capacidade de estabelecerem relações com o bebé (Sá & Dias, 2004).

## **Musicoterapia**

Em 2011, a Federação Mundial de Musicoterapia definiu esta prática como a utilização da música e dos seus elementos enquanto intervenção profissional no campo médico, educativo e quotidiano com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, com o objetivo de potenciar a qualidade de vida e melhorar a saúde física, social, relacional, emocional, intelectual e espiritual (WFMT, 2011).

Existem diversas definições sobre a prática da musicoterapia, no entanto, e apesar das diversas definições existentes, a musicoterapia é compreendida, de um modo geral, como um “processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde, usando experiências musicais e as relações que desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (Bruscia, 2007:20).

A música usada na terapia pode ser criada especialmente pelo terapeuta ou pelo cliente, ou pode ser extraída da literatura existente em vários estilos e períodos (Bruscia, 2014). Cantar, tocar instrumentos musicais, compor e improvisar são algumas das atividades utilizadas em musicoterapia (Benenzon, 2008).

O princípio de ISO é um conceito importante a ter em conta na intervenção musicoterapêutica. Segundo Benenzon o ISO é “um conjunto de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem e caracterizam um indivíduo” (2008:71). Esse movimento interno de energia é formado por herança sonora, experiências sonoras intra-uterinas, no período gestacional, e experiências sonoras desde o nascimento até a idade adulta.

A prática da musicoterapia é sustentada por uma interacção de ciências humanas como por exemplo a psicologia, a antropologia, a psicologia evolutiva, a psicanálise, a biologia e a neurologia (Wagner, 2008).

Os campos de aplicação da musicoterapia incluem diversos espaços, nomeadamente: escolas, clínicas, hospitais, centros de reabilitação, centros de dia, prisões, centros comunitários, lares, centros de desenvolvimento infantil e instituições de saúde mental.

A musicoterapia é, também, aplicada em pessoas saudáveis ajudando-as por exemplo a reduzir o stress, na gestão da dor, durante o parto e no crescimento pessoal. Os objetivos podem ser educacionais, recreativos, de reabilitação, preventivos ou psicoterapêuticos, focados nas necessidades físicas, emocionais, intelectuais, sociais ou espirituais do cliente (Bruscia, 2007).

A musicoterapia é uma especialidade integrada nas profissões paramédicas, isto é, é uma disciplina funcional, sistemática e científica, com métodos e técnicas, que utiliza a música para manter ou reabilitar a saúde dos pacientes num processo terapêutico. É uma disciplina funcional, porque utiliza experiências musicais como um meio para cumprir funções ou objetivos não musicais - por exemplo, melhorar a memória, atenção, vínculos, etc. É sistemática, uma vez que a sua abordagem é clínica e, portanto, possui objetivos, diagnósticos e técnicas muito específicas. E é científico, visto que a pesquisa científica é realizada com modelos sistemáticos. Contudo, o principal objetivo do musicoterapeuta é melhorar a qualidade de vida do cliente (Federico, 2013).

### **Musicoterapia em medicina**

Música e medicina têm sido intimamente associadas em muitas culturas ao longo da história, é nesta perspetiva que, houve desde sempre um interesse pela música na medicina, devido ao aparecimento de abordagens holísticas no tratamento e prevenção de doenças (Milford, 1992).

A utilização da musicoterapia no campo da medicina tornou-se mais fundamentada e precisa, nos últimos anos, a nível da prevenção, tratamento ou recuperação das condições médicas (Wigram, Pedersen & Bonde, 2005). Existe uma ampla literatura sobre a utilização da musicoterapia em contexto clínico e os resultados de várias meta-análises demonstram alguma evidência da sua eficácia (Dileo, 2013).

Wigram et al. (2005) referem que nos princípios da música em medicina, a música pode influenciar o comportamento físico do paciente, provocando uma resposta psicológica do seu estado de humor e emocional. Assim sendo, o musicoterapeuta que trabalha na área da saúde visa nas suas metas de abordagem e tratamento melhorar o estado geral de saúde do cliente e manter uma qualidade de vida e estabilidade na população mais crónica (Wigram et al., 2005), usando a música e seus componentes inerentes, som, silêncio e movimento, como recursos essenciais para a obtenção dos objetivos terapêuticos, sejam eles de ordem física ou psicológica (Wagner, 2008).

Segundo Dileo (2013), a musicoterapia é utilizada numa vasta gama de especialidades médicas. Os seus objetivos podem ser de ordem física, psicológica, espiritual, cognitiva, desenvolvimental e / ou natureza social. A mesma autora salienta ainda que, a musicoterapia se distingue de outras práticas que envolvem música da seguinte maneira: 1) como método terapêutico de processo de avaliação, tratamento e avaliação; 2) a variedade de experiências musicais oferecidas ao cliente; e 3) a relação terapêutica com o cliente que evolui através da música.

Na perspectiva de Maranto (1993), a musicoterapia na medicina pode estar relacionada ao tratamento do cliente de várias maneiras. Como suporte ao tratamento médico, como por exemplo, o uso da audição musical durante a hemodiálise; como um companheiro equitativo ao tratamento médico, como por exemplo, entoação vocal em conjunto com a

medicação no tratamento de problemas respiratórios; por último, como uma intervenção primária da condição médica, por exemplo, o uso de audição musical para suprimir diretamente a dor (Dileo-Maranto, 1993, citado por Wigram et al., 2005).

A revisão de literatura elaborada por Standley (1986) demonstra que a música tem sido usada com sucesso como um “audioanalgésico” durante o parto. Alguns estudos, nessa área, evidenciam que a música combinada com os exercícios de Lamaze<sup>1</sup> pode reduzir a dor e a duração do trabalho de parto (Standley, 1986). Nesta linha de pensamento, Winokur (1984) treinou grávidas adaptando a música aos princípios de Lamaze e verificou um maior relaxamento e uma diminuição da duração do trabalho de parto com menor uso de medicamentos em mulheres que tinham sido acompanhadas com programas de musicoterapia durante o trabalho de parto (McKinney, 1990). Tais princípios compreendem:

A focalização da atenção, através da escuta musical ativa, como estratégia eficaz de dissimular a dor; a regulação dos padrões respiratórios, sincronizados com o ritmo musical, de acordo com a fase do trabalho de parto e a promoção do relaxamento através do acompanhamento musical (Carvalho, 2019:100).

### **Musicoterapia na gravidez**

Há evidências significativas dos benefícios da música durante a gravidez e após o nascimento (Fancourt & Perkins, 2017).

Para o musicoterapeuta Gabriel Federico (2013), a musicoterapia na gravidez ajuda a gestante num trabalho de consciencialização do seu corpo, mantendo-a informada sobre o que está acontecendo dentro dela. A investigação de Carolan, Barry, Gamble, Turner & Mascareñas (2012) demonstra que a musicoterapia durante a gravidez tem benefícios

---

<sup>1</sup> O método Lamaze baseia-se em técnicas de respiração que promovem um parto consciente e sem dor.

psicológicos para a mãe em termos de redução do stresse, da ansiedade e da depressão. Neste sentido, é importante que, durante o período de gestação, as grávidas construam bons alicerces de confiança, para que no momento do parto este não seja vivido com medo, mas que seja enfrentado com coragem, segurança e confiança (Federico, 2013).

Segundo Federico (2013) a musicoterapia na gravidez desenvolve a sua atividade voltada para três áreas bem definidas: o vínculo com a criança que vai nascer; o bem-estar da futura mãe e o próprio bebé em gestação. Para o autor, o vínculo não se refere apenas à díade mãe-bebé, mas sim à tríade mãe/pai/bebé, tendo do mesmo modo em conta o fortalecimento das relações intra-familiares. Relativamente ao bem-estar da gestante, o autor dá importância às suas sensações, emoções, fantasias, ansiedades, medos, ilusões, características obstétricas, possibilitando à gestante vivenciar esta etapa com menos angústias e ansiedades. Por último, em relação ao bebé que está por nascer, o autor refere a importância de perceber o desenvolvimento auditivo do feto, como chegar até ele com os sons, como estimulá-lo para que reconheça uma melodia antes de nascer e de que maneira pode-se reduzir o impacto sonoro ambiental e o stress que o seu próprio nascimento acarreta.

Alguns estudos evidenciam as capacidades precoces do feto e do recém-nascido em reconhecer e reagir à voz materna e à música (Fancourt & Perkins, 2017; McKinney, 1990). A capacidade auditiva é um dos primeiros sentidos desenvolvidos no feto. Às 18 semanas de gestação, observou-se uma resposta, isto é, verificou-se o aumento da frequência cardíaca fetal a sons altos. Das 25 às 27 semanas, a maioria dos fetos começa a dar respostas inconsistentes ao som. Às 29 semanas, o feto normalmente em desenvolvimento responde consistentemente a estímulos auditivos. Com 30 a 35 semanas, o feto ouve os sons maternos, respondendo a esses sons, e começa a discriminar entre os sons da fala, particularmente no que diz respeito ao tom e ao ritmo (Standley, 2001). Na mesma linha de pensamento Fancourt

& Perkins (2017) frisam que existem evidências significativas dos benefícios da música para bebês *in* útero e após o nascimento. Para os autores, os bebês podem reconhecer os sons desde as 20 semanas de gestação e lembrá-los até um ano após o nascimento.

A música e o canto transmitem muitos benefícios ao feto, e vários estudos confirmam e revelam que o sistema auditivo fetal em desenvolvimento progride de uma melhor forma tendo contacto com a música (Carolan et al., 2012). A familiarização precoce com a música permite oferecer aos bebês muitas vantagens, entre elas, o desenvolvimento da sua capacidade linguística, a sua memória auditiva, maior inteligência e grandes aptidões de imitação (Federico, 2013).

Durante o seu desenvolvimento no útero materno, o bebé processa imensa informação auditiva e, quando nasce, é capaz de reconhecer a voz da mãe, histórias e melodias ouvidas durante a gravidez (Federico, 2013).

Outras evidências sugerem que ouvir música regularmente a partir de 20<sup>a</sup> semana de gestação pode melhorar certos aspectos do comportamento do recém-nascido (Fancourt & Perkins, 2017). Neste sentido, Carolan, Barry, Gamble, Turner & Mascareñas (2012a) referem que a música durante a gravidez aumenta as capacidades cognitivas do feto, reconhecendo a música que ouvira no útero, podendo ter um efeito calmante para o bebé num período pós parto.

### **Musicoterapia na promoção da vinculação pré-natal**

A vinculação é um processo de desenvolvimento do relacionamento da díade, assim sendo, a musicoterapia tem como finalidade desenvolver e ampliar as aptidões musicais, através da improvisação, de canções, de canções de embalar, de músicas e rimas, de modo a

promover e aumentar a sensibilidade e a co-regulação mútua entre a criança e o cuidador, a fim de criar o ambiente ideal para que o vínculo seja promovido (Edwards, 2011).

Os estudos de musicoterapia dirigidos à promoção da vinculação com o bebê dão primazia à experiência de contacto com a voz materna (Federico, 2013). Deste modo, Feliciano (2007) frisa que o diálogo mãe - bebê possui elementos musicais específicos que favorecem a atenção do bebê, o desenvolvimento da estrutura linguística, a comunicação das emoções e a regulação do comportamento social.

Neste sentido, Filippa, Devouche, Arioni, Imberty & Gratier (2013) enaltecem o canto materno, pois este enfatiza os elementos musicais naturalmente presentes na fala, dirigida ao bebê e é particularmente eficaz na formação dos vínculos afetivos. Fancourt & Perkins (2017) constatou que as mães que cantam para os seus bebês durante a gravidez têm um vínculo mãe-bebê mais aprimorado após o nascimento.

A literatura tem demonstrado que o canto materno tem efeitos emocionais na mãe como também pode influenciar o desenvolvimento do feto (Carolan, et al., 2012a). Para os autores, o canto é uma atividade que promove diversos benefícios, tais como, a confiança, a redução do stress e a vinculação materno fetal.

A investigação de Ettenberger & Ardila (2018) demonstrou que a composição de canções é um método eficiente para melhorar a vinculação, o bem-estar mental, os níveis de ansiedade e os sintomas depressivos dos pais. De acordo com estes autores, compor canções de boas-vindas para os seus bebês, pode ser uma maneira de os pais expressarem criativamente as suas emoções e pensamentos para os seus bebês, promovendo, assim, o relaxamento, as competências parentais e uma comunicação bem-sucedida entre pais e filhos.

Contudo, a abordagem musicoterapêutica na gravidez oferece às futuras mães a possibilidade de uma ligação muito especial com seus bebês. Esse vínculo é reforçado usando como recurso os efeitos terapêuticos da música (Federico, 2013).

### **Métodos e técnicas da musicoterapia**

Musicoterapia focal obstétrica. O musicoterapeuta Gabriel Federico (2013) desenvolveu o método de musicoterapia pré-natal, designado por, “ Musicoterapia Focal Obstétrica (MTFO)”. Foi denominado por MTFO por dois aspectos: pela duração breve dos tratamentos com mulheres grávidas, e pelo conceito de foco, apresentado pelo doutor Hector Fioríni, que desenvolveu dentro da abordagem terapêutica das psicoterapias breves, este tipo de modalidade. O seu programa é composto por várias técnicas recetivas e ativas de musicoterapia, entre as quais destacamos a técnica “RAM - relaxamento através do movimento”, a “VCM - visualização criativa com música”, a “massagem vibracional” e a “canção de boas vindas” criadas pelos futuros pais para o bebê que vai nascer. Os objetivos terapêuticos deste método são: a) promover e fortalecer os vínculos com o bebê que vai nascer; b) proporcionar um sentimento de bem-estar à futura mãe ao melhorar a sua qualidade de vida durante a gravidez, parto e puerpério; c) promover a estimulação pré-natal e o bem-estar fetal e d) favorecer a qualidade de vida do bebê nas etapas peri-natal e pós-natal (Federico, 2013, 2016).

O RAM é um procedimento de relaxamento que consiste num treino realizado aplicando a escuta consciente de peças musicais e ao mesmo tempo criando movimentos com os braços, como se refletíssemos a melodia no ar. Trata-se de alcançar um relaxamento mental e corporal dirigida às diferentes sensações causadas pelo bebê dentro do útero ou do próprio corpo. O autor frisa que a técnica RAM ajuda a reduzir o medo de perder o bebê,

facilita o relaxamento, permite um contacto mais próximo com o bebé durante a gestação e alivia tensões (Federico, 2013, 2016).

A VCM é um procedimento para aceder ao material inconsciente do cliente, é como uma fantasia dirigida, mas acompanhada por uma seleção adequada para estimular a criação de imagens com maior facilidade. Da mesma maneira que acontece nos sonhos, as visualizações criativas com música são criadas na mente do paciente, por ele mesmo. O autor refere que as visualizações devem ser dirigidas a aspetos emocionais particulares de cada grávida, advertindo que o musicoterapeuta deve ajudar a elaborar certos conteúdos emocionais que poderão emergir durante a evocação do imaginário guiado pela música (Federico, 2013, 2016).

A massagem vibracional é realizada com música de fundo, preferencialmente com instrumentos graves como piano ou violoncelo, cujas frequências farão vibrar as bolas de plástico (como as das praias ou balões) que utilizaremos para a massagem. As bolas passam pelo corpo gerando uma leve pressão sobre a gestante para que se sinta como se estivesse no útero materno. Este procedimento convida a imaginar como o bebé se encontra dentro do útero materno, diminuindo a distância vincular e fazendo com que a nova relação tenha maior intensidade (Federico, 2013, 2016).

A técnica de construção ou recriação de canções, amplamente aplicada na musicoterapia em vários contextos clínicos constitui uma das técnicas privilegiadas no âmbito da gravidez e da perinatalidade (Federico, 2013, 2016). Para o autor, a criação de canções dedicada ao bebé que vai nascer, é uma técnica que ajuda na criação do bebé imaginário e no processo vincular que se constrói, entre mãe/pai e bebé, desde a etapa pré-natal. A canção de boas vindas pode ser uma canção criada pelos pais ou uma canção pré-existente selecionada, que será utilizada em diferentes momentos com o recém-nascido. Para

o autor estas canções contêm, em si mesmas, o património da proto-identidade da criança antes de nascer, tal como emerge no imaginário dos seus pais.

