



Universidades Lusíada

Costa, Diana da Conceição, 1995-

Uma presença até ao fim : musicoterapia em cuidados paliativos

<http://hdl.handle.net/11067/6362>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>O presente documento constitui o relatório do estágio realizado no âmbito da unidade curricular de Seminário de Estágio/Relatório de Estágio, do 2º ano do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio teve a duração de oito meses e decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, sobretudo na unidade de cuidados paliativos. Durante o estágio, trinta e cinco utentes usufruíram de musicoterapia em setting individual, dos quais trinta e dois inte...</p> <p>The present document is about the report of the internship carried out in the scope of the course unit Internship Seminar/Internship Report of the 2nd year of the Master's Degree in Music Therapy of the Lusíada University of Lisbon. This internship lasted eight months and took place at IPO Coimbra, mainly in the palliative care unit. During the internship, thirty-five patients benefited from music therapy in individual settings, thirty-two of whom were in the palliative care unit. Throughout th...</p>
Palavras Chave	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (Portugal) Ensino e estudo (Estágio), Cancro - Cuidados paliativos, Dor oncológica, Musicoterapia - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-12-26T22:43:34Z com informação proveniente do Repositório



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

**Uma presença até ao fim:
musicoterapia em cuidados paliativos**

Realizado por:
Diana da Conceição da Costa

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

Orientado por:
Dr.^a Maria Piedade Leão

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 14 de junho de 2022

Lisboa

2022



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

**Uma presença até ao fim:
musicoterapia em cuidados paliativos**

Diana da Conceição da Costa

Lisboa

maio 2022



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

**Uma presença até ao fim:
musicoterapia em cuidados paliativos**

Diana da Conceição da Costa

Lisboa

maio 2022

Diana da Conceição da Costa

Uma presença até ao fim: musicoterapia em cuidados paliativos

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Maria Piedade Leão

Lisboa

maio 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Diana da Conceição da Costa
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Maria Piedade Leão
Título Uma presença até ao fim: musicoterapia em cuidados paliativos
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

COSTA, Diana da Conceição da, 1995-

Uma presença até ao fim : musicoterapia em cuidados paliativos / Diana da Conceição da Costa ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Maria Piedade Leão. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - LEÃO, Maria Piedade, 1978-

LCSH

1. Cancro - Cuidados paliativos
2. Dor oncológica
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Cancer - Palliative treatment

2. Cancer pain

3. Music therapy - Practice

4. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.C67 2022

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa, há agradecimentos que não podem ficar por fazer e que se estendem a todo o percurso do mestrado.

Aos meus pais, pelo apoio e por acreditarem nas minhas capacidades, principalmente quando eu tenho mais dificuldade em acreditar;

À Ana, pelo exemplo que é enquanto musicoterapeuta, por aquilo que me acrescentou durante este percurso e por todas as experiências musicais que partilhámos;

À professora Teresa Leite, pela supervisão, mas, sobretudo, pela inspiração que é como musicoterapeuta, professora e mulher;

Aos meus colegas de turma, pelo companheirismo e pelo espírito de entreajuda constante;

Ao IPO de Coimbra, em particular à direção, à equipa de apoio psicossocial e à equipa de cuidados paliativos, pelo bom acolhimento, pela curiosidade e pela disponibilidade para acolher a musicoterapia;

A todos os meus amigos que souberam desde cedo e que confirmam, hoje, que a musicoterapia faz todo o sentido na minha vida.

Resumo

O presente documento constitui o relatório do estágio realizado no âmbito da unidade curricular de Seminário de Estágio/Relatório de Estágio, do 2º ano do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio teve a duração de oito meses e decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, sobretudo na unidade de cuidados paliativos.

Durante o estágio, trinta e cinco utentes usufruíram de musicoterapia em *setting* individual, dos quais trinta e dois integravam a unidade de cuidados paliativos. Ao longo do presente documento, serão apresentados, em maior detalhe, dois estudos de caso referentes a duas utentes internadas nesta unidade, uma que veio a revelar-se em situação de fim de vida iminente e outra não.

Tratando-se de um estágio inaugural na instituição, mostrou-se importante perceber a perceção que a equipa prestadora de cuidados ia tendo da influência da musicoterapia nos utentes que beneficiavam desta intervenção, nomeadamente nas dimensões que diziam respeito ao conforto físico, ao significado pessoal e ao suporte emocional e/ou espiritual. De um modo geral, verificou-se que as equipas de saúde reconheceram o benefício da musicoterapia na intervenção direta com utentes internados em cuidados paliativos (em situação de fim de vida ou não), não só pelo preenchimento de um instrumento de avaliação construído com essa finalidade, mas pelo feedback manifestado à estagiária por via direta ou indireta. Nestes relatos de cariz mais informal, inserem-se também algumas famílias que foram manifestando satisfação, alento e conforto pela intervenção que fora dirigida ao seu familiar enquanto este se encontrava internado.

Palavras-chave: musicoterapia; oncologia; cuidados paliativos; fim de vida.

Abstract

The present document is about the report of the internship carried out in the scope of the course unit Internship Seminar/Internship Report of the 2nd year of the Master's Degree in Music Therapy of the Lusíada University of Lisbon. This internship lasted eight months and took place at IPO Coimbra, mainly in the palliative care unit.

During the internship, thirty-five patients benefited from music therapy in individual settings, thirty-two of whom were in the palliative care unit. Throughout this document, two case studies will be presented, in greater detail, referring to two patients hospitalized in this unit, one who turned out to be in an imminent end-of-life situation and the other not.

As this was an initial internship at the institution, it was important to understand the perception that the care team had about the influence of music therapy on the users who benefited from this intervention, namely in the dimensions related to physical comfort, personal meaning, and emotional and/or spiritual support. In general, it was verified that the health teams recognized the benefit of music therapy in the direct intervention with inpatients in palliative care (in an end-of-life situation or not), not only by filling out an evaluation instrument built for this purpose, but also by the feedback manifested to the trainee through direct or indirect means. These more informal reports also included some families who expressed satisfaction, encouragement and comfort through the intervention that had been directed to their family member while he was hospitalized.

Keywords: music therapy; oncology; palliative care; end-of-life.

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Intervenções de Curta Duração</i>	32
Tabela 2. <i>Intervenções Mais Prolongadas</i>	33
Tabela 3. <i>Plano Terapêutico da Olga</i>	44
Tabela 4. <i>Plano Terapêutico da Teresa</i>	54

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AVD's - Atividades de vida diárias
- CF - Conforto físico
- EAPS - Equipa de apoio psicossocial
- IPOCFG - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil
- p.ex. - Por exemplo
- PAINAD - Pain Assessment Advanced Dementia
- SE/E - Suporte emocional/espiritual
- SF - Significado para a família
- SP - Significado pessoal
- UCP - Unidade de cuidados paliativos
- UOM - Unidade de oncologia médica
- UTD - Unidade de tratamento da dor

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XIII
Sumário	XV
Introdução	1
Caracterização da Instituição	5
Caracterização da População-alvo	7
Enquadramento Teórico.....	9
A Doença Oncológica	9
A Pessoa com Doença Oncológica.....	9
A Dor Oncológica	10
Fisiopatologia da Dor Oncológica.....	11
A Pessoa com Dor Oncológica.....	12
Os Cuidados Paliativos.....	13
A Pessoa em Situação de Fim de Vida	14
A Família da Pessoa em Fim de Vida.....	16
O Impacto nos Profissionais de Saúde	17
A Musicoterapia em Setting Hospitalar	17
A Musicoterapia em Oncologia.....	18
A Musicoterapia dirigida à Pessoa com Dor Oncológica	20
A Musicoterapia dirigida à Pessoa em Situação de Fim de Vida	21
O Modelo de Dileo e Dneaster.....	23
O Princípio de ISO.....	24
O Trabalho do Musicoterapeuta.....	24
O Papel da Musicoterapia no Luto.....	25
A Musicoterapia ao Serviço das Equipas de Saúde.....	26
Objetivos do Estágio	29
Metodologia	31
Participantes	31
Instrumentos de Avaliação	34
Procedimentos	36
Agenda Semanal.....	38

Métodos e Técnicas	39
Outros Projetos	40
Estudos de Caso	41
Estudo de Caso I.....	41
Descrição Sumária do Caso	41
Avaliação Inicial e Anamnese Sonoromusical	42
Plano Terapêutico	43
Processo Terapêutico	44
Resultados e Discussão.....	47
Conclusão	49
Estudo de Caso II	50
Descrição Sumária do Caso	51
Avaliação Inicial e Anamnese Sonoromusical	52
Plano Terapêutico	53
Processo Terapêutico	54
Resultados e Discussão.....	58
Conclusão	60
Outras Intervenções Clínicas	63
Intervenções de Curta Duração	63
Caso do Nuno	64
Caso do Américo	65
Caso da Elisabete.....	66
Intervenções Mais Prolongadas.....	68
Caso da Ester	68
Caso da Fernanda.....	70
Caso do Michel.....	72
O Impacto da Intervenção Musicoterapêutica nas Famílias.....	74
Caso da Cláudia	74
Caso do Abílio	76
Caso do Joaquim.....	78
Outras Atividades.....	81
Conclusões	87
Discussão	93
Reflexão Pessoal	97
Referências.....	101
Apêndices.....	107

Lista de Apêndices.....	109
Apêndice A.....	111
Apêndice B.....	115
Apêndice C.....	119
Apêndice D.....	123
Apêndice E.....	127
Apêndice F.....	131
Apêndice G.....	137
Apêndice H.....	145
Apêndice I.....	151
Apêndice J.....	159
Anexos	165
Lista de Anexos.....	167
Anexo A	169
Anexo B.....	173
Anexo C.....	179

Introdução

A doença oncológica é considerada a segunda causa de morte a nível mundial, segundo a *World Health Organization* (WHO, 2021) e, só em Portugal, no ano de 2018, foi responsável por 24,6% das mortes desse ano (PORDATA, 2020). Por lhe estar associado muitas vezes um mau prognóstico e uma elevada mortalidade, é uma doença cujo diagnóstico vem acompanhado de uma série de implicações a nível psicológico para a pessoa, entre elas a dor, o sofrimento emocional e as incertezas em relação ao futuro, o que vem levantar questões acerca do sentido de vida e da possibilidade da morte (Cardoso *et al.*, 2009).

A dor oncológica, constitui-se como um fenómeno complexo que é simultaneamente influenciado por fatores orgânicos e psicológicos, contribuindo para maiores índices de ansiedade e depressão (Caraceni & Shkodra, 2019; Woodruff, 1997). Entre os fatores psicológicos que contribuem para a perceção de dor mais intensa está, por exemplo, a inibição ou a ambivalência da expressão emocional, pelo que, à sua expressão, está associada uma menor perceção de dor (Cardoso *et al.*, 2009; Lumley *et al.*, 2011).

Sob uma outra perspetiva, a da proximidade da morte, são reconhecidas como necessidades genéricas da pessoa em fim de vida o conforto, a qualidade de vida e a obtenção de paz (Gomes, 2010). Também os familiares da pessoa em fim de vida frequentemente precisam de ajuda para atravessar de forma saudável as fases do luto, pelo que o acompanhamento terapêutico poderá ser benéfico antes da morte do familiar e/ou posteriormente. Por outro lado, a proximidade e a frequência com que alguns profissionais de saúde lidam com a morte, faz com que sejam um grupo de risco de desenvolverem *stress* ocupacional ou síndrome de *burnout* (Halstead & Roscoe, 2002; Taets, Borba-Pinheiro, Figueiredo & Dantas, 2013), o que exige que se tenha uma atenção redobrada para com a saúde mental destes profissionais.

No que diz respeito à intervenção de musicoterapia no universo oncológico, esta pode ter um papel importante para o doente oncológico, para a família e para os profissionais que trabalham junto desta população. A musicoterapia oferece oportunidades de expressão emocional e de partilha de experiências positivas através da música, quer a pessoa seja um interveniente ativo na experiência, quer esteja a usufruir dela de forma recetiva (Stanczyk, 2011).

O amplo espectro de intervenção da musicoterapia em oncologia pode ir desde o alívio sintomático (da dor, da ansiedade, da insónia) e da promoção da expressão emocional (Low *et al.*, 2020) até à promoção do conforto e de oportunidades de resolução (de relações, de tarefas) na aproximação do fim de vida (Clements-Cortés, 2010; Krout, 2003).

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular de Seminário de Estágio, que constitui a componente prática do 2º ano do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este relatório, portanto, surgiu da necessidade de documentar e refletir acerca do papel da musicoterapia na intervenção à pessoa com doença oncológica internada em cuidados paliativos, quer esteja em situação terminal ou não.

O estágio curricular que está na base deste relatório decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil (IPOCFG), entre outubro de 2020 e junho de 2021, e a intervenção ocorreu, na sua maioria, em regime de internamento, sobretudo na unidade de cuidados paliativos (UCP), e, esporadicamente, em regime de ambulatório. É importante acrescentar que este foi o primeiro estágio de musicoterapia a acontecer naquela instituição, o que reforça a importância deste relatório para a divulgação da musicoterapia em Portugal, em particular em *setting* hospitalar e em contexto oncológico.

O presente documento encontra-se dividido em duas partes principais. A primeira consiste na contextualização teórica e formal do estágio e, por isso, inclui, pela ordem

respetiva, a caracterização da instituição, a caracterização da população-alvo, o enquadramento teórico da temática e a descrição dos objetivos do estágio. Por outro lado, a segunda parte diz respeito à componente prática, ou seja, à intervenção musicoterapêutica e às reflexões que se-lhe seguiram. Como tal, esta parte inclui, respetivamente, a descrição da metodologia, a apresentação de dois estudos de caso, a descrição de outras intervenções clínicas e de atividades não interventivas desenvolvidas ao longo do estágio, as conclusões e a discussão acerca do mesmo e, por fim, uma reflexão pessoal acerca do percurso.

Caracterização da Instituição

O IPOCFG (2022) dedica grande parte da sua missão à prestação de cuidados de saúde à população adulta com doença oncológica proveniente da área de abrangência da Administração Regional de Saúde do Centro. Além da prestação de cuidados diretos, o IPOCFG também colabora ativamente no âmbito da prevenção, da investigação e da formação, sempre no que diz respeito ao ramo da oncologia.

De entre os vários serviços que compõem a organização estrutural do IPOCFG, existem dois grandes grupos que têm influência direta na prestação de cuidados de saúde à população com doença oncológica: os serviços prestadores de cuidados e os serviços de apoio à prestação de cuidados. No âmbito do presente estágio, destacam-se a UCP, a unidade de tratamento da dor (UTD), a unidade de oncologia médica (UOM) e o hospital de dia (nos serviços prestadores de cuidados), bem como o serviço de psicologia e o serviço social (nos serviços de apoio à prestação de cuidados).

A respeito destes últimos, e na sequência de necessidades antigas da instituição, destaca-se também a equipa de apoio psicossocial (EAPS) – Programa HUMANIZA da Fundação *La Caixa* – cuja principal missão é a melhoria da qualidade da vida das pessoas com doença avançada e das suas famílias, prestando sobretudo apoio psicossocial e espiritual (presencial ou à distância); esta equipa reúne, portanto, esforços do serviço de psicologia e do serviço social, sendo constituída por três psicólogas e duas assistentes sociais.

A intervenção de musicoterapia no IPOCFG centrou-se, na sua maioria, em unidades de internamento, tendo sido a UCP a unidade com encaminhamentos mais frequentes. Esta unidade destina-se a adultos com doença oncológica que tenham sido referenciados para internamento em cuidados paliativos por necessidade de controlo sintomático, para promoção de conforto e de qualidade de vida e que, por isso, não estejam a receber tratamentos

curativos (quimioterapia ou radioterapia). A UCP, na sua estrutura, difere de outras unidades de internamento por dispor de quartos individuais ou duplos (no máximo) e por ter uma sala de estar, um espaço privilegiado para receber visitas ou para reuniões familiares em caso de necessidade. Apesar da existência deste espaço, a dificuldade de garantir a privacidade da pessoa – aliada às dificuldades de deslocação e/ou às necessidades de continuidade de cuidados – fez com que a intervenção acontecesse, maioritariamente, nos quartos dos utentes.

Além da equipa médica, da equipa de enfermagem e da equipa de auxiliares, a UCP – à semelhança de outras unidades do IPOCFG – recebe o apoio de outras valências como é o caso do serviço de psicologia, da EAPS e da capelania; consoante as necessidades clínicas da pessoa, a UCP pode receber a colaboração de especialidades médicas – como é o caso da psiquiatria – ou de outros serviços clínicos, como, por exemplo, a colaboração da UTD para o controlo sintomático da dor.

Outro aspeto que difere a UCP de outras unidades de internamento é o tempo de permanência das visitas. Nesta unidade, em condições normais, o horário das visitas estende-se ao longo de 12 horas e, inclusivamente, há a possibilidade de um acompanhante permanecer durante 24 horas. Contudo, devido à pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV2, estas não foram as condições que se verificaram durante o período de estágio. Ao invés, só eram permitidas visitas de 30 minutos, de uma pessoa (duas vezes por semana) ou de duas pessoas (uma vez por semana).

Caracterização da População-alvo

Neste estágio, o projeto de intervenção foi dirigido à população adulta com doença oncológica do IPOCFG que se encontrava internada em diferentes unidades da instituição, tendo sido a UCP a mais comum. Uma vez que a doença oncológica não escolhe idades, profissões ou estratos sociais, a população que recorre ao IPOCFG é muito diversa a este respeito. Em situações identificadas pela EAPS, foram realizadas algumas intervenções na UOM e em unidades de ambulatório, como foi o caso da UTD e do hospital de dia.

A inclusão das pessoas significativas (familiares ou amigos) na intervenção esteve mais condicionada devido à situação pandémica já referida, que reduziu significativamente a possibilidade de visitas presenciais. No entanto, foram articuladas algumas intervenções aquando da visita presencial ou durante visitas virtuais proporcionadas pela EAPS.

No que diz respeito a outras intervenções das quais os utentes podiam beneficiar, é de referir que todas as pessoas internadas no IPOCFG ou em regime de ambulatório podiam ser referenciadas para acompanhamento em psicologia ou para observação pela psiquiatria. No caso da UTD, por exemplo, os utentes podiam usufruir também de massagem terapêutica e/ou de técnicas de reflexologia, uma vez que a unidade dispunha de um espaço destinado a intervenções não-farmacológicas. No entanto, estas foram temporariamente suspensas desde o início da pandemia de SARS-CoV2. Outro serviço prestado no IPOCFG, e do qual os doentes podiam usufruir independentemente de onde se encontrassem internados, era o serviço religioso, prestado pelo capelão da instituição.

A pedido das equipas e pelo interesse manifestado pela instituição, foram planeadas intervenções de grupo, pontuais, dirigidas às equipas prestadoras de cuidados, nomeadamente à equipa da UTD, da UCP e da UOM (sendo que, a respeito desta última, foram manifestados relatos de grande desgaste físico e psicológico), às quais pertencem vários enfermeiros,

médicos e auxiliares. Estas intervenções visavam ir ao encontro de necessidades psicoemocionais e/ou espirituais decorrentes do exercício profissional e dirigiam-se aos elementos das equipas que manifestassem interesse em participar, não devendo exceder os nove participantes por grupo; a EAPS também foi incluída neste planeamento.

Em suma, o presente estágio dirigiu-se sobretudo a adultos com doença oncológica abrangidos pela área de influência do IPOCFG – em regime de internamento ou de ambulatório –, aos familiares destes (quando tal fosse possível e justificável).

Enquadramento Teórico

Neste capítulo será feita uma revisão da literatura a respeito da doença oncológica e da intervenção da musicoterapia junto de pessoas com este diagnóstico, procurando, desta forma, enquadrar o estágio no universo de conhecimento já existente a esse respeito e ajudar a fundamentar a pertinência da realização do mesmo.

A Doença Oncológica

Doença oncológica, cancro, tumor maligno ou neoplasia maligna são termos que são usados na prática clínica referindo-se a uma patologia que se caracteriza por um crescimento rápido de células anormais além dos seus limites habituais, que podem invadir outras partes do corpo e ainda multiplicar-se por todo o organismo, processo este chamado de metastização. Segundo a WHO (2021), este fenómeno é responsável pela maior parte das mortes por cancro e estima-se que 1 em cada 6 mortes no mundo seja provocada por cancro, fazendo com que esta seja a segunda maior causa de morte a nível mundial. Em Portugal, no ano de 2018, 24,6% das mortes tiveram origem cancerígena, segundo os dados da PORDATA (2020), o que faz da doença oncológica um importante foco de atenção para a investigação e para a prestação de cuidados de saúde.

A Pessoa com Doença Oncológica

A este respeito, um estudo de Ferreira, Santos e Bulcão (2012) refere que os indivíduos que são confrontados pela primeira vez com o diagnóstico de cancro manifestam medo e raiva como emoções predominantes. O medo surge maioritariamente pelo confronto com a possibilidade da morte, quer seja pelo medo de morrer, quer seja pela constatação da finitude da vida. Por outro lado, a raiva manifesta-se através do sentimento de injustiça, de revolta perante a não compreensão dos motivos que teriam conduzido ao diagnóstico.

Segundo Salgado (citado por Pacheco, 2014) – a experiência da doença oncológica é, frequentemente, uma vivência que comporta uma série de fases durante as quais a pessoa experimenta sensações e sintomas que lhe são estranhos e assustadores, onde é submetida a múltiplos meios complementares de diagnóstico, diversos tipos de tratamentos e procedimentos, muitas vezes invasivos, traumatizantes e desconfortáveis, e que podem incluir também períodos de internamento mais ou menos prolongados.

Para Cardoso *et al.* (2009), a realidade psicossocial associada à doença depende da forma como cada indivíduo a vivencia e do significado pessoal que lhe atribui, ou seja, a vivência psicológica da doença é afetada pela perceção individual do impacto que esta tem no seu projeto de vida, na concretização dos seus objetivos e no perpetuar das suas relações interpessoais. Das implicações psicológicas que a doença oncológica tem para o utente, o autor destaca a incerteza em relação ao futuro, o sofrimento emocional, a dependência, a busca de um significado, a perda de controlo sobre os acontecimentos, a necessidade de diálogo e os problemas associados à separação e à morte.

No que diz respeito aos familiares da pessoa com doença oncológica, surgem uma série de necessidades psicológicas prementes, entre as quais a de estar presente, de ser informado, de poder exteriorizar as suas emoções e de receber conforto. A satisfação ou não destas necessidades poderá interferir significativamente com a vivência do doente e a relação com a equipa terapêutica ao longo do processo.

A Dor Oncológica

Woodruff (1997) começa por estabelecer a distinção entre dor aguda e dor crónica. A primeira é o resultado de um dano, geralmente localizado, limitado no tempo e é acompanhada de ansiedade e de uma série de respostas do sistema nervoso simpático que permitem identificar claramente que a pessoa está com dor. Perante este tipo de experiência, a

pessoa pode ficar limitada de algumas funções até à recuperação da mesma, o que lhe confere uma certa previsibilidade e a necessidade de analgésicos é temporária.

Contrariamente, a dor crónica não resulta de um dano transitório, mas sim de um processo patológico prolongado no tempo e que, frequentemente, obriga a mudanças permanentes no seu estilo de vida ou modifica as suas capacidades; a esta experiência de dor prolongada, normalmente estão associados sintomas depressivos, letargia, apatia, perda de apetite e insónia e, por não lhe estar associada uma reação do sistema nervoso simpático (como acontece na dor aguda), muitas vezes não é perceptível para os outros que a pessoa está a sentir dor. Assim sendo, à dor crónica está associada uma necessidade de analgesia regular para controlar a ocorrência imprevisível de dor, mas também a necessidade de um suporte psicossocial mais próximo devido a todas as dimensões que são afetadas na vida da pessoa. No caso da dor oncológica, o agravamento da dor crónica está frequentemente associado ao progresso da própria doença, o que reforça a necessidade de suporte psicossocial.

Fisiopatologia da Dor Oncológica

No que diz respeito à fisiopatologia da dor, esta pode ser classificada como nociceptiva (somática ou visceral, dependendo do nível das estruturas afetadas) quando resulta de uma estimulação nociceptiva provocada por danos (reais ou potenciais) dos tecidos não neuropáticos, ou, por outro lado, como neuropática, quando a origem está em lesões do sistema nervoso somatossensorial. Tendo isto em consideração, a dor oncológica pode frequentemente ter uma fisiopatologia mista uma vez que, partindo de uma dor nociceptiva, o progresso da doença pode originar lesões secundárias no sistema nervoso somatossensorial e, portanto, passa a ter uma natureza mais complexa, simultaneamente neuropática (Caraceni & Shkodra, 2019).

A Pessoa com Dor Oncológica

Apesar da complexidade da dor oncológica, Woodruff (1997) reforça que quando a dor é demasiado difícil de aliviar, deve ser tida em conta a influência que as preocupações psicológicas e/ou espirituais possam estar a exercer na perceção de dor da pessoa, uma vez que a dificuldade no reconhecimento de sofrimento psicológico é uma das causas para a dificuldade no alívio da dor. Os fatores capazes de influenciar (positiva ou negativamente) a perceção de dor são a dor em si, outros sintomas físicos, problemas psicológicos, dificuldades sociais, fatores culturais e preocupações espirituais ou existenciais. O mesmo autor elege os problemas de ordem psicológica como os mais comuns no agravamento da perceção de dor por parte dos indivíduos com dor oncológica, nos quais se incluem não só a ansiedade e a depressão, mas também reações como a raiva, a negação, o medo, o desespero, a culpa, o luto, a tristeza, a apatia, a passividade e o evitamento.

A respeito da vivência da dor oncológica, Caraceni e Shkodra (2019) reforçam que, além das características da dor, há também características dos pacientes e da própria doença que podem influenciar a expressão dos sintomas e a resposta ao tratamento, como é o caso do perfil de personalidade, o grau de sofrimento psicológico, perturbações do sono, a função cognitiva, comportamentos aditivos, a idade, o diagnóstico e a progressão primária do tumor.

No estudo de Ferreira, Santos e Bulcão (2012), os autores recolheram vários relatos de doentes oncológicos que manifestavam várias formas de evitamento (dos locais, das recordações, ...) de forma a protegerem-se do impacto psicológico desse confronto. Contudo, apesar de se considerarem emoções negativas, é reconhecida a componente adaptativa da expressão emocional, pelo que a sua repressão pode estar associada a um aumento dos níveis de ansiedade e depressão, como já referiam Cardoso *et al.* (2009). A este respeito, também Lumley *et al.* (2011) destacam a relação entre a ambivalência da expressão emocional – que

nasce, simultaneamente, do desejo de expressar o que se sente e do medo das consequências de o fazer – e uma maior perceção de dor.

Os Cuidados Paliativos

Atualmente, a WHO (2020) define os cuidados paliativos como uma abordagem terapêutica que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias que enfrentam uma doença que possa constituir uma ameaça à vida. Estes cuidados são prestados através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e da avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas, bem como de problemas psicossociais e espirituais que possam coexistir. Já Pacheco (2014) reforça a declaração da WHO (2013) no que diz respeito ao facto de os cuidados paliativos serem uma necessidade absoluta para as pessoas com cancro ou com outras doenças crónicas com grande sofrimento associado, uma vez que os cuidados paliativos, quando devidamente prestados, podem oferecer um alívio de problemas físicos, psicossociais e espirituais que pode chegar até aos 90%.

Para a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2022), a morte é um tema que, apesar de ser comum a todos, continua a ser um *tabu*. Para muitos profissionais, ainda se trata de uma dimensão que, por prevalecer independentemente dos cuidados de saúde que se prestem, evidencia sentimentos de derrota, de frustração, o que, muitas vezes, leva a uma atitude de afastamento e de desinvestimento. Contudo, é também aí que reside a importância dos cuidados paliativos, que combinam a ciência e o humanismo. A dignidade, a ética e o bem-estar são pilares dos cuidados paliativos, concretizando-se na prestação de cuidados humanizados que não se destinam apenas a pessoas com doença em fase terminal, mas cujo foco reside nas necessidades dos doentes e das famílias. Tratando-se de uma abordagem multidimensional centrada na pessoa doente e na família, os cuidados paliativos devem contar com uma intervenção interdisciplinar que inclua profissionais de diferentes áreas como

a medicina, a enfermagem, a psicologia, o serviço social e outros. Além disso, a prestação de cuidados multidisciplinares em contexto paliativo, ao mesmo tempo que são rigorosos e científicos, são muitas vezes criativos, segundo a mesma associação.

Pacheco (2014), citando Capelas (2014), refere como objetivo principal dos cuidados paliativos a prevenção e o alívio do sofrimento, procurando, conseqüentemente, a promoção da dignidade e da qualidade de vida para o doente e para a sua família. O centro dos cuidados é esta díade e cuidar dela implica o respeito pelas suas preferências, objetivos e valores culturais, sociais e espirituais. A este respeito, Pilewski (2020) realça uma série de benefícios que o doente e/ou a família podem retirar dos cuidados paliativos, sendo eles: uma melhor satisfação, a redução do desconforto sintomático, o aumento do suporte espiritual, a diminuição do sofrimento emocional, a redução da necessidade de recorrer a cuidados de saúde não-paliativos, menores custos de saúde, uma maior facilidade no encaminhamento antecipado para estabelecimentos destinados a prestar cuidados terminais, a melhoria da qualidade de vida e até, nalguns casos, o prolongamento da vida.

A Pessoa em Situação de Fim de Vida

Gomes (2010) refere a aproximação da morte como uma fase de vulnerabilidades físicas, psicológicas e espirituais/existenciais, e que exige reajuste de expectativas e redefinição interior. À medida que se vai aproximando da morte, a pessoa vai fazendo os seus lutos de forma gradual, desapegando-se de capacidades, atributos.

Segundo Kübler-Ross (citada por Cardoso *et al.*, 2009), vários processos de perda, de luto e, por isso, também os processos terminais são acompanhados de uma série de fases de adaptação pelas quais a pessoa atravessa, embora possa não as vivenciar todas nem pela ordem habitualmente descrita. Estas fases são cinco e consistem na negação, na revolta, na negociação, na depressão e na aceitação. É importante que os profissionais que trabalham de

perto com a pessoa em fim de vida conheçam e identifiquem estas fases de adaptação, de forma a compreenderem as reações dos doentes e serem capazes de ir ao encontro das suas necessidades.

Gomes (2010) identifica como necessidades psicossociais da pessoa em fim de vida o garantir que não se está sozinho, a preservação da sua importância enquanto pessoa e a garantia de que os cuidados lhe serão prestados até ao último momento. Tendo isto em consideração, nos últimos dias de vida, os objetivos devem concentrar-se sobretudo na obtenção de paz, conforto, qualidade de vida e de qualidade no processo de morrer.

Becvar (2001) refere que, quando a morte é antecipável, é possível trilhar-se um caminho de despedida que inclui tomadas de decisão sobre diversos assuntos, a expressão de vontades e preferências, e até o processo de encerrar relações significativas. De um modo geral, morrer com dignidade é a principal necessidade da pessoa em fim de vida. Como tal, as emoções, dúvidas, medos, opiniões e vontades da pessoa devem ser tidas em conta e deve ser encorajada a sua expressão; neste sentido, também o falar sobre a morte deve ser encorajado, evitando a perpetuação do *tabu* (Gomes, 2010).

Ainda no que diz respeito às necessidades da pessoa em fim de vida, Almeida (2017) levou a cabo um estudo com o objetivo de comparar as necessidades identificadas – e a perceção da sua satisfação – sob a perspetiva dos utentes e dos enfermeiros, tendo sido agrupadas em quatro categorias: necessidades físicas, psicológicas, espirituais e socioeconómicas. Os utentes que participaram no estudo perceberam que as suas necessidades psicológicas e espirituais não eram satisfeitas. A este respeito, as subcategorias que emergiram foram a perda de identidade, a expressão de sentimentos e emoções e o apoio psicoemocional (no âmbito das necessidades psicológicas), e o propósito de vida, os valores e o sentido existencial (no âmbito das necessidades espirituais).

A Família da Pessoa em Fim de Vida

A família de uma pessoa que se encontra em fase terminal ou que já tenha mesmo falecido, também está sujeita às mesmas fases de adaptação à perda e do próprio processo de luto. Da sua experiência com pessoas em fim de vida e suas famílias, Kübler-Ross (2000) refere a importância do acompanhamento das famílias após a morte do ente querido, uma vez que, em grande parte dos casos, a família sente o vazio e a solidão após as cerimónias fúnebres, momento em que já passaram os dias de azáfama em torno dos preparativos e em que já dispersaram as pessoas que se juntaram para aquela celebração. A autora refere que é precisamente nesta altura que muitos familiares agradeceriam ter alguém com quem conversar, sobretudo se essa pessoa teve contacto recente com o familiar falecido ou se o acompanhou nos seus últimos momentos, podendo partilhar episódios positivos ou até caricatos, ajudando, assim, a família a aliviar o peso da morte e a atravessar o luto de forma saudável.

Por outro lado, quando a morte não é antecipável e acontece de forma inesperada, muitos familiares experimentam sentimentos de culpa e arrependimento por não se terem despedido, por conflitos que ficaram por resolver ou por coisas que ficaram por dizer. Contudo, perante o cenário de uma morte mais rápida do que o previsto ou mesmo inesperada, pode existir uma sensação de gratidão por parte de familiares quando sabem que a pessoa não sofreu ou que morreu enquanto fazia algo de que gostava; com o decorrer do tempo, este género de detalhes podem mesmo ajudar a aliviar o sofrimento e a dor e contribuir para que a perda daquela pessoa seja recordada com menos angústia (Becvar, 2001).

Segundo Pimenta e Capelas (2019), no âmbito de cuidados paliativos e no processo de aproximação da morte, tanto os doentes como os familiares reconhecem lacunas quanto à

abordagem das vertentes psicossocial e espiritual. Para as famílias é importante ser-lhes proporcionado tempo para processar a informação, para concluir tarefas e para se prepararem para o futuro sem o familiar. É de referir que a qualidade da morte – o conforto que foi proporcionado ao doente – é um dos aspetos que favorece a experiência de luto por parte das famílias e lhes confere uma sensação de segurança.

O Impacto nos Profissionais de Saúde

Cardoso *et al.* (2009) refere-se aos profissionais de saúde que trabalham de perto com doentes oncológicos e as suas famílias, alertando para o facto de estarem sujeitos a dificuldades psicológicas e emocionais ou a experienciarem intensa e excessivamente as vivências do doente, por se confrontarem com a ideia da sua própria finitude. A este respeito, o autor reforça a necessidade dos profissionais de saúde adquirirem consciência das suas próprias emoções e reações, de forma a melhorarem a sua capacidade de lidar com as situações com as quais são confrontados na sua prestação de cuidados.

A Musicoterapia em Setting Hospitalar

De acordo com a *American Music Therapy Association* (2006), a musicoterapia é uma prática baseada na evidência científica que recorre a intervenções musicais para alcançar objetivos individualizados, dentro de uma relação terapêutica estabelecida entre o cliente e um musicoterapeuta devidamente credenciado. Trata-se de uma abordagem terapêutica não invasiva e centrada numa experiência musical essencialmente lúdica. Como tal, por vezes, é possível aceder a respostas únicas, não observáveis através de outras abordagens. Em *setting* hospitalar, o uso da música com finalidades terapêuticas permite aceder ao funcionamento físico, psicológico, cognitivo e/ou social de pacientes de todas as idades e com condições clínicas diversas.

Segundo Wigram, Pedersen e Bonde (2002), quando associada à medicina, a musicoterapia pode adotar diferentes papéis: suportar/facilitar um tratamento médico, ser uma intervenção parceira de tratamentos médicos ou ser uma intervenção de primeira linha no tratamento de determinadas condições clínicas. Contudo, a prática da musicoterapia em contexto médico vai depender de uma série de fatores, entre eles a duração do tratamento (ou do internamento) e da tipologia da unidade de tratamento (Bruscia, 2014).

Para Weber (1999), uma das vantagens associadas à intervenção musicoterapêutica – quando comparada com abordagens terapêuticas mais tradicionais – é o facto de se poder construir uma relação a partir de algo positivo e que não esteja diretamente relacionado com a doença da pessoa.

A Musicoterapia em Oncologia

No que diz respeito à intervenção da musicoterapia no ramo da oncologia, existem já várias evidências científicas que comprovam que a musicoterapia pode ter um papel importante na resposta às necessidades da pessoa com doença oncológica e suas pessoas significativas, sejam elas de natureza física, psico-emocional, sócio-relacional ou espiritual/existencial. Köhler *et al.* (2020), citando Bradt, Dileo, Magill e Teague (2016), referem que uma das grandes vantagens da musicoterapia é a capacidade de criar formas de comunicação e expressão não verbais, o que pode facilitar a comunicação dos pacientes e/ou dos familiares e permitir o acesso a necessidades espirituais, bem como medos de natureza existencial.

Em contexto oncológico, Stanczyk (2011) recorda que a musicoterapia, apesar de não curar a doença nem intervir nela diretamente, pode ter um impacto importante no humor e influenciar a forma como a pessoa sente e lida com a doença. Este contexto exige, por um lado, o foco nas necessidades fisiológicas e psicológicas que emergem da experiência da

doença oncológica e, por outro, nos efeitos secundários dos tratamentos. Não sendo exceção, a musicoterapia pode intervir a estes níveis, quer no alívio de sintomas como a dor, a ansiedade ou outros efeitos secundários, quer no relaxamento, nas oscilações de humor e na qualidade de vida. De um modo geral, segundo o mesmo autor, a musicoterapia pretende oferecer oportunidades de autoexpressão e a partilha de experiências positivas. Este trabalho pode concretizar-se através de intervenções ativas ou recetivas, sendo que, nas primeiras, o paciente está envolvido e participa de forma ativa na experiência musical, e, nas últimas, o paciente é somente recetor da experiência.

A intervenção musicoterapêutica na área vasta da oncologia pode acontecer em vários contextos: nos internamentos (em regime curativo ou paliativo), em ambulatório (por exemplo, durante tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, ou em contexto de consulta de seguimento) ou no domicílio; é de acrescentar ainda que a modalidade de intervenção em musicoterapia (ativa ou recetiva) e os objetivos gerais da intervenção variam consoante o *setting* e o regime de tratamento da pessoa (Bradt, Dileo, Magill & Teague, 2016; Köhler *et al.*, 2020).

No que diz respeito às técnicas de intervenção propriamente ditas, estas podem ser escolhidas no seguimento da avaliação do musicoterapeuta, mas também devem ir ao encontro das necessidades e preferências do paciente e da família. Magill (2006) diferencia as técnicas vocais (com ou sem o acompanhamento de instrumentos) das técnicas instrumentais (com ou sem voz). Nas técnicas vocais – que, pelo uso da voz, são veículo de autoexpressão e permitem o controlo da respiração – inclui-se o recurso a canções pré-compostas, a escrita de canções, a improvisação vocal, o canto e o *toning* (a entoação de vogais prolongadas). Nas técnicas instrumentais incluem-se a improvisação, a audição musical e a meditação musical; a participação ativa do paciente na experiência musical (como durante uma improvisação, por

exemplo) facilita a sensação de controlo, promove a criatividade e a autoexpressão; por outro lado, quando o paciente é recetor da experiência, a música pode ter um papel distrator, facilitador do relaxamento e de melhoria do conforto.

A Musicoterapia dirigida à Pessoa com Dor Oncológica. No tratamento da dor oncológica, considera-se a abordagem psicológica como uma das dimensões importantes a ter em conta, dentro da qual se inserem, entre outras, a terapia de relaxamento e as técnicas distrativas. A música é referida como um dos interesses a explorar na pessoa com dor, na medida em que se considera que é tanto mais difícil controlar a dor quanto mais a pessoa estiver aborrecida ou se sentir isolada (Woodruff, 1997).

Também Low *et al.* (2020) referem que, habitualmente, a associação entre a música e a redução da dor se estabelece pela capacidade que esta tem de distrair e de provocar relaxamento. Contudo, sendo a dor crónica um fenómeno complexo que afeta os indivíduos a nível físico, mental, social e espiritual de forma prolongada no tempo, requer intervenções que vão além da distração cognitiva. A este respeito, os autores evidenciam o papel que o uso da voz pode ter na gestão da dor crónica – como é o caso da dor oncológica – manifestando-se, para a pessoa, em benefícios ao nível da auto-eficácia, da depressão e da capacidade de participar em atividades sociais. Algumas técnicas de musicoterapia vocal como o *toning*, o *humming* (o canto murmurado), a respiração guiada por música, o cantar em grupo, as improvisações vocais e o processamento verbal de emoções e de pensamentos evocados pelas experiências musicais, são exemplos de estratégias que podem ter um impacto positivo na gestão da dor crónica, no âmbito da interação entre o musicoterapeuta e o utente ou um grupo de utentes.

A nível neurológico, tanto a escuta como a prática musical ativam áreas cerebrais que podem alterar a perceção/vivência afetiva e cognitiva da dor; a nível psicológico, o *toning* e o

humming ajudam a aumentar a consciência corporal, a promover uma ligação positiva com o corpo e facilitam o relaxamento, o que é importante no caso da pessoa com dor oncológica que, frequentemente, procura dissociar-se do corpo como forma de fugir à dor. Ao nível da expressão emocional, o cantar e a participação ativa na experiência musical facilitam esse processo, contribuindo para uma maior sensação de bem estar e de autossuficiência. E, por fim, a experiência musical em grupo promove a inclusão social e o sentido de pertença (Low *et al.*, 2020).

DiMaio (2010) recorda a técnica de *entrainment* como uma técnica eficaz na gestão e alívio da dor. O *entrainment* é um fenómeno em que dois ou mais processos rítmicos independentes se sincronizam um com o outro. Em musicoterapia, no que diz respeito ao alívio da dor, esta técnica pressupõe a criação de duas imagens auditivas (facilitadas pelo musicoterapeuta, sempre que necessário): em primeiro lugar, a sonoridade da dor percebida pela pessoa e, seguidamente, a sonoridade do alívio dessa mesma dor. A sensação de relaxamento e o conforto – que se traduzem na diminuição da perceção de dor – acontecem aquando da transição entre a primeira sonoridade e a segunda. Sempre que possível, durante a aplicação desta técnica, deve ser o paciente a avaliar a qualidade empática das sonoridades (se vão ao encontro daquilo que é o retrato sonoro da sua dor e do alívio da mesma) e a definir quando devem iniciar cada uma delas. Estes detalhes contribuem para o *empowerment* da pessoa, na medida em que lhe permitem ter a sensação de controlo sobre a sua dor partindo do controlo real das representações da mesma.

A Musicoterapia dirigida à Pessoa em Situação de Fim de Vida. Como referido anteriormente, nem toda a pessoa que se encontra a receber cuidados paliativos se encontra em situação de fim de vida, mas sim numa fase da doença crónica que requer cuidados de alívio sintomático, de conforto e de melhoria da qualidade de vida. Contudo, também é

provável que neste contexto se encontrem pessoas cuja doença evolui – a um ritmo variável – para a aproximação da morte, ou que se encontrem mesmo em situação de morte iminente. A este respeito, Krout (2003) descreve o papel que a musicoterapia pode ter no processo de libertação – o deixar ir – do paciente em morte iminente e da sua família. Para além da capacidade de facilitar o canal de comunicação entre a pessoa doente e a sua família – promovendo a reunião dos seus membros e facilitando a despedida –, a musicoterapia oferece uma presença de conforto, tanto para o paciente como para os familiares.

Também Clements-Cortés (2004) refere que a musicoterapia proporciona um ambiente de suporte não ameaçador, oferecendo uma alternativa de expressão de emoções que o doente e/ou família tenha dificuldade em verbalizar. A mesma autora elege a dimensão relacional como aquela que tem maior interferência na pessoa que se encontra em situação de fim de vida, quer esta tenha a ver com a relação consigo mesma, com a relação com as pessoas significativas ou com a relação com uma fonte de significado transcendente (seja ela de cariz religioso ou não) (Clements-Cortés, 2010). Para a autora – com base na literatura e em estudos feitos a partir de relatos de utentes – a resolução/conclusão das relações intrapessoais, interpessoais e/ou transpessoais é de vital importância para o processo de morrer em paz.

Weber (1999) refere que a música – principalmente a da afetividade de cada um – melhora a perceção que o ser humano tem do mundo e diminui o *stress*, contribuindo, assim, para um melhor sentido de bem-estar físico, emocional e espiritual. Este é um aspeto que a autora considera relevante e, por isso, a ter em conta em qualquer fase da vida da pessoa, tornando-se ainda mais importante considerá-lo no término de vida. Em sessão, é frequente que a pessoa evoque memórias e episódios de vida a partir das músicas escutadas ou

recriadas pelo/com o musicoterapeuta, criando oportunidades de revisão de vida ou de exploração de emoções e sentimentos associados.

Na perspetiva de Petersen (2012), as mensagens por detrás das músicas (improvisadas ou recriadas) pelos doentes oncológicos e seus cuidadores espelham essencialmente declarações de amor, pedidos de perdão, desejo de reconciliação, saudade e promessas de não abandono, assistindo-se a uma aproximação entre o doente e as suas pessoas significativas, bem como a um processo de despedida, de concretização do luto antecipatório e, conseqüentemente, de preparação para a morte. O uso da voz para cantar com alguém (quer seja de forma improvisada, quer seja através da recriação de repertório pré-composto) é uma oportunidade para estruturar emoções, para explorar e expressar sentimentos e pensamentos mas também é um meio através do qual a pessoa se apodera da música e toma-a como sua, através do uso da sua voz.

O Modelo de Dileo e Dneaster. Segundo o modelo de musicoterapia em cuidados paliativos de Dileo e Dneaster (2005), a musicoterapia pode intervir a três níveis, independentemente do tipo de relação que a pessoa pretende concluir, sendo eles o nível de suporte, de comunicação/expressão e de transformação.

No que diz respeito ao nível de suporte – onde se pretende, acima de tudo, proporcionar conforto e minimizar os sintomas físicos – a musicoterapia pode intervir com técnicas que visam melhorar o foco da pessoa através, por exemplo, da seleção de canções, análise de letras, *entrainment*, *toning*, cantar, ouvir música, tocar instrumentos, entre outros.

Por outro lado, ao nível da comunicação/expressão – onde se pretende a expressão de sentimentos e de emoções de forma segura – a musicoterapia pode intervir com técnicas que visem a reflexão como, por exemplo, a revisão de vida musical, autobiografia musical, a

dedicação de canções, o método de *Guided Imagery and Music*, a criação de legados musicais, a improvisação, a escrita de canções, a análise de letras, entre outros.

Por último, ao nível da transformação – no qual se pretende ajudar a pessoa a encontrar paz através da resolução dos seus conflitos internos, externos e/ou existenciais – a musicoterapia pode intervir com técnicas que sirvam de veículo de expressão com vista à resolução, entre as quais a escrita de canções, a improvisação, a dedicação de canções e a criação de legados musicais (Clements-Cortés, 2010).

O Princípio de ISO. González (2014) refere-se ao princípio da identidade sonora (ISO) como um dos que está subjacente à intervenção de musicoterapia em cuidados paliativos. Este princípio refere-se ao conjunto de sons, movimentos e silêncios que caracterizam o indivíduo, num processo dinâmico que é influenciado pelo passado e pelo presente, constituindo, assim, a identidade sonora da pessoa. Ora, para ser possível a comunicação em musicoterapia, é necessário que o musicoterapeuta estabeleça o equilíbrio entre o seu próprio *ISO* e o do paciente. A respeito da aplicação deste princípio na intervenção com pessoas em fim de vida, Dorris (2015) refere que, em modalidade recetiva, a manipulação dos elementos musicais de forma a corresponder ao estado emocional ou físico do paciente pode traduzir-se numa forma de conexão com a pessoa que já não comunica verbalmente ou até numa redução de sintomatologia ansiosa ou dolorosa.

O Trabalho do Musicoterapeuta. À medida que a pessoa se aproxima da morte, a comunicação vai sendo cada vez mais difícil e, a certa altura, acaba mesmo por não ser mais observável. Perante esta progressão e à medida que cresce a necessidade de concentração, de sintonia e de observação atenta, o musicoterapeuta deve ter flexibilidade suficiente para ir modificando o papel que desempenha (de suporte, empatia e/ou ressonância), em resposta às necessidades da pessoa em fim de vida (Dorris, 2015). É também por este motivo, por se

tratar de um território de intervenção pouco claro, que a autora refere a contratransferência e a intuição como fenómenos importantes a analisar, e acrescenta que, sempre que possível, deve ser honrada a forma como a pessoa deseja morrer.

Clements-Cortés (2010) refere-se ao *entrainment* como a técnica que permite alterar o ritmo das ondas cerebrais, da frequência respiratória e/ou da frequência cardíaca através da exposição a um ritmo externo e periódico. Em cuidados paliativos, esta técnica concretiza-se através da improvisação e tem como objetivo ajudar a pessoa a passar de um estado doloroso ou de dificuldade respiratória para um estado de maior calma. Hanser e Mandel (2012), além de darem voz ao papel da musicoterapia na redução da dor, retratam um caso em que a musicoterapia foi usada para proporcionar conforto e para criar uma atmosfera de paz nas últimas horas de vida; também neste caso a técnica de *entrainment* consistiu em criar sincronia entre o ritmo da música e a respiração do paciente para, depois, poder ajustar lentamente a mesma a um ritmo mais lento. Perante esta intervenção, a família expressou gratidão pelo ambiente pacífico que foi criado e que acompanhou a travessia do familiar para o fim de vida.

O Papel da Musicoterapia no Luto. O'Callaghan (2013) faz referência à importância da musicoterapia em contexto de fim de vida no seu potencial de gerar legados, os quais podem contribuir para um processo de luto mais saudável por parte das famílias e/ou pessoas significativas. A autora intitula esta prática como musicoterapia pré-perda, na sequência do conceito de cuidados pré-perda. Este processo, tal como o nome indica, deve ser iniciado enquanto a pessoa doente ainda está viva e pode incluir canções escritas pelo paciente, excertos das sessões de musicoterapia, livros de canções, uma revisão de vida baseada nas músicas que fizeram parte da história de vida do paciente e/ou da família, uma dedicatória, entre outros, o que torna a gravação audiovisual uma ferramenta muito útil na construção de

legados. No que diz respeito ao testemunho dado por alguns familiares, a autora recorda expressões de gratidão por poderem ouvir a voz do familiar já depois deste ter falecido e, por vezes, pela utilização de frases tipicamente usadas pelo mesmo nas letras das canções. Acima de tudo, este processo tem o potencial de confortar os familiares durante o luto e contribuir para uma adaptação mais saudável à perda.

A Musicoterapia ao Serviço das Equipas de Saúde

Halstead e Roscoe (2002) referiam-se aos enfermeiros que trabalhavam em oncologia como grupos de risco de desenvolverem *stress* ocupacional, ou síndrome de *burnout*, devido ao contacto próximo com mortes difíceis, as quais podiam permanecer nas suas memórias ao longo do tempo. Esta tese foi reforçada também por Taets, Borba-Pinheiro, Figueiredo e Dantas (2013) que a generalizou aos profissionais de saúde, alertando para o facto de o *stress* elevado poder afetar as relações inter e intrapessoais dos profissionais de saúde e, por conseguinte, ter consequências a nível laboral. No estudo desenvolvido por estes autores, foi verificado o impacto de um programa de musicoterapia na diminuição do *stress* dos profissionais de saúde. Durante as sessões foram usadas técnicas como a improvisação, a recriação musical e o canto, e verificou-se uma diminuição estatística da perceção de *stress* por parte dos participantes.

Por outro lado, Ploukou e Panagopoulou (2018) reconheceram que, apesar de já existirem vários estudos que comprovem a importância da arte no bem-estar físico e psicológico dos doentes, poucos são os estudos que se dirigem aos profissionais de saúde. Por este motivo, desenvolveram um estudo dirigido a enfermeiros que trabalhavam numa unidade de oncologia e compreenderam que o tocar música em grupo tinha ajudado a reduzir os níveis de ansiedade, depressão e a frequência de sintomas psicossomáticos, em comparação com um grupo de controlo que não tinha sido sujeito a essa intervenção.

Tendo sido identificados os principais grupos populacionais que poderão beneficiar da intervenção de musicoterapia em contexto de cuidados oncológicos e reconhecidas as suas necessidades, de seguida proceder-se-á à definição dos objetivos que se pretendem atingir com o presente estágio.

Objetivos do Estágio

O presente capítulo dedicar-se-á à definição dos objetivos mais pertinentes para a realização de um estágio de musicoterapia no IPOCFG. Para tal, é de referir que a musicoterapia nunca foi antes exercida nesta instituição, pelo que, um dos objetivos deve ir ao encontro da introdução da musicoterapia na instituição e a sensibilização dos demais técnicos de saúde para os potenciais contributos da musicoterapia em contexto hospitalar e em oncologia.

Durante o período de integração no IPOCFG, foram sendo relatados alguns motivos de preocupação que foram percebidos como necessidades institucionais, nomeadamente, o desgaste físico e psicológico das equipas prestadoras de cuidados. Outra preocupação manifestada foi a angústia que, por vezes, resulta da dificuldade em estabelecer conexão com a pessoa em processo avançado de doença e que já não interage de forma voluntária.

Desta forma, e no seguimento da contextualização teórica anterior, pretendeu-se, com este estágio, tornar mais rica a intervenção terapêutica nesta instituição, tendo-se proposto atingir os seguintes objetivos gerais:

- Introduzir como intervenção terapêutica uma valência que inclua a música como instrumento terapêutico;
- Proporcionar aos utentes do IPOCFG uma intervenção terapêutica lúdica que resgate o ambiente de familiaridade, a sua história e a pessoa saudável por detrás da doença;
- Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos utentes e famílias que usufruírem da intervenção de musicoterapia;
- Oferecer uma alternativa terapêutica facilitadora do relacionamento com o utente até ao final da vida, independentemente da condição clínica.

Metodologia

O presente capítulo é dedicado ao processo segundo o qual este estágio se constituiu e foi evoluindo, pelo que contém, não só a abordagem terapêutica utilizada, como também o processo de referenciação de utentes para musicoterapia, os instrumentos de avaliação utilizados e a descrição do processo de escolha dos locais de intervenção.

Participantes

Durante o estágio, a estagiária contactou com aproximadamente quarenta utentes, sendo que, desse total, trinta e cinco usufruíram de intervenção em musicoterapia, catorze homens e vinte e uma mulheres com idades compreendidas entre os 48 e os 90 anos. A maior parte dos utentes acompanhados em musicoterapia tinham como diagnóstico clínico um carcinoma ou adenocarcinoma com origem na mama ou no intestino e, frequentemente, com metástases ósseas e/ou hepáticas.

Durante o estágio, dos trinta e cinco utentes acompanhados, vinte e seis faleceram no prazo máximo de uma semana após a última intervenção com a estagiária; os restantes nove tiveram alta e, até à data, a estagiária não teve conhecimento do seu falecimento.

Dada a imprevisibilidade da duração das intervenções, surgiu a necessidade de agrupar as mesmas em dois tipos. Desta forma, consideraram-se intervenções de curta duração as que se limitaram a duas sessões, no máximo, e intervenções mais prolongadas aquelas com duração superior a três sessões, inclusive. Dos trinta e cinco utentes acompanhados em musicoterapia, dezoito beneficiaram de intervenções curtas (das quais, dezasseis aconteceram na UCP) e dezassete beneficiaram de intervenções mais prolongadas (das quais, dezasseis aconteceram na UCP).

As tabelas 1 e 2 representam, respetivamente, os utentes que foram alvo de intervenções de curta duração e de intervenções mais prolongadas.