Segundo Baker & Wigram (2005) a composição em musicoterapia é um processo de criação, anotação e / ou gravação de letras e músicas pelo cliente ou clientes e terapeuta dentro de um relacionamento terapêutico para atender às necessidades psicossociais, emocionais, cognitivas e de comunicação do cliente. Para os autores, o papel do terapeuta no relacionamento terapêutico musical é facilitar esse processo, garantindo que o cliente crie uma composição que possa ser sentida como sua e que expresse as suas necessidades, sentimentos, pensamentos pessoais, como também, a sua criatividade e auto-expressão.

Para Shultis & Gallagher (2017) a composição de canções é uma técnica musicoterapêutica que oferece aos doentes hospitalizados uma oportunidade de expressar palavras e sentimentos através da música, o processo de composição envolve o pensamento criativo e convida o cliente a abordar a experiência hospitalar e a doença de uma perspectiva diferente.

“Toning”. A musicoterapeuta Withwell (1999) desenvolveu, um programa de música pré-natal integrando várias técnicas de intervenção terapêutica, das quais se destaca o uso da técnica “toning” (técnica baseada em exercícios de vocalização e entoação vocal, baseada na consciência corporal e no controlo da respiração). Segundo a autora supracitada, esta prática permite atingir um relaxamento profundo, uma consciência corporal e uma expressão emocional espontânea, mobilizando a mãe para uma atitude positiva e participativa durante o trabalho de parto (Federico, 2013).

O canto. O canto materno, parece ser transmitido para o feto com maior acuidade auditiva do que a fala materna, parecendo observar-se a precocidade da voz cantada, em especial o canto da mãe dirigido ao bebé, relativamente à fala materna dirigida igualmente a

ele (Carvalho, 2019). Na proveniência destas observações parece estar a própria natureza da linguagem musical com os seus componentes de pulsação, ritmo, andamento, melodia e harmonia. Relativamente aos elementos da prosódia da voz materna dirigida à criança, parecem ser mais facilmente transmitidos por via amniótica (Busnel, 1998 citado por Carvalho, 2019).

O ato de cantar é muito pessoal e pode evocar um arco-íris de emoções, Shultis & Gallagher (2017) mencionam que cantar sozinho ou com outras pessoas é benéfico tanto fisiologicamente como psicologicamente, a ação de respirar profundamente para cantar tem benefícios fisiológicos, especialmente para o cliente em contexto hospitalar mais concretamente com clientes no pós-operatório ou com uma doença pulmonar.

Improvisação musical. A improvisação musical é também uma técnica utilizada na musicoterapia pré-natal. Esta técnica é uma experiência musical que permite o cliente criar uma música enquanto toca ou canta, pode improvisar sozinho, em um dueto ou em um grupo incluindo o terapeuta. Na improvisação o cliente pode utilizar os instrumentos presentes no *setting* terapêutico e/ou a voz e sons corporais. O papel do musicoterapeuta é de apoiar o cliente fornecendo instruções e demonstrações necessárias que estimule ou guie a improvisação. Os objetivos terapêuticos desta técnica visam estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para comunicação verbal desenvolver a espontaneidade, o sentido de identidade, a liberdade de expressão, a criatividade, as capacidades interpessoais e de tomar decisões dentro dos limites estabelecidos (Bruscia, 2014).

Para Shultis & Gallagher (2017) a improvisação vocal ou instrumental entre o cliente e o terapeuta é muito poderosa, no contexto hospitalar, pois ajuda a criar uma nova identidade, a promover a estabilidade emocional, visto que aborda questões específicas do cliente e restabelece a esperança, para além disso, a partilha de música com outra pessoa

permite que o cliente seja expressivo, tenha um relacionamento com outra pessoa e se envolva ativamente no aqui e agora.

É possível concluir que a gravidez provoca alterações corporais, psicológicas e sócio-familiares na mulher e, neste sentido, a musicoterapia surge com métodos e técnicas próprios que têm vindo a confirmar a sua pertinência durante a gravidez, pois permite atenuar as transformações subsequentes de uma gestação. Aprecia salientar que existem fundamentos teóricos acerca da eficácia da musicoterapia, aplicada no campo da obstetrícia, nomeadamente na redução dos níveis de stress, ansiedade e depressão, no aumento do sentimento de bem-estar e na promoção da vinculação materno-fetal.

### **Objectivos de estágio**

Tendo em conta o que foi explanado no enquadramento teórico, foram delineados para este estágio os seguintes objetivos:

- Criar um clima de bem-estar, confiança e relaxamento durante o internamento;
- Apresentar à gestante um serviço complementar aos já existentes na instituição;
- Promover a redução da ansiedade e do stress nos casos de gravidez de risco;
- Proporcionar à gestante um espaço de recreação terapêutica que potencie a exteriorização de sentimentos e a vinculação materno-fetal;
- Sensibilizar as equipas médicas para a musicoterapia, as suas aplicações, os seus benefícios e a pertinência da sua prática na população alvo.

## **Metodologia**

Em conformidade com o enquadramento teórico apresentado anteriormente, desenvolveu-se uma intervenção directa que será descrita seguidamente.

Nesta secção, é apresentada as características da amostra, os instrumentos de avaliação e os procedimentos. É exposto igualmente as técnicas e/ou método da musicoterapia utilizado com as grávidas em intervenção, assim como os materiais utilizados nas sessões de musicoterapia. Por fim é apresentado a agenda semanal da musicoterapeuta estagiária na instituição.

### **Participantes – consulta externa de obstetrícia**

Numa fase inicial do estágio foi definido que todas as gestantes da consulta externa de obstetrícia podiam participar nas sessões de musicoterapia. Assim sendo, foi efetuada pela estagiária uma recolha das grávidas (durante as consultas de enfermagem de saúde materna) para participarem nas sessões.

Ao longo do estágio foram acompanhadas 9 gestantes com diagnósticos variados. As gestantes apresentavam idades compreendidas entre os 24 e os 44 anos. Na tabela seguinte encontram-se resumidas as características da amostra no que diz respeito à idade, à idade gestacional (IG), ao diagnóstico e o número de sessões que participaram. De modo a preservar a identidade das gestantes foram atribuídos nomes fictícios.

Tabela 1 – Caracterização das Participantes

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>IG (semanas)</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Número de sessões e frequência de sessões</b>
<b>Nádia</b>	36	10	Idade reprodutiva; referência da psiquiatria – depressão	4/ 2x por mês
<b>Vivi</b>	33	17	Gravidez gemelar	6/ 2x por mês
<b>Maria</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>Mastite bilateral; taquicardia elevada; fertilização <i>in vitro</i> (FIV)</b>	<b>17/ 1x por semana</b>
<b>Carla</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>Referência da psiquiatria – depressão</b>	<b>14/ 1x por semana</b>
<b>Cristina</b>	44	28	Idade reprodutiva; fertilização <i>in vitro</i> (FIV)	8/ 1x por semana
<b>Paulina</b>	43	23	Idade reprodutiva; hipertensão	15/ 1x por semana
<b>Ema</b>	39	13	Idade reprodutiva; historial de aborto; miomas uterinos	18/ 1x por semana
<b>Mirela</b>	40	23	Idade reprodutiva; diabetes gestacional	15/ 1x por semana
<b>Angelina</b>	38	24	Idade reprodutiva; referência da psiquiatria – depressão	14/ 1x por semana

### **Participantes – internamento em obstetrícia**

As grávidas tinham idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos, com diagnósticos variados, nomeadamente, restrição do crescimento intra-uterino, contrações antes da data provável de parto, hipertensão, rutura prematura de membranas, apresentação pélvica, entre outros.

Relativamente ao horário da intervenção foram seleccionadas 10 horas semanais de estágio para a intervenção no internamento, tendo sido repartidas por dois períodos de duas horas por dia de segunda a sexta-feira. As gestantes hospitalizadas tinham sessões em grupo de duração flexível, tendo um período mínimo de trinta minutos e um período máximo de uma hora, conforme o seu estado e predisposição para participar na sessão de musicoterapia.

Importa referir que, devido ao facto de a maioria das gestantes terem estado internadas, na sua generalidade, por um período de curta duração, a estagiária pôde apenas realizar uma única sessão com cada utente, salvo as exceções verificadas na tabela em apêndice (Apêndice A).

### **Instrumentos de avaliação**

No estágio, mais concretamente na fase de intervenção, recorreu-se a três instrumentos de avaliação: um questionário sobre os dados sociodemográficos e clínicos da grávida, um instrumento de avaliação psicológica - o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (STAI-T/E Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003) e um instrumento de avaliação sobre a vinculação materna a *Antenatal Emotional Attachment Scale* (AEAS) (Condon, 1993; adaptado para a população portuguesa por Camarneiro & Justo, 2010).

Questionário. O questionário é de auto-preenchimento, constituído por questões abertas e fechadas, e foi aplicado na primeira sessão de musicoterapia com a cliente. Este questionário é da autoria do investigador tendo por base a investigação de Pedreira & Leal (2015). O questionário é constituído por três partes distintas, na primeira parte pretende-se caracterizar a amostra em estudo, na segunda parte visa-se caracterizar a gravidez e na terceira parte pretende-se perceber o estado emocional da grávida (Apêndice B).

*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Para avaliar a ansiedade da grávida foi utilizado o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003). O STAI é um inventário cujo objetivo é avaliar momentaneamente o estado e o traço da ansiedade. Trata-se de uma medida de relato pessoal, composta por duas escalas o STAI forma Y-1 e Y-2. O STAI forma Y-1 mede a ansiedade -

estado, isto é, avalia como se sentem os indivíduos no preciso momento em que respondem ao inventário, em termos de intensidade dos sentimentos; e o STAI forma Y-2 mede a ansiedade - traço, ou seja, avalia como se sentem habitualmente os indivíduos, em termos da frequência dos sentimentos (Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009).

As respostas são formuladas através de uma escala de Likert de 4 pontos, correspondendo 1 ao grau mínimo e 4 ao grau máximo de ansiedade. A pontuação total do STAI é calculada, à semelhança dos outros instrumentos, somando as cotações de cada um dos itens, para cada uma das escalas. Desta forma, o total obtém-se com a soma dos valores encontrados em cada escala, cujo máximo e mínimo são de 80 e 20 (Silva, 2003).

A escala aplicada neste estágio foi o STAI forma Y-1 ansiedade – estado - foi preenchido pela grávida na primeira e na última sessão de musicoterapia. No final da intervenção, os dados obtidos foram analisados e procedeu-se à avaliação e comparação entre o estado inicial e o estado final da gestante que participou nas sessões de musicoterapia. A opção pela aplicação deste instrumento esteve relacionada, com a rapidez e facilidade com que esta escala é aplicada e o facto de este inventário permitir uma avaliação objetiva da ansiedade do estado da grávida.

A *Antenatal Emotional Attachment Scale* (AEAS). A AEAS é uma escala que permite avaliar a vinculação dos pais ao feto, sendo constituída por duas sub-escalas, uma que mede o nível de vinculação pré-natal materna composta por 19 itens e outra que mede o nível de vinculação pré-natal paterna composta por 16 itens. Cada uma destas sub-escalas possui duas dimensões específicas: uma avalia a Qualidade de Vinculação Materna (QVM) e outra avalia o tempo dispendido em modo de vinculação ou Intensidade da Preocupação Materna (IPM) (Condon, 1993).

A qualidade da vinculação remete às experiências afetivas compreendendo sentimentos positivos de proximidade, de ternura e prazer na interação com o bebé. Relativamente à intensidade da vinculação esta diz respeito à importância e à intensidade da preocupação com o feto, incluindo a quantidade de tempo passado a pensar, a falar sobre, a sonhar sobre, a acariciar o feto, bem como a panóplia de emoções e sentimentos que emergem com o desenrolar desta experiência (Gomez & Leal, 2007).

De acordo com Condon (1993), a presença de duas dimensões mostra que a qualidade de vinculação pode ser independente da intensidade da preocupação. Assim, a partir da análise das dimensões e do seu cruzamento, é possível definir quatro padrões de vinculação pré-natal, de acordo com o quadrante em que o progenitor se situa (Camarneiro & Justo, 2010).

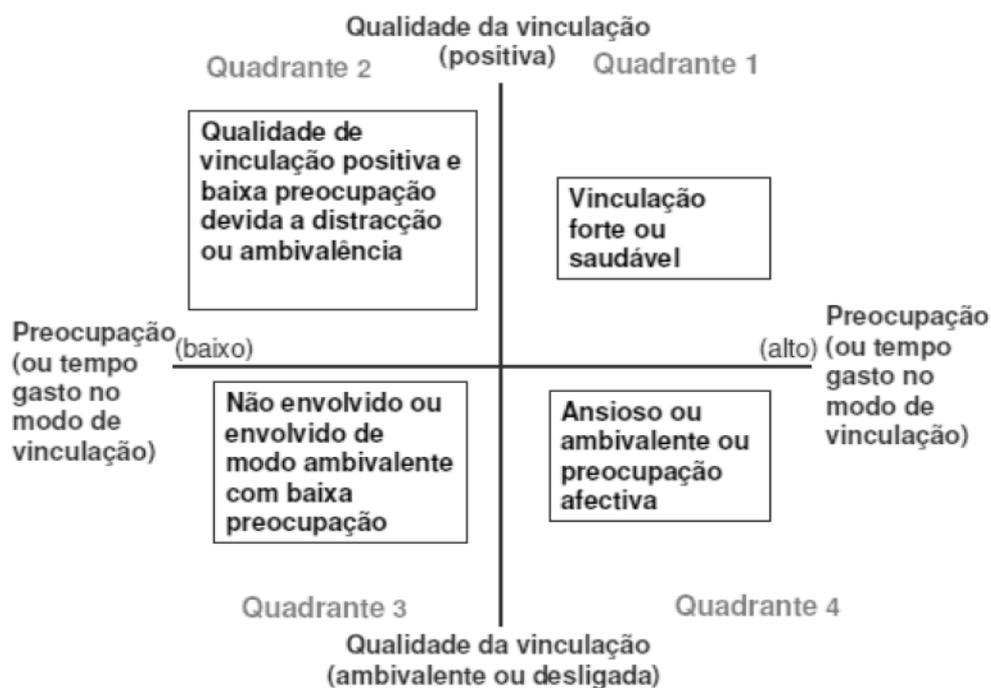


Figura 1. Padrões de vinculação pré-natal obtidos a partir do cruzamento das dimensões da escala de vinculação pré-natal (Camarneiro & Justo, 2010)

Os padrões de vinculação pré-natal propostos podem ser visualizados na figura 1 e definem-se de acordo com as seguintes descrições:

Quadrante 1 - Vinculação forte ou saudável. Os pais são “muito preocupados com o feto” e a “intensidade da preocupação é acompanhada por sentimentos de proximidade, ternura, desejo do bebê, etc” (Camarneiro & Justo, 2010:16).

Quadrante 2 - Qualidade de vinculação positiva e baixa preocupação devida a distração ou ambivalência. Este quadrante retrata “pais com vinculação afetiva positiva semelhante aos do quadrante 1 mas, apesar disso, dispensam menos tempo em experiências satisfatórias de vinculação” (Camarneiro & Justo, 2010:16).

Quadrante 3- Não envolvido ou envolvido de modo ambivalente com baixa preocupação. Neste quadrante os pais “são muito desligados e interessam-se pouco pelo feto ou têm sentimentos ambivalentes, sentindo que este os sufoca e, portanto, a sua existência tem que ser suprimida ou banida” (Camarneiro & Justo, 2010:16).

Quadrante 4 - Ansioso, ambivalente ou preocupação afetiva. Neste quadrante os pais são “preocupados com o feto mas com baixa afetividade e acompanhada de ambivalência. São desprovidos de afetos de prazer ou de antecipação positiva. Possivelmente, um desinteresse intelectual pelo feto caracteriza este grupo” (Camarneiro & Justo, 2010:16).

Neste estágio utilizou-se a sub-escala materna – *Maternal Antenatal Attachment Scale* – MAAS (Escala de Vinculação Pré-Natal Materna - EVPNM) (Anexo B). A escala é composta por itens que apresentam uma cotação de tipo Likert com cinco opções de resposta. Os itens são cotados de 1 (baixa vinculação) a 5 (alta vinculação).

## **Procedimentos**

Foi na terceira semana do mês de outubro de 2018 que se deu o primeiro contacto com o HNM, através de uma reunião de apresentação entre a estagiária e a diretora do serviço de formação e investigação do mesmo hospital Dra. Paula Pinto. Este encontro começou com uma visita guiada às instalações das consultas externas e internamento em obstetrícia assim como a apresentação do diretor clínico da unidade Dr. Joaquim Vieira, à enfermeira chefe das consultas externas, enfermeira Fátima Pontes e à enfermeira chefe do internamento de obstetrícia, enfermeira Conceição Vieira.