Tabela 1.
Intervenções de Curta Duração

Nome*	Idade	Diagnóstico Oncológico
Miguel	90	Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepáticas
Carla	72	Tumor do pâncreas com metastização hepática
Avelino	89	Neoplasia maligna do cárdia
Elisabete**	48	Carcinoma da mama com plurimetastização óssea, ganglionar e suspeita de metastização hepática
Viviane	59	Carcinoma da mama com metastização óssea e hepática
Inês	72	Neoplasia do pâncreas com metastização hepática
Laura	62	Adenocarcinoma do colo uterino com metastização pulmonar, peritoneal e hepática
Nuno**	54	Adenocarcinoma do pulmão em estadio avançado com metastização renal, óssea, abdominal e intestinal
Piedade	72	Adenocarcinoma gástrico com metastização hepática e ganglionar
Carlos	71	Adenocarcinoma da pequena curvatura do corpo gástrico, com suspeita de metastização pulmonar
Duarte	70	Adenocarcinoma da próstata com metastização óssea e pulmonar
Natividade	76	Linfoma do manto
Cláudia**	60	Carcinoma do cólon sigmóide e carcinomatose peritoneal com metastização ganglionar, intra-abdominal, óssea, pulmonar e hepática
Abílio**	82	Adenocarcinoma da cabeça do pâncreas, localmente avançado, irressecável e com metástases peritoneais
Filipe	73	Carcinoma do pulmão com metástases cervicais e cerebrais
Rui	66	Carcinoma do pulmão com metastização óssea
Joaquim**	68	Adenocarcinoma da próstata bilateral com metastização ganglionar, hepática múltipla e pulmonar
Américo**	56	Neoplasia do pulmão em estadio avançado

*Nota. Todos os nomes são fictícios.

**Nota 2. Caso referenciado ao longo do documento

Tabela 2.
Intervenções Mais Prolongadas

Nome*	Idade	Diagnóstico Oncológico
Leonor	71	Carcinoma da vulva
Ester**	75	Adenocarcinoma do cego com metastização hepática e carcinomatose peritoneal
Olga**	87	Carcinoma da mama com metástases ósseas e pulmonares
Berta	60	Carcinoma do reto com metastização hepática e pulmonar maciça
Paula	86	Adenocarcinoma uterino inoperável com metástases pulmonares
Alzira	73	Adenocarcinoma da vesícula biliar
Jorge	74	Glioblastoma multiforme de grau IV
Jacinto	52	Plurimetastização hepática e ganglionar de neoplasia do cólon transverso e adenocarcinoma de baixo grau
Purificação	82	Melanoma maligno com metastização cutânea disseminada, ganglionar, muscular difusa, bem como hepática, medular/óssea e pulmonar múltipla
Michel**	90	Carcinoma epidermóide da mucosa jugal à esquerda
Fernanda**	76	Adenocarcinoma do reto com metástases pulmonares
Simone	81	Adenocarcinoma do reto
Isilda	77	Carcinoma do endométrio com metastização pulmonar
Catarina	56	Carcinoma da mama com metastização cutânea, ganglionar e óssea
Teresa**	57	Carcinoma espinocelular cutâneo cervical (de tumor primário desconhecido)
Aurora	76	Carcinoma do endométrio com metastização retroperitoneal
César	54	Carcinoma espinocelular cutâneo cervical com metastização pulmonar e óssea

*Nota. Todos os nomes são fictícios.

**Nota 2. Caso referenciado ao longo do documento.

Instrumentos de Avaliação

Durante o estágio, foram usados alguns instrumentos que permitiram, direta ou indiretamente, fazer uma avaliação do acompanhamento do utente em musicoterapia. Alguns destes instrumentos, do domínio da musicoterapia, foram construídos para este estágio, sendo que um deles destinava-se claramente à avaliação e os restantes destinaram-se à colheita de dados e à monitorização das sessões.

Considerando que muitos dos casos acompanhados em musicoterapia se encontravam em situação de fim de vida, mostrou-se difícil encontrar um instrumento de avaliação que pudesse espelhar o benefício que a musicoterapia teve nos utentes em questão, uma vez que, em quadros clínicos de proximidade com o fim de vida, não se perspetiva melhoria ou aquisição de competências nem, muitas vezes, um aumento da participação da pessoa.

Assim – e uma vez que a perceção de benefício é, muitas vezes, subjetiva – tornou-se necessário quantificar o benefício percecionado por parte da equipa de saúde da UCP aquando do fim do acompanhamento do caso (por alta ou falecimento), através de um instrumento construído pela estagiária, de aplicação única. Este instrumento destinava-se a ser preenchido pelo elemento da equipa de saúde que tivesse tido o contacto mais próximo com o utente, tendo sido construído a partir da definição das necessidades do doente em fim de vida, identificadas por Almeida (2017). A perceção do técnico de saúde acerca do impacto da intervenção musicoterapêutica no utente foi avaliada em três dimensões – conforto físico (CF), significado pessoal (SP) e suporte emocional/espiritual (SE/E) – através de uma escala de likert de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a “nenhuma influência e 10 a uma “influência muito relevante”. Quando aplicável, era ainda avaliada a influência da intervenção numa quarta dimensão, o significado para a família (SF) (Apêndice A).

Além deste, houve instrumentos desenhados pela estagiária que foram usados para documentar o processo de avaliação inicial e de progressão terapêutica, nomeadamente a ficha de identificação e anamnese sonoromusical, o plano de intervenção de musicoterapia, a grelha de monitorização da sessão e a folha de registo de evolução.

A ficha de identificação e anamnese sonoromusical - adaptada da *Historia Sonora Musical* cedida por Susana G. Jiménez – surgiu da necessidade de ir ao encontro da identidade sonoromusical da pessoa e consistiu numa série de perguntas semelhantes a um guião de uma entrevista que aconteceu de forma semiestruturada e tendencialmente espontânea, procurando evitar que se tornasse exaustiva (Apêndice B). Este instrumento apenas foi aplicado nos casos em que a pessoa era capaz de colaborar verbalmente e/ou que se perspetivasse um acompanhamento de três sessões, pelo menos; em acompanhamentos previsivelmente mais curtos, a estagiária procurou identificar o repertório da afetividade da pessoa através da própria ou de familiares, construindo-se, assim, um perfil sonoromusical mais simplificado mas concreto.

Em todas as sessões foram aplicados dois instrumentos que auxiliaram a avaliação do caso, nomeadamente a grelha de monitorização da sessão (Apêndice C) e a folha de registos de evolução (Apêndice D). A primeira pretendeu ser um instrumento de sistematização rápida da sessão, uma ferramenta de apoio à elaboração de registos e um auxílio para o planeamento da sessão seguinte, uma vez que permitia registar aspetos relevantes a respeito do paciente e, ao mesmo tempo, refletir as opções do terapeuta e estratégias futuras a explorar. Este instrumento mostrou-se, ainda, uma mais-valia na retenção de informação relevante de cada sessão, perante a impossibilidade de gravação audiovisual das sessões.

Por outro lado, a folha de registos de evolução pretendeu ser um registo mais formal e sistematizado de cada sessão, registo esse que também era partilhado na plataforma

informática de registos clínicos com os outros profissionais. Este aspeto facilitou o reconhecimento da intervenção como benéfica por parte dos profissionais e a divulgação da musicoterapia como uma possibilidade de resposta a ser dada pela instituição.

O plano de intervenção de musicoterapia (Apêndice E) era, desejavelmente, elaborado ao fim de duas ou três sessões iniciais, quando possível. No caso das intervenções de curta duração, nem sempre foi possível elaborar um plano terapêutico estruturado na medida em que era feito um levantamento de necessidades no imediato, sem que, muitas vezes, a intervenção tivesse continuidade após as duas primeiras sessões. Contudo, o plano terapêutico usado para os restantes casos consistia na identificação dos problemas (três, no máximo), do objetivo principal para cada problema e de, no máximo, três sub-objetivos para cada objetivo principal.

E ainda, em situações pontuais, foram usados instrumentos de avaliação já existentes e não específicos da musicoterapia, quer com o objetivo de identificar um dado problema ou de avaliar a evolução face ao mesmo. Por exemplo, em casos em que havia suspeita de dor, foi aplicada a *Pain Assessment Advanced Dementia* – PAINAD (Anexo A) – validada para a população portuguesa (Batalha *et al.*, 2012).

Procedimentos

A realização do presente estágio exigiu um período de observação e integração que durou, aproximadamente, um mês. Durante esse período, foi apresentada a instituição e alguns serviços de diferentes valências (internamento, consulta e tratamento ambulatorio) e a estagiária pôde assistir a algumas consultas de psicologia – com o objetivo de compreender necessidades e características comuns de diferentes doentes oncológicos – e a consultas da dor, um local identificado com potencial de intervenção por parte da estagiária.

Os serviços identificados como propícios à intervenção de musicoterapia foram, numa primeira instância, a UTD e da UCP, pelo que a estagiária, durante o período de integração, elaborou um documento no qual constavam algumas considerações e esclarecimentos sobre a musicoterapia, bem como alguns critérios que pudessem facilitar o encaminhamento de casos por parte dos profissionais das respetivas unidades.

No que diz respeito à referenciação dos casos, esse processo podia acontecer de três formas: por parte dos profissionais da unidade (médicos ou enfermeiros que privassem de perto com o utente em questão), por parte de profissionais externos à unidade (p.ex. a EAPS) mas que acompanhassem ou conhecessem o caso e considerassem pertinente o acompanhamento em musicoterapia, ou por iniciativa da estagiária (decorrente do contacto com os utentes durante as visitas às unidades).

Ao longo do estágio, verificou-se alguma dificuldade por parte da equipa da UTD em encaminhar casos que pudessem ser acompanhados em musicoterapia, pelo que a grande maioria das intervenções aconteceu na UCP. Uma vez que a estagiária trabalhou em estreita relação com a EAPS, cujo espectro de intervenção se estende a toda a instituição, muitos dos casos acompanhados em musicoterapia foram sinalizados por esta equipa, sendo que, pela razão apresentada, alguns pertenciam a outras unidades que não as referidas anteriormente. Ainda assim, de um modo geral, a musicoterapia no IPOCFG concentrou-se maioritariamente na UCP, na intervenção direta com os utentes e, por vezes, em concomitância com os familiares.

Como já referido anteriormente, a intervenção com os utentes internados na UCP variou em termos de frequência, uma vez que, pelo estado debilitado em que muitos utentes se encontravam, não foi possível prever a longevidade do acompanhamento, mesmo com uma periodicidade regular (neste caso, duas vezes por semana, salvo raras exceções). Desta forma,

pode considerar-se que houve intervenções de curta duração (até duas sessões, no máximo) e intervenções mais prolongadas (que, neste estágio, variou entre três e onze sessões).

Contabilizaram-se, ao longo do estágio, um total de trinta e cinco utentes que foram alvo de intervenção de musicoterapia; desse total, dezoito casos beneficiaram de intervenções curtas (dos quais, dezasseis aconteceram na UCP) e dezassete casos beneficiaram de intervenções mais prolongadas (dos quais, dezasseis aconteceram na UCP). Das intervenções fora da UCP, uma intervenção mais prolongada aconteceu na UTD e, no que diz respeito às intervenções de curta duração, uma aconteceu em hospital de dia e outra na UOM.

No decorrer do estágio, aconteceram pequenas reuniões pontuais e informais com alguns técnicos das equipas, nas quais a estagiária partilhou o seu conhecimento durante a discussão de casos particulares, de forma a justificar a pertinência da musicoterapia na intervenção com determinados utentes.

Agenda Semanal

Finalizada a fase de integração, o horário de estágio ficou organizado da seguinte forma: a estagiária deslocou-se ao local de estágio duas vezes por semana, com entrada às 10 horas e saída prevista para as 17 horas.

O período da manhã decorria entre as 10 e as 13 horas e era dedicado ao planeamento de sessões, à consulta de processos e de registos clínicos, à identificação de novos casos para acompanhamento e à realização de outros trabalhos não interventivos (p.ex., escrita de conteúdos relacionados com a musicoterapia. Também durante este período, a estagiária manteve-se disponível para a intervenção noutros serviços, cujos casos fossem considerados pertinentes pela EAPS, o que aconteceu pontualmente e, durante a fase de integração, este período foi ocupado na UTD.

Após o período de almoço, a partir das 14 horas, o tempo era dedicado às intervenções de musicoterapia na UCP (onde estava estabelecido que a estagiária iria intervir ao longo de todo o estágio); à semelhança do que aconteceu no período da manhã, pontualmente, foram realizadas sessões noutras unidades, durante o período da tarde.

Métodos e Técnicas

À luz do modelo de musicoterapia em cuidados paliativos de Dileo e Dneaster (2005) – e tendo em conta as necessidades da maioria dos utentes acompanhados na UCP ao longo do estágio – a estagiária interveio sobretudo ao nível do suporte, ou seja, com o objetivo de proporcionar conforto e de ir ao encontro do estado afetivo da pessoa. As técnicas maioritariamente utilizadas neste contexto foram o canto (com recurso ao *toning* e ao *humming*), a recriação de repertório, a escuta musical, a improvisação (de forma recetiva) e o *entrainment*.

Nos casos em que foi possível um acompanhamento mais prolongado e cuja funcionalidade da pessoa o permitia, a musicoterapia atuou ao nível da comunicação/expressão, isto é, com o objetivo de facilitar a expressão de emoções ou sentimentos e incitar a reflexão. Nestes casos – que foram menos frequentes – mobilizaram-se técnicas como a revisão de vida (através da evocação de memórias relacionadas com a música), a dedicação de canções, a escrita de canções, a autobiografia musical e a análise de letras.

Por fim, o nível de transformação fez parte da intervenção num número ainda mais reduzido de casos, ao longo do estágio. Este nível de intervenção tem como objetivo alcançar um estado de equilíbrio interno e aceitação, através da resolução de conflitos (intra, inter ou transpessoais) e, para isso, a estagiária recorreu sobretudo a técnicas como a escrita de pequenas canções (a partir de conteúdo verbalizado pelos utentes a esse respeito) e a

improvisação vocal (partindo do conhecimento prévio da história do utente, em contexto recetivo).

A criação de legados musicais é uma técnica utilizada em musicoterapia dirigida a pessoas em aproximação do fim de vida, que consiste em facilitar a criação de material musical por parte do utente, com o objetivo de ser lembrado pelas suas pessoas significativas através do mesmo. Neste estágio, a criação de legados musicais surgiu de forma espontânea em alguns casos onde surgiram pequenas criações musicais ou momentos de interação musical significativa que foram gravados por familiares ou por elementos da EAPS (com autorização para gravação audiovisual). Estes momentos acabaram por se tornar recordações com as quais os familiares puderam ficar após o falecimento do utente, assumindo um papel semelhante ao de um legado, de forma involuntária.

Outros Projetos

É de referir que, inicialmente, o presente estágio contemplava a intervenção dirigida às equipas de saúde, por necessidades identificadas pela própria instituição. Contudo, devido ao contexto de pandemia e às várias restrições que lhe estiveram associadas, as intervenções em grupo foram interditas, pelo que, apesar de constar no projeto desenhado para o estágio, não se chegou a realizar.

Estudos de Caso

O presente capítulo destina-se à apresentação e reflexão – à luz da literatura – de dois casos que foram acompanhados individualmente em musicoterapia e que se encontravam em regime de internamento na UCP. Pretende-se, com esta exposição, elucidar sobre o espectro de intervenção em que consistiu o estágio de musicoterapia no IPOCFG, bem como enriquecer, através da reflexão, o conhecimento sobre a aplicação da musicoterapia às situações que serão descritas.

Estudo de Caso I

De ora em diante será apresentado o caso da Olga (nome fictício), uma mulher que esteve internada na UCP de janeiro a fevereiro. O acompanhamento em musicoterapia teve uma periodicidade de uma a duas vezes por semana, tendo beneficiado de um total de oito sessões.

Descrição Sumária do Caso

A Olga era uma mulher de 87 anos que residia com o marido, tinha três filhos (um dos quais faleceu com 43 anos, vítima de uma doença oncológica), três netos e uma bisneta recém-nascida, representando as suas pessoas significativas. Tinha como diagnóstico oncológico primário um carcinoma da mama, ao qual foi operada em 2019.

Em dezembro de 2020, deu entrada no internamento de cirurgia do IPOCFG, proveniente do serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, por uma lesão renal aguda obstrutiva, em provável contexto de pielonefrite obstrutiva decorrente de metastização óssea e retroperitoneal. Durante este internamento, com o recurso aos meios complementares de diagnóstico, foram sendo descobertas várias metástases a nível ósseo e medular, o que levou a excluir a possibilidade de um tratamento curativo. Por este motivo – e

para controlo sintomático da lesão renal – a utente foi referenciada para a UCP, onde ficou internada, em janeiro.

Ao longo deste percurso, até ter sido internada na UCP, a utente foi-se mostrando triste, com choro fácil e consciente de que teria um tempo de vida limitado. Por parte da EAPS, foi facilitado o contacto com os netos que residiam no estrangeiro, evento que foi significativo para a utente. O acompanhamento em musicoterapia foi sugerido por uma das assistentes sociais da EAPS que facilitava o contacto com estes familiares e pela equipa de cuidados paliativos, com base na disponibilidade da utente para a intervenção e nas manifestações frequentes de tristeza, por vezes revolta, com a sua situação clínica e com a morte do filho.

Avaliação Inicial e Anamnese Sonoromusical

Na primeira sessão de musicoterapia, foram recolhidos dados sociodemográficos da utente e foi iniciada a anamnese sonoromusical. Concretamente, foi possível identificar as pessoas que a utente considerava como significativas, a sua fé cristã católica, o local onde cresceu e onde residia à data da intervenção, e o facto de ter vivido mais de vinte anos em França durante a idade adulta.

No que diz respeito à anamnese sonoromusical, a utente identificou canções e artistas da sua afetividade – alguns dos quais associava a determinadas fases da sua vida –, identificou referências musicais na sua história familiar, instrumentos da sua preferência, um contexto em que gostava de cantar e mobilizou algumas memórias relacionadas com a música. Recordou os bailes que se faziam na terra onde cresceu, pessoas que tocavam harmónica nesses bailes e outras que dançavam; no que diz respeito às referências familiares associadas à música, a utente referiu que o seu pai cantava fado, que uma das suas irmãs

cantava no coro da igreja e no rancho folclórico da região e, ainda, que o filho de uma prima sua tocava numa banda.

Como instrumentos da sua preferência, a utente identificou o saxofone e o acordeão, referindo também que gostava de cantar quando trabalhava no quintal. As canções da sua afetividade foram identificadas à medida que a utente se ia recordando de partes de letras, como foi o caso de *Cantigas da rua* – de Deolinda Rodrigues –, *Os olhos da Marianita* – canção popular portuguesa –, *O soldado das trincheiras* – de Fernando Farinha – e o *Fado da esmola* – de José Alberto Sardinha; referiu também gostar de Edith Piaf, associando ao período da sua vida em que viveu em França. A utente referiu-se, por vezes, a excertos de outras canções e artistas que a estagiária não conseguiu identificar por não ter encontrado qualquer correspondência a partir do que a utente se recordava.

Também na primeira sessão, através da observação, verificou-se que a utente se encontrava consciente e orientada e que, tendencialmente, não estabelecia contacto ocular durante o diálogo. Apresentava um discurso coerente mas, por vezes, pouco perceptível, com um vocabulário simples e pouco elaborado. A utente encontrava-se acamada, apresentando dependência para a realização de algumas atividades de vida diária (AVD's) e, frequentemente, verificava-se também uma distratibilidade fácil perante estímulos externos.

Plano Terapêutico

A partir dos dados recolhidos pela observação ao longo das sessões, e procurando dar resposta aos problemas identificados, foi elaborado o plano terapêutico que se apresenta na tabela 3.

Tabela 3.
Plano Terapêutico da Olga

Problema	Objetivo	Sub-objetivo 1	Sub-objetivo 2
Prostração	Diminuir a prostração	Aumentar a participação	Aumentar o tempo de permanência na atividade
Agitação psicomotora	Diminuir a agitação psicomotora	Reduzir a expressão não verbal de ansiedade	Diminuir a frequência respiratória provocada pela agitação
Degradação do estado de saúde	Diminuir o desconforto físico e psicoemocional associado à degradação do estado de saúde	Reduzir sinais de tensão e/ou de desconforto físico	Diminuir a solidão, com a aproximação do fim de vida

De seguida, será descrito o percurso terapêutico da Olga, gerido de acordo com o plano anteriormente apresentado.

Processo Terapêutico

Quando se considera um acompanhamento musicoterapêutico de uma pessoa cuja degradação clínica se vai acentuando progressivamente, é sensato priorizar a dimensão psicossocial na definição dos objetivos terapêuticos, uma vez que não se prevê melhoria ou manutenção da funcionalidade. Neste caso, a utente usufruiu de oito sessões de musicoterapia, durante as quais foi evidente a progressiva degradação clínica que culminou no falecimento da mesma.

Refletindo sobre o caso após a sua conclusão, identificam-se os seguintes aspetos como tendo sido os principais focos de atenção durante o processo terapêutico da Olga: a devolução de experiências musicais familiares, a procura de interação e a promoção da serenidade. Foi possível verificar que a intervenção se concentrou nos aspetos anteriormente mencionados em diferentes fases da evolução clínica da utente, tendo sido priorizados uns em relação aos outros de acordo com as necessidades da mesma. De um modo geral, procurou-se

humanizar o internamento da utente utilizando a ferramenta musical para ir ao encontro da sua identidade sonoromusical e/ou do seu estado afetivo.

O percurso terapêutico da Olga consistiu em oito sessões, cujo conteúdo detalhado se apresenta em anexo (Apêndice F). À medida que foram sendo identificadas as canções da afetividade, a utente foi-se mostrando surpresa e entusiasmada por voltar a ouvir as mesmas, tendo-se sentido encorajada a cantar pequenos excertos e a partilhar memórias que lhes estavam associadas. Foi perceptível, ainda, o valor afetivo que algumas das canções tinham para ela, demonstrando alguma ativação emocional quando as escutava.

A partir da segunda sessão, a utente foi demonstrando sinais de desorientação espacial e de um discurso nem sempre coerente. Assim, a partir da terceira sessão, foi tida em maior consideração a importância de oferecer estrutura e de promover a orientação da utente. Como tal, as sessões passaram a ser iniciadas por uma canção de saudação e terminadas por uma canção de despedida. Em simultâneo, foi trabalhada a recriação de repertório da afetividade que trazia uma sensação de familiaridade à utente e tinha o potencial de contribuir também para a orientação da mesma no que diz respeito à sua identidade.

Concomitantemente, a utente ia demonstrando maior sonolência e menor disponibilidade para participar na sessão, ao mesmo tempo que mantinha o registo de confusão. De forma a encorajar a interação recíproca, foram introduzidos pequenos instrumentos de fácil manuseamento, como a cabaça e as maracas, com os quais a utente pudesse interagir durante a recriação de repertório. A utente reagiu com surpresa à presença dos instrumentos, mas mostrou-se indisponível para interagir através deles devido à sonolência.

A este quadro seguiram-se períodos de lentificação do discurso e de agitação no leito, durante os quais a utente tentava retirar a roupa que vestia e a roupa da cama. Assim, a partir

da quarta sessão foi-se verificando uma necessidade cada vez maior de reduzir a agitação e os sinais de mau-estar da utente, inicialmente através de recriação de repertório da sua afetividade – sendo que se mostrava mais serena após a audição do mesmo – e, mais tarde, através da improvisação vocal – acompanhada à guitarra – de conteúdos iniciados pela mesma e que, por isso, fossem ao encontro do seu estado afetivo (por exemplo, *hoje não quero nada, mesmo nada / nada, nada, só estar sossegada*). A estas interações a utente respondia fechando os olhos, elevando as sobrancelhas, acenando afirmativamente com a cabeça e, por vezes, adormecia. Na maior parte das interações com a utente, os instrumentos privilegiados pela estagiária foram a guitarra e a voz. Em primeiro lugar, a guitarra, pelo timbre que facilmente remete para uma atmosfera de conforto, por ser um instrumento harmónico (capaz, por isso, de suportar a ativação sonora da pessoa), pela facilidade de manuseamento por parte da estagiária e pela facilidade de transporte para a unidade de internamento. Em segundo lugar, a voz, por remeter para uma atmosfera de conforto e segurança, pela capacidade de espelhar/descrever situações independentemente do nível de comunicação da utente (verbal ou não-verbal) e por se tratar de um elemento sonromusical comum à utente.

A intervenção em musicoterapia culminou na oitava sessão, na qual a utente se encontrava, à chegada da estagiária, sentada no cadeirão, hipotónica, sem abertura ocular e com a frequência respiratória francamente acelerada. Perante este estado, foi iniciado o contacto musical através da recriação de repertório da afetividade da utente, que pareceu não surtir qualquer efeito na mesma. Dada a diminuição significativa de resposta, em comparação com sessões anteriores, a estagiária compreendeu que o final de vida da utente podia estar próximo. Como tal, a estagiária optou por iniciar uma improvisação instrumental cujo ritmo musical fosse síncrono com o ritmo respiratório da utente, procurando aliviar o mesmo com

vista a obter uma maior sensação de conforto – *entrainment*. Apesar de se verificar frequentemente um ritmo respiratório irregular e pouco previsível, foi possível estabelecer a sincronia entre este e a música improvisada, na sequência da conexão não verbal que se criou ao longo da sessão, a qual se caracterizou por uma sintonia que não permitia perceber, em determinados momentos, se era a música que se adaptava ao ritmo da utente ou o contrário; foi perceptível, aliás, que nalguns momentos em que a sincronia era quebrada a utente fazia uma inspiração mais profunda, parecendo necessitar de se reajustar.

Ao longo da sessão, foi evidente a diminuição progressiva do ritmo respiratório e cardíaco da Olga (avaliado manualmente pela estagiária), tendo-se tornado evidente que a utente iria acabar por falecer num espaço de poucas horas. De forma a estreitar a conexão não-verbal entre ambas e a perpetuar alguma perceção rítmica e sensorial, a estagiária pegou nas mãos da utente e colocou-as em cima da caixa de ressonância da guitarra, permitindo-lhe sentir a vibração a acompanhar a sua respiração enquanto a estagiária tocava. Por vezes, à improvisação instrumental foi adicionada a voz, introduzindo pequenos conteúdos relativos à vida da utente, tendo-se verificado que a utente, ocasionalmente, elevava as sobrancelhas.

Cerca de uma hora e meia após o início da sessão, os períodos de apneia tornaram-se cada vez mais prolongados, tendo a sessão culminado na morte serena da utente, acompanhada musicalmente pela estagiária.

Resultados e Discussão

Após o falecimento da utente – e, com ele, o término da intervenção – foi pedido a um elemento da equipa de enfermagem que acompanhou o caso que preenchesse um pequeno conjunto de escalas, a fim de avaliar a perceção do impacto da musicoterapia por parte da equipa de saúde. Este instrumento foi preenchido pela enfermeira que esteve responsável pela utente no dia do seu falecimento, pelo que se apercebeu do contexto em que a mesma faleceu.

Com base no acompanhamento que lhe foi proporcionado ao longo do internamento e, em particular, nos últimos momentos de vida, a enfermeira atribuiu nota máxima à influência da musicoterapia no conforto físico (CF=10) e no suporte emocional e/ou espiritual da utente (SE/E=10), tendo ainda atribuído uma influência relevante ao contributo da musicoterapia ao nível do significado pessoal (SP=7); acrescentou, ainda, que a musicoterapia trouxe serenidade e conforto à utente, que se encontrava em fase agónica, tendo falecido acompanhada e tranquila.

Segundo o modelo de Dileo e Dneaster (2005), no caso da Olga foi priorizado o nível de suporte – tendo em conta a modalidade maioritariamente recetiva da intervenção – com o objetivo de proporcionar conforto e familiaridade através da recriação de repertório, da improvisação e, na última hora de vida, através da técnica de *entrainment*.

Este caso em particular vai ao encontro do que está descrito na literatura acerca da técnica de *entrainment* e do papel que a musicoterapia pode desempenhar no processo de libertação (Krout, 2003). De facto, nas últimas horas de vida da utente, o *entrainment* e o ter em conta o princípio de *ISO* foi o que tornou possível a conexão entre a estagiária e a utente quando já não se perspetivava a possibilidade de manter uma relação ou qualquer tipo de interação (Dorris, 2005). Além de ter permitido a conexão, esta técnica poderá ter ajudado a aliviar a respiração acelerada da utente – objetivo primordial para o qual foi utilizada – contribuindo para um maior conforto em fim de vida (Clements-Cortés, 2010; Hansel & Mandel, 2012).

Por outro lado, a intervenção em si criou, sem dúvida, uma atmosfera de tranquilidade que foi testemunhada por alguns elementos da equipa de saúde que estiveram para entrar no quarto para prestar cuidados, até se aperceberem da fase terminal em que a utente se encontrava.

Relativamente ao que poderia ter sido diferente na intervenção com a Olga, surgem de imediato dois aspetos. Em primeiro lugar, talvez tivesse sido interessante explorar a adesão da utente aos instrumentos musicais – nas primeiras sessões – e à componente não verbal como forma de interação – nas sessões em que o seu discurso se tornou mais lentificado.

Por outro lado, talvez tivesse sido importante envolver o marido no processo terapêutico. A este respeito, a estagiária optou por privilegiar os momentos em que o marido a visitava para que fossem momentos exclusivos um do outro, uma vez que, devido à situação pandémica corrente, estas estavam limitadas a visitas de meia hora, duas vezes por semana. Não obstante, reconhece-se a importância de o marido poder ter sido envolvido no processo terapêutico (mesmo que apenas numa sessão), quer para a utente, quer para o próprio que acabou por ter de atravessar um processo de luto.

Conclusão

O caso da Olga tem a particularidade de representar o papel da musicoterapia na intervenção até ao último momento da vida da utente, o que, por si só, o torna rico do ponto de vista de significado. Com este caso, é possível perceber até onde a música permite que uma relação vá; permite conceber a música como uma entidade que se faz presente até ao fim, quando competentemente moldada pelo musicoterapeuta. Em última análise, este recorre ao som musical familiar para proporcionar o estar em relação, componente central da existência humana, até ao último momento.

Para a musicoterapia, o caso da Olga vem acrescentar a riqueza inerente ao facto de ter sido possível acompanhar uma pessoa nas suas últimas horas de vida em interação exclusivamente sonoromusical. A este respeito, é de salientar ainda que, ao longo do estágio, se assistiu a uma mudança de atitude e de perspetiva por parte das equipas de saúde. Foi percecionado pela estagiária que, a partir deste caso, a musicoterapia passou a ser encarada

com maior seriedade, tendo começado a ser referenciado um maior espetro de casos. Para além disso, foi claramente reconhecido por parte da equipa o impacto positivo que a musicoterapia teve para a Olga – como se pode verificar no Apêndice F – tratando-se, por isso, de mais um dado que corrobora o sucesso da intervenção.

O caso da Olga também foi importante para a estagiária, por dois aspetos em particular. Em primeiro lugar, foi o primeiro e único caso que a estagiária acompanhou até ao momento da morte, o que a confrontou com a sensibilidade necessária para o desempenho desse papel e para a necessidade de elaborar (verbalmente ou não) sobre o impacto emocional que o mesmo tem, não obstante o privilégio que sentiu.

Em segundo lugar, a última sessão com a Olga foi realizada num horário atípico – antes de almoço – que a estagiária escolheu estrategicamente, de forma a poder encontrar a utente mais desperta. O facto de ter decidido mudar o horário e ter verificado que aquela foi a última hora da vida da utente, confrontou a estagiária com a possibilidade de se perderem oportunidades significativas quando, neste contexto, se adiam sessões ou quando se limitam as horas de permanência da musicoterapeuta na unidade a aparentes tempos de lazer. Nesse dia, foi a implementação dessa estratégia (decidindo não realizar a sessão no horário habitual) que permitiu que o final de vida da Olga tivesse sido acompanhado e mais significativo.

Estudo de Caso II

De seguida, será apresentado o caso da Teresa (nome fictício), uma mulher que esteve internada na UCP em abril, com um diagnóstico oncológico de carcinoma espinocelular cutâneo cervical, decorrente de um tumor primário desconhecido. Foi acompanhada em musicoterapia com uma periodicidade de duas vezes por semana, tendo beneficiado de um total de seis sessões (Apêndice G).

Descrição Sumária do Caso

A Teresa era uma mulher de 57 anos que residia com o marido, com quem tinha um filho e uma filha já adultos; tinha também dois netos (da parte do filho). Estes elementos constituíam o seu núcleo mais próximo de pessoas significativas. No entanto, é de acrescentar que a utente mencionou várias vezes o próprio pai, que faleceu quando esta tinha 10 anos, recordando-o também como uma pessoa significativa para si. A Teresa trabalhava como doméstica na casa de uma família abastada com quem mantinha boas relações. Contudo, interrompeu a sua atividade profissional desde que lhe foi feito o diagnóstico uma vez que, a este, se sucederam vários internamentos.

Antes de ser internada na UCP, a utente teve um percurso pautado por internamentos sucessivos que a afastaram do domicílio de forma prolongada. Na sequência do diagnóstico, foi internada no IPOCFG em outubro de 2020 para cumprir radioterapia, tendo desenvolvido uma reação alérgica que a levou a uma paragem cardiorrespiratória com necessidade de colocação de traquiostomia. Em dezembro, por lhe ter sido diagnosticada infeção por SARS-CoV2, foi transferida para o hospital da sua zona de residência, onde esteve internada durante dois dias, após os quais cumpriu quarentena no domicílio. Em janeiro de 2021 volta a recorrer à urgência do hospital de residência por uma inflamação da ferida tumoral e, havendo necessidade de voltar a ser internada no IPOCFG mas sem critérios (por ainda testar positivo para SARS-CoV2), é transferida para o hospital da CUF em Coimbra, onde permanece até ser internada no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do IPOCFG, no início de fevereiro.

O internamento na UCP surgiu da necessidade de controlo dos sintomas (dor, edema na região cervical, saída de conteúdo alimentar pela traqueostomia, entre outros), pelo que foi

internada neste serviço em abril, encontrando-se, à data da intervenção, ausente do domicílio por um período aproximado de 3 meses.

Perante estas circunstâncias, a intervenção em musicoterapia foi sugerida pela equipa de enfermagem, em articulação com a unidade de psicologia clínica, que já acompanhava a utente. Esta sugestão surgiu da necessidade sentida pela equipa de enfermagem de oferecer uma alternativa terapêutica a esta utente, dado o contexto de ausência prolongada do domicílio e as dificuldades de adaptação a um novo internamento. A manifesta tristeza decorrente dessas mesmas circunstâncias, a disponibilidade da utente para a música e a exploração de uma dimensão espiritual da mesma, vieram reforçar o encaminhamento para a musicoterapia.

Avaliação Inicial e Anamnese Sonoromusical

Na primeira sessão de musicoterapia, foram recolhidos dados sociodemográficos da utente e foi iniciada a anamnese sonoromusical. Concretamente, foi possível identificar as pessoas que a utente considerava como significativas (já mencionadas anteriormente), a sua fé cristã católica, o local onde cresceu e onde residia à data da intervenção, bem como memórias da sua vida que, frequentemente, estavam relacionadas com a música. No que diz respeito à anamnese sonoromusical, foi seguido um guião de entrevista semi-estruturada, a partir do qual foi possível recolher uma série de dados relativos à história sonoromusical da utente, que se apresentam de seguida.

Relativamente ao repertório da afetividade, a utente nomeou *O Emigrante* – do Conjunto Maria Albertina – como uma canção que a fazia lembrar a infância, recordando momentos em que andava de bicicleta com o seu pai e que terá, inclusivamente, feito uma gravação de si a cantar esta canção; relativamente à idade adulta, recordou a canção *Lança Perfume* – de Rita Lee – por ser a única canção em língua portuguesa que passava na estação

de rádio que ouvia durante o período em que viveu em França. Referiu-se, ainda, a uma canção francesa pela qual nutria uma forte afeição, *Chanson d'innocence* – de Gérard Lenorman –, associando-a à imagem dos campos de trigo.

No que diz respeito à sua história sonoromusical, a utente teve referências familiares ligadas à música, na medida em que o pai tocava guitarra, o tio-avô tocava saxofone numa banda filarmónica, um outro tio tocava vários instrumentos em bailes, e ela gostava de dançar e cantava com muita frequência, enquanto realizava diversas tarefas; lembrou, inclusivamente, um dia de trabalho em que, durante o intervalo do almoço, compôs duas pequenas canções para os filhos, quando eles entraram para a universidade.

Vale a pena referir, através dos dados da observação inicial, que a utente tinha uma traqueostomia, a qual impedia o funcionamento do aparelho vocal (portanto, a fala e o canto). Contudo, ao ser regulada por uma válvula, a utente conseguia expressar-se verbalmente, quando expirava, e o som produzido era disfónico, atonal. A utente mostrava-se disponível, serena, com contacto sintónico e encontrava-se deitada no leito – sem indicação para levantar autónomo, apesar de ter mobilidade nos membros – por risco de queda devido a oscilações da tensão arterial.

Plano Terapêutico

A partir dos dados recolhidos pela observação e pelo decorrer das sessões, foi elaborado o plano terapêutico que se apresenta na tabela 4.

Tabela 4.
Plano terapêutico da Teresa

Problema	Objetivo	Sub-objetivo 1	Sub-objetivo 2	Sub-objetivo 3
Tristeza	Diminuir a tristeza	Expressar a tristeza de formas alternativas ao verbal	Participar em atividades musicais bem sucedidas	Mobilizar conteúdos emocionalmente significativos
Saudade (por ausência prolongada do domicílio)	Aliviar a saudade	Identificar repertório da afetividade e memórias associadas	Mobilizar recursos internos para gerir a saudade	Diminuir a distância entre a utente e o que lhe traz saudade
Perdas sucessivas	Aliviar o sentimento de perda	Participar ativamente na sessão, dentro das suas capacidades	Participar em experiências musicais gratificantes	Participar na criação de um legado musical

De seguida, apresentar-se-á o percurso terapêutico pelo qual a utente atravessou e que procurou ir ao encontro do plano anteriormente apresentado.

Processo Terapêutico

O percurso terapêutico com a Teresa foi pautado por uma disponibilidade fora do comum demonstrada pela utente, dadas as circunstâncias em que se encontrava. Tendo em conta o longo período de hospitalizações, a musicoterapia concentrou-se em devolver familiaridade e nutrir a identidade da utente no tempo incerto de internamento (e de vida) que tinha pela frente.

Como referido anteriormente, na primeira sessão foram recolhidos os dados sociodemográficos da utente e iniciada a anamnese sonoromusical, na qual colaborou com entusiasmo. Durante a identificação e recriação do repertório da afetividade, a Teresa emocionou-se e, apesar de ter uma traqueostomia que a limita na expressão vocal, cantou

excertos da *Chanson d'innocence*; no final, agarrou as mãos da estagiária e expressou gratidão pelo momento proporcionado e pelas memórias que foram despertadas.

Na segunda sessão, a utente mantinha a disponibilidade para a intervenção e revelava algum entusiasmo, à medida que se estabelecia o diálogo a partir do qual as memórias surgiam. Nesta sequência, a Teresa lembrou-se de duas pequenas canções que tinha composto para os filhos quando estes entraram na universidade e começou a cantá-las de forma expressiva, tendo a estagiária acompanhado com a guitarra. Apesar da disfonia associada à voz da utente – a qual dificulta a perceção de uma tonalidade – a estagiária tocou os acordes que mais se assemelhavam ao timbre da voz da utente e na sequência que a cadência da métrica fazia prever, tendo a utente confirmado que correspondia à melodia da música dela.

Ainda nesta sessão, foi perceptível a presença preponderante que a música sempre teve na vida da Teresa, que descreveu ter inventado pequenas canções sobre situações diversas (desde a entrada dos filhos para a universidade, até a episódios caricatos da vida da aldeia). Antes do final da sessão, a estagiária retomou a canção mais significativa da sessão anterior e encorajou a Teresa a tocar o ritmo da guitarra enquanto a estagiária tocava os acordes. A utente acedeu prontamente à proposta, tocou levemente e de olhos fechados e, no final, voltou a expressar gratidão pela sessão.

A terceira sessão foi, talvez, a que melhor espelhou a disponibilidade e a autodeterminação da utente. Quando questionada sobre o que gostaria de fazer na sessão desse dia, a Teresa revelou que, desde a sessão anterior, tinha esboçado mentalmente uma letra dedicada aos netos a partir da melodia da *Chanson d'innocence* (que corresponde à mesma melodia da *The sound of silence*, de Paul Simon e Art Garfunkel). A estagiária escreveu a letra, à medida que a utente ia cantando, ajustou-a ligeiramente de forma a caber na estrutura (sempre com a validação da própria) e, por fim, cantou a canção toda

acompanhada à guitarra, a pedido da utente. Por sugestão da estagiária e após consentimento verbal da utente, foi feita uma gravação áudio do produto final, com o telemóvel da Teresa. A letra escrita pela utente sobre a saudade que sentia dos netos consta, também, do Anexo H.

A quarta sessão decorreu, inesperadamente, na presença da filha e do marido da utente, que a visitavam nesse horário e já tinham ouvido a canção criada pela Teresa, querendo expressar a sua gratidão por isso. Ao perspetivar a oportunidade de se criarem momentos significativos de interação entre a família, a estagiária optou, então, por realizar a sessão na presença de todos. A pedido dos familiares presentes – e com o consentimento da utente – foi recriada a canção original criada pela Teresa, desta vez a tocar o ritmo da guitarra enquanto a estagiária cantava e fazia os acordes.

Além deste momento que foi motivo de emoção para os presentes, os familiares nomearam mais artistas da afetividade da utente, tendo sido recriadas algumas canções, às quais a utente respondeu com entusiasmo e desinibição, e acompanhou a letra com mímica labial e com gestos que correspondiam à mesma, de forma espontânea. A Teresa lembrou ainda, na presença da filha, a canção que tinha criado para ela, aquando da sua entrada para a universidade, e a mesma foi recriada com a ajuda da estagiária que tocou guitarra enquanto a utente cantava. Vários dos momentos de interação musical foram filmados pela filha da utente, por iniciativa desta, o que permitiu eternizar momentos positivos do internamento para aquela família.

Entretanto, nos dias que se seguiram, a utente desenvolveu uma infeção urinária, pelo que a possível alta – e regresso ao domicílio após meses de ausência – não se concretizou quando esperado. Nesta sequência, as duas últimas sessões tiveram como tema predominante a tristeza.

Na quinta sessão, a utente verbalizou a tristeza que sentia face a todo o percurso desde o momento do diagnóstico, as saudades e o sentimento de não poder usufruir dos investimentos recentes que tinha feito. Perante o desamparo percecionado, a estagiária iniciou uma improvisação instrumental com *humming*, numa sequência que alternava acordes maiores com menores, procurando ir ao encontro do estado afetivo da utente, espelhando e validando o mesmo. A esta iniciativa da estagiária, a utente fechou os olhos, inspirou profundamente e acompanhou levemente com a cabeça, referindo, no final, que tinha sido importante para ela.

Por fim, na sexta sessão, a Teresa ventilou a tristeza face à ausência que sempre sentiu da parte do marido, nomeadamente no que diz respeito ao acompanhamento do crescimento dos filhos, uma vez que ele se encontrava quase permanentemente a trabalhar. Referiu, ainda, com tristeza, que só desde o diagnóstico é que o marido demonstrava com maior frequência o amor que sentia por ela; a Teresa comparou esta atitude com o título da canção *A vida toda* – de Carolina Deslandes –, referindo, com pesar, que agora que se encontrava doente e que não sabia o curso que a doença ia tomar é que o marido a amava como se fosse para a vida toda. Esta sessão foi exclusivamente verbal e foi, sobretudo, providenciada escuta. Partindo da canção *A vida toda*, a estagiária sugeriu elaborarem, em conjunto, uma nova letra, que fosse ao encontro da mensagem que a utente quisesse expressar, o que pareceu fazer sentido para a utente mas preferiu adiar para uma outra sessão; no entanto, referiu que a letra deveria começar por “quando o nosso filho nasceu, tu estiveste ausente”. Apesar de não ter sido aprofundado, a partir desta canção pré-composta, a Teresa foi capaz de elaborar verbalmente e refletir acerca da sua tristeza. Este é um pequeno exemplo ilustrativo do papel que a musicoterapia também pode ter na tomada de consciência sobre processos individuais e/ou aspetos relevantes da vida da pessoa.

Após esta sessão, a utente teve alta tendo, no entanto, piorado no domicílio. Voltou a ser internada poucos dias depois, acabando por falecer um dia após o novo internamento, num dia em que a estagiária não se encontrava na instituição. Posteriormente, a família teve oportunidade de expressar, novamente, a gratidão pela intervenção e o significado que esta teve para a utente.

Resultados e Discussão

Ao longo do acompanhamento da Teresa em musicoterapia, foram várias as manifestações de que a intervenção estava a ser significativa para a utente, quer por parte dos profissionais de saúde, dos familiares da utente como da própria. Também no processo clínico informático, ao longo da intervenção, surgiu um novo registo médico sobre a melhoria da tristeza em comparação com o início do internamento.

No que diz respeito ao impacto da musicoterapia percebido pela equipa (neste caso, de enfermagem), o elemento da equipa que preencheu o instrumento de avaliação percebeu uma influência muito relevante nas três dimensões avaliadas, ou seja, ao nível do significado pessoal (SP=10), do conforto físico (CF=9) e do suporte emocional e/ou espiritual (SE/E=9). Estes dados corroboram o *feedback* verbal que a estagiária foi obtendo por parte da equipa, sendo, por isso, inquestionável o quão relevante a equipa sentiu que a intervenção em musicoterapia foi para a Teresa, enquanto esteve internada na UCP (Apêndice G).

Este caso vai ao encontro da literatura na medida em que a Teresa compôs uma canção dedicada aos netos na qual espelhou a saudade que sentia (Petersen, 2012). Mesmo sem saber se o fim estava próximo, a criação da canção pode ter contribuído para a preparação da utente para a possibilidade de não se voltarem a encontrar. Por outro lado, apesar de ser dedicada aos netos, a canção que escreveu – e que ficou gravada e na posse na filha – tornou-se um legado musical passível de ser usufruído por todos os membros da

família, o que pode ter contribuído para uma vivência mais saudável do luto (O’Callaghan, 2013).

De acordo com o modelo de musicoterapia em cuidados paliativos de Dileo e Dneaster (2005), no caso da Teresa, a intervenção foi implementada ao nível do suporte – através da recriação de repertório e da improvisação recetiva – e ao nível da comunicação/expressão – através da escrita de canções (embora não tivesse sido aplicada a metodologia propriamente dita). Contudo, pode considerar-se que, apesar da intervenção ter tido uma grande componente expressiva, o papel da estagiária foi maioritariamente de suporte, face à iniciativa demonstrada pela utente.

Em reflexão individual sobre o caso, foi possível perceber como, de forma inconsciente, a Teresa foi dando relevo a diferentes papéis sociais que desempenhava, no decorrer da intervenção. Por outras palavras, pode dizer-se que o trajeto da intervenção constituiu uma forma de revisão de vida. Nesta ótica, é possível desenhar uma sequência ao longo das sessões que, de certa forma, é coincidente com a linha cronológica dos papéis sociais que a utente foi desempenhando ao longo da vida e que, no seu todo, confluem para a identidade da Teresa.

Concretizando a premissa anterior, na primeira sessão, a utente evocou memórias relacionadas com a música que a faziam recordar essencialmente a infância e experiências com o pai, pelo que remontou ao papel de filha; na segunda sessão, a utente referiu-se espontaneamente a canções que tinha escrito para os filhos quando estes ingressaram na universidade, pelo que se pode considerar-se que houve um destaque do papel de mãe; na terceira sessão, a utente compôs, espontaneamente, uma canção dedicada aos netos, pelo que, neste caso, o papel de avó parece ter sido o mais evidente.

Na quarta sessão – que decorreu na presença da filha e do marido – houve partilha de mais canções e artistas da afetividade da utente (e dos familiares), bem como a recriação ao vivo da canção original composta para os netos, pelo que os papéis nomeados anteriormente se verificaram em simultâneo, podendo dizer-se, assim, que, nesta sessão, a identidade da utente estava mais inteira.

Só na quinta e na sexta sessão é que a utente elaborou verbalmente sobre si enquanto doente oncológica – o que, cronologicamente, continua a corresponder à sequência da sua vida e que se verificou nas sessões –, culminando na tristeza que sentia. Ainda assim, ao longo das sessões, foi perceptível que a utente integrava a doença como uma parte da sua vida e não como algo que veio ocupar o lugar da sua identidade.

Relativamente ao que podia ter sido diferente na intervenção com a Teresa, é de referir, talvez, a exploração da disponibilidade da utente para a improvisação e a introdução de outros instrumentos como forma de enriquecer a expressão individual. A Teresa, particularmente, demonstrou uma disponibilidade e uma iniciativa fora do comum em comparação com os outros utentes com quem a estagiária contactou ao longo do estágio, o que fez com que esta não precisasse de propor tanto ou de demonstrar o que pode ser feito em sessão. Contudo, o potencial da intervenção poderia ter sido maximizado se, ocasionalmente, a estagiária tivesse feito propostas musicais nos momentos mais verbais da sessão.

Conclusão

O caso da Teresa é interessante por vários aspetos. Em primeiro lugar, a utente revelou uma grande disponibilidade para a intervenção, autopropondo-se e desafiando-se a criar e a ter experiências novas, como foi o caso de partilhar a guitarra com a estagiária. Em segundo lugar, este caso veio reforçar o papel de suporte que a musicoterapia pode desempenhar, dando forma e segurança à expressão individual da pessoa.

Relevante foi também a vontade de cantar, da qual a Teresa não se coibiu mesmo possuindo uma traqueostomia. A escolha de usar a voz para cantar (para expressar significados) quando esta se encontra distorcida da realidade é, por si só, um retrato daquilo que era a identidade da Teresa e que coincide com a motivação inata que foi percebida ao longo das sessões.

Para as equipas de saúde, o caso da Teresa foi um testemunho na primeira pessoa do papel que a musicoterapia pode desempenhar em cuidados paliativos sem que a pessoa esteja em fim de vida previsível. Uma vez que a referenciação foi feita pela unidade de psicologia clínica, o caso da Teresa revelou-se importante do ponto de vista da componente psicossocial na qual a musicoterapia pode intervir. Para além disso, para a equipa foi perceptível que a musicoterapia teve um impacto muito relevante para a Teresa ao nível do conforto físico, do significado pessoal e do suporte emocional/espiritual, como se pode comprovar através do instrumento preenchido pelo profissional de saúde (Apêndice G).

Por outro lado, para a estagiária, o caso da Teresa veio demonstrar um outro ponto de vista da intervenção, no que diz respeito ao papel que o musicoterapeuta pode adotar durante a sessão. Se, por um lado, a intervenção contou com a participação ativa da utente, por outro, a estagiária não precisou de adotar uma postura tão ativa. Contudo, também foi uma oportunidade para compreender que, sem a presença e o suporte da estagiária, nenhuma das sugestões e/ou criações da utente tinham ganhado forma e, conseqüentemente, também não teriam tido o significado pessoal (e, posteriormente, familiar) que revelaram ter.

Outras Intervenções Clínicas

Tal como foi descrito na secção da metodologia, as intervenções realizadas no contexto deste estágio podem ser agrupadas em intervenções de curta duração (que não excederam as duas sessões) ou intervenções mais prolongadas (com um número de sessões igual ou superior a três). Independentemente da duração do internamento, em todas as intervenções se procurou humanizar o internamento e oferecer suporte emocional através da música.

Neste capítulo, serão descritos, de forma sucinta, exemplos de algumas intervenções que, não tendo sido alvo dos estudos de caso, também se destacaram pela relevância de aspetos particulares do próprio caso ou da intervenção musicoterapêutica. Também pela brevidade da intervenção, o instrumento de avaliação da perceção do impacto da musicoterapia pela equipa de saúde não foi aplicado.

Intervenções de Curta Duração

De um modo geral, as intervenções de curta duração surgiam na sequência de um dos cenários seguintes: ou a brevidade da intervenção era expectável (e a colaboração da estagiária era intencionalmente requerida perante esse cenário, ou sugerida pela própria) ou, por outro lado, o término da intervenção fora inesperado (por alta ou falecimento), por vezes sem que tivessem sido definidos claramente os objetivos terapêuticos a trabalhar.

Nos cenários em que era expectável um curto período de acompanhamento (situações de agravamento súbito do estado clínico, de proximidade do fim de vida ou morte iminente), as intervenções foram, muitas vezes, sugeridas pela própria estagiária, uma vez que se verificava alguma descrença por parte dos elementos das equipas acerca da aplicabilidade da musicoterapia nestas situações. No decorrer do estágio, a referenciação destes casos foi-se tornando mais frequente por parte da equipa, à medida que se tornava manifestamente

evidente a forma como a música se revelava um veículo de contacto humano e suporte emocional junto da pessoa em fim de vida.

Por se dirigirem maioritariamente a pessoas em situação de fim de vida com pouca atividade, as intervenções curtas foram, na sua maioria, sessões recetivas, durante as quais era recriado repertório da afetividade da pessoa e eram observadas as reações ao mesmo. Por vezes, a intervenção incluía também momentos recetivos de improvisação instrumental e/ou vocal, que fossem ao encontro do estado afetivo da pessoa e/ou que incluíssem conteúdos relevantes relacionados com a sua vida.

Caso do Nuno

O Nuno (nome fictício) era um homem com 54 anos e um diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão em estado avançado com metástases a nível renal, ósseo, abdominal e intestinal. Foi referenciado para musicoterapia por solidão percebida pela EAPS e, à data da referenciação, o Nuno encontrava-se comunicativo e recetivo à intervenção, tendo colaborado na anamnese sonoromusical e na evocação de várias memórias relacionadas com a música. A sua identidade sonoromusical prendia-se em géneros como o *rock* e o *metal*, tendo referido como artistas da sua preferência *Metallica*, *Scorpions*, *Iron Maiden*, *Rolling Stones*, *Linkin Park* e *Xutos & Pontapés*. Durante esta sessão o utente emocionou-se quando se recordou do concerto dos *Metallica* e da vontade de os voltar a ver ao vivo, bem como quando associou um verso dos *Xutos & Pontapés* à sua situação de vida atual (*a vida vai torta*).

Contudo, uma semana depois da primeira sessão, o estado clínico do Nuno agravou-se francamente, pelo que, na segunda sessão, o utente já não era capaz de falar nem de participar ativamente; nesse dia, encontrava-se mais sedado devido à medicação analgésica, uma vez que tinha vindo a apresentar um quadro de dores mais intensas.

Perante este cenário, foram mobilizados recursos de forma a recriar o repertório da afetividade do utente, juntamente com a sonoridade que lhe estava associada. Desta forma, a estagiária levou uma guitarra elétrica, um amplificador com botão de distorção e auscultadores (que não se revelaram necessários) e foram recriadas canções da afetividade do Nuno. Apesar de não conseguir falar e de manter o olhar fixo no teto, o utente reagiu de diversas formas: elevou as sobrancelhas ao ouvir o som da distorção e quando lhe disse que tinha junto dele uma guitarra elétrica, suspirou várias vezes enquanto eram recriadas as canções da sua afetividade, lacrimejou quando levei a mão dele às cordas da guitarra e pôde ouvir o som amplificado das mesmas, e verificaram-se alterações da frequência respiratória e da expressão facial, principalmente perante mudanças de intensidade e/ou de repertório. O Nuno veio a falecer no dia seguinte e, apesar de não ter podido expressar-se verbalmente, parece ser evidente a importância que a intervenção teve na conclusão de vida do utente.

Caso do Américo

Outro exemplo de uma intervenção pontual receptiva foi o caso do Américo (nome fictício), um homem de 56 anos com neoplasia do pulmão em estadio avançado. O pedido de intervenção de musicoterapia foi feito pela unidade de psicologia que, ao contactar a esposa do utente, a informaram da existência de musicoterapia na instituição, tendo esta referido que as canções que marcavam a identidade do casal eram a *Cinderela* – de Carlos Paião – e *Sonhos de menino* – de Tony Carreira.

Tratava-se de uma situação de fim de vida iminente após um agravamento súbito do quadro clínico, pelo que, à chegada da estagiária, o utente não comunicava verbalmente, tinha abertura ocular discreta mas sem olhar dirigido, apresentava um ritmo respiratório acelerado e necessidade de ventilação mecânica não invasiva. Neste caso em particular, a intervenção centrou-se na recriação do repertório da afetividade do casal como forma de tornar presente

para o Américo esse laço conjugal que, naquele momento, não tinha outra forma de se tornar presente.