Numa fase inicial foi explicado à estagiária o funcionamento e os aspetos de rotina do internamento em obstetrícia, tais como a hora da passagem do médico, dos banhos, das refeições, o horário das visitas, a mudança de turnos dos respetivos funcionários e o funcionamento das consultas externas do mesmo serviço.

Nesta reunião, ficou definida a data em que a estagiária dinamizaria a sessão informativa para ambas as equipas. Esta sessão, dirigida à equipa médica, teve como principal objetivo a explicação do que é a musicoterapia, qual o seu papel e importância na obstetrícia, bem como o trabalho que seria desenvolvido pela estagiária.

O processo de estágio decorreu em três fases: a fase de observação e integração, a fase de intervenção e a fase de finalização e avaliação dos resultados.

### **Fase de observação e integração**

A fase de observação e integração decorreu durante cinco semanas, entre os meses de outubro e novembro, durante as quais a musicoterapeuta estagiária assistiu como observadora, nos períodos da manhã, às consultas de enfermagem de saúde materna e à tarde no internamento em obstetrícia.

Esta fase teve como objetivo a integração da estagiária na estrutura, dinâmica e rotina dos serviços em questão. Nas consultas de enfermagem, a estagiária fez o levantamento do número de grávidas que pudessem estar interessadas em frequentar as sessões de musicoterapia.

Através das enfermeiras de serviço foi, ainda, possível recolher alguma informação e patologias mais frequentes das grávidas que frequentavam as consultas de enfermagem de obstetrícia.

Após a recolha do número de interessadas foi elaborado o horário das sessões das gestantes da consulta externa tendo em conta a sua disponibilidade. O horário das sessões de musicoterapia no internamento ficou definido de segunda a sexta-feira das 16 horas às 18 horas.

Inicialmente as sessões de musicoterapia com as grávidas da consulta externa decorreram na parte da manhã, numa sala de obstetrícia da mesma. Posteriormente estas sessões passaram para uma sala de reuniões. As sessões de musicoterapia no internamento decorreram nos quartos das gestantes.

Antes do início da intervenção terapêutica as gestantes foram esclarecidas acerca do sigilo e do propósito das filmagens, tendo sido autorizadas pelas mesmas através de um consentimento (Anexo C).

No terminus procedeu-se à criação de um projeto com uma revisão bibliográfica que justificasse a implementação da intervenção da musicoterapia no contexto da obstetrícia.

### **Fase de intervenção**

A fase de intervenção decorreu de 19 de novembro a 12 de abril. Como já foi referido anteriormente, a estagiária realizou a intervenção musicoterapêutica em duas áreas de

aplicação: sessões individuais no âmbito das consultas externas de obstetrícia e sessões em grupo no contexto no internamento de obstetrícia.

De forma a monitorizar o desenvolvimento e a evolução de cada gestante e para efeitos de supervisão da universidade, todas as sessões foram gravadas em formato de vídeo digital. No final de cada sessão era, também, registado a data, o número da sessão, as atividades desenvolvidas, o repertório musical utilizado, os comportamentos musicais e não musicais relevantes, temas que foram surgindo durante ou após uma atividade musical e as observações pessoais (Anexo D).

### **Intervenção no internamento em obstetrícia**

As sessões em grupo realizadas no contexto do internamento em obstetrícia destinavam-se, maioritariamente, à prática da musicoterapia recreativa, tendo em conta que a maioria das gestantes estavam hospitalizadas por um período de curta duração, o que não permitia o acompanhamento de um processo terapêutico. Nestas sessões foram realizados nove grupos, nos quais participaram ao todo vinte e cinco grávidas. Importa referir que, as intervenções dependiam do número de grávidas hospitalizadas no momento, como também a sua predisposição para participar na sessão de musicoterapia. Assim sendo, as sessões em grupo eram de duração flexível, tendo um período mínimo de trinta minutos e um período máximo de uma hora. Apesar de o grupo nunca se ter mantido de uma sessão para a outra, a estagiária antes do início de cada sessão fazia uma breve apresentação do que seria a sessão de musicoterapia de modo a que os objetivos de bem-estar, de integração e de aceitação do internamento fossem atingidos, bem como a criação de laços de apoio emocional entre as gestantes que partilhavam as mesmas condições de uma hospitalização. Cada período de intervenção era antecedido por uma reunião com a equipa de enfermagem de serviço, no

sentido de recolher as informações possíveis sobre a situação clínica dos elementos do grupo (nome, número da cama e patologia).

### **Intervenção na consulta externa de obstetrícia**

As sessões individuais realizadas no contexto da consulta externa de obstetrícia tinham em média a duração de 50 minutos e/ou 60 minutos. Na maioria dos casos, as sessões eram semanais, havendo apenas dois casos em que tiveram frequência quinzenal, devido a dificuldades logísticas e financeiras que se prendiam com as deslocações ao hospital. O horário destas sessões era realizado durante o turno da manhã e consoante a disponibilidade das gestantes.

Na primeira e na última sessão de musicoterapia foram aplicados os instrumentos de avaliação, o questionário sociodemográfico e clínico da grávida o inventário STAI forma Y-1 ansiedade - estado e a EVPNM.

### **Fase de finalização e avaliação de resultados**

Na última quinzena do mês de março a estagiária lembrou, às gestantes das consultas externas, que as sessões de musicoterapia terminariam na segunda semana do mês de abril. Na primeira e segunda semana do referido mês deu-se início à avaliação final, tendo sido aplicados de novo os instrumentos de avaliação utilizados inicialmente de modo a comparar os parâmetros avaliados e verificar o cumprimento dos objetivos para cada cliente.

### **Técnicas e metodologias aplicadas**

As sessões de musicoterapia eram simi-estruturadas e flexíveis dando, assim, a possibilidade de as gestantes opinarem ou solicitarem a alteração de atividade caso se

verificasse ser necessário. Os conteúdos das sessões basearam-se no método MTFO do musicoterapeuta Gabriel Federico (2013, 2016), que enaltece o relaxamento corporal, a visualização criativa, a massagem vibracional e a composição de canções para o bebé *in* útero. Foram de igual modo utilizadas as técnicas da improvisação instrumental e vocal, da escuta musical e da entoação de canções infantis.

### **Materiais utilizados**

Foram utilizados diversos materiais nas sessões de musicoterapia. Para as gravações das sessões foi utilizado uma máquina fotográfica Canon EOS 800D e para a escuta musical foi utilizado um telemóvel Samsung e uma coluna bluetooth JBL.

Os instrumentos musicais utilizados nas sessões incluíam um teclado sintetizador e uma guitarra como instrumentos harmónicos. Os restantes instrumentos pertenciam à família da percussão: tamborim, pandeireta, maracas, címbalos, guizeira, soalha de mão, triângulo, bloco de dois sons, clavas, reco-reco, castanholas, *ocean drum*, pau de chuva, *shaker*, *eggs*, entre outros.



*Figura 2.* Instrumentos utilizados nas sessões de musicoterapia

## Agenda semanal

As sessões de musicoterapia com as grávidas da consulta externa decorreram na parte da manhã e foram planeadas de acordo com a disponibilidade das mesmas. Em relação às sessões no internamento, ficaram agendadas de forma a não interferir na rotina diária de segunda a sexta-feira das 16 horas às 18 horas. Assim sendo, o estágio no HNM decorreu de segunda a sexta-feira entre as 8 horas e 30 minutos e as 18.00 horas, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – *Agenda semanal*

<b>Horas</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
8h30 – 8h45	Preparação do <i>setting</i> musicoterapêutico				
8h45- 9h45	Nádia	Cristina	Mirela	Maria	Ema
10h – 11h	Vivi	Carla	Angelina	Paulina	
11h	Arrumação do espaço e registo das sessões				
15:30- 16:00	Briefing com a equipa de enfermagem do internamento em obstetrícia				
16:00-17:00					
17:00-18:00	Internamento em obstetrícia				

Nota: os nomes são fictícios

## **Estudos de Caso**

O estudo de caso é uma metodologia que se insere no âmbito da investigação qualitativa e pressupõe a inter-relação do investigador com a realidade que está a estudar, bem como a recolha de dados qualitativos que permitem compreender a percepção individual do caso em estudo (Bell, 1997).

De seguida serão apresentados dois estudos de caso demonstrativos da intervenção realizada ao longo do estágio, em *setting* individual, de acordo com a revisão de literatura descrita no enquadramento teórico.

### **Estudo de Caso I - Maria**

#### **Descrição da cliente**

A Maria é uma grávida de 35 anos, natural do Funchal, casada e com um curso superior. No início da intervenção estava empregada, como professora do Ensino Básico e Secundário.

A Maria encontrava-se no 2º trimestre da sua gravidez, com uma idade gestacional de 15 semanas. Segundo ela, esta era a sua primeira gravidez e havia sido planeada.

A cliente foi encaminhada para as consultas externas de obstetrícia do HNM devido a um diagnóstico de gravidez de risco. De acordo com o seu processo clínico, a gestante apresentava uma mastite bilateral, uma taquicardia elevada e tinha sido submetida a uma fertilização *in vitro* (FIV).

A cliente foi acompanhada em musicoterapia no âmbito deste estágio entre os meses de novembro de 2018 e abril de 2019, participando em 17 sessões de musicoterapia individual.

### **Avaliação inicial**

Na primeira sessão de musicoterapia a grávida preencheu o questionário sócio demográfico e clínico, que incluía informação sobre a sua caracterização social e económica, a descrição da gravidez e alguns dados sobre o seu estado afetivo.

Em relação ao estado emocional da Maria, a mesma mencionou que a sua situação clínica a deixava com alterações emocionais e físicas. Nas alterações emocionais mencionou que o tratamento inicial (FIV) tinha sido muito stressante, pois não sabia se iria conseguir engravidar. Referiu que tinha oscilações emocionais, ou seja, desejava muito este bebé e ao mesmo tempo tinha medo de o perder. Relativamente às alterações físicas destacou o cansaço, assim como fortes dores nas costas.

Para aferição do estado de ansiedade da gestante procedeu-se nesta sessão ao preenchimento do inventário STAI forma Y-1 ansiedade – estado (Anexo E). O resultado obtido foi de 32 valores o que corresponde a um estado de ansiedade ligeira.

No que concerne à vinculação materna, procedeu-se ao preenchimento da escala de vinculação materna a EVPNM (tabela 3). Na subescala qualidade de vinculação o resultado obtido foi de 37. Na subescala intensidade de preocupação o resultado foi de 23 o que fez um total de vinculação materna pré-natal de 60 valores, que corresponde a uma vinculação forte e saudável.

*Tabela 3 – Resultados descritivos da vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação*

<b>Vinculação Pré-Natal Materna</b>	<b>Resultado</b>
Subescala qualidade de vinculação	37
Subescala intensidade de preocupação	23
Total de vinculação materna pré-natal	60

Nesta mesma sessão foi possível realizar também uma ficha de levantamento de dados sobre a identidade sonoro-musical da cliente (Anexo F). A Maria tem o 5º grau de canto do conservatório, gosta de ópera, de musicais e de cantos religiosos. Os instrumentos musicais com que mais se identifica são: o piano, a guitarra e o bandolim. Para a cliente a música é sinónimo de relaxamento e mencionou que toda a sua rotina diária era acompanhada por música.

### **Plano terapêutico**

Tendo em conta os dados obtidos na primeira sessão e no primeiro mês de intervenção, foi criado um plano terapêutico onde se delinhou os principais objectivos e sub-objectivos do processo de intervenção em musicoterapia com a cliente Maria (tabela 4).

Com base nas recolhas o trabalho realizado nas sessões centrou-se, essencialmente, na gestão da ansiedade, na exploração de sentimentos e emoções e na promoção da vinculação materno-fetal.

Tabela 4 – *Plano terapêutico da Maria*

<b>Problemas identificados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sub-objetivos</b>
1) Dificuldade em gerir a ansiedade	Melhorar a gestão da ansiedade	Indução de relaxamento; Verbalizar medos e fobias;
2) Instabilidade emocional	Fomentar a estabilidade emocional e o bem-estar	Realizar atividades musicais que promovam o bem-estar; Validar sentimentos e emoções;
	Promover a expressão de sentimentos e emoções e a vinculação materna pré-natal	Compor uma canção de boas-vindas para o bebé; Verbalização de sentimentos e emoções mãe-bebé;

### **Processo terapêutico**

Foram realizadas 17 sessões de musicoterapia individual. Estas foram semanais e tiveram a duração de 60 minutos.

Importa destacar que a intervenção musicoterapêutica desta cliente foi segmentada em três fases de acordo com o seu progresso terapêutico. A primeira fase destinou-se ao desenvolvimento da relação terapêutica e na exploração e desenvolvimento da auto-expressão. A segunda fase foi dedicada ao canto de canções infantis, visto estas serem benéficas na promoção do bem-estar da gestante e na ligação emocional com o feto. A terceira e última fase foi assinalada pela importância da composição de uma canção de boas vindas para o bebé *in* útero como um processo importante na promoção da vinculação mãe - pai - bebé.

Fase 1: A relação terapêutica e o desenvolvimento da auto-expressão.

As sessões de musicoterapia, de um modo geral, começavam com a técnica RAM (Relaxamento Através do Movimento). Pretendia-se com esta técnica o alcance do relaxamento corporal e mental da cliente.

Nesta primeira fase de intervenção a musicoterapeuta estagiária sugeria tarefas concretas, como por exemplo: cantar canções para o bebé *in* útero, improvisar sobre temáticas da gravidez e do bebé, com o intuito de estabelecer uma relação empática com a cliente, visto que a empatia torna-se essencial numa relação terapêutica, esta é a base para estabelecer um bom relacionamento entre o terapeuta e o cliente (Bruscia, 2014).

Nas primeiras sessões constatou-se a musicalidade e o conhecimento musical da Maria, porém a sua atenção estava centrada, quase sempre, na sua *performance* musical, visto que se encontrava preocupada com a sua prestação musical, quer ao nível do canto, quer ao nível da execução instrumental. Por conseguinte, a musicoterapeuta explicou que não iria

fazer qualquer avaliação à sua prestação musical, que iria apenas utilizar a música como veículo para atingir os objetivos terapêuticos.

A musicoterapeuta estagiária apresentou os objetivos terapêuticos a desenvolver nas sessões à cliente, estes foram aceites e aprovados pela mesma.

É de salientar que, a Maria aceitava e participava com muito agrado e empenho em todas as atividades propostas pela estagiária.

Na segunda sessão foi apresentado um excerto do cânone em ré maior do compositor Pachelbel, a estagiária tocou ao piano os acordes e cantou em simultâneo o pequeno ostinato<sup>2</sup> musical. A gestante acompanhou a estagiária no ostinato. Esta cantava de forma muito expressiva e concentrada, dando a entender que estava a gostar da atividade.

A improvisação foi outra atividade proposta pela estagiária, que começou a tocar um encadeamento de acordes e à gestante foi pedido para improvisar através da voz e/ou dos instrumentos musicais presentes na sala, sobre a temática “o bebé que tenho dentro de mim”. Inicialmente a Maria sentiu-se apreensiva, pois não sabia o que fazer. A estagiária decidiu cantar “olá bebé olá”; “eu sou a tua mãe” e repetiu várias vezes, até que a Maria desenvolveu o improviso com as seguintes frases: “Tu és muito amado; ainda antes de existires; a mamã e o papá já te amavam”. Durante a improvisação a Maria libertou algumas lágrimas, estas eram lágrimas de emoção e de carinho para com o bebé, que era tão desejado por esta grávida.

Na quarta sessão de musicoterapia a Maria veio acompanhada pelo marido, a pedido da mesma. Nesta sessão ela encontrava-se, particularmente, feliz por estar a partilhar a sessão com o seu companheiro.

A canção de embalar "*Bella Mama*" foi dominante nesta sessão. Numa fase inicial a musicoterapeuta estagiária apresentou a canção e logo a gestante acompanhou, pois conhecia

---

<sup>2</sup> Frase musical que se repete continuamente.

a mesma. Enquanto a Maria entoava a canção o companheiro começou a fazer carícias na barriga da mãe. Em seguida, foi sugerido que o casal acompanhasse a canção com alguns instrumentos de percussão. A Maria preferiu acariciar a sua barriga enquanto cantava, o pai acompanhou a canção no jogo de sino.