Durante a recriação do repertório identificado pela esposa, foram evidentes reações não verbais do utente, como alterações no ritmo respiratório, o elevar de sobrancelhas, discretos movimentos da cabeça e algum lacrimejo, sendo que algumas destas reações se verificaram quando eram cantados versos específicos de uma das canções. Para além deste repertório, a estagiária elaborou uma pequena letra na qual assegurava a sua presença junto do utente, reforçando que, apesar de ele não conseguir falar, era perceptível a sua capacidade de a ouvir, tendo-se verificado algumas das reações já descritas. O utente faleceu durante a madrugada seguinte.

Caso da Elisabete

De todas as intervenções de curta duração realizadas no âmbito deste estágio, o caso da Elisabete (nome fictício), que será apresentado de seguida, foi o mais representativo da aplicação das técnicas recetivas em musicoterapia.

A Elisabete era uma mulher de 48 anos, casada e com dois filhos, um com 11 anos e outro com 19. Tinha como diagnóstico clínico um carcinoma da mama com plurimetastização óssea, ganglionar e suspeita de metastização hepática e, apesar de não constar no processo clínico, foi levantada a hipótese – pela equipa médica – de existirem metástases cerebrais, devido às alterações cognitivas e comportamentais que se vinham a verificar nos últimos dias.

O pedido de intervenção da musicoterapia foi feito por uma das assistentes sociais da EAPS, que incluiu a estagiária na reunião familiar que aconteceu entre o marido da utente e a equipa de cuidados paliativos (representada por uma enfermeira, uma médica e pela assistente social da EAPS), com vista a preparar a família para o provável falecimento da utente nos dias que se seguiam. Neste sentido, foi explicado ao marido da utente o papel que

a música podia desempenhar tanto como veículo de comunicação e relação, como no proporcionar familiaridade e no reforço da identidade da pessoa tantas vezes camuflada pelo espaço que a doença ocupou na vida desta. Após concordarem com a intervenção, o marido e os filhos da utente identificaram repertório da afetividade desta e, preferindo não estar presentes nesse momento, a assistente social propôs filmar a sessão e enviar posteriormente (uma vez que tinha autorização para o fazer, na sequência do apoio na realização de videochamadas), o que eles aceitaram.

À chegada da estagiária, a utente encontrava-se desperta, com discurso verbal nem sempre coerente e com períodos de desorientação que a levavam a querer levantar-se várias vezes. A utente manifestava comportamento rítmico em repouso, marcando uma pulsação com a mão e com o movimento de agitar a perna. Aproveitando o ritmo marcado pela utente, a estagiária iniciou a recriação do seu repertório da afetividade partindo dessa mesma pulsação. No decorrer da sessão, a utente participou a cantar e foi capaz de completar corretamente pequenos versos das canções da sua afetividade.

Com o intuito de proporcionar um momento relacional ainda mais significativo, a estagiária aproximou a guitarra da utente, que foi percorrendo ritmicamente as cordas enquanto a estagiária mudava os acordes, recriando assim, juntas, uma canção da afetividade da utente; a utente revelou competência na perceção de término da canção, parando de tocar após a entoação vocal que antecipava o fim da canção. Durante essa interação, foram também reforçados os laços afetivos com os seus entes queridos através de pequenos versos improvisados pela estagiária, a partir de manifestações de carinho que a utente dirigia aos seus familiares durante a gravação.

Tal como acordado com a família, foram filmados excertos destas interações com a utente, que faleceu no dia a seguir à sessão, tendo as gravações sido facultadas à família cerca

de duas semanas após o falecimento. O marido manifestou gratidão e comoção, referindo a importância que teve, principalmente para os filhos, poderem ficar com a recordação da Elisabete a cantar, a tocar e a mexer-se, constituindo, assim, um legado que poderá ter contribuído para um luto mais saudável, como refere O'Callaghan (2013).

Intervenções Mais Prolongadas

Como referido anteriormente, o estágio consistiu também em intervenções que tiveram uma duração superior a três sessões. Tendo sido mais prolongadas, houve tempo para planear um pouco melhor os objetivos e as propostas. Nestas intervenções, surgiram oportunidades para trabalhar a construção de legados, a resolução de tarefas antes da morte (quando era expectável uma degradação progressiva do estado de saúde), o estreitar de laços significativos através da música e a revisão de vida. De seguida, serão apresentados alguns casos que ilustram este tipo de acompanhamento em musicoterapia.

Caso da Ester

A Ester (nome fictício) era uma mulher de 75 anos com diagnóstico de adenocarcinoma do cego com metastização hepática e carcinomatose peritoneal. O acompanhamento em musicoterapia foi sugerido por uma das assistentes sociais da EAPS, logo após o período de integração da estagiária na instituição, por aparente disponibilidade da utente para a música e por haver relatos de alguma solidão percebida.

No momento da intervenção, a utente apresentava elevado grau de dependência nas AVD's, discurso pouco audível e lentificado, bem com períodos de sonolência, o que não a impediu, no entanto, de se mostrar disponível para a intervenção. A recolha de dados relativos à identidade sonromusical da Ester aconteceu no decorrer de uma visita virtual com a filha e com o neto da utente e, na sua maioria, o repertório da afetividade estava relacionado com o local onde cresceu e com a fé que professava.

A intervenção teve a duração de seis sessões e centrou-se na criação de oportunidades de interação, de expressão de emoções e em proporcionar conforto físico, emocional e espiritual. Ao longo das sessões, a utente expressou tristeza pela sua situação clínica e pela consciência de uma finitude próxima, expressou saudade pelas perdas percebidas e pela distância dos familiares e, ainda, confidenciou um dilema espiritual. Foi proporcionado suporte musical, não ameaçador, ao conteúdo manifestado pela utente através de pequenas improvisações instrumentais com *humming* – que procuraram ir ao encontro do seu estado afetivo – e da construção de pequenos versos a partir de expressões da utente em que manifestava a vontade de ser perdoada pela divindade da sua religião. Este tipo de estratégias vão ao encontro do que é referido por Clements-Cortés (2004, 2010) no que diz respeito à forma como a música pode criar oportunidades alternativas de expressão emocional e pelo papel que esta pode desempenhar na resolução de conflitos relacionais (intra, inter ou transpessoais) e, conseqüentemente, no processo de morrer em paz.

No que diz respeito à interação, a utente participou a cantar pequenos excertos do repertório da sua afetividade e, ocasionalmente, também se proporcionaram pequenos momentos de interação familiar durante as visitas virtuais, nas quais a filha e o neto cantaram para a utente.

Ao longo de toda a intervenção, foi perceptível que o acompanhamento em musicoterapia teve um significado positivo e gratificante para a utente. Este *feedback* foi manifestado várias vezes pela própria – que pedia frequentemente para a estagiária continuar a cantar as canções da sua afetividade – mas também pela equipa de enfermagem, que comunicava à estagiária o agrado manifestado pela utente e, após o seu falecimento, reconheceu o impacto da musicoterapia através do preenchimento do instrumento de avaliação providenciado (CF=7; SP=8; SE/E=8; SF=7).

Caso da Fernanda

Outro caso cuja intervenção foi mais prolongada foi o da Fernanda (nome fictício), uma mulher de 76 anos com diagnóstico de adenocarcinoma do reto com metástases pulmonares que, aquando do início da intervenção, se encontrava internada na UOM com um prognóstico muito reservado. A sugestão de acompanhamento em musicoterapia foi feita pela orientadora da estagiária, na qualidade de psicóloga clínica que acompanhava a Fernanda em consulta, e surgiu pela forte ligação que a utente tinha à música e à poesia, inicialmente com o objetivo de proporcionar conforto e sentido nos últimos dias de vida. A intervenção teve a duração de oito sessões.

Na primeira sessão, à chegada da estagiária, a utente encontrava-se num quadro de cansaço intenso, febre, respiração acelerada, edema generalizado, dor e prostração; ainda assim, era capaz de interagir com mímica labial (uma vez que apresentava um discurso pouco audível), com o corpo e com o olhar. Referiu gostar de música no geral, tendo revelado dificuldade em identificar canções específicas da sua afetividade. Nesta primeira interação, foi priorizado o conforto psíquico, tendo sido providenciada uma improvisação instrumental com recurso ao *humming* e ao *toning*, procurando ir ao encontro do estado afetivo da utente, à qual esta respondeu com gratidão. Neste momento improvisado, foi incorporada a técnica de *entrainment* de forma a ajudar a desacelerar o ritmo respiratório, tendo surtido algum efeito na medida em que a utente se foi mostrando mais calma e, por vezes, inspirou profundamente.

De forma a valorizar a identidade da utente, proporcionando-lhe familiaridade e um momento significativo, a estagiária musicou previamente um dos poemas autoria da utente e cantou-o durante a sessão. O poema tinha duas estrofes, sendo que a primeira contemplava uma mensagem de esperança e a segunda uma mensagem de tristeza, reflexo das dificuldades

pelas quais a utente tinha passado ao longo da vida. A estagiária elegeu como refrão a primeira estrofe do poema, de forma a criar um ambiente mais contendor da tristeza. Esta escolha veio a verificar-se útil durante a sessão, uma vez que a utente chorou durante a canção, maioritariamente na segunda estrofe, tendo o refrão ajudado a estabilizar a descarga emocional.

Contudo, o estado clínico da utente melhorou nos dias que se seguiram, tendo acabado por ser transferida para a UCP para controlo da sintomatologia mais descontrolada, onde continuou a ser acompanhada em musicoterapia. Esta melhoria do estado geral permitiu recolher mais informações acerca da identidade sonromusical e sobre a história de vida da utente, tendo sido possível perceber que gostava de fados do Carlos do Carmo, que tinha relações familiares difíceis e que o seu maior desgosto era não ter contacto com o neto há cerca de treze anos – de quem cuidou até aos sete anos de idade e que lhe foi retirado pelo tribunal.

A fase de melhoria da utente foi acompanhada de algumas dificuldades na abordagem, uma vez que esta desenvolveu uma infeção por uma bactéria multirresistente que a obrigou a ficar em isolamento de contacto por um longo período, não sendo possível usar quaisquer instrumentos além da voz (e do recurso ao telemóvel) dentro do quarto da utente. Neste período, foi explorado e recriado o repertório da afetividade da Fernanda, ao mesmo tempo que este ativava memórias da sua vida e de relações familiares.

A esta fase seguiu-se novamente uma pioria acentuada, com prostração intensa, dificuldade respiratória e já sem abertura ocular, da qual a utente não recuperou e veio a falecer. Este estado prolongou-se durante as últimas quatro sessões, nas quais foi recriado repertório da afetividade da utente e proporcionados momentos de improvisação vocal com

entrainment (através de um padrão melódico repetitivo e previsível), aos quais a utente ia manifestando reações discretas.

Porém, na última sessão, a estagiária improvisou uma pequena canção, repetitiva, de uma estrofe apenas, cuja letra pretendia simular a mensagem de amor que a Fernanda diria ao neto: *Oh João* (nome fictício) / *A avó gosta de ti...* / *Sente o calor dos meus braços* / *Pois sou eu que te abraço*. Esta iniciativa da estagiária teve como objetivo ajudar a Fernanda a encerrar a relação com o neto, já que não era possível reativar o contacto com o mesmo em tempo útil, dada a previsão de uma morte próxima. A utente faleceu dois dias após a última sessão, não sendo possível esclarecer se a própria sentiu esse assunto apaziguado e se terá contribuído para uma morte mais pacífica.

Para a equipa de saúde, foi reconhecido um impacto muito relevante da intervenção ao nível do conforto físico (CF=9) e um impacto suficientemente relevante ao nível do significado pessoal (SP=8) e do suporte emocional/espiritual (SE/E=7).

Caso do Michel

O Michel (nome fictício) era um homem de 90 anos, de nacionalidade francesa, a residir em Portugal desde a sua reforma, divorciado e pai de quatro filhos com quem não tinha contacto; é de acrescentar que o utente comunicava maioritariamente em francês. Tinha como diagnóstico oncológico um carcinoma epidermóide da mucosa jugal à esquerda, cuja ferida tumoral se encontrava aberta e infetada.

Desde o início do internamento que a relação do Michel com a equipa de cuidados paliativos era pautada por alguma tensão devido à resistência que o utente oferecia a determinados cuidados, agravada pela barreira linguística. A sugestão de intervenção em musicoterapia foi feita por uma das psicólogas da EAPS, que acompanhava o utente e que considerou que a música, sendo um recurso menos comum em *setting* hospitalar, podia criar

oportunidades de conhecer o utente de forma diferente e isso poder reverter-se a favor da relação com a equipa. Assim, a psicóloga facilitou o encontro e a comunicação entre o utente e a estagiária na fase inicial da intervenção.

A intervenção consistiu num total de sete sessões, sendo que, numa fase inicial, o objetivo foi criar uma relação significativa com o utente a partir de tópicos de interesse dele, como a exploração de repertório da afetividade no plano verbal e com recurso apenas ao telemóvel, de forma a não tornar invasiva a abordagem. Nesta sessão, o utente mostrou-se surpreendido com a existência de uma intervenção que recorre à música e cantou espontaneamente excertos de canções da sua afetividade. Na sessão seguinte, o utente demonstrou maior curiosidade pela guitarra e acedeu com serenidade quando a estagiária a tocou, recriando juntos outras canções da afetividade do utente. É de referir que, com o decorrer da intervenção, alguns elementos da equipa mudaram a abordagem que tinham para com o utente e que este, por sua vez, também se mostrou mais paciente e disponível.

Contudo, a partir da quarta sessão, o utente teve um agravamento acentuado do estado clínico que inviabilizou o contacto verbal e ocular, permitindo apenas uma modalidade de intervenção recetiva. Assim, até ao falecimento do utente, foram proporcionados momentos de conexão através da recriação de repertório da afetividade do utente e de períodos de improvisação instrumental com *humming*, nos quais se procurou ir ao encontro do estado afetivo do utente. Foi possível verificar reações em resposta ao estímulo musical e, em particular, ao repertório da afetividade como lacrimejo, alterações na expressão facial e discretos períodos de mímica labial e de abertura ocular. A estagiária também passou a introduzir a sessão com uma canção de saudação e a terminá-la com uma canção de despedida, de forma a contribuir para uma orientação temporal do utente, ainda que apenas limitada à sessão.

Após o falecimento do utente, foi entregue a um elemento da equipa de enfermagem o instrumento de avaliação do impacto da musicoterapia no utente. Através deste, foi reconhecido o benefício da intervenção ao nível do significado pessoal e do suporte emocional e/ou espiritual, mas sobretudo ao nível da relação com a equipa, que se tornou mais tranquila e o utente mais afável, segundo a avaliação da mesma (CF=5; SP=7; SE/E=7).

O Impacto da Intervenção Musicoterapêutica nas Famílias

Como já foi referido, o presente estágio decorreu durante o período pandémico provocado pelo vírus SARS-CoV2, o que limitou a presença de familiares ou acompanhantes na instituição, com particular impacto nos internamentos. Contudo, as visitas virtuais facilitadas pela EAPS ajudaram a proporcionar momentos de contacto entre os utentes e os seus familiares que não seriam possíveis acontecerem de forma presencial (ou com a frequência desejável).

Ainda assim, perante estas condições, a estagiária conseguiu facilitar alguns momentos significativos de interação familiar, uns previamente preparados (e articulados com a própria família) e outros que surgiram inesperadamente – como foi o caso da Teresa (ver página 51). Houve também situações em que não houve interação ou participação da família mas esta teve conhecimento da intervenção e manifestou gratidão, tendo beneficiado com ela de forma indireta – como foi o caso da Elisabete (ver página 61). De seguida, serão descritos de forma sucinta alguns casos em que se verificou uma das situações anteriormente mencionadas.

Caso da Cláudia

A Cláudia era uma mulher de 60 anos com um diagnóstico de carcinoma do cólon sigmóide e de carcinomatose peritoneal com metastização ganglionar, intra-abdominal, óssea,

pulmonar e hepática. Era casada e mãe de um rapaz de 28 anos, nutrindo uma relação muito próxima com o marido e com o filho.

A utente havia sido internada em fevereiro por descontrolo sintomático e, após melhorar, teve alta para o domicílio. Em início de março voltou a ser internada, desta vez com um agravamento muito acentuado do estado geral, perspetivando-se pouco tempo de vida. Foi neste contexto que foi sugerida a intervenção em musicoterapia por parte da EAPS, que identificava o risco de os familiares fazerem um luto prolongado. A estagiária foi informada de que a família tinha uma espiritualidade forte, que o filho da utente cantava e dirigia o coro da igreja e que a utente gostava de o ouvir cantar, pelo que era evidente a ligação que tinham à música, em particular a religiosa.

Com o objetivo de proporcionar um momento significativo para a família, no seu todo, e uma possível despedida, foi acordado previamente – entre a EAPS e a família – que a estagiária estaria presente durante a próxima visita presencial dos familiares à utente. Nesse dia, a Cláudia encontrava-se sem discurso verbal, com abertura ocular mas dirigia poucas vezes o olhar e apresentava algum cansaço; no entanto, reagia à voz e ao conteúdo verbal. Naquele momento, mais do que o repertório da afetividade da utente, foi identificado o repertório da família e a estagiária começou por cantá-lo sozinha, até ao momento em que o filho começou a cantar também para a mãe. Por vezes, a estagiária deu apenas um suporte vocal ligeiro, de forma a não desamparar o filho, mas sem lhe retirar o destaque, uma vez que era vontade dele cantar para a mãe.

Durante este período de tempo, o marido da utente ia interagindo com a mesma, dando-lhe as mãos e manifestando expressões de carinho, embora fosse perceptível a dificuldade em lidar com a situação e até com o facto de se estar a cantar perante uma situação delicada. Contudo, participou ocasionalmente e foi reconhecendo que a utente reagia

ao escutar as canções da sua afetividade. Foi perceptível que, umas vezes, as reações da utente estavam relacionadas com a letra das canções e, outras, com a voz de quem as cantava.

Durante a sessão, a Cláudia elevou as sobrancelhas, dirigiu o olhar, suspirou com frequência, lacrimejou e, por vezes, fechou os olhos.

No final, o filho da utente quis cantar uma última canção cujo tema falava de entrega, de libertação, tendo sido interrompido pelo pai que considerou que já estariam a ocupar demasiado tempo. Não o tendo feito, após terem saído e manifestado gratidão pelo momento proporcionado, a estagiária ficou sozinha com a utente e explicou que lhe iria cantar a última canção que o filho queria ter cantado para ela, à qual reagiu com lágrimas e com elevar de sobrancelhas. Após esse momento, foi iniciada uma improvisação instrumental, com períodos de *humming* e de entoação de sons semelhantes às vocalizações que a utente conseguia expressar, tendo permanecido serena até à saída da estagiária.

A utente faleceu no dia seguinte à intervenção, pouco antes da hora da nova visita da família. Quando a equipa propôs ao filho despedir-se do corpo da mãe, este abdicou, referindo que preferia guardar a memória do dia anterior, o qual reconhecia como despedida.

Caso do Abílio

O Abílio era um homem de 82 anos com diagnóstico de adenocarcinoma da cabeça do pâncreas, localmente avançado, irressecável e com metástases peritoneais, constituindo um prognóstico reservado. Tinha vivido grande parte da sua vida no Canadá e tinha duas filhas que lá residiam mas que, à data da intervenção, uma delas estava em Portugal, juntamente com o genro, por quem o utente tinha grande estima.

A estagiária foi informada do caso do Abílio pela equipa de enfermagem da UCP, que referiu que, nesse dia, o utente fazia anos, tendo sido questionada se poderia cantar-lhe os parabéns, uma vez que ele se encontrava na presença da filha mais velha e do genro. A

estagiária decidiu apresentar-se à família e ao utente e, após avaliar o ambiente e a disponibilidade dos presentes, optou por cantar os parabéns. Após este momento que foi vivenciado de forma emotiva pelo próprio e pelos familiares, foi perceptível o lugar de destaque que a música e, em particular, a guitarra sempre ocuparam na vida do utente, uma vez que estavam associadas à sua atividade profissional.

Durante a intervenção, o utente e os familiares presentes mobilizaram várias memórias significativas a partir da música e o utente nomeou algumas canções e artistas da sua afetividade. Foi recriada ao vivo uma dessas canções e foi providenciada escuta musical de outra (com o auxílio do telemóvel), momento em que o utente participou, sorriu e se emocionou. Para além dos benefícios da interação que se gerou entre o Abílio e os familiares presentes, é importante salientar que a filha mais velha do utente gravou alguns dos momentos musicais em que este interagiu e partilhou com outros familiares que se encontravam distantes (como era o caso da filha mais nova), o que constituiu uma recordação com a qual puderam ficar após o falecimento do utente.

Ainda sobre esta sessão, é de referir a importância de suportar a família e o utente quando surgem conteúdos que possam ser carregados de emoção, sem os interpretar ou elaborar se não houver manifestação dessa vontade por parte dos presentes. Exemplo disso foi um fado que era muito significativo para o utente e que este pediu para escutar, sendo que esse mesmo fado falava da morte e da saudade. A canção foi escutada em silêncio por todos e a postura da estagiária limitou-se à validação da escolha e à exploração de eventuais memórias associadas, não tendo sido elaborado mais por parte do utente ou da família.

Ainda foi realizada uma segunda sessão, durante a qual o utente já se encontrava mais prostrado, tendo acabado por falecer ao fim de dois dias. A família manifestou o seu reconhecimento e gratidão pela intervenção diretamente à estagiária. Também a equipa de

enfermagem reconheceu a importância da intervenção para o Abílio e para a família, uma vez que, ao preencher o instrumento de avaliação sobre o impacto da musicoterapia, atribuiu a cotação máxima ao significado pessoal (SP=10) e ao significado para a família (SF=10), tendo atribuído também o valor muito significativo ao conforto físico (CF=9) e ao suporte emocional e/ou espiritual (SE/E=9).

Caso do Joaquim

O Joaquim era um homem de 68 anos, divorciado, pai de duas filhas adultas e tinha como diagnóstico oncológico um adenocarcinoma da próstata bilateral, com metastização ganglionar, hepática múltipla e pulmonar.

A sugestão de intervenção em musicoterapia surgiu da parte da equipa médica devido ao estado confusional em que o utente se encontrava, com curtos períodos de orientação. Além disso, segundo os responsáveis pelo caso, previa-se um prognóstico reservado e o risco de um luto complicado por parte das filhas, o que também contribuiu para que a sugestão de intervenção surgisse no dia em que ambas as filhas visitavam presencialmente o utente. Segundo tinha sido apurado pela equipa médica, o utente frequentava festas com regularidade e tinha feito parte do clube de rádio da sua terra, colocando-o em contacto com muita variedade musical.

À chegada da estagiária, o Joaquim encontrava-se na presença das duas filhas, deitado no leito, com períodos de sonolência, discurso pouco coerente e com intensificação do humor. Com a ajuda das filhas, foram identificados artistas da afetividade do utente e foi providenciada escuta musical e recriadas canções significativas para o mesmo. Durante a recriação de repertório, num dos momentos, uma das filhas cantou para o pai. As duas filhas foram encorajando o utente a participar, à medida que iam mobilizando memórias relacionadas com as músicas e que pudessem contribuir para a orientação do utente. Ao longo

da sessão, o Joaquim reagiu ritmicamente com a cabeça e com a mão, elevou as sobrancelhas, aproximou-se da guitarra e tocou nas cordas e, por vezes, participou a cantar pequenos excertos.

A presença das filhas foi importante na medida em que puderam assistir a uma interação positiva e significativa, diferente daquela que o utente estava a ter até ao momento, e puderam fazer parte dela. Na visita seguinte, três dias depois, na sequência do agravamento do estado clínico do Joaquim, foi significativo para uma das filhas (a que o visitou nesse dia) saber que a estagiária já tinha estado com o utente e que, apesar de ele já não fazer abertura ocular, tinha reagido às canções da sua afetividade.

Nessa sessão, que acabou por ser a última, o utente apresentava o ritmo respiratório acelerado, tosse produtiva e períodos de apneia. Foi recriada uma canção da afetividade, cuja melodia foi aproveitada para cantar conteúdos que diziam respeito ao utente (como o nome, a proveniência e o nome das filhas) e a qual foi usada para realizar o *entrainment*, com vista a desacelerar o ritmo respiratório e a proporcionar conforto ao utente. A esta interação, o utente respondeu com pequenas vocalizações e, ocasionalmente, pareceu responder com a cabeça quando questionado se queria que a estagiária continuasse.

Após o falecimento do utente, no dia seguinte, as famílias demonstraram gratidão pela intervenção da estagiária e manifestaram vontade de contribuir para que a musicoterapia pudesse continuar a ser exercida no IPOCFG. Por sua vez, a médica que referenciou o caso para musicoterapia atribuiu a cotação máxima a todas as dimensões contempladas no instrumento de avaliação que lhe foi fornecido (CF=10; SP=10; SE/E=10; SF=10).

Em jeito de conclusão, é importante reforçar o valor que a intervenção de musicoterapia teve para as famílias e para os utentes, em particular em situação de crise pandémica. Neste contexto, no qual os utentes vivenciaram uma maior distância dos seus

familiares e em que as famílias viram as suas possibilidades de ligação ao utente mais limitadas, a musicoterapia desempenhou um papel fundamental. Esta intervenção permitiu a construção de legados musicais que tanto trouxeram benefício para o utente como para a família, no que diz respeito ao processo de luto que cada um destes precisa de fazer.

Outras Atividades

O estágio que decorreu no IPOCFG não se limitou à intervenção clínica e direta com os utentes, tendo trazido várias outras oportunidades de divulgação da musicoterapia e de aprendizagem pessoal, que se apresentam de seguida. Serão também apresentados aspetos de algumas intervenções que a estagiária considerou relevantes pelas suas particularidades pouco comuns.

Durante o estágio, em parceria com a equipa do projeto HUMANIZA (a EAPS), a estagiária colaborou na 3ª edição da revista trimestral – com o mesmo nome do projeto – com a escrita de um texto reflexivo e motivacional sobre a música enquanto fonte de esperança, uma vez que esta edição era dedicada ao tema da esperança (Anexo B). Esta pequena revista tem como público-alvo os utentes e familiares acompanhados no IPOCFG, principalmente os que se encontram internados na instituição, e pretende ser uma ocupação e uma motivação para os mesmos, oferecendo-lhes conteúdos diversos, de assimilação simples, bem como alguns passatempos e anedotas. Nesta edição, a revista terminou com a letra da canção escolhida pela estagiária e que remete para o tema da esperança – *Melhor de mim*, da Mariza (Anexo B).

À medida que a musicoterapia foi ganhando visibilidade, a música foi-se tornando numa área de interesse para outros profissionais, que encontraram mais-valias no uso da música como recurso para chegar aos utentes e/ou familiares. A este respeito, a estagiária colaborou com uma das psicólogas da EAPS que pediu apoio para usar a música como forma de aproximação a um cliente com quem ia iniciar uma intervenção à distância (*online*), devidamente esclarecida de que não se tratava de uma intervenção de musicoterapia.

Ainda em colaboração com a EAPS, a musicoterapia foi sendo divulgada pontualmente na página do *facebook* desta (Anexo C) em três momentos: a 17 de novembro

de 2020, na sequência da comemoração do dia europeu da musicoterapia; a 26 de março de 2021, elucidando sobre a existência da intervenção na UCP; e a 7 de abril de 2021, na comemoração do dia mundial da saúde.

Já próximo do final do estágio, um canal televisivo dirigiu-se ao IPOCFG no âmbito da divulgação do projeto da Fundação *La Caixa*, com o intuito de entrevistar a coordenadora da EAPS. Na sequência da colaboração com a equipa ao longo do ano, foi sugerido pela coordenadora da EAPS – e orientadora da estagiária – que se pudesse filmar uma pequena interação entre a estagiária e um utente acompanhado em musicoterapia de forma a divulgar a resposta inovadora que a instituição tinha para oferecer aos seus utentes; a estagiária salvaguardou que este processo assegurasse a privacidade e o anonimato do utente e que decorresse sem prejuízo para a relação terapêutica. Desta pequena reportagem saiu também um artigo escrito que divulgou a musicoterapia, identificando a estagiária como musicoterapeuta.