Seguidamente procedeu-se a uma improvisação musical com a temática “como é que está o bebé dentro do ventre materno?”. A improvisação começou com instrumentos rítmicos (pandeiro, bloco de dois sons e as maracas) e desenvolveu-se de forma gradual. A estagiária iniciou uns vocalizos com as vogais (a) e (o), o que em seguida começou a Maria. Posteriormente a musicoterapeuta estagiária introduziu frases no improviso como: “o bebé está a dormir” ao que a gestante respondeu espontaneamente “ou será que está a dançar” e expandiu o improviso com as seguintes frases: “ouve bebé esta musica; feita só para ti; lembra-te que és muito especial e muito amado”. No final da improvisação a Maria frisou que se sentiu mais livre, pelo facto de serem utilizados instrumentos de percussão a acompanhar, uma vez que deu-lhe “asas” para desenvolver a parte melódica sem estar limitada a uma harmonia.

A sessão terminou com uma massagem vibracional e uma visualização criativa com música, que consta na audição de uma música e o deslizar de um balão sobre a gestante numa ligeira massagem. Neste contexto a massagem foi realizada pelo seu companheiro. No que concerne à visualização criativa, foi pedido à gestante que durante a massagem vibracional imaginasse como “se sentiria o seu bebé nesse preciso momento”. A música utilizada para a atividade foi a “Avé Maria” do compositor Gullio Caccine. No final da sessão foi realizado o balanço da mesma, ao que a gestante respondeu que se sentiu muito tranquila e que na reexposição do tema imaginou que estava em diálogo com o seu bebé.

Nas sessões seguintes o método de improvisação clínica foi utilizado para melhorar a relação terapêutica e promover o desenvolvimento da expressão mãe-bebé. A temática dos improvisos estava sempre relacionada com o bebé e com o estado emocional da gestante. Nas improvisações a Maria começou por explorar mais os instrumentos de percussão e posteriormente a parte vocal. Após as improvisações havia um momento de partilha verbal, cuja finalidade era explanar sobre a improvisação realizada e sobre temática do improviso. Nestes momentos de verbalização e reflexão, verificou-se uma melhoria na relação empática com a cliente, assim como um aumento da expressão dos sentimentos da gestante para com o bebé. Por meio da empatia, o terapeuta assegura a confiança do cliente e prepara o cliente para todos os outros tipos de ajuda que o terapeuta oferecerá (Bruscia, 2014). Neste sentido, os improvisos podem ser considerados como um meio de reflexão e de promoção da expressão da mãe, na relação mãe-bebé e na relação terapêutica.

#### Fase 2: O canto pré-natal na relação mãe-bebé.

Esta fase foi dedicada ao canto de canções infantis sugeridas pela cliente e/ou outras pela terapeuta. Importa aqui destacar que o canto pré-natal assume-se, atualmente, como uma prática complementar nos cuidados de saúde prestados durante a gravidez, com benefícios na promoção do bem-estar, mediante a criação de um ambiente lúdico, de disponibilidade empática e escuta ativa; na ligação emocional materno-fetal mediante um tempo privilegiado de disponibilidade afetiva e de atenção dirigida à comunicação com o bebé (Carvalho, 2019).

Foram abordadas diversas canções infantis que remontaram à infância da Maria, tais como: *Vitinho*; *O meu chapéu tem três bicos*; *Cuco a cantar*; *Eu mexo um dedo*, entre outras. As canções eram entoadas com acompanhamento à guitarra ou ao piano pela musicoterapeuta e o acompanhamento rítmico era efetuado pela cliente.

O canto materno dirigido ao bebé é por excelência um momento intenso de pulsão evocante de vários significados emocionais e que o bebé poderá captar como um estado de espírito particular de intimidade e protecção, abrindo caminho para uma relação de intersubjectividade afetiva. O canto da voz materna e, em particular, as canções de embalar maternas evocam um sentimento de intimidade, protecção e encantamento (Carvalho, 2019).

No final de uma das sessões a Maria frisou que este processo de cantar as canções da sua infância implicou uma viagem ao passado onde surgiram sentimentos muito felizes e memórias inesquecíveis. Enalteceu que este contacto com as canções infantis contribuiu para cantar mais vezes para o seu bebé permitindo desta forma, uma maior conexão com ele.

Fase 3: Construção da canção de boas vindas.

A construção da canção de boas vindas para o bebé foi um marco muito importante no processo terapêutico, pois permitiu aos pais expressarem-se livremente para o bebé *in útero*.

Foi na nona sessão que foi proposto ao casal compor a canção de boas vindas para o bebé. Neste sentido, a musicoterapeuta explicou que poderia ser a construção original de uma canção (letra e música) ou a adaptação musical de uma canção que os pais gostassem.

Na décima sessão a Maria apresentou uma letra para a composição da canção de boas vindas, esta foi baseada numa canção muito especial para o casal. Nas sessões seguintes, foi composto a harmonia e o ritmo da canção. O casal sugeriu que o acompanhamento harmónico fosse na guitarra, executada pela estagiária, e que a parte rítmica ficava ao cuidado dos pais, sendo o *shaker* para a mãe e o pau de chuva para o pai (Apêndice C).

É possível verificar que a canção de boas vindas com o título: “Maravilhas fez em Ti”, contém toda uma simbologia ligada à igreja católica, no sentido de agradecimento por terem conseguido gerar este bebé. A música de boas-vindas é uma música criada para fortalecer o vínculo com o bebé *in útero* (Federico, 2013).

*“Maravilhas fez em Ti  
Nossa alma canta de gozo,  
Pois na tua pequenez  
Se detiveram seus olhos  
E o Santo e Poderoso  
Espera hoje o nosso sim  
Nossa alma canta de gozo  
Maravilhas fez em ti*

*Maravilhas fez em Ti  
Pr’a Clara vai nosso canto  
O Senhor te amou  
Mais que aos lírios do campo  
E por seu Espírito Santo  
Ele habita hoje em mim  
Que não pare nunca este canto  
Maravilhas fez em Ti”*

Nas últimas duas sessões, a musicoterapeuta propôs gravarem em vídeo a canção de boas vindas, para que pudessem ficar com o registo da canção elaborada nas sessões de musicoterapia. Todo este processo criativo de construção da canção de boas vindas para o bebé *in* útero tem um grande impacto nos pais, na medida em que constitui um “cordão umbilical musical” que ajuda não apenas a conectar o casal parental com o seu bebé, como também a consolidar a conjugalidade e a preparação para a parentalidade (Carvalho, 2019).

## **Apresentação e discussão dos resultados**

No decurso deste estágio a Maria frequentou 17 sessões individuais de musicoterapia. As sessões aconteceram uma vez por semana e tiveram a duração média de 1 hora.

No final da intervenção verificou-se, através da observação participante e dos registos de observação da sessão, uma melhoria na gestão da ansiedade, na auto-expressão e na vinculação mãe-bebé, tendo sido cumpridos todos os objetivos do plano terapêutico.

No seio da auto-expressão, a Maria conseguiu através das improvisações vocais e instrumentais explorar sentimentos e emoções, bem como consciencializar-se dos mesmos. A música foi utilizada como forma de expressão, mas também de reflexão, promovendo a expressão verbal. A expressão verbal após as experiências musicais é considerada por Bruscia (1991) um momento importante e pertinente nas sessões de musicoterapia.

No decorrer das sessões de musicoterapia verificou-se um constante fortalecimento da relação terapêutica. A Maria começou por verbalizar vários assuntos nas sessões, explorou e participou em todas as actividades com ânimo, segurança e confiança. O estabelecimento da relação terapêutica foi a pedra basilar de todo o processo terapêutico. Foi uma relação de confiança e confiança, mobilizadora de afetos proporcionando uma atmosfera de segurança e privacidade (Pieta & Gomes, 2017).

Relativamente à composição da canção de boas vindas, esta potenciou tanto a expressão de sentimentos e emoções do casal para o bebé *in útero*, como também fomentou uma maior coesão familiar entre o casal. Tal como confere Eddenberger & Ardila (2018) a composição de canções para o bebé é um método eficiente para melhorar a vinculação e o bem-estar mental dos pais.

Na avaliação realizada na última sessão, foi possível comprovar que houve melhorias na gestão da ansiedade através do inventário STAI forma Y-1 ansiedade – estado cujo

resultado final foi de 28 valores, o que corresponde a um estado de ansiedade baixo. A música, como defende Matoso & Oliveira (2017) reduz significativamente os índices de ansiedade, stress, dor, melhora o condicionamento físico e os padrões cardio-respiratórios, bem como minimiza a depressão e potencializa o desenvolvimento humano.

Relativamente à avaliação da vinculação foi possível verificar através da EVPNM que houve um melhoramento na qualidade de vinculação e na intensidade de preocupação com o bebé (tabela 5).

De acordo com os padrões de vinculação de Condon (1993), os resultados finais obtidos correspondem a uma vinculação forte e saudável.

Tabela 5 – *Resultados descritivos da vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação*

<b>Vinculação Pré-Natal Materna</b>	<b>Resultado</b>	
	<b>Início</b>	<b>Fim</b>
Subescala qualidade de vinculação	37	40
Subescala intensidade de preocupação	23	29
Total de vinculação materna pré-natal	60	69

### **Conclusão do caso**

A Maria revelou muito interesse pelas sessões de musicoterapia, demonstrou muita musicalidade e criatividade, como também, interesse em realizar todas as propostas de atividades, fazendo igualmente algumas sugestões. Desta forma, ao comparar as últimas sessões com as primeiras, é notória a forma como ela conseguiu evoluir em todas as atividades propostas.

Nas improvisações temáticas a Maria inicialmente tinha algumas dificuldades em se expressar conseguindo, posteriormente transmitir com alguma facilidade os seus sentimentos e as suas emoções. No geral, conseguiu utilizar a música como potenciadora da libertação emocional, tal como confere Bruscia (1987, 2007) as improvisações musicais proporcionam a exploração de vários aspectos do *Self*; ajudaram a cliente a promover a auto-expressão, contribuíram para soltar bloqueios físicos, emocionais e intelectuais, como também, na redução do stress e da ansiedade.

Neste sentido, as sessões de musicoterapia potenciaram uma melhoria na redução de sentimentos negativos, sensibilizaram a grávida a enfrentar com serenidade todas as alterações que a gravidez ocasiona, assim como, auxiliou na gestão da ansiedade e do stress (Marques, Zanella, Leal & Merey, 2013).

De um modo geral, as sessões de musicoterapia proporcionaram à Maria bem-estar, visto que esta demonstrou progressos designadamente na gestão e no controlo da ansiedade e ao nível da vinculação materno-fetal. O canto pré-natal e a composição de canção de boas vindas contribuíram para um maior fortalecimento e ligação com o bebé *in útero*, tendo igualmente propiciado uma maior cumplicidade com o seu companheiro.

Por último, os resultados obtidos na intervenção de musicoterapia neste estudo de caso vão de encontro ao conhecimento científico existente.

## **Estudo de Caso II – Carla**

### **Descrição da cliente**

A Carla é uma grávida de 24 anos, natural do Funchal, vive em união de facto com o pai do bebé e tem como habilitações literárias o Ensino Secundário. No início da intervenção estava empregada como cozinheira num hipermercado.

A gestante encontrava-se no 2º trimestre da sua gravidez com uma idade gestacional de 17 semanas.

A Carla foi encaminhada para as consultas externas de obstetrícia do HNM, devido ao seu diagnóstico psiquiátrico. De acordo com o seu processo clínico, em 2015 tinha sido internada na unidade de psiquiatria com uma depressão. Esta depressão estaria, de acordo com o relatório clínico, associada ao excesso de trabalho, à má alimentação, a problemas conjugais com o namorado e a um mau relacionamento com os pais.

A Cliente foi acompanhada em musicoterapia no âmbito deste estágio entre os meses de dezembro de 2018 e abril de 2019, participando em 14 sessões de musicoterapia individual.

### **Avaliação inicial**

Na primeira sessão de musicoterapia foi preenchido pela grávida o questionário sócio demográfico e clínico na qual foram recolhidos dados de caracterização social e económica, descrição da gravidez e, por fim, informação sobre o seu estado emocional.

Em relação ao estado emocional da Carla, a mesma mencionou que era, de um modo geral, uma pessoa ansiosa e que tomava medicação para tal. No que concerne às alterações emocionais referiu que apesar de ser uma gravidez desejada sentia-se mais sensível e mais ansiosa, devido às alterações que lhe são inerentes.

Para aferição do estado de ansiedade da gestante procedeu-se nesta sessão ao preenchimento do inventário STAI forma Y-1 ansiedade – estado (Anexo G). O resultado obtido foi de 38 valores o que corresponde a um estado de ansiedade moderado.

Relativamente à vinculação materna, procedeu-se ao preenchimento da escala de vinculação materna a EVPNM (tabela 6). Na subescala qualidade de vinculação o resultado obtido foi de 38. Na subescala intensidade de preocupação o resultado foi de 29 o que fez um total de vinculação materna pré-natal de 67 valores que corresponde a uma vinculação forte e saudável.

Tabela 6 – *Resultados descritivos da vinculação pré-natal, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação*

<b>Vinculação Pré-Natal Materna</b>	<b>Resultado</b>
Subescala qualidade de vinculação	38
Subescala intensidade de preocupação	29
Total de vinculação materna pré-natal	67

Nesta mesma sessão foi possível realizar, igualmente, uma ficha de levantamento de dados sobre a identidade sonoro-musical da cliente (Anexo H). Para esta a música tinha um efeito calmante e relaxante, gostava de quase todos os géneros musicais, excluindo a música pimba. O instrumento musical que mais se identificava era a guitarra.

### **Plano terapêutico**

Após a avaliação inicial, foram definidos três problemas a serem trabalhados na intervenção musicoterapêutica, nomeadamente: a dificuldade em gerir a ansiedade, a instabilidade emocional e a dificuldade de verbalização de sentimentos e emoções, conforme

consta no plano terapêutico apresentado na tabela 7. Foram, ainda, estabelecidos objetivos no processo de intervenção em musicoterapia, bem como as suas metas mais específicas.

Tabela 7 – Plano terapêutico da Carla

<b>Problemas identificados</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sub-objetivos</b>
1) Dificuldade em gerir a ansiedade	Melhorar a gestão da ansiedade	Indução de relaxamento; Verbalizar medos e fobias;
2) Instabilidade emocional	Fomentar a estabilidade emocional e o bem-estar	Realizar actividades musicais que promovam o bem-estar; Verbalizar assuntos que promovam a estabilidade emocional;
3) Dificuldade na expressão de sentimentos e emoções	Promover a expressão de sentimentos e emoções e a vinculação materna pré-natal	Compor uma canção de boas-vindas para o bebé; Verbalizar sentimentos e emoções mãe-bebé; Validar sentimentos e emoções;

### **Processo terapêutico**

Foram realizadas 14 sessões de musicoterapia individual, estas eram semanais e com a duração de 60 minutos.

Saliente-se que nestas sessões foi criada uma estrutura de atividades musicais e de interação, com o intuito de alcançar os objetivos propostos. Neste sentido, a musicoterapeuta estagiária sugeriu atividades cujas características e nível de desempenho promovessem sentimentos de êxito e de valorização pessoal, permitindo também a inclusão de sugestões e/ou observações que a cliente pudesse apresentar.

Para além das atividades estruturadas, foram realizadas também improvisos livres de forma que a Carla explorasse a sua expressividade e criatividade num ambiente onde se sentisse segura. Ao fomentar diálogos musicais e atitudes de cooperação, através da música, foi possível trabalhar não só a instabilidade emocional, como ainda promover a expressão de sentimentos e emoções para com o bebé *in útero*.

Seguidamente, é apresentado o processo de intervenção musicoterapêutico da cliente que se encontra dividido em duas fases de acordo com o seu progresso terapêutico.

Fase 1: A relação terapêutica e o desenvolvimento da auto-expressão.

Nas duas primeiras sessões a Carla esteve muito observadora e curiosa sobre o que seriam as sessões de musicoterapia. De modo a clarificá-la foi explicado pela musicoterapeuta que as sessões seriam de partilha de atividades musicais, cujo objectivo seria produzir bem-estar à grávida e ao bebé.

Nas primeiras sessões foi evidente a dificuldade em cantar afinado, mesmo com acompanhamento instrumental harmónico, piano ou guitarra e/ou ajuda da musicoterapeuta. A nível rítmico a cliente era inconstante.

No decorrer das sessões mostrou muito interesse em conhecer os instrumentos presentes no *setting*, qual o seu nome e como é que emitiam som. A estagiária incentivou-a a experimentá-los e enquanto explorava os instrumentos e as suas sonoridades demonstrava alguma satisfação e alegria.

Apesar da relutância da cliente em criar laços afetivos estes vieram a fortalecer-se com o decorrer da terceira sessão, tendo sido criada uma relação empática.

Na terceira sessão, a Carla pediu à musicoterapeuta estagiária que não filmasse a sessão. Iniciou-se a sessão com a técnica RAM e posteriormente a musicoterapeuta começou por tocar dois acordes utilizando a técnica *holding* e ambas improvisaram cantando sobre o

tema “como me sinto hoje”. O *holding* vocal tem como objetivo criar um ambiente musical consistente e estável de modo a facilitar o canto improvisado (Austin, 2001). Na improvisação a Carla vocalizou com as sílabas “ou” e, em simultâneo, tocou no *Terre Shaker*. Esta foi uma improvisação longa e com uma carga emocional de lamento, dor e angústia. A gestante encontrava-se de olhos fechados muito focada no que estava a fazer, parecia estar num estado de hipnose. O *holding* como defende Austin (2001), fornece uma estrutura confiável e segura para o cliente que não está acostumado a improvisar e promove, desta forma, uma regressão terapêutica na qual sentimentos, sensações inconscientes e memórias são obtidas, processadas e integradas.

Após a improvisação deu-se um momento de partilha verbal, a cliente começou a relatar acontecimentos do seu passado.

A cliente relatou que, no passado, foi violada por um vizinho e que não partilhou com ninguém por vergonha e medo das ameaças do predador. Esta referiu que foi esquecendo o sucedido após ter mudado de casa e de freguesia. A mudança de rotina contribuiu para desvanecer o episódio sombrio. Nesta partilha de acontecimentos, relatou que a relação com os pais nunca foi afetuosa nem carinhosa, algo que a magoava e entristecia.

Em agosto de 2018, a cliente num ato de desespero e frustração por causa do trabalho e da má relação com os pais desabafou pela primeira vez sobre o seu trauma de infância, com o namorado. Por conseguinte, o mesmo levou-a à médica de família que lhe receitou medicação e acompanhamento psicológico, como também a colocou de baixa médica - incapacidade temporária para o trabalho.

Nesse período de baixa descobriu que estava grávida. A cliente referiu que a gravidez é desejada, porém não tinha sido planeada. Contudo, o casal ficou emocionado e muito feliz

com a notícia. A gestante concluiu o relato frisando que queria dar ao seu filho muito carinho, queria dar aquilo que nunca recebeu.

Para terminar foi solicitado à gestante que numa palavra descreve-se a sessão, a palavra eleita foi libertadora. Este momento de partilha revelou-se importante, visto que permitiu à cliente exteriorizar um acontecimento do seu passado, revelando, por conseguinte, uma certa confiança com a musicoterapeuta.

Nas duas sessões seguintes a Carla não compareceu às mesmas, a musicoterapeuta estagiária ligou para saber se iria continuar com as sessões de musicoterapia, ao que a cliente respondeu que precisava de ganhar forças e então foi para a casa dos seus avós. Importa referir que a gestante além da musicoterapia era acompanhada pelo psicólogo no HNM. O historial clínico da cliente teve algum impacto emocional na musicoterapeuta estagiária, visto esta também se encontrar grávida. Toda esta tomada de conhecimento veio encorajar a musicoterapeuta a insistir com a continuidade e frequência deste processo terapêutico de forma a atenuar as problemáticas apresentadas pela cliente, contribuindo desta feita para uma melhoria no bem-estar durante a gravidez.

Passadas duas semanas a cliente retomou as sessões de musicoterapia. Iniciou-se a sessão, como era habitual, com a técnica RAM e posteriormente a musicoterapeuta sugeriu que cantasse uma música infantil que a cliente gostasse, a canção eleita foi “Todos os patinhos”. Após entoação a terapeuta perguntou que significado tinha esta canção para ela ao que respondeu que apesar do trauma de infância esta canção fazia-lhe lembrar bons momentos. Assim sendo, nas sessões seguintes procedeu-se ao canto de canções infantis, umas sugeridas pela cliente, outras pela musicoterapeuta. Recorreu-se ao cântico de canções, na medida em que o canto pré-natal integra uma abordagem psicofónica centrada na

consciência corporal, na aprendizagem de repertório de canções e na ligação com o bebê ainda antes de nascer (Carvalho, 2019).

Nas improvisações, a Carla parecia ausentar-se, isto é, fechava os olhos e começava a vocalizar com as vogais “e” e “ou”. As improvisações eram longas e com padrões melódicos que rondavam o microtom<sup>3</sup>. Bruscia (1987) afirma que a música improvisada reflecte a forma de ser do cliente, no momento presente e no contexto mais alargado de vida. Depreende-se que a vulnerabilidade da gestante e a sua saúde mental débil limitavam-na na expansão melódica sentindo-se segura e confiante nos intervalos pequenos.

Após as improvisações musicais procedia-se a um momento de partilha verbal, onde a cliente referia que durante as improvisações sentia-se bem, confiante e tranquila. A finalidade da improvisação clínica traduz-se em criar uma relação entre musicoterapeuta e cliente, enquanto veículo de comunicação, de modo a promover a auto-expressão (Bruscia, 1987).

Ao longo do processo terapêutico, a Carla foi aumentando gradualmente a extensão melódica da sua voz, através das improvisações musicais, pois tal como refere Bruscia (2014) nas experiências musicais improvisadas, o terapeuta ajuda o cliente tocando ou cantando um acompanhamento que estimule e/ou oriente na improvisação.

Na fase final do processo terapêutico a cliente já entoava intervalos de 2<sup>a</sup> maior, 3<sup>a</sup> maior e menor e 4<sup>a</sup> perfeita.

Fase 2: O fortalecimento do *Self* e a vinculação mãe-bebé.

Esta segunda fase é assinalada pelo cumprimento do plano terapêutico e das estratégias de intervenção da musicoterapia estabelecidas para a cliente, com o intuito de fortalecer o *Self* da mesma e estimular a relação mãe bebé.

---

<sup>3</sup> Intervalo menor do que o semitom.

Nesta fase a estagiária optou por realizar atividades criativas, recorrendo à composição da canção de boas vindas e à visualização criativa com música.

A criação da composição de boas vindas foi uma atividade que se revelou muito importante na relação mãe-bebé e no fortalecimento da relação com o companheiro. Importa salientar que, a musicoterapeuta sugeriu à cliente incluir o pai do bebé nesta atividade cujo objetivo seria fortalecer os laços afetivos entre o casal, assim como potencializar a vinculação da tríade, mãe-pai-bebé. A escrita da letra foi elaborada em casa pelos pais e a música foi criada durante as sessões de musicoterapia. Para a melodia da canção a cliente sugeriu a canção *Trevo* de Ana Vitória, pois transmitia-lhe força, determinação e felicidade. O papel da musicoterapeuta estagiária nesta atividade foi de facilitar o processo, garantindo que a cliente criasse uma composição que pudesse ser sentida como sua, onde expressasse todos os seus sentimentos e pensamentos (Baker & Wigram, 2005). A Carla afirmou que esta atividade tornou-a mais consciente com a existência do bebé *in útero* e criou entre os pais um momento de reflexão e de exteriorização de sentimentos sobre a temática da paternidade.

A letra da canção expõe todo um sentimento de alegria e de rejuvenescimento pela chegada deste bebé, alegando também, que nunca lhe irá faltar carinho e afeto, sentimentos estes que lhe foram escassos na infância (Apêndice D).

*“Oh, Pedro Henrique*

*Tu foste a minha maior alegria*

*Chegaste já estava quase sem forças*

*Ai ai ai...*

*Contigo dentro de mim eu renasci*

*Tu cuidas de mim*

*Eu cuido de ti*

*Amor do meu coração*

*Ai ai ai...*

*Ah,*

*Tu que tens esse abraço casa*

*Se decidires bater asa*

*Leva-me contigo pra passear*

*Eu juro que afeto e paz não te irão faltar”*

O objectivo da visualização criativa com música, na gravidez, é permitir uma conexão com o tempo presente e, igualmente, a evocação do passado e a projeção do tempo futuro (Federico, 2013), proporcionando uma experiência de temporalidade que se torna benéfica, e neste caso concreto, na regeneração do *Self* da cliente. Seguindo estas linhas de pensamento, as visualizações realizadas na sessão eram, frequentemente, dirigidas a aspetos emocionais particulares da gestante. Através da anamnese musical foi recolhida uma série de músicas que a cliente gostava e outras seleccionadas pela musicoterapeuta. Previamente a estagiária seleccionava a música pretendida para a atividade e sugeria uma temática ou tema à escolha da gestante, tendo como principal propósito a elaboração de imagens mentais. No final da atividade procedia-se à exposição verbal das imagens e do seu significado. A auto-reflexão é essencial à terapia, pois fornece ao cliente autoconsciência do *insight* e é uma forma de testar e lidar com a realidade (Bruscia, 2014). Neste sentido, o feedback do terapeuta é essencial na

terapia, pois é a base sobre a qual o cliente pode reconhecer a necessidade de alterar e, em seguida, identificar os tipos específicos de alterações necessárias (Bruscia, 2014).

Na maioria das visualizações, a Carla referia que as mesmas remetiam para uma praia onde se encontrava com o seu bebé. Descrevia a imagem como um lugar sereno e perfeito para serem felizes. Numa das visualizações descreveu como iria ser quando fosse mãe, relatou que as imagens eram de uma mãe protetora, com muito amor para dar e com muita garra para enfrentar o mundo.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Apesar da imprevisibilidade de comparência às sessões, a Carla frequentou 14 sessões individuais de musicoterapia. As sessões aconteceram uma vez por semana e tiveram a duração média de 60 minutos.

Neste contexto, verificou-se através da observação participante e dos registos de observação da sessão uma evolução na expressão de sentimentos e emoções, na valorização do *Self* e na gestão da ansiedade, tendo sido cumpridos todos os objetivos do plano terapêutico da cliente. Aqui a música teve um papel preponderante, na medida em que esta mobiliza o indivíduo para a ação e para a expressão emocional, assim como para controlar estados de homeostasia física e psíquica (Carvalho, 2019)

No plano dos afetos, observou-se uma maior consciencialização dos seus sentimentos e, por consequência, uma expressão e aceitação da sua própria identidade. A música foi utilizada como forma de expressão, mas também de reflexão, promovendo a expressão verbal. Neste sentido Bruscia (1991) alude que o terapeuta ajuda o cliente a melhorar, manter ou restabelecer o seu bem-estar, utilizando experiências musicais que se desenvolvem no seio dessas mesmas experiências enquanto força de mudança.

No que concerne ao relacionamento com a musicoterapeuta verificou-se uma dinâmica e uma confiança que permitiram um resultado bastante positivo. A relação terapêutica consistiu no restabelecimento do acordo perdido entre a experiência total da pessoa e a experiência consciente do *Self*, libertando a cliente para um amadurecimento e um desenvolvimento normal (Santos, 2004). Para tal, a atuação da musicoterapeuta consubstanciou-se em três atitudes que constituíram necessárias à criação de uma relação potenciadora de mudança construtiva: a compreensão empática, o olhar positivo incondicional e a congruência (Santos, 2004).

Através da improvisação, da composição da canção de boas vindas e da música recetiva foi possível verificar o fortalecimento do vínculo afetivo mãe-bebé, esta diversidade de atividades estabeleceram uma ponte de comunicação potencializando a verbalização de sentimentos e emoções para com o bebé in útero. Quando uma mãe canta para o seu bebé *in* útero acaricia-o através da emissão de vibrações sonoras, nutrindo e fortalecendo por conseguinte o vínculo com o bebé que transporta no seu ventre (Federico, 2013).

Após a análise dos resultados dos inquéritos realizados, foi possível comprovar que houve melhorias na gestão da ansiedade através do inventário STAI forma Y-1 ansiedade – estado cujo resultado foi de 28 valores, o que corresponde a um estado de ansiedade baixo. A investigação evidência a existência de fundamentos acerca da eficácia da intervenção da musicoterapia no campo da obstetrícia, designadamente no controlo da ansiedade (Carvalho, 2019).

Relativamente à avaliação da vinculação foi possível verificar, através da EVPNM, uma melhoria na qualidade de vinculação e na intensidade de preocupação com o bebé (tabela 8).

Tabela 8 – *Resultados descritivos da vinculação pré-natal materna, subescala qualidade de vinculação e intensidade de preocupação*

<b>Vinculação Pré-Natal Materna</b>	<b>Resultado</b>	
	<b>Início</b>	<b>Fim</b>
Subescala qualidade de vinculação	38	40
Subescala intensidade de preocupação	29	30
Total de vinculação materna pré-natal	67	70

De acordo com os padrões de vinculação de Condon (1993), os resultados obtidos correspondem a uma vinculação forte e saudável, pois tal como evidência a musicoterapeuta Jane Edwards (2011), a musicoterapia é um veículo preponderante para promover uma relação de apego entre pais e filhos como também para corrigir dificuldades de apego.

### **Conclusão do caso**

A Carla revelou um crescente interesse na frequência às sessões de musicoterapia, revelando criatividade e empenho em realizar todas as atividades propostas, propondo igualmente algumas ações e adquirindo maior capacidade de valorização do *Self* e de auto-consciência.

A intervenção musicoterapêutica permitiu à Carla a construção de uma relação segura e de confiança e, ainda, uma melhoria, significativa, na sua auto-estima. No seio desta relação, os elementos musicais serviram como estímulos que potenciaram a motivação e o encorajamento para enfrentar as inúmeras transformações corporais psicológicas e sócio-familiares que uma gravidez acarreta, bem como os problemas do dia-a-dia.

No final do processo terapêutico, realizou-se uma reflexão final da intervenção onde a Carla referiu que as sessões de musicoterapia proporcionaram bem-estar, ajudaram-na a

superar momentos menos agradáveis da sua infância, motivaram-na e criaram uma força e coragem para enfrentar os dilemas da vida.

### **Outras Intervenções Clínicas**

Seguidamente serão apresentados, de forma sucinta, os restantes casos de intervenção que ocorreram ao longo deste estágio. Sendo sete de cariz individual, onde os objectivos terapêuticos foram similares, nomeadamente, na gestão da ansiedade, na valorização do *Self* e expressão de sentimentos e emoções e na promoção da vinculação materno-fetal. Por último, é descrito a musicoterapia em contexto de internamento hospitalar onde as sessões de musicoterapia foram realizadas em grupo.

#### **Mirela**

A Mirela é uma grávida de 40 anos, com dupla nacionalidade (portuguesa e romena). É divorciada e esta desempregada. Encontra-se no 2º trimestre da gravidez com uma idade gestacional de 23 semanas. Foi uma gravidez planeada com o seu atual namorado, sendo que esta é a sua segunda gravidez, pois tem uma filha com quinze anos, do primeiro casamento.

A Mirela foi acompanhada em musicoterapia no âmbito deste estágio entre os meses de dezembro de 2018 e abril de 2019, com a participação em 15 sessões individuais. O seu diagnóstico de gravidez de risco aludia à idade reprodutiva e a diabetes gestacional.

Esta cliente expressa-se de forma bastante espontânea. Num dos momentos de partilha relatou que demorou algum tempo a engravidar e que neste momento sentia-se ansiosa e desejosa de que tudo corresse bem.

A intervenção musicoterapêuta baseou-se na exploração de sentimentos, na gestão da ansiedade e na promoção da vinculação materno-fetal, recorrendo a atividades como, o relaxamento corporal, a improvisação, a interpretação de canções infantis e à composição da canção de boas vindas.

Cantar canções infantis em romeno foi uma das atividades sugeridas pela estagiária o que despertou, desde logo, muito interesse da cliente. A mesma apresentou várias canções da sua infância e referiu que este regresso a memórias passadas trouxe-lhe ótimas recordações. Este momento permitiu à gestante uma partilha de sentimentos e emoções com o bebé.

Destaque-se que as improvisações temáticas possibilitaram a exploração de sentimentos contribuindo para uma gestão da ansiedade. A letra da canção para o bebé, por sugestão da musicoterapeuta, foi elaborada em família e a música foi produzida nas sessões, onde a cliente cantarolou pequenos trechos melódicos que gostava e, por conseguinte, compôs-se a canção para o bebé (Apêndice E).

No final da intervenção, foi possível observar que a cliente apresentou uma postura mais confiante e mais serena. Deste modo a intervenção musicoterapêutica foi benéfica na gestão da ansiedade e na expressão de sentimentos para com o seu bebé. A composição da canção revelou-se uma atividade de partilha familiar bastante importante, na medida em que fortaleceu os vínculos afetivos.