No âmbito do dia mundial da voz (assinalado a 16 de abril) e da semana de sensibilização para os hábitos vocais, o serviço de otorrinolaringologia auscultou o parecer de vários profissionais do IPOCFG no que diz respeito à importância da voz. Estas pequenas entrevistas tinham como objetivo a criação de um vídeo de curta duração a divulgar no *facebook*, com o contributo de vários testemunhos, e a estagiária foi uma das entrevistadas, tendo sido identificada como estagiária de musicoterapia. Tanto esta iniciativa como a anteriormente descrita, apesar de não informarem a população do que é a musicoterapia, deram-lhe visibilidade enquanto valência *per si* e que, à data, estava a ser implementada na instituição.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas com impacto nos profissionais de saúde, refere-se novamente a elaboração de um documento – que foi entregue às equipas da

UTD e da UCP na fase de integração – com informações que visavam facilitar a compreensão do que é a musicoterapia, onde costavam alguns critérios para facilitar o encaminhamento de casos e uma tabela com as necessidades humanas às quais a musicoterapia podia dar resposta (Apêndice H). Ainda a este respeito – por sugestão da orientadora da estagiária – foi elaborado um artigo de revisão de literatura sobre a musicoterapia (no geral e na realidade oncológica e paliativa) para integrar a revista do IPOCFG – revista INFO – dirigida aos profissionais de saúde da instituição (Apêndice I).

Durante a permanência na UCP, a musicoterapia foi-se tornando visível para os profissionais de saúde mas também para outros estudantes que realizavam estágio nesta unidade. Atendendo também ao facto da formação de base da estagiária ser enfermagem, surgiram solicitações para que estudantes de enfermagem pudessem assistir a algumas sessões, o que a estagiária permitiu, pontualmente, quando percecionou que não iria afetar o decorrer da intervenção e/ou a relação terapêutica, e sempre perante o consentimento expresso do utente (quando o estado clínico o permitisse). Ainda neste contexto, a estagiária supervisionou a escolha de dois artigos científicos de musicoterapia de dois estudantes de enfermagem que pretendiam realizar a apresentação dos mesmos num *Journal Club* sobre intervenções não farmacológicas.

Pelo interesse que se foi intensificando pela temática do fim de vida, a estagiária frequentou, por sua iniciativa, o curso *online* da musicoterapeuta Amy Clements-Cortés, intitulado *relationship completion at end-of-life: the role of music therapy*. Este curso permitiu aprofundar, sobretudo, o modelo de musicoterapia em cuidados paliativos de Dileo e Dneaster (2005).

Por fim, apesar de não serem consideradas atividades propriamente ditas, destacam-se dois acontecimentos particulares que, ao longo do estágio, foram alvo de destaque pelos

profissionais da instituição. Em primeiro lugar, destaca-se o dia em que a estagiária levou a sua guitarra elétrica e respetiva amplificação para a UCP, tendo sido usada para a intervenção com o Nuno (resumida no capítulo anterior) que tinha sofrido um agravamento súbito do estado clínico e cujo repertório da afetividade era *Metallica*, *Xutos & Pontapés* e *Scorpions*. Este evento foi relevante na medida em que, se não é comum pensar em música numa UCP, menos comum é considerar a presença de sonoridades deste género musical. Contudo, sendo importante para aquele utente, apenas era necessário assegurar que não iria colocar em causa a privacidade do mesmo nem interferir com o bem-estar dos outros utentes. Estas questões foram asseguradas pela estagiária uma vez que foi munida de dois pares de auscultadores, não tendo sido, no entanto, necessários. Por outro lado, para a estagiária, esta foi uma intervenção de particular importância na medida em que considerou adiar o dia em que levaria a guitarra elétrica e a amplificação. Não o tendo feito, o utente teve oportunidade para usufruir desta – tendo manifestado emoção – uma vez que teve uma pioria acentuada que o levou a falecer no dia a seguir à intervenção. Para a estagiária, este foi um exemplo de que, em cuidados paliativos, não se deve adiar uma tomada de decisão porque, para o utente, pode não existir o dia seguinte.

Em segundo lugar, destaca-se a intervenção na UCP com um utente de nacionalidade francesa e cujo contacto foi feito, na íntegra, no idioma do utente, ainda que a estagiária não dominasse a língua francesa. Esta intervenção foi considerada particularmente relevante uma vez que havia várias dificuldades de comunicação entre a equipa e o utente, acentuadas pela barreira linguística, que prejudicavam a relação entre ambos. Após o falecimento do utente, foi referido pela equipa que, ao longo do internamento, a relação com este se tornou mais tranquila e que o perceberam mais afável, o que atribuíram à musicoterapia e ao facto de a estagiária ter ido ao encontro da identidade musical (e, por isso, linguística) do utente. O

relevo desta intervenção reside na capacidade que a música tem de superar barreiras linguísticas. Neste caso, o utente era residente em Portugal há vários anos mas não dominava a língua portuguesa, o que ter recriado a sua zona de conforto parece ter sido facilitador de uma relação mais saudável com a equipa e motivo de tranquilidade para o utente.

Conclusões

Terminado o estágio, torna-se necessário fazer o balanço da intervenção e da permanência da estagiária na instituição. Assim, neste capítulo, será feita a análise do percurso de estágio, à luz dos objetivos inicialmente propostos para o mesmo.

Tratando-se do primeiro estágio de musicoterapia na instituição, o objetivo que previa inaugurar uma intervenção terapêutica cuja ferramenta de trabalho fosse a arte foi cumprido. Além disso, sabendo que uma ferramenta de trabalho artística pode ser facilmente confundida com atividade ocupacional ou com lazer, a estagiária foi informando e esclarecendo a população com quem trabalhou (utentes, famílias e profissionais) do caráter terapêutico e do planeamento por detrás do seu trabalho.

No que diz respeito a proporcionar aos utentes uma intervenção terapêutica de caráter lúdico que resgate a familiaridade, a sua história e a pessoa saudável por detrás da doença, vários foram os testemunhos de utentes que confirmam o cumprimento deste objetivo. Apesar da intervenção ocorrer em contexto clínico e decorrente da situação de doença, a relação que se estabeleceu com os utentes não foi centrada na doença, mas sim na pessoa, no seu percurso de vida e naquilo que, para ela, era significativo. É de acrescentar ainda que a devolução daquilo que é familiar e significativo foi um aspeto que constou do plano terapêutico de grande parte dos utentes com quem a estagiária interveio, motivo pelo qual a intervenção partia da anamnese sonromusical e da exploração do repertório da afetividade.

Quanto ao objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico dos utentes e das famílias através da musicoterapia, é necessário considerar dois aspetos. De facto, foi perceptível o impacto positivo que a intervenção de musicoterapia teve nos utentes e nas suas famílias – e que foi validado, inclusivamente, pelas equipas de saúde. O *feedback* positivo sobre o impacto da intervenção foi sendo manifestado quer pelos utentes, quer por

familiares, que manifestavam a sua gratidão e/ou o quão significativo tinha sido ficarem com recordações positivas do familiar após o seu falecimento. Vários familiares, inclusivamente, manifestaram vontade de contribuir para que a musicoterapia pudesse continuar a ser exercida no IPOCFG.

A intenção que a estagiária tinha de intervir com os profissionais de saúde não se chegou a concretizar – apesar de ter sido elaborado um documento de levantamento de necessidades (Apêndice J) – pelo agravamento da situação pandémica que levou a instituição a suspender todas as ações de grupo (formativas e/ou terapêuticas). No entanto, considera-se que o desgaste psicoemocional dos profissionais de saúde do IPOCFG permanece real e é, inclusivamente, uma necessidade identificada pela instituição, pelo que, futuramente, continua a ser pertinente considerar uma intervenção que vá ao encontro das suas necessidades.

Foi também devido às constantes adaptações à situação pandémica – e às restrições que dela advieram – que não foi possível integrar a estagiária numa reunião de equipa em que pudesse realizar a apresentação oral sobre a musicoterapia e a partilha de casos, como preconizado para o estágio. Contudo, esse trabalho foi sendo feito, informalmente, ao longo do mesmo e de forma mais próxima com a EAPS.

No que diz respeito ao objetivo que preconizava oferecer uma alternativa terapêutica promotora da relação até ao final da vida, é possível considerar que foi cumprido. De facto, a música como uma entidade que se faz presente na pessoa do musicoterapeuta e que pode constituir um elo de ligação com outra pessoa quando já nada o fazia prever, foi motivo de surpresa quer para os profissionais quer para a estagiária, que teve a oportunidade de o vivenciar na primeira pessoa.

Além do benefício individual para os utentes e para as famílias, pode considerar-se que o estágio de musicoterapia no IPOCFG teve um papel fundamental na mudança de paradigma face a esta intervenção, por parte dos profissionais de saúde com quem a estagiária. Realça-se ainda o espaço que a estagiária foi conquistando, gradualmente, para a musicoterapia na UCP. Verificou-se que os profissionais da unidade tinham, inicialmente, expectativas redutoras sobre o potencial da musicoterapia, assentes em desconhecimento e nalgumas ideias pré-concebidas daquilo que consideravam ser a intervenção.

Contudo, à medida que a estagiária foi intervindo com casos em que acompanhou utentes até aos momentos finais da sua vida e facilitou o reforço de laços afetivos entre utentes e familiares, foi perceptível que, para os profissionais, a música deixou de ocupar o lugar do lúdico com objetivo distrator para ser encarada como ferramenta terapêutica a ser utilizada por um profissional especializado. Assim, tendo conquistado, aos poucos, o espaço que lhe é devido, a musicoterapia passou a integrar a resposta psicossocial apresentada pelos profissionais da unidade aos utentes e às famílias, aquando do acolhimento e/ou em situação de necessidade. É de referir que também a direção da instituição foi manifestando o seu interesse e o reconhecimento do trabalho desenvolvido pela estagiária, considerando a possibilidade de manter esta valência como resposta a ser dada pela instituição de forma mais permanente.

O impacto positivo que a musicoterapia teve nas equipas foi perceptível de várias formas. Em primeiro lugar, pelo *feedback* manifestado pelas mesmas e pela forma como começaram a integrar a música na interação que tinham com os utentes, incentivando também as famílias a fazê-lo durante as visitas (presenciais ou virtuais). Por outro lado, ao longo do estágio, assistiu-se a uma mudança de atitude por parte dos profissionais (em particular das

equipas médicas), manifestando uma curiosidade crescente e, inclusivamente, pedindo a colaboração da estagiária para determinados casos.

Também a orientadora da estagiária referiu que, para os profissionais que usavam uma metodologia de intervenção verbal – como os psicólogos –, a aproximação do fim de vida dos clientes, acompanhada por uma degradação da funcionalidade global, era, frequentemente, motivo de angústia, uma vez que a intervenção verbal já não fazia sentido. A este respeito, acrescentou que a experiência de terem uma estagiária de musicoterapia e de acompanharem algumas intervenções – através dos registos clínicos e/ou de gravações pontuais realizadas pela EAPS, com o consentimento das famílias – foi motivo de alento para estes profissionais, uma vez que testemunhavam que a música (e, em particular, o repertório da afetividade) conseguia chegar à pessoa mesmo na ausência de palavras. Além disso, reconheciam que o musicoterapeuta tinha a capacidade de, através da música, proporcionar um momento digno na aproximação do fim de vida, assemelhando-se a um momento de homenagem à pessoa e à sua vida.

Por fim, torna-se necessário pensar na musicoterapia no IPOCFG numa perspetiva de futuro. Tal como foi referido ao longo do presente relatório, numa fase inicial foi considerada a intervenção noutras unidades da instituição. Estas opções foram sendo excluídas, quer pela dificuldade no encaminhamento de casos por parte das equipas, quer pela necessidade da estagiária de convergir a sua atenção numa unidade e, aí, concretizar melhor a sua intervenção, o que a levou a centrar-se na UCP.

Contudo, continua a ser evidente o potencial de intervenção em musicoterapia que existe e que pode ser explorado no IPOCFG. A intervenção em grupo foi uma valência que ficou por explorar, pelos motivos já mencionados, considerando-se pertinente a intervenção no luto (dirigida a famílias, a crianças/adolescentes e/ou a adultos), aos profissionais de saúde

e a grupos de utentes com problemáticas semelhantes (como a dor oncológica ou a dificuldade na gestão do impacto da doença, p.ex.). Por outro lado, seria benéfico estender a intervenção individual a outras unidades de internamento e também a situações ambulatoriais, não excluindo a possibilidade de intervir também ao domicílio.

Para finalizar, é possível tirar conclusões positivas no que diz respeito ao benefício da musicoterapia na UCP do IPOCFG. O instrumento de avaliação que foi utilizado pela estagiária foi entregue a diferentes profissionais de saúde, de acordo com a proximidade que tinham com o caso que estava a ser avaliado – o que permitiu uma maior heterogeneidade de perspetivas – e os resultados foram, no geral, positivos. O instrumento foi aplicado a respeito de catorze utentes, sendo que a média das respostas sobre o impacto da musicoterapia no conforto físico foi de 7 valores, no significado pessoal foi de 7,5 valores e no suporte emocional/espiritual foi também de 7,5 valores. Assim, é possível concluir que, para a equipa da UCP do IPOCFG, a musicoterapia teve uma influência relevante nas dimensões avaliadas para os utentes em questão, tendo sido, por isso, um estágio significativo.

Discussão

Traçando o percurso do estágio como um todo, pode considerar-se que este se desenrolou em três fases principais, na ótica da estagiária: a fase de integração, a fase de lançamento e a fase de consolidação.

A fase de integração teve a duração aproximada de um mês e, durante esse tempo, a estagiária pôde contactar com diferentes unidades da instituição, auscultando utentes e profissionais, e perceber a população e/ou os serviços onde poderia ser pertinente intervir. Por outro lado, a fase de lançamento caracterizou-se por uma atitude mais proativa da estagiária, no que diz respeito a tomadas de decisão e à aceitação de desafios que foram surgindo, período esse que teve a duração aproximada de cinco meses. Por fim, a fase de consolidação – que correspondeu aos últimos dois meses de estágio – caracterizou-se por uma fase de maior estabilidade, na qual a estagiária se sentiu integrada e reconhecida como elemento das equipas com as quais trabalhou, coincidindo, no entanto, com a aproximação do término do estágio.

O estágio desenrolou-se quase exclusivamente na UCP, tendo consistido em intervenções individuais dirigidas a adultos com doença oncológica avançada (terminal ou não) e, por vezes, com a inclusão das suas famílias no processo. De acordo com o número de sessões em que consistiu a intervenção, foi possível distinguir entre intervenções de curta duração (de uma a duas sessões) e intervenções mais prolongadas (de três ou mais sessões).

Dos trinta e cinco utentes que a estagiária acompanhou, vinte e seis acabaram por falecer no período máximo de uma semana após a última intervenção de musicoterapia. Como tal, o contacto com a morte e com a imprevisibilidade foi frequente ao longo do estágio e, por esse motivo, o presente relatório retrata, na sua maioria, processos de fim de vida.

Perante a imprevisibilidade de um acompanhamento longo, muitas das intervenções foram centradas em tornar significativo o momento presente partindo, por isso, do repertório da afetividade da pessoa. Noutros casos em que se adivinhava um período curto de acompanhamento, por vezes foi possível intervir segundo o conceito de musicoterapia pré-perda (O'Callaghan, 2013) com vista à construção de legados. Exemplo disso foi o recurso à EAPS para o registo audiovisual (quando oportuno), o trabalho com a pessoa no sentido da resolução de relações e/ou conflitos intra, inter ou transpessoais (Clements-Cortés, 2010), a dedicação de canções e a elaboração de uma autobiografia musical.

O estágio de musicoterapia a que se refere o presente relatório revelou três papéis fundamentais que a musicoterapia pode desempenhar no contexto em que foi exercida, e que coincidem com os níveis de intervenção do modelo de Dileo e Dneaster (2005). Em primeiro lugar, a musicoterapia pode desempenhar um papel de suporte e este é tão vasto que pode ir desde a validação da pessoa e da sua história através das canções que lhe são significativas, até ao suporte máximo durante o processo de morrer. Em segundo lugar, a musicoterapia pode ter um papel facilitador da expressão e da comunicação de emoções e sentimentos, seja verbalmente ou não e de forma improvisada, criativa ou recreativa. Neste âmbito, incluem-se as canções criadas a partir de conteúdo expressado pelos utentes, bem como a construção e a dedicação de canções. Por último, a musicoterapia pode assumir um papel transformador quando auxilia a pessoa na resolução de conflitos (intra, inter e/ou transpessoais) e, com esse processo, a alcançar a serenidade que lhe falta no final da sua vida. É sobretudo a este nível que a musicoterapia pode assumir um papel importante no processo de libertação (Krout, 2003).

Durante o estágio, apesar de não ter sido possível a intervenção com as equipas de saúde, foi possível assistir a uma mudança de paradigma em relação à musicoterapia, durante

o tempo de permanência da estagiária na instituição. No início do estágio era frequente os profissionais confundirem a musicoterapia com uma atividade lúdica ou conceberem-na apenas com o objetivo de provocar relaxamento na pessoa. Contrariamente, a partir da segunda metade do período de estágio, os utentes referenciados pelos profissionais de saúde para musicoterapia já não eram só utentes com agitação psicomotora mas sim com necessidades psicoemocionais e/ou espirituais para as quais a música podia ser um veículo de consolo. É de acrescentar ainda que, à luz das necessidades psicossociais da pessoa em fim de vida (Gomes, 2010), é fácil compreender que as equipas de saúde tenham referenciado vários casos para musicoterapia por solidão. De facto, a música – seja ela com objetivos lúdicos ou terapêuticos – tem a capacidade de combater o isolamento e a solidão, e este aspeto mostrou-se particularmente significativo dada a realidade pandémica que vigorava.

Ao longo do estágio, a estagiária confrontou-se ainda com a necessidade de criar um instrumento de avaliação que pudesse quantificar o impacto da intervenção percebido por um técnico de saúde que fosse próximo do caso. Contudo, continua a verificar-se a necessidade de existirem instrumentos de avaliação mais objetivos e rigorosos na avaliação das dimensões. Teria sido pertinente aplicar um mesmo instrumento numa fase inicial e numa fase final, o que não aconteceu durante o estágio dada a finalidade do instrumento e a curta duração de praticamente todas as intervenções. O instrumento em causa também não foi aplicado a todos os utentes uma vez que a necessidade de criar um instrumento de avaliação só foi identificada numa fase intermédia do estágio, após várias tentativas de encontrar um instrumento que pudesse ser aplicado a todos.

A respeito das sessões propriamente ditas, estas consistiram, na sua maioria, na exploração e recriação de repertório da afetividade. Este aspeto foi sendo alvo de reflexão pela estagiária, uma vez que, tantas vezes, o repertório pré-composto é não só reflexo da

história sonoromusical da pessoa como também serve de paralelismo que a ajuda a elaborar verbalmente sobre determinadas vivências (como foi o caso da Teresa – ver página 52).

Também para o musicoterapeuta este processamento mental acerca dos fenómenos a partir do repertório pré-composto pode acontecer mais tarde, pelo que é importante o profissional estar desperto para isso e valorizar a escolha do repertório pelo significado que este pode conter, e não só por se tratarem de canções que fizeram parte da história sonora da pessoa.

No que diz respeito à intervenção direta com a pessoa com doença oncológica internada em cuidados paliativos, a estagiária considera que este estágio teve como pontos fortes e principais o acompanhamento nos últimos dias e horas de vida, a construção de legados musicais e a conclusão de relações. À semelhança do que refere Petersen (2012), também nas intervenções que foram levadas a cabo pela estagiária se verificou que, por detrás das canções que constituíram legados, os principais temas eram a saudade e o amor. Por outro lado, no que respeita à conclusão de relações, os temas principais que emergiram durante o estágio foram declarações de amor e pedidos de perdão, sobretudo a nível interpessoal e transpessoal.

Após estas considerações, e à luz do cumprimento dos objetivos (analisado no capítulo anterior), é possível reconhecer que o presente estágio contribuiu positivamente para a imagem da musicoterapia, para o prestígio da instituição, para a experiência da estagiária, para o enriquecimento das equipas, para o bem-estar de familiares que frequentam o IPOCFG e para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes que usufruíram da intervenção.

Reflexão Pessoal

A minha experiência enquanto estagiária de musicoterapia no IPOCFG pode caracterizar-se como fundamentalmente rica: rica do ponto de vista académico, enquanto futura musicoterapeuta, mas também a nível pessoal. Pelas características da instituição em que estagiei e, conseqüentemente, pelas problemáticas que lhe estão associadas, reconheço que intervir num internamento de cuidados paliativos não é uma tarefa que esteja ao alcance de todos, assim como, para mim, se revelou um desafio nalgumas situações.

De facto, o contacto próximo com a morte, com a perda e com a imprevisibilidade conferem uma intensidade que nem sempre é fácil de gerir internamente. Contudo, considero que a minha formação base de enfermagem possa ter contribuído para parte da serenidade com que encarei estas vivências. Outro aspeto que teve uma influência positiva foi a disponibilidade e sensibilidade demonstradas por elementos das equipas de saúde e pela professora supervisora para que eu pudesse processar estas experiências de forma partilhada.

Por outro lado, não seria justo atribuir apenas à minha formação base e à existência de uma rede de apoio a forma como fui capaz de lidar com situações delicadas ao longo do estágio. De facto, à semelhança da rede de apoio, a existência de um processo acompanhado de desenvolvimento pessoal contribuiu de forma muito positiva para a gestão saudável do impacto que algumas experiências podiam ter tido. Assim, considero imprescindível que o musicoterapeuta faça o seu trabalho de auto-cuidado psicoemocional, esperando que este relatório possa contribuir para a consciencialização da importância disso mesmo.

À semelhança do que referi anteriormente, também a supervisão pode ser um espaço que contribui para o auto-cuidado e para o suporte emocional do musicoterapeuta. No meu caso, ao longo do estágio, julgo ter usufruído da supervisão com esta finalidade, mas sobretudo com o objetivo de melhorar a minha prática. A supervisão é imprescindível para

que o musicoterapeuta tome consciência dos aspetos que deve melhorar na sua intervenção, reajustar os seus objetivos terapêuticos quando se verifique necessário e para (re)orientar a sua prática com vista a atingi-los. Por estes motivos, considero importante manter o acompanhamento em supervisão após a conclusão do mestrado, de forma a que a resposta dada aos utentes – independentemente da problemática em causa – seja a melhor possível, e que essas aprendizagens, com o decorrer do tempo, sejam refletidas numa aquisição de maior experiência e sensibilidade profissionais.

Uma das aprendizagens mais importantes ao longo do estágio foi sobre o papel que o musicoterapeuta tem no decorrer de qualquer processo terapêutico, inclusive com a pessoa em fim de vida. É evidente que, para haver musicoterapia não basta haver música, é preciso quem a saiba manipular de forma a colocá-la ao serviço das necessidades da pessoa e que, além da componente da execução, saiba estar presente ao ponto de as compreender e de as sentir. Este aspeto foi importante, na medida em que, com facilidade, desvalorizo a competência que é necessário ter quando o utente é altamente ativo no processo terapêutico ou, por outro lado, é exclusivamente recetivo.

Outro aspeto de grande importância que decorreu da experiência com pessoas com doença avançada, foi o aprender a não adiar uma decisão, uma ousadia ou uma intervenção perante a dúvida ou a insegurança. Num contexto de cuidados paliativos em que muitos casos terminam com o falecimento da pessoa, adiar pode significar perder para sempre essa oportunidade, o que acontece todos os dias por inúmeras razões, mas que não é desejável que aconteça por inseguranças pessoais. Neste aspeto inclui-se também o contacto com as famílias, que para mim sempre constituiu uma dificuldade, mas que, ao longo do estágio, foi um dos desafios que me propus enfrentar e que senti que, uma vez enfrentado, fez a diferença.

Enquanto futura musicoterapeuta, uma das aprendizagens fundamentais (e que vai ao encontro do ponto anterior) foi a necessidade de centrar a intervenção no aqui e no agora. Pessoalmente, considero que esta premissa não é apenas aplicável ao contexto dos cuidados paliativos – onde a imprevisibilidade e a urgência de não adiar são grandes – mas pode ser ponderada em conta em todas as valências da musicoterapia, uma vez que, apesar de se traçarem objetivos, considero que é a pessoa que dita o ritmo e o rumo do seu próprio percurso terapêutico.

Por outro lado, penso que intervir em cuidados paliativos deixa sempre algumas perguntas sem resposta. Exemplo disso é a influência que a musicoterapia possa ter tido no processo de morrer em paz quando a pessoa já não interage de forma voluntária. Mais concretamente ainda, quando é cantada uma pequena canção com vista à resolução de conflitos internos de um utente, fico na dúvida se o facto de a pessoa ter acabado por falecer no dia seguinte se deveu ao carácter reparador da canção (se teve essa influência, como desejado) ou se apenas se tratou do curso natural da doença que culminou nesse dia.

De um ponto de vista mais geral, penso que o facto de muitas das intervenções acontecerem de forma exclusivamente recetiva, me deixa algumas dúvidas sobre a influência que tiveram. Contudo, reconheço que, se tivessem sido avaliados os parâmetros vitais ou outros indicadores relevantes, talvez fosse mais clara essa mesma influência.

Após terminado o estágio, e à semelhança do que referi no início desta reflexão, reconheço como uma verdadeira riqueza o crescimento individual e académico que me propus vivenciar ao longo deste percurso. Tratou-se, sem dúvida, de uma experiência pautada por novidades e desafios, dificuldades identificadas e pelo compromisso de as superar, ficando, no final, o desejo de poder ampliar o espectro de intervenção de musicoterapia na instituição.

Referências

- Almeida, C. S. J. R. G. (2017). *Satisfação das Necessidades de Cuidado em Fim de Vida: Perceção do doente e do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33612>
- American Music Therapy Association (2006). Music Therapy and Medicine. Recuperado de https://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Medicine_2006.pdf
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2022). *Cuidados Paliativos: O que são?* Recuperado de <https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos>
- Batalha, L., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F., Costa, M. F. S. P., Pereira, V. J. R. & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1294>
- Becvar, D. S. (2001). *In the presence of grief: helping family members resolve death, dying, and bereavement issues*. The Guilford Press.
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Teague, A. (2016). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub3>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Caraceni, A., & Shkodra, M. (2019). Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers*, 11(4), 510. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/cancers11040510>
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *PsiLogos*, 7(1&2), 8-18. doi: <https://doi.org/10.25752/psi.4007>

- Clements-Cortés, A. (2004). The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 21(4), 255-260. doi: <https://doi.org/10.1177%2F104990910402100406>
- Clements-Cortés, A. (2010). The role of music therapy in facilitating relationship completion in end-of-life care. *Canadian Journal of Music Therapy*, 16(1), 123-147. Recuperado de <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=864dede0-91e2-4ba2-8b94-f9c5a5742274%40redis>
- Dileo, C., & Dneaster, D. (2005). Introduction: state of the art. In: C. Dileo & J. Loewy (Eds.), *Music Therapy at the End of Life*. Jeffrey Books.
- DiMaio, L. (2010). Music Therapy Entrainment: A Humanistic Music Therapist's Perspective of Using Music Therapy Entrainment with Hospice Clients Experiencing Pain. *Music Therapy Perspectives*, 28(2), 106-115. doi: <https://doi.org/10.1093/mtp/28.2.106>
- Dorris, A. K. (2015). *Music Therapy when death is imminent: a phenomenological inquiry* (Dissertação de Mestrado, Appalachian State University). doi: <https://doi.org/10.1093/jmt/thy011>
- Ferreira, L. M., Santos, C., & Bulcão, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Onco.News*, 20(4), 20-27. Recuperado de <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/54-art.pdf>
- Gomes, A. M. R. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*, 18, 1-9. doi: <http://www.dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000100022>

González, M. P. (2014). *Musicoterapia en Cuidados Paliativos: Especialidad emergente*

(Tese de Licenciatura, Universidad del Salvador). Recuperado de

https://nanopdf.com/download/musicoterapia-en-cuidados-paliativos_pdf

Halstead, M. T., & Roscoe, S. T. (2002). Restoring the Spirit at the End of Life: Music as an

Intervention for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(6), 332-

336. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/02.CJON.332-336>

Hanser, S. B., & Mandel, S. E. (2012). Music Therapy for Pain Management. *Practical Pain*

Management, 12(5). Recuperado de

<https://www.practicalpainmanagement.com/issue/1205>

IPOCFG (2022). Portal do IPO Coimbra. Recuperado de [http://www.ipocoimbra.min-](http://www.ipocoimbra.min-saude.pt/)

[saude.pt/](http://www.ipocoimbra.min-saude.pt/)

Köhler, F., Martin, Z., Hertrampf, R., & Gäbel, C. (2020). Music Therapy in the Psychosocial

Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Frontiers in Psychology, 11(651), 1-15. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00651>

Krout, R. E. (2003). Music therapy with imminently dying hospice patients and their

families: Facilitating release near the time of death. *American Journal of Hospice and*

Palliative Medicine, 20(2), 129-134. doi:

<http://www.doi.org/10.1177/104990910302000211>

Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para*

ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Martins

Fontes.