## **Angelina**

A Angelina é uma grávida de 38 anos, vive em união de facto com o seu companheiro há 19 anos e é mãe de um rapaz com 10 anos. A gravidez foi planeada, estando no momento do estágio com uma idade gestacional de 24 semanas.

A cliente foi acompanhada em musicoterapia no âmbito deste estágio entre os meses de dezembro de 2018 e abril de 2019, participando em 14 sessões individuais. O seu diagnóstico de gravidez de risco aludia à idade reprodutiva e a uma depressão que tinha sofrido em 2015. A depressão estaria, de acordo com o relatório clínico, associada a uma baixa auto-estima e a dificuldade em aceitar a morte do pai.

Os objetivos centrais basearam-se na exploração de sentimentos/ emoções e na valorização do *Self*. Recorreu-se nas sessões a várias atividades como a escuta ativa de canções, improvisações rítmicas e melódicas, ao relaxamento e à composição da canção de boas vindas.

A nível musical, a Angelina revelou que na sua adolescência tinha tocado braguinha num grupo de cordofones e que fazia sentir bem. Assim sendo, foi-lhe proposto trazer a braguinha para as sessões. Nas improvisações musicais foi notório um certo conforto a tocar braguinha e a cantar. Verificou-se que esta atividade proporcionou momentos de expressão e exploração de sentimentos, tornando a cliente mais confiante e segura.

A letra da canção para o bebé, por sugestão da musicoterapeuta, foi elaborada em família e a música foi composta nas sessões (Apêndice F). Esta atividade foi um momento de união e de cumplicidade familiar.

No final da intervenção, verificou-se que as sessões de musicoterapia foram essenciais no reforço da autoestima, bem como, no decréscimo da instabilidade emocional da cliente.

## **Ema**

A Ema é uma gestante de 39 anos e vive em união de facto há seis. A sua infância foi marcada por episódios de violência doméstica, o pai era alcoólico batia na mãe e nas duas irmãs. Devido a esses acontecimentos a Ema nunca quis ter namorado, nem nunca pensou em ter filhos, porém aos 33 anos arranjou e assumiu o seu primeiro namorado e com este tomou consciência que estava na altura de ser mãe. Engravidou aos 36 anos, mas às 22 semanas de gestação foi-lhe detetado insuficiente líquido amniótico e, por conseguinte, teve uma obstrução da uretra o que lhe provocou um aborto. Posteriormente, voltou a engravidar e no

início do estágio encontrava-se com 13 semanas de gestação. O seu diagnóstico de gravidez de risco aludia à idade reprodutiva, historial de aborto e miomas uterinos.

Esta gestante participou em 18 sessões de musicoterapia individual. A intervenção musicoterapêutica baseou-se na exploração de sentimentos e emoções, na gestão da ansiedade e no fortalecimento da vinculação materno-fetal. Desta feita, as sessões incidiram na improvisação musical, na escuta ativa, na interpretação de canções infantis e na composição da canção de boas vindas.

A improvisação musical e a composição da canção de boas vindas foram as atividade que criaram mais impacto no processo terapêutico. Na primeira foi bem visível a exploração de sentimentos, onde a cliente expunha sentimentos do passado e do presente sentindo, por conseguinte, uma leveza na partilha dos mesmos. Através da composição a cliente transmitiu sentimentos de medo e desejo de ter o bebé (Apêndice H).

Concluiu-se que ao longo do processo terapêutico a cliente conseguiu gerir a ansiedade e o medo de perder o bebé, aumentar os laços afetivos com o mesmo e diminuir a labilidade emocional.

### **Nádia**

A Nádia é uma gestante de 36 anos, divorciada e mãe de três filhos menores. Esta encontra-se no 1.º trimestre da gravidez, com uma idade gestacional de 10 semanas.

O diagnóstico de gravidez de risco indicava a idade reprodutiva e referência à unidade de psiquiatria. A cliente era medicada desde 2003 devido a uma depressão pós-parto e por ter sofrido de violência doméstica. Em 2006 pediu o divórcio, assim como ajuda à segurança social para tomar conta dos filhos, por falta de recursos financeiros de ambos os progenitores. Em fevereiro de 2018, a Nádia relacionou-se com outro homem, na qual surge a atual

gravidez, sendo esta não planeada. A gestante era acompanhada no HNM pelo psiquiatra e pelo psicólogo.

O trabalho realizado com esta cliente consistiu na exploração de sentimentos e emoções e no impulsionar da vinculação mãe-bebé. As sessões basearam-se no relaxamento, na improvisação musical e na escuta musical ativa através da interpretação da imagética da cliente sobre o seu bebé.

O processo terapêutico com a Nádia foi inconclusivo, pois após a 4.<sup>a</sup> sessão deixou de frequentar as sessões de musicoterapia, como também as consultas com o psicólogo. Contudo, no decorrer das sessões frequentadas verificou-se que as mesmas proporcionaram à cliente alguma tranquilidade e bem-estar.

## **Vivi**

A Vivi é uma grávida de 33 anos, com dupla nacionalidade (portuguesa e brasileira). Encontra-se no 2º trimestre da gravidez, com uma idade gestacional de 17 semanas. É uma gravidez não planeada, mas desejada. Esta é a sua segunda gravidez, pois já tem uma filha com 15 anos, fruto de um relacionamento anterior. O seu diagnóstico de gravidez de risco aludia a uma gravidez gemelar.

Embora tenha manifestado interesse em participar nas sessões de musicoterapia, a cliente acabou, apenas, por participar em 6 sessões. O motivo da fraca participação deveu-se à sua condição económica, visto que deslocar-se ao HNM era uma despesa extra que não conseguia suportar.

Assim sendo, as sessões basearam-se no relaxamento, na expressão de sentimentos e na vinculação mãe-bebé. Embora o processo tenha tido pouca duração foram identificadas

melhorias no bem-estar da gestante, como também uma maior consciencialização da importância da vinculação materno-fetal para a criação de laços afetivos com os bebés.

### **Cristina**

A Cristina é uma grávida com 44 anos e encontra-se no 3º trimestre da gravidez com uma idade gestacional de 28 semanas. Foi uma gravidez planeada e muito desejada, pois era a segunda vez que a cliente tentava engravidar, através do processo da fertilização *in vitro* (FIV) para ter um filho.

A cliente demonstrou ser bem-disposta e comunicativa, referiu que o primeiro processo FIV não tinha corrido bem e que neste segundo, sentia-se ansiosa e desejosa de ter o filho nos braços.

O trabalho realizado com a Cristina baseou-se na gestão da ansiedade, na expressão de sentimentos e emoções e no fortalecimento da vinculação materno-fetal. As sessões basearam-se no relaxamento, em improvisações musicais, na escuta ativa e na composição da canção de boas vindas.

Ao longo do processo terapêutico a cliente passou por várias fases de reação à intervenção, desde a curiosidade à compreensão do processo terapêutico. Existiram momentos de relaxamento corporal e mental, através da escuta ativa, como de exteriorização de sentimentos e pensamentos através das improvisações musicais. Na composição da canção de boas vindas a cliente realçou todo um desejo e amor por este filho *in útero* (Apêndice I).

Conclui-se que a intervenção musicoterapeuta contribuiu na gestão da ansiedade e na promoção da vinculação materno-fetal.

## **Paulina**

Paulina é uma gestante de 43 anos, divorciada e mãe de um rapaz com 21 anos, fruto da primeira relação. A gravidez não foi planeada, tendo em conta que a atual relação durava cerca de meio ano. Esta relação surgiu em Londres, mas ambos regressaram ao Funchal, no entanto o companheiro tinha problemas com a justiça portuguesa e, por conseguinte, foi preso aguardando julgamento na altura da intervenção.

Como tal, para a gestante era um momento de muita ansiedade e nervosismo quer pela situação do companheiro quer pela idade da sua gravidez. No início do estágio a Paulina encontrava-se com uma idade gestacional de 23 semanas.

A cliente participou em 15 sessões de musicoterapia individual. O seu diagnóstico de gravidez de risco apontava a idade reprodutiva e a hipertensão.

De acordo com a anamnese realizada na primeira sessão e mediante a observação nas sessões iniciais, a musicoterapeuta estagiária identificou a necessidade de trabalhar a gestão da ansiedade, bem como a expressão de sentimentos e emoções e o fortalecimento da vinculação materno-fetal.

Na terceira sessão a cliente chegou muito emotiva e a chorar, pois tinha acabado de saber que o namorado iria apanhar quatro anos de cadeia e não dois como estavam à espera. A sessão foi iniciada com o relaxamento corporal, sendo realizados, em simultâneo exercícios respiratórios para restabelecer a calma. No final da atividade a Paulina referiu que se sentia melhor e mais calma. Recorreu-se a um momento de improvisação livre combinado com o processamento verbal. A cliente expôs todos os medos e aflições que a atormentavam: o facto de passar a gravidez longe do companheiro, a idade reprodutiva e o facto do pai do bebé se encontrar na cadeia.

Ao longo do processo terapêutico, a Paulina começou a sentir-se mais conformada com a situação do companheiro, ganhando muito mais força e resiliência aos problemas. A improvisação musical foi um elo de ligação e interação com a musicoterapeuta expondo todos os seus sentimentos e emoções. Através do canto pré-natal e das canções infantis houve um desabrochar da tomada de consciência da ligação mãe-bebé.

### **Musicoterapia no internamento**

A musicoterapia no internamento em obstetrícia consistiu numa intervenção em grupo. O grupo era constituído pelas grávidas que compunham o quarto. No total foram realizados nove grupos, nos quais participaram ao todo 25 grávidas com idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos.

De um modo geral, o diagnóstico das gestantes aludia à restrição do crescimento intrauterino, contrações antes da data provável de parto, hipertensão, rutura prematura de membranas, entre outras. A necessidade de hospitalização é considerada como um fator de stress adicional, onde a hospitalização consciencializa a grávida do seu estado clínico, afasta-a do suporte familiar, despertando diversos sentimentos como o medo, a solidão, a ansiedade, entre outros (Néné e tal., 2018). Neste sentido e tendo em conta que o internamento é um ambiente suscetível ao aumento dos níveis de ansiedade e stress, considerou-se importante a implementação de estratégias que permitissem proporcionar à grávida um momento de bem-estar, de relaxamento, de integração e de gestão da ansiedade.

A nível estrutural as sessões iniciavam com um diálogo introdutório sobre a musicoterapia em contexto hospitalar para gestantes. Posteriormente, a estagiária iniciava a intervenção recorrendo à improvisação vocal e instrumental, ao canto de canções de embalar e à VCM. Após a execução das atividades havia um momento de partilha e reflexão verbal.

Estas actividades permitiram às gestantes desenvolver a expressão e validação de sentimentos e emoções, fomentando, também, o sentimento de equidade dentro do grupo, no sentido de criação de laços de apoio emocional, visto partilharem as mesmas condições de internamento. Cunha (2016) refere que, no espaço grupal, a sonoridade produzida é ouvida e percebida como uma possibilidade de expressão de cada pessoa, sendo um elemento mediador das relações intra-grupais que acontecem naquele momento. Como a música é partilhada no grupo, canções, improvisações e ritmos serão veículos do fortalecimento dos laços grupais e, ainda, material para o estabelecimento da comunicação intersubjectiva.

Em suma, a intervenção realizada no internamento de obstetrícia teve um impacto bastante positivo nas gestantes intervencionadas nomeadamente na promoção do bem-estar, na gestão da ansiedade e na diminuição de sentimentos negativos por estarem internadas.

## Conclusões

O presente relatório de estágio apresenta o processo de intervenção musicoterapêutica desenvolvido no Hospital Dr. Nélio Mendonça, localizado na cidade do Funchal, ilha da Madeira.

A revisão da literatura, bem como as diversas intervenções anteriormente narradas permitiram tecer as considerações finais que seguidamente se apresentam. Para tal, foram de grande relevância os contributos de diversos autores associados às temáticas.

O estágio teve a duração de seis meses, durante os quais a musicoterapeuta estagiária pretendeu apresentar e dar a conhecer uma terapia complementar nos serviços de obstetrícia, proporcionando às gestantes uma intervenção que potencializa-se o bem-estar, a promoção da vinculação materno-fetal e a gestão da ansiedade.

O complemento prestado pela intervenção musicoterapêutica com as grávidas de risco constituiu uma estratégia inovadora para o desenvolvimento do autoconhecimento, da expressão emocional, da gestão da ansiedade, como também da promoção do bem-estar e fortalecimento da vinculação mãe-bebé (Carvalho, 2019).

Terminado o estágio, pode concluir-se que os objetivos traçados foram alcançados com sucesso, na medida em que foi possível verificar os benefícios desta terapia nas gestantes. De um modo geral, as grávidas intervencionadas beneficiaram positivamente com as sessões de musicoterapia, nomeadamente na gestão da ansiedade, na estabilidade emocional, através de uma consciencialização das transformações que uma gestação acarreta, na promoção do bem-estar durante a gravidez e na construção de um vínculo afetivo com o bebé *in* útero. Importa referir, também, que as sessões de musicoterapia refletiram-se na relação com os seus companheiros, especialmente na cumplicidade e compreensão.

Como mencionado no enquadramento teórico a música tem efeitos fisiológicos, psicológicos e sociais no acompanhamento da gravidez. Neste sentido, os efeitos fisiológicos alcançados nas intervenções musicoterapêuticas referem-se, essencialmente, à regulação emocional, à diminuição da ansiedade e à regulação do stress. Relativamente aos efeitos psicológicos, as sessões de musicoterapia possibilitaram às gestantes a verbalização de sentimentos, a lembrança de memórias infantis, bem como a expressão e integração de sentimentos de ambivalência afetiva, dificilmente expressos oralmente. Por último, os efeitos sociais alcançados aludem à abertura de canais de comunicação sonora catalisadores da escuta empática em relação à própria grávida, ao seu bebé, ao parceiro conjugal e à rede social envolvente (Chang, Chen & Huang, 2008). Porém, considera-se pertinente acompanhar as gestantes durante toda a gestação e no período do puerpério, a fim de concluir melhor os efeitos terapêuticos, deste período de enormes transformações.

O impacto da musicoterapia nesta instituição foi bastante positivo, na medida em que houve imensa receptividade por parte de todos. Esta modalidade terapêutica foi aceite e valorizada tanto no contexto das consultas externas como no internamento da unidade de obstetrícia. O coordenador de estágio, Dr.º Carlos Mendonça referiu que todas as apresentações e sessões informativas dinamizadas pela estagiária, aos profissionais de saúde e aos funcionários do HNM, contribuíram para uma maior sensibilização e tomada de consciência desta nova modalidade terapêutica.

As gestantes demonstraram interesse pela música e pelas atividades propostas nas diversas sessões, sendo esta colaboração e empenho fundamental na construção de uma boa relação terapêutica determinante neste processo.

O único ponto considerado negativo nesta estadia prende-se com as sessões no internamento, visto que só era possível efetuar as mesmas caso as grávidas do quarto em

questão estivessem predispostas para tal. Existiram, inicialmente, algumas intromissões nas sessões, no entanto a musicoterapeuta estagiária explicou aos profissionais de saúde e funcionários que estas não deviam ser interrompidas. Tendo em conta estes acontecimentos, a sugestão e alternativa futura seria realizar sessões individuais nos respetivos quartos, como também incluir sessões de musicoterapia nos quartos de indução para o parto e nas salas de parto.

Em suma, considera-se que foram proporcionadas as condições para uma aprendizagem considerável do contexto profissional e da realidade musicoterapêutica na instituição hospitalar, tendo esta sido muito enriquecedora ao nível pessoal e profissional.

## **Reflexões Finais**

O mestrado de Musicoterapia permitiu-me redescobrir que a música é mais do que uma arte performativa, ela é uma terapia com diversas potencialidades, como a comunicação e a expressão. A intervenção musicoterapêutica realizada torna-me, desta forma, mais consciente dos benefícios terapêuticos que a música acarreta.

Relativamente ao estágio de musicoterapia realizado, na unidade de obstetrícia do HNM, foi uma experiência profissional deveras importante. Sendo esta uma terapia inovadora na instituição, foi-me dada total autonomia na organização e realização do meu trabalho, gerindo-o da melhor forma possível tendo em conta as dinâmicas da instituição. Por conseguinte, esta autonomia permitiu o desenvolvimento das minhas competências ao nível da tomada de decisão e do aumento da responsabilidade perante a instituição e as grávidas que faziam parte deste estágio.