Low, M. Y., Lacson, C., Zhang, F., Kesslick, A., & Bradt, J. (2020). Vocal Music Therapy

for Chronic Pain: A Mixed Methods Feasibility Study. *The Journal of Alternative and*

Complementary Medicine, 26(2), 113-122. doi:

<https://doi.org/10.1089/acm.2019.0249>

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ...

Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research.

Journal of Clinical Psychology, 67(9), 942–968. doi

<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20816>

Magill, L. (2006). Role of Music Therapy in Integrative Oncology. *Journal of the Society for*

Integrative Oncology, 4(2), 79-81. doi: 10.2310/7200.2006.009

O’Callaghan, C. (2013). Music therapy preloss care through legacy creation. *Progress in*

Palliative Care, 21(2), 78-82. doi:

<http://dx.doi.org/10.1179/1743291X12Y.0000000044>

Pacheco, A. F. P. (2014). *Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o*

significado atribuído à esperança pela equipa de enfermagem (Dissertação de

Mestrado, Universidade Católica do Porto). Recuperado de

[https://repositorio.UCP.pt/bitstream/10400.14/19640/1/Tese%20Andreia%20Pacheco.](https://repositorio.UCP.pt/bitstream/10400.14/19640/1/Tese%20Andreia%20Pacheco.pdf)

pdf

Petersen, E. M. (2012). Buscando novos sentidos à vida: Musicoterapia em Cuidados

Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 63-68.

Recuperado de <https://www.e->

[publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8944](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8944)

Pilewski, H. (2020). Introduction to Hospice and Palliative Medicine. *Physician Assistant*

Clinics, 5(3), 277-288. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2020.02.001>

- Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos De Saúde, 11*(1), 5-18. Recuperado de <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Ploukou, S., & Panagopoulou, E. (2018). Playing music improves well-being of oncology nurses. *Applied Nursing Research, 39*(13), 77-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.007>
- PORDATA (2020). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. Recuperado de [https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-235710](https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-235710)
- Salgado, N. F. O. G. (2011). A história oncológica do doente. *Onco.News, 18*(5), 23-32. Recuperado de <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/47-art.pdf>
- Stanczyk, M. M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of practical oncology and radiotherapy, 16*(5), 170-172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2011.04.005>
- Taets, G. G. C., Borba-Pinheiro, C. J., Figueiredo, N. M. A., & Dantas, E. H. M. (2013). Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem, 66*(3), 385-390. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300013>
- Weber, S. (1999). Music: A Means of Comfort. In D. Aldridge (Ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices* (pp. 95-104). Jessica Kingsley Publishers
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Woodruff, R. (1997). *Cancer Pain*. Asperula Pty Ltd.

World Health Organization (2020). *Palliative Care*. Recuperado de

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization (2021). *Cancer*. Recuperado de [https://www.who.int/en/news-](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer)

[room/fact-sheets/detail/cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer)

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Perceção do impacto da musicoterapia por parte da equipa de saúde
- Apêndice B** - Ficha de identificação e anamnese sonoromusical
- Apêndice C** - Grelha de monitorização da sessão
- Apêndice D** - Registos de evolução
- Apêndice E** - Plano de intervenção de musicoterapia
- Apêndice F** - Documentação do percurso terapêutico da Olga
- Apêndice G** - Documentação do percurso terapêutico da Teresa
- Apêndice H** - Considerações às equipas sobre a musicoterapia em oncologia/cuidados paliativos
- Apêndice I** - Artigo “Musicoterapia: informar e esclarecer” para a revista INFO
- Apêndice J** - Intervenção dirigida às equipas – averiguação de interesse e necessidades

APÊNDICE A

Percepção do impacto da musicoterapia por parte da equipa de saúde



PERCEÇÃO DO IMPACTO DA MUSICOTERAPIA POR PARTE DA EQUIPA DE SAÚDE



Nome do utente: _____

Início do acompanhamento em MT: ____ / ____ / _____

Fim do acompanhamento em MT: ____ / ____ / _____

- A preencher por um membro da equipa de saúde da UCP -

Durante o tempo em que o utente foi acompanhado em Musicoterapia, captou reações ou expressões da influência que esta teve durante o internamento?

- Não Sim, por parte do utente Sim, por parte da família

Numa escala de 0 a 10 (sendo que o 0 corresponde a “nenhuma influência” e o 10 “influência muito relevante”), assinale **qual considera ter sido a influência que a Musicoterapia teve** nas seguintes dimensões da vida da pessoa:

- Conforto físico

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Significado pessoal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Suporte emocional e/ou espiritual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No caso de ter percecionado...

- Significado para a família

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Outras observações:

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE B

Ficha de identificação e anamnese sonromusical



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E ANAMNESE SONOROMUSICAL



(Adaptada de *Historia Sonora Musical*, de Susana G. Jiménez)

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____ Crença religiosa: _____

Com quem vive:

Pessoas significativas:

Onde passou a maior parte da sua infância?

Com quem cresceu?

Memórias relacionadas com a música no local onde cresceu (ex. músicas típicas, ...):

- Teve alguma canção de embalar?

- Que canções lhe fazem recordar (*E que memórias associa a cada uma delas?*):
 - A infância?

 - A adolescência?

 - A idade adulta?

- Qual é a canção de que mais gosta (que lhe traga recordações felizes)?
- Uma canção que lhe traga saudade (quer partilhar essas recordações?):
- Quais os géneros musicais/artistas da sua preferência?
- Tem/Teve na família alguém relacionado com a música?
- Gosta de algum instrumento musical em específico? Qual/is? Porquê?
- Gosta de cantar? Em que ocasiões?
- Que sons (não musicais) gosta mais de ouvir? O que sente quando os ouve?
- Que sons (não musicais) não gosta de ouvir? O que sente quando os ouve?

Outras observações/aspectos que queira partilhar:

APÊNDICE C

Grelha de monitorização da sessão



IPO DE COIMBRA

GRELHA DE MONITORIZAÇÃO DA SESSÃO



Nome do cliente: _____ Data da observação.: ____ / ____ / ____

Nº da sessão: _____

CLIENTE	Conteúdos relevantes	
	Relação com os instrumentos	
	Relação com o terapeuta	
	Manifestações do <i>ISO</i>	
	Comportamentos observados	
TERAPEUTA	Instrumentos da sessão	
	Estratégias implementadas	
	Estratégias a explorar...	

APÊNDICE D
Registos de evolução

APÊNDICE E

Plano de intervenção de musicoterapia



IPO DE COIMBRA

PLANO DE INTERVENÇÃO DE MUSICOTERAPIA



Nome: _____

Idade: _____

Diagnóstico: _____

Data: _____ / _____ / _____

Problema	Objetivo	Sub-objetivo 1	Sub-objetivo 2	Sub-objetivo 3

APÊNDICE F

Documentação do percurso terapêutico da Olga



REGISTO DE EVOLUÇÃO SESSÕES DE MUSICOTERAPIA



Nome do cliente: “Olga” (nome fictício)

Objetivos terapêuticos: Melhorar a orientação; diminuir a agitação motora; acompanhar (sem acelerar) a degradação do estado de saúde

Data: <u> </u> /01/2021	Nº da sessão: <u> 1 </u>
<p>O encaminhamento para musicoterapia foi feito pela EAPS e pela equipa de cuidados paliativos, por aparente disponibilidade da utente e por manifestações de tristeza frequentes. Utente consciente e orientada, com discurso, por vezes, pouco perceptível. Foi iniciada a anamnese sonromusical, durante a qual a utente recordou canções da sua afetividade e mobilizou algumas memórias relacionadas com as mesmas. Manifestou labilidade emocional ao recordar a morte do filho. Participou, sobretudo, de forma verbal e demonstrou disponibilidade para continuar a ter as sessões. Fica agendada nova sessão para a próxima semana, procurando clarificar os objetivos terapêuticos a definir.</p>	
Data: <u> </u> /01/2021	Nº da sessão: <u> 2 </u>
<p>Utente desperta e comunicativa. Teve vários períodos de distratibilidade fácil, achando que iria receber a visita da irmã ou que se encontrava na sua zona de residência, parecendo, por isso, ter períodos de desorientação espacial. Apresenta, por vezes, discurso aparentemente incongruente. Recordou várias canções da sua afetividade e mobilizou memórias associadas às mesmas. Participou na sessão a cantar, tendo demonstrado interesse numa nova sessão na 5ª feira.</p>	
Data: <u> </u> /01/2021	Nº da sessão: <u> 3 </u>
<p>Utente mantém distratibilidade fácil e discurso circunstancial com várias interrupções espontâneas, aparentando alguma sonolência; mantém contacto ocular muito ocasional durante o discurso. Parece reconhecer onde está mas com pormenores irrealistas/incongruentes. Manifesta labilidade emocional quando se refere à doença, à sua condição de incapacidade e às saudades que sente. Foi recriado repertório da afetividade da utente, com participação vocal da mesma, por períodos, momentos em que mobiliza memórias. Aceitou as minhas intervenções musicais espontâneas e pareceu identificar-se com o conteúdo. Foi providenciada escuta e suporte verbal à sua crença espiritual.</p>	

Data: <u> </u> /01/2021	Nº da sessão: <u>4</u>
<p>Utente com discurso lentificado e menos perceptível, coincidente com a ausência de prótese dentária; parece manter os períodos de desorientação e agitação no leito, com tentativas de levantar e de retirar a roupa da cama. Interagiu musicalmente com um instrumento musical, por breves períodos, e reconheceu repertório da afetividade, acompanhando com mímica labial e assentindo com a cabeça. Manteve contacto ocular muito ocasional e hipervigilância a estímulos externos (auditivos e visuais). Foi providenciada escuta musical de uma canção da sua afetividade, durante a qual a utente acompanhou com mímica labial, acabando por adormecer, tendo reduzido, por isso, a agitação.</p>	
Data: <u> </u> /01/2021	Nº da sessão: <u>5</u>
<p>Utente mais calma mas desconfortável no leito; mantém desorientação e hipervigilância a estímulos externos, não sendo claro se, por vezes, ouve estímulos que não existem. Acompanhou com mímica labial uma canção da sua afetividade e improvisei sobre conteúdos familiares dela, tendo reagido fechando os olhos e assentindo com a cabeça. Acabou por pedir para ficar a descansar devido ao desconforto intenso que sentia, ao que eu acedi.</p>	
Data <u> </u> /02/2021	Nº da sessão: <u>6</u>
<p>Utente desconfortável no leito, com fâcias congruente a esse desconforto. Mantém desorientação, aparentemente menos acentuada, porém, apresenta tendência para a sonolência, não acompanhando canções familiares como em sessões anteriores, embora continue a reconhecê-las. Foi providenciado um instrumento para a mão da utente, com o qual não foi capaz de interagir, acabando por desistir. Acabou por pedir que voltasse noutro dia referindo “hoje não quero nada” (sic); improvisei uma melodia calma com o conteúdo verbal referido por ela, ao que ela ia acenando afirmativamente com a cabeça, acabando por adormecer.</p>	

Data: <u> </u> /02/2021	Nº da sessão: <u>7</u>
<p>Foi providenciada uma estrutura inicial e final, o que parece ser útil à organização da utente. Mantém lentificação acentuada e sonolência; aparenta ligeira melhoria na orientação na medida em que reconhece melhor as suas limitações, recorda eventos do próprio dia e corrige informações sobre si. Contudo, apesar de reconhecer as canções que lhe são familiares, já não as acompanha nem gera interação, permanecendo de olhos fechados, aparentemente a escutar; parece compreender o conteúdo na medida em que, muito esporadicamente, acena afirmativamente com a cabeça e responde.</p>	
Data: <u> </u> /02/2021	Nº da sessão: <u>8</u>
<p>À chegada, a utente encontrava-se sentada no cadeirão, de cabeça tombada, com o ritmo respiratório acelerado, sem abertura ocular e sem resposta a estímulos verbais. Depois de ajudada a reposicionar-se foi proporcionada uma sessão recetiva, durante a qual a maior parte do tempo foi a oferecer suporte e sincronia do ritmo musical com o padrão respiratório da utente; ocasionalmente franziu as sobrancelhas e reposicionou-se no cadeirão quando cantei “que vida tão linda, que vida tão cheia”. Foi ajudada a colocar as mãos sobre a guitarra para sentir a vibração da mesma (ao ritmo da sua respiração) e foi evidente um acalmar do ritmo respiratório lentamente durante a sessão. Foi mantida a estratégia musical e adaptada ao ritmo respiratório da utente; após longos períodos de apneia, a utente faleceu cerca de 1h30 após o início da sessão, serenamente e a sentir a vibração da guitarra.</p>	
<p><i>Nota: De forma a preservar o anonimato, foram omitidas as datas precisas sessões registadas.</i></p>	



IPO DE COIMBRA

PERCEÇÃO DO IMPACTO DA MUSICOTERAPIA POR PARTE DA EQUIPA DE SAÚDE



Nome do utente: “Olga” (nome fictício)

Início do acompanhamento em MT: 14/01/2021

Fim do acompanhamento em MT: 15/02/2021

- A preencher por um membro da equipa de saúde da UCP -

Durante o tempo em que o utente foi acompanhado em Musicoterapia, captou reações ou expressões da influência que esta teve durante o internamento?

Não Sim, por parte do utente Sim, por parte da família

Numa escala de 0 a 10 (sendo que o 0 corresponde a “nenhuma influência” e o 10 “influência muito relevante”), assinale **qual considera ter sido a influência que a Musicoterapia teve** nas seguintes dimensões da vida da pessoa:

- Conforto físico

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

- Significado pessoal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	--------------	---	---	----

- Suporte emocional e/ou espiritual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

No caso de ter percecionado...

- Significado para a família

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Outras observações: “Mesmo em fase agónica, a musicoterapia trouxe serenidade e conforto à utente, que acabou por falecer acompanhada, tranquila e a ouvir a música que gostava.”

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE G

Documentação do percurso terapêutico da Teresa



REGISTO DE EVOLUÇÃO SESSÕES DE MUSICOTERAPIA



Nome do cliente: “Teresa” (nome fictício)

Objetivos terapêuticos: Diminuir a tristeza; aliviar a saudade; aliviar o sentimento de perda.

Data: <u>__/04/2021</u>	Nº da sessão: <u>1</u>
<p>Utente referenciada para musicoterapia pela equipa de enfermagem por aparente disponibilidade para o contacto musical e por história de tristeza/desamparo relacionada com o internamento, tendo sido feita também articulação com a unidade de psicologia clínica. Foi iniciada anamnese sonromusical, durante a qual a utente se mostrou disponível e colaborante, tendo identificado canções da sua afetividade e mobilizado memórias relacionadas com as mesmas. Foi providenciada escuta musical dessas canções, tendo a utente reagido de imediato ao reconhecer as mesmas. Responde corporal e emocionalmente às canções da sua afetividade e, apesar de ter traqueostomia, a utente cantou excertos das canções com expressividade. Durante os períodos de labilidade emocional, a utente elaborou verbalmente as memórias que associava, sem necessidade aparente de outro suporte; no entanto, salvaguardei a confidencialidade e o sigilo sobre o conteúdo das sessões. Foi evidente (e igualmente manifestado pela própria) a importância que a música tem tido ao longo da vida da utente. Manifestou gratidão e vontade de continuar as sessões de musicoterapia enquanto permanecer internada, pelo que parece ter tido um significado positivo para a utente.</p>	
Data: <u>__/04/2021</u>	Nº da sessão: <u>2</u>
<p>Utente bem disposta, colaborante e agradada com a intervenção. Durante a sessão, partilhou várias memórias relacionadas com a música e com a sua família, bem como pequenas canções da sua autoria, as quais cantou espontaneamente, de forma expressiva, e eu acompanhei na guitarra. Ao longo da sessão, demonstrou serenidade e sentido de humor. Foram recriadas duas canções da sua afetividade, durante as quais cantou excertos e, posteriormente, aceitou tocar comigo na guitarra, tendo demonstrado sensibilidade ao fazê-lo. No final, manifestou agrado e gratidão pela partilha e pela intervenção. Por se verificar ser significativo para a utente – manifestado também pelo marido da mesma – mantém-se intervenção em musicoterapia.</p>	

Data: <u> </u> /04/2021	Nº da sessão: <u>3</u>
<p>Utente referiu ter tolerado levantar para o cadeirão, encontrando-se, à chegada, já deitada no leito. Tem conhecimento da possibilidade de alta para 2ª feira e mostrou-se entusiasmada. Espontaneamente, referiu ter modificado mentalmente a letra de uma canção pré-composta, com conteúdo que dirigia aos netos. Cantou a canção com a letra que alterou, revelando disponibilidade, iniciativa e criatividade. Foi auxiliada na estrutura da canção, de forma a encaixar na melodia da canção original e foi sugerida a gravação áudio para mostrar posteriormente aos familiares, caso assim entendesse. A utente aceitou, pedindo que eu cantasse por ela (gravado no telemóvel da utente). Durante a gravação, a utente fechou os olhos, emocionou-se e, no final, manifestou gratidão; por fim, reforcei o valor que a letra tinha pelo facto de ter sido composta por ela.</p>	
Data: <u> </u> /04/2021	Nº da sessão: <u>4</u>
<p>A utente tinha alta provável hoje, que não se concretizou. À chegada, encontrava-se na presença da filha e do marido, que começaram por manifestar gratidão pelo acompanhamento em musicoterapia e pela gravação da canção que a utente compôs para os netos. A pedido da família, foi-lhes fornecida a letra dessa mesma canção e foi recriada ao vivo, com a participação da utente a tocar o ritmo da guitarra. Mais tarde, a utente cantou a canção que tinha composto há vários anos para a filha e eu acompanhei na guitarra. Foi recriado repertório da afetividade da utente – nomeado pela própria e pela família – o qual acompanhou com mímica labial e sobre o qual manifestou a sua expressividade através de gestos ilustrativos da letra da música. Por se verificar impacto significativo no bem estar da utente (e da família), mantém-se a intervenção.</p>	
Data: <u> </u> /04/2021	Nº da sessão: <u>5</u>
<p>Utente triste com o facto de ainda não ter tido alta, porém mostra-se serena. Foi notória a necessidade de falar acerca do seu percurso desde o diagnóstico, o que a leva a concluir as saudades que tem de casa. Foi capaz de identificar as suas fontes de força para lidar com esta angústia. Partilhou sonhos que tem tido (e que corroboram o sentimento de saudade) e preocupações relativamente ao relacionamento dos filhos mas parece ser capaz de lidar com estas questões de forma aparentemente serena. Não sabendo, hoje, o que gostaria de fazer em sessão, iniciei espontaneamente uma improvisação instrumental e de canto murmurado (<i>humming</i>) de forma a corresponder ao estado afetivo da utente e proporcionar conforto</p>	

psíquico. Durante a improvisação, a utente fechou os olhos, acompanhou o ritmo com movimentos da cabeça e inspirou profundamente várias vezes; a aparente tensão que se verificava no início da improvisação foi diminuindo e a utente foi-se mostrando, progressivamente, mais serena. No final, demonstrou gratidão e referiu ter sido importante para ela.

Data: /04/2021

Nº da sessão: 6

Utente mantém-se serena, aparentemente conformada com a demora da possível alta. Hoje ventilou verbalmente a sua tristeza acerca de episódios familiares do passado; relacionou esses mesmos episódios com uma outra canção cuja letra referiu não espelhar a sua situação; neste seguimento, sugeri uma mudança de letra, atividade que a utente não excluiu mas demonstrou necessidade de pensar melhor sobre o assunto. Foi recriada a canção ao vivo, momento em que a utente fechou os olhos e acompanhou ritmicamente com a cabeça e com a mão. No final da sessão, referiu também situações que lhe geram alegria. Mantém a esperança de poder ir a casa no fim de semana, principalmente por ser importante para ela passar o dia da mãe em família. Manifesta gratidão e, aparentemente, continua a ser significativo para a utente o acompanhamento em musicoterapia.

Notas: A utente teve alta três dias após a última sessão. Voltou a ser internada cerca de uma semana depois por um quadro de secreções purulentas em quantidade abundante, no entanto colaborante e sem necessidade de oxigénio. Faleceu na manhã seguinte.

De forma a preservar o anonimato, foram omitidas as datas precisas sessões registadas.

Canção da “Teresa” para os netos

Ai meus queridos se soubessem
As saudades que eu tenho
De vos levar às cavalitas
E depois cair na relva
Isto é saudade pura,
Isto é saudade pura

E depois irmos para o chichorro
Baloçar até partir a corda
E rirmos até fartar
Era quase como namorar
Isto é saudade pura,
Isto é saudade pura

E quando eu vos levava à escola
E vos ia chamar de manhã
Tu Samanta dizias assim:
“Leva primeiro o Joaquim
Que ele come Chocapic
E depois, levas-me a mim
A mim”

E quando eu vos levava à escola
E vos ia chamar de manhã
Tu Samanta dizias assim:
“Leva primeiro o Joaquim
E levas-me às cavalitas
Pois tu sabes que eu como estrelitas”



PERCEÇÃO DO IMPACTO DA MUSICOTERAPIA POR PARTE DA EQUIPA DE SAÚDE



Nome do utente: “Teresa” (nome fictício)

Início do acompanhamento em MT: 08/04/2021

Fim do acompanhamento em MT: 26/04/2021

- A preencher por um membro da equipa de saúde da UCP -

Durante o tempo em que o utente foi acompanhado em Musicoterapia, captou reações ou expressões da influência que esta teve durante o internamento?

Não Sim, por parte do utente Sim, por parte da família

Numa escala de 0 a 10 (sendo que o 0 corresponde a “nenhuma influência” e o 10 “influência muito relevante”), assinale **qual considera ter sido a influência que a Musicoterapia teve** nas seguintes dimensões da vida da pessoa:

- Conforto físico

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------	----

- Significado pessoal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---------------

- Suporte emocional e/ou espiritual

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------	----

No caso de ter percecionado...

- Significado para a família

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Outras observações: _____

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE H

Considerações às equipas sobre a musicoterapia em oncologia/cuidados paliativos

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MUSICOTERAPIA EM ONCOLOGIA/CUIDADOS PALIATIVOS

→ A M.T. consiste no uso do som, da música e dos seus elementos (ritmo, melodia, harmonia, pulsação) por parte de um profissional especializado, como instrumento de intervenção terapêutica e pode ser dirigida a indivíduos, grupos/equipas, famílias ou comunidades.

→ O ponto de partida é **sempre a identidade sonora da pessoa**, ir ao encontro **do que é afetivo para ela**; procura-se resgatar o que há de saudável na pessoa, a sua identidade por detrás da doença e o seu potencial de realização que ainda possa ser alcançado. *Não exige conhecimento/prática musical prévia por parte do utente!*

→ Há **métodos ativos e recetivos** (ou mistos) de intervenção em M.T. mas esta é tanto mais rica para a pessoa quanto mais lhe proporcionar uma participação ativa.

IDEIAS A REter SOBRE A M.T.:

→ Não tem como objetivo a “cura” mas sim (de uma forma genérica) a promoção da qualidade de vida e o aumento do bem-estar físico, emocional, social e/ou espiritual;

→ Não serve para animar ou ocupar o tempo da pessoa e não tem só como objetivo o relaxamento! O uso da música deve servir para:

1. **Ir ao encontro da sua identidade (tantas vezes perdida, esquecida pelo espaço que a doença ocupou na vida da pessoa);**

2. Tornar-se **uma forma alternativa de estar em relação** com o outro (**não verbal, simbólica, não sujeita a tantas defesas**), tão válida como as tradicionais;

3. E, a partir daí, cumprir objetivos terapêuticos levantados para aquela pessoa e que vão ao encontro das suas necessidades, de ordem física, psico-emocional, sócio-relacional e espiritual (**e, por isso, faz sentido que trabalhe em parceria com a equipa de saúde**); se o relaxamento for um objetivo terapêutico específico para determinada pessoa, pode ser trabalhado, mas não deve ser tomado como objetivo primordial por defeito.

→ A M.T. também segue um **método de intervenção sistematizado**: a) colheita de dados (pessoa e historial, família, doença e identidade sonoro-musical); b) identificação de problemas; c) definição de objetivos (individualizados, personalizados); d) planeamento e execução de intervenções; e) avaliação dos resultados (através de instrumentos de avaliação).

→ **A intervenção ocorre no domínio musical mas os objetivos são não-musicais e as respostas da pessoa também têm uma interpretação que transcende o plano musical;**

→ A música e o não-verbal podem despertar respostas diferentes das obtidas no plano verbal porque há menos defesas, menos elaboração mental e, por isso, menos

resistências (principalmente quando já “tudo falha”, sobra o mais primário que há na pessoa, o sensorial, os reflexos, o que é involuntário, o que não é processado,...).

“CRITÉRIOS” PARA SINALIZAÇÃO:

- Dificuldades na gestão da dor crónica e/ou de outros sintomas físicos (inclui padrão de sono alterado);
- Demonstração de sofrimento psíquico ou angústia intensas;
- Dificuldade em adaptar-se ao meio hospitalar;
- Sentimentos de abandono, de solidão;
- Evidência ou tendência para a depressão ou para a agitação;
- Dificuldade em lidar/aceitar a doença ou em aceitar a aproximação da morte, quando é o caso (ex: mutismo, rigidez/embutamento afetivo, dificuldade na expressão de emoções e sentimentos,...)
- Dificuldades na gestão do *stress* e/ou da ansiedade;
- Sentimentos de inutilidade, desesperança e vontade de morrer,...;
- Sensação de perda de identidade;
- ...

INTERVENÇÃO DE MUSICOTERAPIA		
NECESSIDADES	AMBULATÓRIO / TRATAMENTO / CONSULTA DA DOR	CUIDADOS PALIATIVOS / FIM DE VIDA
FÍSICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão da dor (prolongar o efeito ou reduzir a quantidade de analgésicos); - Fortalecimento muscular e/ou articular (quando necessário, em concomitância com a fisioterapia, p.ex.); - Diminuição dos efeitos secundários da medicação/tratamentos; - Melhorar a qualidade do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão ou alívio da dor (prolongar o efeito ou reduzir a quantidade de analgésicos); - Melhorar a qualidade do sono e o padrão respiratório; - Promover o relaxamento muscular e o alívio de tensões.
PSICO-EMOCIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar ou processar vivências associadas à doença; - Normalizar a rotina e o ambiente apesar da doença; - Gestão do <i>stress</i> e da ansiedade; - Diminuir a angústia e o sofrimento psíquico; - Lidar com os medos associados à doença; - Ventilação emocional; - Validar e valorizar a pessoa (que é mais do que a sua doença). 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar ou processar vivências/ideias associadas à doença ou ao fim de vida; - Gestão do <i>stress</i> e da ansiedade; - Humanizar a hospitalização (promover a familiaridade e a segurança); - Gerir o medo (da hospitalização, da solidão, da morte,...); - Ventilação emocional, libertação de <i>tabus</i> relacionados com a morte e com o morrer; - Diminuir a angústia e o sofrimento psíquico; - Validar e valorizar a pessoa (que é mais do que a sua doença).
SÓCIO-RELACIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relações de confiança, significativas, positivas com o terapeuta e equipa; - Fortalecer/Reparar laços significativos; - Gerir preocupações/anseios acerca da forma como o diagnóstico afeta os familiares/pessoas significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar (ou reparar) laços com as pessoas significativas (se for vontade da pessoa); - Estabelecer relações de confiança, significativas, positivas com o terapeuta e equipa; - Diminuir a solidão (quando existe);
ESPIRITUAIS (identidade, sentido de vida, transcendência, contemplação)	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar oportunidades para a expressão da vulnerabilidade; - Explorar o saudável da pessoa e o seu potencial de realização (tantas vezes adormecido pelo espaço que a doença ocupou na vida da pessoa); - Aumentar a segurança em contexto hospitalar e de doença crónica através da relação terapêutica e de experiências musicais partilhadas e bem sucedidas; - Explorar as motivações e objetivos; - Reencontrar a sua identidade por detrás da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar oportunidades para a expressão da vulnerabilidade; - Dar sentido ao presente e à realidade da pessoa; - Proporcionar a revisão de vida; - Trabalhar o sentido de vida em situação de fim de vida e explorar as motivações em fim de vida (p.ex. deixar um legado, ajudar a fazer as pazes com o passado, com o que está por resolver, reatar relações,...) → Trabalhar a esperança; - Explorar o saudável da pessoa e o seu potencial de realização (tantas vezes adormecido pelo espaço que a doença ocupou na vida da pessoa); - Espiritualidade e transcendência (capacidade de se projetar num ambiente de segurança); - Reencontrar a sua identidade por detrás da doença; - Aumentar a segurança em contexto hospitalar (e de fim de vida quando é o caso) através da relação terapêutica e de experiências musicais partilhadas e bem sucedidas; - Reajustar expectativas e prioridades face à realidade; - Obter tranquilidade/bem estar psíquico e espiritual com a concretização das “últimas tarefas antes de morrer” – dizer “amo-te”, “obrigado”, “perdoa-me”, “perdoe-te” e “adeus”.