Este estágio deu-me a oportunidade de vivenciar uma primeira experiência como musicoterapeuta com o grupo alvo ao qual desejei trabalhar. O facto de estar grávida criou desde logo uma empatia com as gestantes que participaram no estágio. Foi igualmente benéfico passar pelo processo da gestação, vivenciar as diversas e significativas transformações que ocorrem na gravidez permitindo compreender e assimilar toda a parte teórica e prática deste processo.

Esta experiência permitiu-me não só aplicar na prática as aprendizagens adquiridas, como ainda enriquecer os meus conhecimentos. Saliento, ainda, que as pesquisas bibliográficas e a revisão da literatura permitiram uma maior e melhor compreensão das diversas utilidades da musicoterapia no período gestacional. Contudo, esta transposição do contexto teórico para a prática clínica foi desafiante e, por vezes, difícil. Embora tenha abraçado este desafio de forma responsável e profissional surgiram momentos de dúvidas,

principalmente com as gestantes oriundas da psiquiatria. A inexperiência de trabalhar com este tipo de população deixou-me, por vezes com receio de errar nas atividades propostas. Porém, os receios e as dúvidas aos pouco foram-se dissipando, com a ajuda e sugestões dadas pela supervisora de estágio. Outro aspecto importante neste meu crescimento como musicoterapeuta refere-se à visualização das sessões, estas permitiram ganhar consciência de situações em que podia ter sido mais contingente, visualizar as minhas atitudes perante diversas situações ajudaram neste meu crescimento.

Contudo, após esta experiência sinto ainda mais vontade de explorar esta área, como também a área do pós-parto e a área da neonatologia.

Termino esta reflexão com uma citação do musicoterapeuta Kenneth Bruscia que me acompanhou durante todo este estágio.

“In music therapy, clients are motivated by the sheer joy of making and listening to music. Music is such a pleasurable and rewarding activity that it motivates both therapist and client to reach beyond their limits, to explore new horizons, to find new resources, to take new risks, and to try out new ways of being in the world. Beyond that, the transcendent beauty of music leads us into those wonderful peak experiences that reaffirm the beauty of life” (Bruscia, 2014:87).

## Referências

- Alarcão, M., Relvas, A. P., & Sá, E. (2004). A complementaridade das interações mãe-bebé. In E. Sá (Eds.), *A maternidade e o bebé* (2<sup>nd</sup> ed., pp 32-42). Lisboa: Fim de Século.
- Austin, D. (2001). In search of the self: the use of vocal holding techniques with adults traumatized as children. *Music Therapy Perspectives*, 19(1), 22–30. doi:10.1093/mtp/19.1.22
- Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Songwriting: methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Bayle, F. C. (2006). *À volta do nascimento* (1<sup>st</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bayle, F. C., & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade* (1<sup>st</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Benenzon, R. (2008). *La nueva musicoterapia* (2<sup>nd</sup> ed.). Buenos Aires: Lumen.
- Brandão, T., Brites, R., Pires, M., Hipólito, J., & Nunes, O. (2019). Anxiety, depression, dyadic adjustment, and attachment to the fetus in pregnancy: actor-partner interdependence mediation analysis. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 294-303. doi: 10.1037/fam0000513
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (1991). *Case studies in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia, métodos y prácticas*. Espanha: Pax México.

- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3<sup>rd</sup> ed.). University Park: Barcelona Publishers.
- Camarneiro, A., & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal (contributos para a adaptação da maternal and paternal antenatal attachment scale em casais durante o 2<sup>o</sup> trimestre de gravidez, na região centro de Portugal). *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7–22.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (2<sup>nd</sup> ed.). Coimbra: Quarteto.
- Carolan, M., Barry, M., Gamble, M., Turner, K., & Mascareñas, O. (2012). Experiences of pregnant women attending a lullaby programme in limerick, Ireland: a qualitative study. *Midwifery*, 28 (3), 321–328. doi:10.1016/j.midw.2011.04.009
- Carolan, M., Barry, M., Gamble, M., Turner, K., & Mascareñas, O. (2012a). The limerick lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. *Midwifery*, 28(2), 173–180. doi:10.1016/j.midw.2010.12.006
- Carvalho, M. E. S. (2019). *No olhar da voz materna: a musicoterapia, o feto e o bebé*. Climepsi Editores.
- Chang, M.-Y., Chen, C.-H., & Huang, K.-F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2580–2587. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02064.x
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197–209.

- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(36),41-49.
- Cunha, R. (2016). Uma perspectiva da atividade musical em grupo: musicoterapia social e comunitária. *Cuadernos de Música, Artes Visuales y Artes Escénicas*. 11 (2). 239-251.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167–183. doi:10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x
- Correia, M. J. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 49–60). Lisboa: Fim de Século.
- Dileo, C. (2013). A proposed model for identifying practices: a content analysis of the first 4 years of music and medicine. *Music and Medicine*, 5(2), 110–118. doi:10.1177/1943862113481064
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez e baixo risco*. Retrieved from <http://www.saude-reprodutiva.dgs.pt>
- Edwards, J. (2011). The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 190–195. doi:10.1016/j.aip.2011.05.002
- Erikson, E. H. (1976). *Infância e sociedade* (2<sup>nd</sup> ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Ettenberger, M., & Ardila, Y. M. B. (2018). Music therapy song writing with mothers of preterm babies in the neonatal intensive care unit (NICU) – a mixed-methods pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 42-52. doi:10.1016/j.aip.2018.03.001
- Fancourt, D., & Perkins, R. (2017). Maternal engagement with music up to nine months post-birth: findings from a cross-sectional study in England. *Psychology of Music*, 46(2), 238–251. doi:10.1177/0305735617705720

- Federico, G. (2013). *Viaje musical por el embarazo*. Buenos Aires: Kier.
- Federico, G. (2016). *Viatge musical per l'embaràs musicoterapia prenatal*. Tenerife: OB Stare.
- Feliciano, F. (2007). *Método canguru: o prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro*. Coimbra: Almedina.
- Filippa, M., Devouche, E., Arioni, C., Imberty, M., & Gratier, M. (2013). Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants. *Acta Paediatrica*, 102(10), 1017–1020. doi:10.1111/apa.12356
- Gomez, R., & Leal, I. (2007). Vinculação parental durante a gravidez: versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 153–165.
- Graça, L. M. da. (2010). *Medicina materno-fetal* (4<sup>th</sup> ed.). Lisboa: Lidel.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2006). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7<sup>th</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Knuppel, R. A., & Drukker, J. E. (1996). *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (2<sup>nd</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Marques, C. F., Zanella, E. C., Leal, C. R., & Merey, L. F. (2013). Influência da música e do relaxamento na ansiedade de mães de recém-nascidos internados na unidade intermediária neonatal. *Fisioterapia Brasil*, 14(3), 198–203.
- Matoso, L. M. L., & Oliveira, A. M. B. (2017). O efeito da música na saúde humana: base e evidências científicas. *Ciência & Desenvolvimento - Revista Eletrônica da FAINOR*, 10(2), 76-98.

- McKinney, C. H. (1990). Music therapy in obstetrics: a review. *Music Therapy Perspectives*, 8(1), 57–60. doi:10.1093/mtp/8.1.57
- Melo, L. & Lima, M. (2000). Women in second and third trimester of pregnancy: psychological changes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(1), 81–86.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.
- Milford, J. (1992). Music and medicine future directions for music therapy?. *Australian Journal of Music Therapy*, 3, 27–36.
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2018). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Pedreira, M., & Leal, I. (2015). Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 254–266. doi:10.15309/15psd160210
- Pieta, M., & Gomes, W. (2017). Impacto da relação terapêutica na efetividade do tratamento: o que dizem as metanálises? *Contextos Clínicos*, 10(1), 130–143. doi:10.4013/ctc.2017.101.10
- Pinto, A. (2001). *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sá, E., & Dias, M. C. (2004). A vida emocional do feto. In E. Sá (Eds.), *A maternidade e o bebé* (2<sup>th</sup> ed., pp.72-82). Lisboa: Fim de Século.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17–29.
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa - relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 2(1), 18-23. doi: doi.org/10.25752/psi.6071

- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira [SESARAM] (2019). Retrieved November 11, 2019, from <http://www.sesaram.pt>
- Shultis, C., & Gallagher, L. (2017). Medical music therapy for adults. In B. Wheeler (Eds.), *Music therapy handbook* (pp. 441–453). New York, London: The Guilford Press.
- Silva, D. (2003). O inventário de estado-traco de ansiedade - S.T.A.I. In M. Goncalves, M. Simoes, L. Almeida & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 45-60). Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6<sup>th</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Standley, J. M. (1986). Music research in medical/dental treatment: meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy*, 23(2), 56–122. doi:10.1093/jmt/23.2.56
- Standley, J. M. (2001). Music therapy for the neonate. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1 (4), 211-216. doi: org/10.1053/nbin.2001.28099
- Wagner, G. (2008). El musicoterapeuta y la musicoterapia. In R. Benenzon (Eds.), *La nueva musicoterapia* (2<sup>nd</sup> ed., pp.221-287). Buenos Aires: Lumen.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2005). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. Espanha: AgrupArte.

---

## **APÊNDICES**

## LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Tabela com a amostra demográfica das clientes do internamento de obstetrícia que participaram na intervenção em musicoterapia
- Apêndice B** - Questionário sócio-demográfico
- Apêndice C** - Canção: *Maravilhas fez em Ti*
- Apêndice D** - Canção: *Pedro Henrique*
- Apêndice E** - Canção: *Sara*
- Apêndice F** - Canção: *Meu coração está em festa*
- Apêndice G** - Canção: *Sorriso*
- Apêndice H** - Canção: *Meu pequeno Amor*

## **APÊNDICE A**

---

Tabela com a amostra demográfica das clientes do internamento de obstetrícia que participaram na intervenção em musicoterapia

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>IG (semanas)</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tempo de permanência no internamento</b>
1	36	30	Contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
2	38	32	Atraso no crescimento	Três semanas
3	25	19	Partiu a tíbia; perda de líquido amniótico	1 mês
4	30	33	Falta de líquido amniótico	2 semanas
5	34	32	Gravidez gemelar/ contrações antes da DPP	12 dias
6	39	38	Hipertensão; contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
7	26	37	Rutura prematura de membranas	12 dias
8	18	33	Contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
9	37	34	Atraso no crescimento	Três semanas
10	32	30	Contrações antes da DPP	10 dias
11	30	32	Contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
12	41	37	Tensão alta	Inferior a uma semana

13	40	37	Contrações antes da DPP	Duas semanas
14	19	33	Contrações antes da DPP	Duas semanas
15	43	34	Atraso no crescimento	10 dias
16	37	33	Contrações antes da DPP	Três semanas
17	38	36	Contrações antes da DPP	Duas semanas
18	27	37	Contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
19	29	37	Contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
20	23	35	Falta de líquido amniótico	Inferior a uma semana
21	20	33	Contrações antes da DPP	10 dias
22	38	36	Hipertensão + contrações antes da DPP	12 dias
23	26	30	Contrações antes da DPP	Inferior a uma semana
24	39	34	Atraso no crescimento	3 semanas
25	24	36	Contrações antes da DPP	12 dias

**APÊNDICE B**

---

Questionário sócio-demográfico

## Parte I

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Por ser fundamental uma boa interpretação das suas respostas, pedimos a sua especial atenção para as instruções de preenchimento, abaixo descritas:

- Preencha o questionário seleccionando a resposta, de entre as opções disponíveis, que melhor caracteriza a sua situação ou opinião.
- Em regra, deve escolher apenas uma de entre as várias opções de resposta que lhe são dadas. Sempre que a pergunta permitir que especifique ou desenvolva a sua resposta, terá instruções nesse sentido.
- Responda a todas as questões, pois só assim será possível considerar a sua resposta para tratamento dos dados.

Funchal, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

1- Nome: \_\_\_\_\_

2- Idade: \_\_\_\_\_

#### 3- Habilitações Literárias

- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Curso Superior

#### 4- Estado civil:

- Casada
- Solteira
- União de facto
- Viúva
- Divorciada

#### 5- Nacionalidade:

- Portuguesa
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

6- Naturalidade: \_\_\_\_\_

7- Profissão: \_\_\_\_\_

## Parte II

1- Idade gestacional: \_\_\_\_\_semanas.

2- Data prevista do parto: \_\_\_\_\_

3- Foi uma gravidez planeada?

Sim

Não

4- É a sua primeira gravidez?

Sim

Não

5- Se não, qual o número de gravidezes anteriores? \_\_\_\_\_

6- Alguma vez abortou?

Sim

Não

7- Dados relativos à gravidez?

Saudável

Risco

Complicada

Descreva de que forma decorre a sua gravidez: \_\_\_\_\_

---

8- Vive com o pai do bebé?

Sim

Não

9- Do seu ponto de vista, antes de estar grávida era uma pessoa ansiosa?

Sim

Não

**10- Se sim, fazia algum tipo de medicação ansiolítica?**

Sim

Não

**11- Sente que houve alterações emocionais ao saber da sua gravidez?**

Sim

Não

**12- Se sim, quais?**

---

---

**APÊNDICE C**

---

Canção: *Maravilhas fez em Ti*

## Maravilhas fez em Ti

A  
E D E F#- C#-  
7 D E F#- C#- D E F#-  
14 C#- D (E) 1. A 2. A A E  
22 D E F#- C#- D E F#- C#-  
30 D E F#- C#- D (E) A

Maravilhas fez em Ti  
Nossa'alma canta de gozo  
Pois na tua pequenez  
Se detiveram seus olhos  
E o Santo e Poderoso  
Espera hoje o nosso sim  
Nossa alma canta de gozo  
Maravilhas fez em ti

Maravilhas fez em Ti  
Pr'a Clara vai nosso canto  
O Senhor Te amou  
Mais que aos lírios do campo  
E por seu Espirito Santo  
Ele habita hoje em mim  
Que não pare nunca este canto  
Maravilhas fez em Ti

**APÊNDICE D**

---

Canção: *Pedro Henrique*

## Pedro Henrique

The image shows a musical score for the song 'Pedro Henrique'. It consists of five staves of music in G major (one sharp) and 4/4 time. The first four staves contain a melodic line with various rhythmic patterns, including eighth and sixteenth notes, and rests. The fifth staff is a bass line consisting of whole notes. Chord symbols are placed above the notes: A, D, A, E, F#m, D, A, E, A, E, F#m, D, A, E, F#m, D, E, D, A, E, A, D, A, E, A.

Oh, Pedro Henrique  
Tu foste a minha maior alegria  
Chegaste já estava quase sem forças  
Ai ai ai...  
Contigo dentro de mim eu renasci  
Tu cuidas de mim  
Eu cuido de ti  
Amor do meu coração  
Ai ai ai...

Ah,  
Tu que tens esse abraço casa  
Se decidires bater asa  
Leva-me contigo p'ra passear  
Eu juro que afeto e paz não te irão faltar

Ah,  
Tu que tens esse abraço casa  
Se decidires bater asa  
Leva-me contigo p'ra passear  
Eu juro que afeto e paz não te irão faltar

---

**APÊNDICE E**

Canção: *Sara*

## Sara

The musical score is written in 2/4 time and consists of five staves. The first staff (measures 1-12) has chords: C, Em, G, C, C, Em, G, C, C, C, Em. The second staff (measures 13-27) has chords: G, C, C, Em, G, C, C, C. The third staff (measures 28-41) has chords: Em, F, G, C, Em, F, G. The fourth staff (measures 42-50) has chords: C, Em, F, G, C. The fifth staff (measures 51-58) has chords: Em, F, G, C.

Eu te amo oh Sara  
Minha querida filha amada  
Tu és luz e alegria  
Minha filha pequenina

Tu és tudo para mim  
Meu anjo meu amor  
O papá e a mana  
Também já te amam

Vocês são meu tesouro  
Pérola e diamante  
Sara és a filha mais linda  
Nossa rainha te amamos tanto

Vocês são meu tesouro  
Pérola e diamante  
Sara és a filha mais linda  
Nossa rainha te amamos tanto

**APÊNDICE F**

---

Canção: *Meu coração está em festa*

## Meu coração está em festa

D A D F#m A D A G A D G A  
9 D A D F#m A D A G A D G A  
17 D A D F#m A D A G A D G A D  
26 A D F#m A D A G A D G A A D  
35 A A D A D A E A  
44 A D A A D  
51 A D A E A

Meu coração está em festa  
Quando penso em ti  
Eu fico até sem jeito  
Imaginando o teu rosto

Passo a noite a pensar  
Como você está  
Já te adoro por inteiro  
Mesmo sem conhecer-te

Já preparei o teu quarto  
Contei para todo mundo  
Que dentro de mim tem um ser  
Que quero muito ver

Já sei de cor a canção  
Vamos cantar para ti  
Eu e o pai e o mano  
Gostamos muito de ti

Gustavo meu querido  
Tu serás bem-vindo  
A esta casa e a este lar  
Esperamos todos já por ti Oh Oh Oh

---

**APÊNDICE G**  
Canção: *Sorriso*

# Sorriso

The musical score is written in 4/4 time and consists of five staves. The key signature has one flat (Bb). The chords and their positions are as follows:

- Staff 1: F (measures 1-2), Gm (measures 3-4), Am (measures 5-6), Cm F (measures 7-8), Bb Gm (measures 9-10)
- Staff 2: F (measures 11-12), Dm G (measures 13-14), Gm C (measures 15-16), F (measures 17-18), Gm (measures 19-20)
- Staff 3: F (measures 21-22), Am Dm Cm F (measures 23-24), Bb A (measures 25-26), Dm G (measures 27-28), Gm C (measures 29-30)
- Staff 4: F (measures 31-32), F (measures 33-34), Gm (measures 35-36), C (measures 37-38)
- Staff 5: F (measures 39-40), Gm C (measures 41-42), F (measures 43-44)

Sorriu, quando penso em ti  
E quando te moves dentro de mim  
Sim, é verdade que tenho medo  
Acredito, que tudo irá correr bem

Sorriu, quando penso em ti  
Brincando com o pai, a festa que será  
Corridas e muitas gargalhadas haverão  
A festa que será cá em casa  
Sorriu, pois serás a nossa luz

La la la la la, la la la la la  
La la la la la la  
La la la la la, la la la la la  
La la la la la la  
La

**APÊNDICE H**

---

Canção: *Meu pequeno Amor*

## Meu pequeno Amor

C            G

O papá e a mamã

C

Já a muito

G

Que esperamos por ti

C                    G

Vem depressa, vem depressa

F            G            C

Meu pequeno amor

G

Estou desejando de te ter

C

A sorrir nos nossos braços

G

Estou ansiosa por te conhecer

F                    G            C

Vamos passear, brincar e sorrir

**ANEXOS**

---

## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A** - Tabela de Goodwin Modificada
- Anexo B** - Escala de Vinculação Pré-Natal Materna - EVPNM
- Anexo C** - Consentimento informado de gravação de vídeo
- Anexo D** - Registo da sessão individual
- Anexo E** - Questionário de auto avaliação STAI – Estudo de Caso I - Maria
- Anexo F** - Ficha de identidade sonoro-musical – Estudo de Caso I - Maria
- Anexo G** - Questionário de auto avaliação STAI – Estudo de Caso II - Carla
- Anexo H** - Ficha de identidade sonoro-musical – Estudo de Caso II - Carla

**ANEXO A**

---

Tabela de Goodwin Modificada

Tabela de Goodwin Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2015)

<b>História reprodutiva</b>		<b>Índice</b>		
Idade	$\leq 17 > 40$	= 3		
	18-29	= 0		
	30-39	= 1		
Paridade	0	= 1		
	1-4	= 0		
	$\geq 5$	= 3		
<b>História obstétrica anterior</b>				
Aborto habitual $\geq$ (3 consecutivos)		= 1		
Infertilidade		= 1		
Hemorragia pós-parto/dequitação manual		= 1		
RN $\geq$ 4000 g		= 1		
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia		= 1		
Cesariana anterior		= 2		
Feto morto/morte neonatal		= 3		
Trabalho de parto prolongado ou difícil		= 1		
<b>Patologia associada</b>				
Cirurgia ginecológica anterior		= 1		
Doença renal crónica		= 2		
Diabetes gestacional		= 1		
Diabetes <i>mellitus</i>		= 3		
Doença cardíaca		= 3		
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)				
Índice de acordo com a gravidade		(1 a 3)		
<b>Gravidez atual</b>			<b>1.<sup>a</sup></b>	<b>36.<sup>a</sup></b>
			<b>Visita</b>	<b>Semana</b>

---

Hemorragias $\leq$ 20 semanas	= 1
Hemorragias $>$ 20 semanas	= 3
Anemia ( $\leq$ 10 g)	= 1
Gravidez prolongada $\geq$ 42 semanas	= 1
Hipertensão	= 2
Rutura prematura de membranas	= 2
Hidrâmnios	= 2
Restrição de crescimento intrauterino (RCIU)	= 3
Apresentação pélvica	= 3
IsoimunizaçãoRh	= 3
<b>Baixo risco 0 – 2/ Médio risco 3 – 6/ Alto risco <math>\geq</math> 7</b>	

---

**ANEXO B**

---

Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (EVPNM)

### Escala de Vinculação Pré-Natal Materna

(Condon, 1993; adaptação para português de Camarinho & Justo, 2007, 2010)

Estas questões são sobre os seus pensamentos e sentimentos acerca do bebé em desenvolvimento.

Por favor, assinale apenas uma resposta para cada questão.

- 1) Nas duas últimas semanas, tenho pensado no bebé que tenho dentro de mim ou tenho-me sentido preocupada com ele:
  - quase sempre
  - com muita frequência
  - frequentemente
  - ocasionalmente
  - nem por isso
  
- 2) Nas duas últimas semanas, ao falar ou ao pensar no bebé que tenho dentro de mim, tive sentimentos e emoções que foram:
  - muito fracos ou inexistentes
  - bastante fracos
  - entre fortes e fracos
  - bastante fortes
  - muito fortes
  
- 3) Nas duas últimas semanas, os meus sentimentos para com o bebé que tenho dentro de mim têm sido:
  - muito positivos
  - sobretudo positivos
  - uma mistura de positivos e de negativos
  - sobretudo negativos
  - muito negativos
  
- 4) Nas duas últimas semanas, tenho sentido o desejo de ler ou obter informação acerca do bebé em desenvolvimento. Este desejo é:
  - muito fraco ou inexistente
  - bastante fraco
  - nem forte nem fraco
  - moderadamente forte
  - muito forte

- 5) Nas duas últimas semanas, tenho tentado imaginar qual será a aparência real do bebê em desenvolvimento no meu útero:
- quase sempre
  - com muita frequência
  - frequentemente
  - ocasionalmente
  - nem por isso
- 6) Nas duas últimas semanas, eu penso no bebê em desenvolvimento, principalmente como:
- uma verdadeira pessoa pequenina com características especiais
  - um bebê como qualquer outro bebê
  - um ser humano
  - uma coisa viva
  - uma coisa ainda não completamente viva
- 7) Nas duas últimas semanas, senti que o bebê que está dentro do meu útero, depende de mim para o seu bem estar:
- totalmente
  - em grande parte
  - moderadamente
  - ligeiramente
  - nem por isso
- 8) Nas duas últimas semanas, dei por mim a falar para o meu bebê quando estou sozinha:
- nem por isso
  - de vez em quando
  - frequentemente
  - com muita frequência
  - quase sempre quando estou sozinha
- 9) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê que tenho dentro de mim ou falo para ele, os meus pensamentos:
- são sempre ternos e carinhosos
  - são principalmente ternos e carinhosos
  - são uma mistura de ternura e irritação
  - contêm uma certa dose de irritação
  - contêm muita irritação

10) A imagem que eu tenho da aparência do bebê dentro do meu útero, neste momento é:

- muito clara
- bastante clara
- bastante vaga
- muito vaga
- não faço a mínima ideia

11) Nas duas últimas semanas, quando penso no bebê que trago no meu ventre, os meus sentimentos são:

- muito tristes
- moderadamente tristes
- uma mistura de felicidade e tristeza
- moderadamente felizes
- muito felizes

12) Algumas mulheres grávidas, às vezes, ficam tão irritadas com o bebê que trazem no seu ventre que sentem como se tivessem vontade de magoá-lo ou castigá-lo:

- eu não consigo imaginar que alguma vez pudesse sentir-me assim
- eu posso imaginar que por vezes poderia sentir-me assim, mas na verdade eu nunca senti isso
- eu própria me senti assim uma ou duas vezes
- eu própria me senti assim ocasionalmente
- eu própria me senti assim muitas vezes

13) Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido:

- emocionalmente muito distante do meu bebê
- emocionalmente um pouco distante do meu bebê
- emocionalmente não muito próxima do meu bebê
- emocionalmente bastante próxima do meu bebê
- emocionalmente muito próxima do meu bebê

14) Nas duas últimas semanas, tive cuidado com aquilo que comi para me certificar que o bebê recebe uma boa dieta:

- de forma alguma
- uma ou duas vezes quando comia
- ocasionalmente quando comia
- bastante frequentemente quando comia
- sempre que comia

15) Quando vir o meu bebé pela primeira vez depois de nascer, espero sentir:

- um afecto intenso
- principalmente afecto
- desagrado perante um ou dois aspectos do bebé
- desagrado acerca de vários aspectos do bebé
- sobretudo desagrado

16) Quando o meu bebé nascer, eu gostaria de pegar nele:

- imediatamente
- depois de ter sido embrulhado numa manta
- depois de ter sido lavado
- umas horas mais tarde para as coisas acalmarem
- no dia seguinte

17) Nas duas últimas semanas, tenho sonhado com a gravidez ou com o bebé:

- nem por isso
- ocasionalmente
- frequentemente
- muito frequentemente
- quase todas as noites

18) Nas duas últimas semanas, dei por mim a sentir ou a acariciar com a mão a minha barriga no sítio onde o bebé se encontra:

- muitas vezes ao dia
- pelo menos uma vez por dia
- ocasionalmente
- apenas uma vez
- nem por isso

19) Se a gravidez se perdesse neste momento (espontaneamente ou devido a qualquer acidente) sem disso resultar dor ou lesão para mim, penso que iria sentir-me:

- muito satisfeita
- moderadamente satisfeita
- neutra (nem triste nem satisfeita, ou mistura de sentimentos)
- moderadamente triste
- muito triste

**ANEXO C**

---

Consentimento informado de gravação de vídeo

**Formulário de consentimento informado para gravação em vídeo de sessões de  
Musicoterapia**

Funchal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Exmo. (ª) Sr. (ª)

O Hospital Drº Nélio Mendonça acolhe este ano lectivo, 2018/2019 uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, que trabalham nas instalações da dita Universidade. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação audio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível à supervisora da Universidade acompanhar directamente nesta instituição o trabalho da estagiária.

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

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização da gravação das sessões que deve ser preenchida e assinada pelos responsáveis dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine essa declaração, que ficará arquivada no processo do utente.

Com os melhores cumprimentos,

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

## DECLARAÇÃO

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

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

Funchal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome Legível

**ANEXO D**

---

Registo da sessão individual

## REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Sessão nº: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

**ANEXO E**

---

Questionário de auto avaliação STAI – Estudo de Caso I - Maria

## Questionário de Auto-Avaliação

### STAI - Y1

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003)

Data: 5/11/2019

Nome: Maria

**Instruções:** Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente agora, isto é, neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que, melhor parece descrever como se sente agora.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/> ④
3. Sinto-me tenso	①	<input checked="" type="checkbox"/> ②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
6. Sinto-me irritado	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
7. Presentemente estou preocupado com coisas más que possam acontecer	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/> ④
9. Sinto-me assustado	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
11. Sinto-me confiante comigo próprio	①	<input checked="" type="checkbox"/> ②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
13. Sinto-me agitado	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
14. Estou indeciso	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/> ④
16. Sinto-me contente	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
17. Estou preocupado	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
18. Sinto-me confuso	<input checked="" type="checkbox"/> ①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	<input checked="" type="checkbox"/> ③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	<input checked="" type="checkbox"/> ④

**ANEXO F**

---

Ficha de identidade sonoro-musical – Estudo de Caso I - Maria

FICHA DE AVALIAÇÃO DA IDENTIDADE SONORO-MUSICAL

Nome: Maria Idade: 35 anos  
Naturalidade: Funchal Nacionalidade: Portuguesa  
Hab Académicas: Licenciatura Profissão: Professora  
Hab Musicais: 5º grau do conservatório - canto

A- Atitudes e Comportamentos Musicais

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

B- Preferências e Rejeições Musicais

- Tenho preferência pelos seguintes instrumentos musicais:

Piano, guitarra e bandolim

4 - Toco os seguintes instrumentos musicais:

Voz

5 - tenho preferência pelos seguintes géneros musicais:

Ópera, musicais, cantos religiosos

6 - Os instrumentos musicais que menos gosto ou rejeito:

Nenhum

7- Os géneros musicais que menos gosto ou rejeito:

Limba

8 - Os sons não musicais que mais aprecio:

Natureza, Mar

---

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

Sirenes

---

C- Vivência da Música e do Silêncio

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

Relaxar ; arrumar a casa ; cozinhar ; no carro

---

11- Gosto de estar em silêncio

- sim ✓
- ocasionalmente
- não

12- Tolero bem ambientes com ruído

- sim
- às vezes ✓
- não

D- Recordações Musicais

12- Recordações sonoro-musicais da minha infância:

Buêniê , Roberto Carlos

---

13- Recordações sonoro-musicais da minha adolescência

Jota Quest ; Sekou nautas

---

14- Outras observações pertinentes:

---

**ANEXO G**

---

Questionário de auto avaliação STAI – Estudo de Caso II - Carla

## Questionário de Auto-Avaliação

### STAI - Y1

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983; versão portuguesa Silva, 2003)

Data: Paula

Nome: 3/12/2019

**Instruções:** Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente agora, isto é, neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que, melhor parece descrever como se sente agora.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	<del>③</del>	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	<del>④</del>
3. Sinto-me tenso	①	<del>②</del>	③	④
4. Sinto-me sob pressão	<del>①</del>	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	<del>③</del>	④
6. Sinto-me irritado	<del>①</del>	②	③	④
7. Presentemente estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	<del>③</del>	④
8. Sinto-me satisfeito	①	<del>②</del>	③	④
9. Sinto-me assustado	<del>①</del>	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	<del>②</del>	③	④
11. Sinto-me confiante comigo próprio	①	<del>②</del>	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	<del>②</del>	③	④
13. Sinto-me agitado	<del>①</del>	②	③	④
14. Estou indeciso	<del>①</del>	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	<del>③</del>	④
16. Sinto-me contente	①	②	<del>③</del>	④
17. Estou preocupado	①	<del>②</del>	③	④
18. Sinto-me confuso	<del>①</del>	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	<del>②</del>	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	<del>③</del>	④

**ANEXO H**

---

Ficha de identidade sonoro-musical – Estudo de Caso II - Carla

FICHA DE AVALIAÇÃO DA IDENTIDADE SONORO-MUSICAL

Nome: Carla Idade: 24

Naturalidade: Funchal Nacionalidade: Portuguesa

Hab Académicas: Curso Secundário Profissão: Cotureira

Hab Musicais: Só no 5º e 6º ano de escolaridade é que tive contacto com a música

A- Atitudes e Comportamentos Musicais

- 1- Escuto música
- frequentemente ✓
  - ocasionalmente
  - quase nunca

- 2- Gosto de cantar
- frequentemente
  - ocasionalmente ✓
  - nunca ou quase nunca

- 3- Gosto de dançar
- frequentemente
  - ocasionalmente
  - nunca ou quase nunca ✓

B- Preferências e Rejeições Musicais

- Tenho preferência pelos seguintes instrumentos musicais:

Viola

4 - Toco os seguintes instrumentos musicais:

Nenhum

5 - tenho preferência pelos seguintes géneros musicais:

Kizomba, música eletrónica, funk, música romântica

6 - Os instrumentos musicais que menos gosto ou rejeito:

Gaita de foles

7 - Os géneros musicais que menos gosto ou rejeito:

Música pimba

8 - Os sons não musicais que mais aprecio:

O Mar

---

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

Borulho do trânsito

---

C- Vivência da Música e do Silêncio

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

Para relaxar ; companhia nas tarefas domésticas:

---

11- Gosto de estar em silêncio

- sim

- ocasionalmente

- não

12- Tolero bem ambientes com ruído

- sim

- às vezes

- não

D- Recordações Musicais

12- Recordações sonoro-musicais da minha infância:

Batatoon

---

13- Recordações sonoro-musicais da minha adolescência

Anjos, Shakira, Rihanna, Tíste

---

14- Outras observações pertinentes:

---