APÊNDICE I

Artigo “Musicoterapia: informar e esclarecer” para a revista INFO

Musicoterapia

Informar e esclarecer

Diana da Conceição da Costa
Estagiária de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa
Unidade Psicologia Clínica IPO Coimbra

A música (bem como uma grande variedade de sons) está presente na vida de todo o ser humano, mesmo que de forma inconsciente e mais ou menos significativa (...) a música tem o potencial de resgatar a parte saudável e positiva de cada um, que, em contexto de doença ou de sofrimento, está tantas vezes escondida, esquecida.

Adaptado de Weber (1999): *in Music Therapy in Palliative Care*, David Aldridge

A presença e influência da música na vida das pessoas e das comunidades é de reconhecimento geral. É frequente escutarmos relatos sobre o efeito terapêutico que a música tem para quem a escuta e/ou pratica. Também por este motivo tem vindo a crescer a curiosidade pelo cruzamento da música com a área da saúde, e muitas têm sido as manifestações de interesse pela área da musicoterapia.

Este artigo procura informar e clarificar o que é a musicoterapia. Procura, ainda, divulgar as potencialidades da musicoterapia quando utilizada ao serviço de pessoas com doença oncológica e/ou em fim de vida.

O que é a Musicoterapia?

A Federação Mundial de Musicoterapia (1996, 2011) define a musicoterapia como a utilização de música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) enquanto intervenção dirigida a indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, por um musicoterapeuta qualificado, em ambientes médicos, educativos ou quotidianos. Trata-se de um processo terapêutico que facilita e promove a comunicação, as relações, a aprendizagem, a expressão, a auto-organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de satisfazer necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. De um modo geral, a musicoterapia – pela prevenção, reabilitação ou tratamento – visa melhorar a qualidade de vida das pessoas a quem se dirige.

Rudd (1990) refere-se à musicoterapia como uma área profissional de âmbito terapêutico, na qual a música é o canal de comunicação e constitui uma ferramenta de expressão. Não sendo

terapêutica em si mesma, a música, quando aplicada de forma sistematizada e metódica por um profissional especializado, pode ter efeitos terapêuticos. Assim sendo, a intervenção musicoterapêutica não é uma atividade de distração, mas sim um processo terapêutico de mudança ou de integração pessoal.

Para Bruscia (2014), é precisamente a relação que se estabelece entre o musicoterapeuta, o cliente, e as experiências musicais que partilham, que constitui a força geradora de mudança do processo terapêutico; é por este motivo que a musicoterapia não se exerce fora de um contexto e de uma relação terapêutica; construir essa relação pode ser um processo moroso, que requer tempo e regularidade.

A música como ferramenta terapêutica

Como referido anteriormente, a música, por si só, não é terapêutica nem curativa. Para algo ser terapêutico tem que responder às necessidades identificadas *daquela* pessoa, ou *daquele* grupo; os objetivos são personalizados e definidos pelo musicoterapeuta – em articulação com a equipa que integra, para responder às necessidades previamente identificadas.

No entanto, não há dúvidas de que a música contempla uma série de características que permitem que seja usada como ferramenta num processo terapêutico. Em primeiro lugar, a música é uma forma de linguagem e, por isso, permite comunicação; embora possa recorrer às palavras, a música não depende delas nem do seu significado literal, o que a torna uma forma de linguagem simbólica, ambígua e que não representa os fenómenos externos ou internos com a mesma exatidão da linguagem verbal. Essencialmente, a música medeia estados de espírito e tonalidades de humor sobre as quais o indivíduo projeta significados pessoais; simultaneamente, a música permite expressar emoções e representar ou espelhar estados internos através da sua linguagem metafórica (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Este carácter simbólico pode constituir uma vantagem junto de alguns clientes já que, habitualmente, a musicoterapia não é sentida como intrusiva ou ameaçadora.

Um segundo aspeto a referir, é a capacidade que a música tem de tornar claro um fenómeno, ou uma experiência, mesmo que esta seja inexprimível verbalmente. Trata-se de um fenómeno que é relativamente fácil de compreender se se pensar nas vezes que o ser humano recorre à música (seja a escutar, tocar ou cantar) por aquilo que esta é capaz de representar (e fazer sentir!) como nenhuma outra linguagem. Aliás, as experiências musicais são percebidas numa fase pré-verbal do conhecimento e, como tal, podem ser muito claras

e conscientes ao mesmo tempo que não são representáveis por conceitos verbais (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

É de referir, ainda, que cada pessoa responde aos estímulos musicais de forma diferente. A reação emocional é tanto maior quanto maior for o significado que a música, ou o intérprete, tiverem para *aquela* pessoa. Não existe reação emocional sem reação física - e vice-versa - e, para a musicoterapia, estas reações à música (ou ao som) são aspetos que merecem atenção durante a sessão pois, habitualmente, estão relacionadas com memórias, associações ou experiências passadas (positivas ou negativas) e que, por isso, contribuem para uma melhor compreensão da pessoa e da sua história de vida. Por exemplo, perante o decair progressivo de uma condição de saúde, o significado emocional despertado pela música da afetividade da pessoa tem um extraordinário potencial para fomentar mudanças que sejam promotoras de conforto e de bem-estar.

Pelos motivos referidos, a música contém em si um potencial terapêutico, que requer um profissional especializado na área da musicoterapia para ser trabalhado; este profissional é qualificado para avaliar as necessidades da pessoa e detém as competências (musicais e não-musicais) que lhe permitem desenhar e implementar o plano de intervenção que melhor se ajusta às necessidades identificadas.

A musicoterapia em oncologia

O *setting* hospitalar é um dos vários contextos em que a musicoterapia pode ser um recurso importante, já que pode intervir no alívio de sintomas físicos e psicológicos (dor, ansiedade) e na promoção do conforto e melhoria da qualidade de vida. De um modo geral, a musicoterapia oferece oportunidades de autoexpressão e partilha de experiências positivas; este trabalho pode concretizar-se através de intervenções ativas ou recetivas, sendo que, na primeira modalidade, o paciente envolve-se na experiência musical, e, na segunda, o paciente é somente recetor da experiência (Stanczyk, 2011).

Em oncologia, as sessões de musicoterapia podem decorrer em contexto de ambulatório, em internamento, ou no próprio domicílio. Apesar de não ter influência sobre o curso da doença, a intervenção em musicoterapia pode influenciar positivamente a forma como a pessoa sente e lida com a doença (Stanczyk, 2011). A música permite formas de comunicação e de expressão não verbais que, em contexto terapêutico, pode facilitar a comunicação entre o paciente, o terapeuta e a família, ao mesmo tempo que permite o acesso às dimensões da vida da pessoa que requerem cuidados interdisciplinares.

A nível neurológico, tanto a escuta como a prática musical ativam áreas cerebrais que podem alterar a perceção/vivência afetiva e cognitiva de fenómenos como a dor crónica. A nível psicológico, o uso da voz (principalmente na ausência de palavras) ajuda a aumentar a consciência corporal, a promover uma ligação positiva com o corpo e facilita o relaxamento. Ao nível da expressão emocional, o cantar e a participação ativa na experiência musical (sempre suportada pelo musicoterapeuta) contribuem para sensações de bem estar e de autossuficiência (Low *et al.*, 2020).

A musicoterapia e a pessoa em fim de vida

Em contexto de fim de vida, o contributo da musicoterapia integra a filosofia dos cuidados paliativos. De acordo com esta orientação, no contacto com a pessoa em fim de vida, a música é um meio para proporcionar conforto físico, psicológico e existencial (Seki & Galheigo, 2010). O despertar de memórias e de acontecimentos passados através da música permite que a pessoa restabeleça contacto com os seus próprios sentimentos (e com os significados que lhe estão associados) e assim, num ambiente seguro, privado e confidencial, atribua significados apaziguadores ao percurso de vida e à própria experiência de doença (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Na perspetiva de Petersen (2012), as mensagens por detrás das músicas criadas (ou recriadas) pelos doentes em fim de vida e/ou seus familiares, tendem a espelhar essencialmente declarações de amor, pedidos de perdão, desejos de reconciliação, saudade e promessas de não abandono. Estas são, de facto, as derradeiras tarefas de quem se aproxima do fim de vida; atendê-las facilitará a despedida e os processos de luto preparatório e de luto antecipatório.

Krout (2003) refere que as intervenções de musicoterapia com pessoas em fim de vida podem facilitar o processo de libertação da experiência de doença (*deixar-se ir*). Sempre que possível e desejado, a família deve ser envolvida neste processo, de forma a facilitar a despedida e a contribuir para a criação de memórias de serenidade. A este propósito, O'Callaghan (2013) alerta-nos para o potencial da musicoterapia na construção de legados, os quais podem contribuir para processos normativos de luto.

Considerações finais

Ao terminar este artigo informativo, é pertinente reforçar alguns conceitos centrais sobre musicoterapia:

- A musicoterapia não diz respeito ao uso recreativo da música em contextos de saúde;
- É exercida por um profissional com formação académica específica que, ao integrar uma equipa interdisciplinar, também contribui para a definição e implementação do plano de cuidados;
- A intervenção em musicoterapia acontece no plano musical mas os objetivos são terapêuticos (não musicais), procurando atender a necessidades físicas, psicológicas e existenciais da(s) pessoa(s) a quem se dirige. Assim, a intervenção centra-se na pessoa para além da sua doença, e privilegia a relação até ao fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. Illinois: Barcelona Publishers.

Krout, R. E. (2003). Music therapy with imminently dying hospice patients and their families: Facilitating release near the time of death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 20(2), 129-134. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.1177/104990910302000211>

Low, M. Y., Lacson, C., Zhang, F., Kesslick, A. & Bradt, J. (2020). Vocal Music Therapy for Chronic Pain: A Mixed Methods Feasibility Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(2), 113-122. Recuperado de <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0249>

O'Callaghan, C. (2013). Music therapy preloss care through legacy creation. *Progress in Palliative Care*, 21(2), 78-82. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1179/1743291X12Y.0000000044>

Petersen, E. M. (2012). Buscando novos sentidos à vida: Musicoterapia em Cuidados Paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 63-68. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/>

Rudd, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus.

Seki, N. H. & Galheigo, S. M. (2010). O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface - Comunicação Saúde Educação* 14(33), 273-284. Recuperado de <http://www.scielo.br/>

Stanczyk, M. M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of practical oncology and radiotherapy*, 16(5), 170-172. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2011.04.005>

Weber, S. (1999). Music: A Means of Comfort. In D. Aldridge (Ed.), *Music Therapy in Palliative Care: New Voices* (pp. 95-104). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

World Federation of Music Therapy (1996). *Definition of Music Therapy*. Recuperado de www.musictherapyworld.de.

World Federation of Music Therapy (2011). *About WFMT: What is Music Therapy?* Recuperado de <https://wfmt.info/>

APÊNDICE J

Intervenção dirigida às equipas – averiguação de interesse e necessidades



IPO DE COIMBRA

ESTÁGIO DE MUSICOTERAPIA INTERVENÇÃO DIRIGIDA ÀS EQUIPAS



Exmo/a. enfermeiro/a-chefe ou coordenador/a da Equipa,

Estando a realizar estágio curricular de Musicoterapia no IPO de Coimbra sob a orientação da Dr^a Piedade Leão (Unidade de Psicologia Clínica), a fim de concluir o Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, e tendo sido manifestada vontade por elementos da própria equipa ou reportada necessidade por elementos externos que colaboram com a equipa, venho por este meio demonstrar a minha disponibilidade para, em caso de interesse, dinamizar uma ou mais sessões de musicoterapia em grupo (portanto, à equipa), a fim de procurar aliviar algumas dessas necessidades identificadas.

A sessão terá a duração aproximada de **1 hora**, será **limitada a 9 participantes** (prefazendo um total de 10 pessoas por sessão, a contar comigo) e destina-se a todos os elementos interessados que pertençam à equipa da unidade em questão; é necessária uma **inscrição mínima de 4 participantes** para a concretização da sessão. Caso o número de interessados exceda o número possível de participantes por sessão, será possível dinamizar mais do que uma sessão, ou seja, formando mais do que um grupo.

A sessão acontecerá no dia e hora que seja mais conveniente para os elementos interessados, tendo também em conta a frequência com que me desloco ao IPO; contudo, na segunda parte deste documento serão sugeridas algumas datas que poderão ser prolongadas/alteradas em caso de necessidade. A formação dos grupos ficará à minha responsabilidade, sendo que estes podem ser formados, precisamente, por uma questão de compatibilidade horária. No que diz respeito ao **espaço**, a sessão decorrerá na **sala de formação nº2**, cedida pelo GCFO do IPO.

A fim de melhor preparar e adaptar a sessão às necessidades e características do grupo, peço que este documento seja dado a conhecer aos restantes elementos da equipa e que a folha seguinte (frente e verso) seja devidamente preenchida **até ao dia 18 de fevereiro**, dia em que a voltarei a recolher.

Com os melhores cumprimentos,
A estagiária.

A preencher pelos elementos interessados da Equipa

Qual/is das seguintes opções considera serem necessidades atuais da equipa onde está inserido/a?

	Reforçar os laços afetivos entre os elementos / Melhorar a coesão da equipa.
	Ter um espaço seguro para expressar sentimentos e emoções.
	Gerir o impacto emocional do trabalho.
	Melhorar o conhecimento mútuo entre os elementos (numa dimensão mais pessoal).
	Alívio do stress e ansiedade associados ao trabalho.
	Reparar relações conflituosas dentro da equipa / Respeitar as diferenças ou divergências.
	Outra: _____

Datas disponíveis para a realização da sessão de musicoterapia dirigida à equipa:

- Março: 1 4 8 11 15 18 22 25 29

Tendo em conta as datas disponíveis, **preencha a tabela que se encontra no verso**, inserindo a data em que lhe seria mais conveniente a realização da sessão (preferencialmente, mais do que uma data e um intervalo de horas).

Nome + Profissão	Dia + Hora	* Passado musical
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
<p>* Não é necessário ter experiência musical para participar na sessão, no entanto, se a tiver, é importante referir (p.ex., se tocou algum instrumento); pode referir também pessoas que, na sua família, estavam ligadas à música, experiências musicais que tenha tido (p.ex., participação em grupos corais, de dança,...), gostos específicos,...</p>		

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - PAINAD

Anexo B - Texto para a Revista HUMANIZA

Anexo C - Registos do *facebook* da EAPS na sequência do estágio de musicoterapia

ANEXO A
PAINAD



IPO DE COIMBRA

PAINAD – Pain Assessment Advanced Dementia
(validada para a população portuguesa)



Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Longo período de hiperventilação. Respiração de <i>Cheyne-Stokes</i> .	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Pontuação:

O total de pontos varia entre 0 e 10. Uma possível interpretação da pontuação é:

1-3 = dor leve

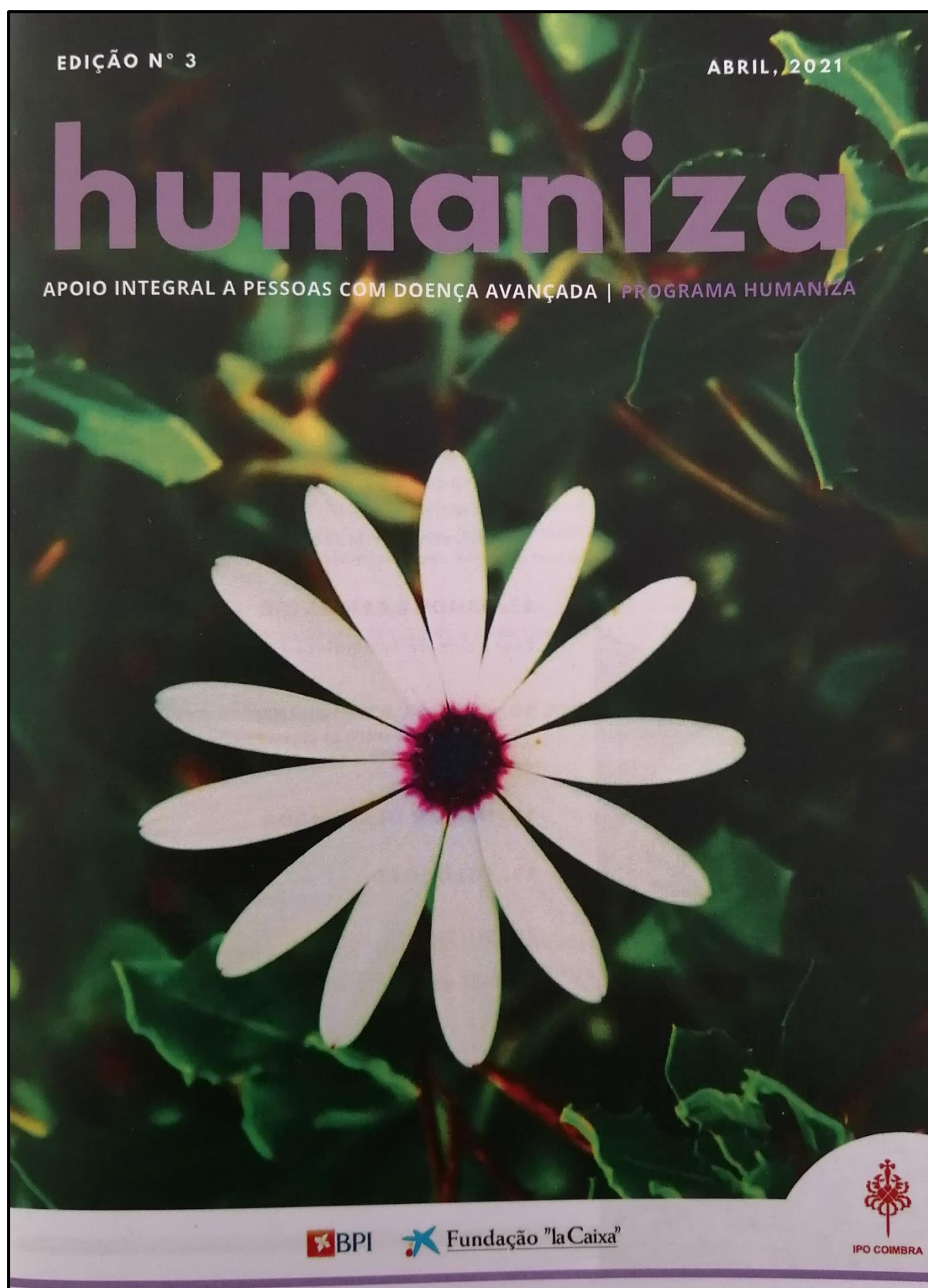
4-6 = dor moderada

7-10 = dor severa

Fonte: Batalha, L., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F., Costa, M. F. S. P., Pereira, V. J. R. & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1294>

ANEXO B

Texto para a Revista HUMANIZA



DIA A DIA

A música...

"A música, tal como o sonho, é uma constante da vida. Tanto temos a oportunidade de a comandar como, às vezes, sem querer, a música pauta o curso da nossa vida, porque foi chegando sem avisar, nos mais diversos acasos.

Se pensarmos bem, ela está presente na história de cada um de nós desde a nossa pequenez até ao dia de hoje. Está presente naquela canção que nos embalava antes de adormecer; naquele dia em que nos apaixonámos por alguém (e parecia que, a partir daquele momento, todas as canções de amor falavam do Nosso Amor!); nos momentos de celebração, de festa, em que a família se reunia para comemorar um momento especial; no nascimento de uma vida nova, ou numa nova união; também nos momentos de tristeza em que perdemos, lamentámos, em que chorámos no abraço de alguém, ou no recanto de nós mesmos (ao som daquela música que confirmava e amparava a tristeza que sentíamos).

No (re)nascimento de uma vida nova, de uma nova união,...



É curioso como a música tem este poder... é tão importante nos momentos felizes como nos momentos mais tristes, e cada um a pode usar da forma que lhe der mais jeito. A música não é para os músicos: a música é para as pessoas e é das pessoas!

**"Eles não sabem que o sonho
É uma constante da vida,
Tão concreta e definida
Como outra coisa qualquer.
(...)"**

**Eles não sabem, nem sonham,
Que o sonho comanda a vida (...)"**

A música é som, é melodia, é ritmo... e também é silêncio, é escuta... A música são palavras, mas também é o não precisar de palavras... A música é esperança, é alento, é colo. A música é partilha, mas também é recolhimento. Não há regras quando se trata de decidir o que nos faz melhor...!

A música pode ser aquele poema que nos sussurra baixinho...

**"enquanto houver estrada para andar,
a gente vai continuar..."**

Mas pode ser também o som daquela brisa que passa por entre as folhas das árvores, o som das ondas a rebentarem no mar e que, sem precisarem de palavras, nos aquecem o peito e conseguem encher aquele momento de sentido, de plenitude. E aí, uma vez mais...

**"enquanto houver ventos e mar, a
gente não vai parar."**

Há alguma música que pareça um retrato vivo da sua história, que pareça ter sido escrita mesmo a pensar em si?

Aproveite este momento para escutar o que, afinal, ainda está tão vivo dentro de si...

Diana Costa

Estagiária de Mestrado em Musicoterapia da
Universidade Lusfada de Lisboa
Unidade Psicologia Clínica IPO Coimbra

MÚSICA

Melhor de mim | Mariza



Hoje, a semente que dorme na terra
E se esconde no escuro que encerra
Amanhã nascerá uma flor

Ainda que a esperança da luz seja escassa
A chuva que molha e passa
Vai trazer numa gota amor

Também eu estou
À espera da luz
Deixo-me aqui
Onde a sombra seduz

Também eu estou
À espera de mim
Algo me diz
Que a tormenta passará

É preciso perder
Para depois se ganhar
E mesmo sem ver
Acreditar!

É a vida que segue
E não espera pela gente
Cada passo que dermos em frente
Caminhando sem medo de errar

Creio que a noite
Sempre se tornará dia
E o brilho que o sol irradia
Há-de sempre me iluminar

Quebro as algemas neste meu lamento
Se renasço a cada momento
Meu o destino na vida é maior

Também eu vou
Em busca da luz
Saio daqui
Onde a sombra seduz

Também eu estou
À espera de mim
Algo me diz
Que a tormenta passará

É preciso perder
Para depois se ganhar
E mesmo sem ver
Acreditar!

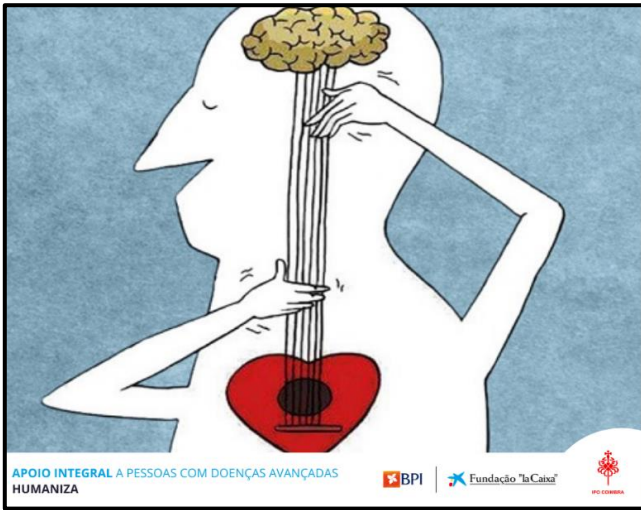
Interprete: *Mariza*
Composição: *Tiago Machado*

Para ouvir a música pode utilizar a aplicação Câmara
ou o Leitor de códigos do seu telemóvel para ler o código QR



ANEXO C

Registos do *facebook* da EAPS na sequência do estágio de musicoterapia



EAPS - IPO Coimbra
17 de novembro de 2020 · 🌐

🌟 Sabia que no passado domingo (15 de novembro) se celebrou o Dia Europeu da Musicoterapia?

Se tivéssemos de resumir Musicoterapia numa só palavra, “Relação”, “Encontro” ou “Partilha”, seriam fortes candidatas!

Musicoterapia é um ENCONTRO entre duas ou mais pessoas (em que uma delas é musicoterapeuta especializado), com a MÚSICA como ELO e, através dela, procura-se acalmar o sofrimento psicológico e existencial.

O papel da MUSICOTERAPIA na pessoa com doença avançada vai desde o alívio de sintomas físicos e psicológicos, até ao “acordar” da identidade da pessoa saudável para além da doença.

🌟 Longe do abraço, perto do coração 🌟

#IPOCoimbra #fundla Caixa #humaniza #EAPS #musica #musicoterapia Ver menos

👍 36 2 comentários 11 partilhas

Adoro Comentar Partilhar

Escreve um comentário...

APOIO INTEGRAL A PESSOAS COM DOENÇAS AVANÇADAS HUMANIZA | BPI | Fundação "la Caixa" | IPO COIMBRA


17 de novembro de 2020: Sabia que no passado domingo (15 de novembro) se celebrou o Dia Europeu da Musicoterapia? Se tivéssemos de resumir Musicoterapia numa só palavra, “Relação”, “Encontro” ou “Partilha” seriam fortes candidatas! Musicoterapia é um ENCONTRO entre duas ou mais pessoas (em que uma delas é musicoterapeuta especializado), com a MÚSICA como ELO e, através dela, procura-se acalmar o sofrimento psicológico e existencial. O papel da MUSICOTERAPIA na pessoa com doença avançada vai desde o alívio de sintomas físicos e psicológicos até ao “acordar” da identidade da pessoa saudável para além da doença.

EAPS - IPO Coimbra
26 de março · 🌐

“Quem ouve música, sente a solidão de repente povoada.”
Robert Browning

🌟 Longe do abraço, perto do coração 🌟

#IPOCoimbra #FundlaCaixaBPI #humaniza #pandemia #EAPS #SNS #EstamosOn #musica #musicoterapia



Serviço de Cuidados Paliativos | Março de 2021

APOIO INTEGRAL A PESSOAS COM DOENÇAS AVANÇADAS HUMANIZA | BPI | Fundação "la Caixa" | IPO COIMBRA

26 de março (20 anos da unidade de cuidados paliativos): “Quem ouve música, sente a solidão de repente povoada.” Robert Browning

7 de abril (dia mundial da saúde): Porque também na doença existe música e encontramos Gratidão, Resiliência e sobretudo Amor!


EAPS - IPO Coimbra
7 de abril às 08:14 · 🌐

🌿 7 de Abril, Dia Mundial da Saúde!

Porque também na doença existe música e encontramos Gratidão, Resiliência e sobretudo Amor!

🌟 Longe do abraço, perto do coração 🌟

#IPOCoimbra #FundlaCaixaBPI #EAPS #SNS #estamoson #saude



7 de Abril | Dia Mundial da Saúde

APOIO INTEGRAL A PESSOAS COM DOENÇAS AVANÇADAS HUMANIZA | BPI | Fundação "la Caixa" | IPO COIMBRA