Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Machado, Maria João Calapez de Albuquerque Veloso, 1959-

“Ajuda-me a não ter medo” : musicoterapia na doença mental

http://hdl.handle.net/11067/6825

Metadados

Data de Publicação 2022

Resumo A elaboração deste relatório tem como objetivo primordial a descrição e reflexão do papel da musicoterapia no contexto do estágio curricular do mestrado em Musicoterapia, da Universidade Lusíada de Lisboa, e que decorreu na Associação de Apoio e Segurança Psicossocial, AASPS, situada no bairro da Ajuda. Ao longo do estágio foram intervencionados adultos, com diagnósticos de doença mental, tal como esquizofrenia paranoide, esquzioafetividade, depressão e ansiedade. Todos os intervenientes foram ...

The main objective of the preparation of this report is to describe and reflect on the role of music therapy in the context of the curricular internship of the master’s degree in Music Therapy, from the Lusíada University of Lisbon, and which took place at the Associação de Apoio e Segurança Psico-Social, AASPS, located around Ajuda. Throughout the internship, the intervention was in adults with diagnoses of mental illness, such as paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder, depression, a...

Palavras Chave Esquizofrénicos - Cuidado e tratamento, Doentes mentais - Cuidado e tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Associação de Apoio e Segurança Psicossocial (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:58:16Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

"Ajuda-me a não ter medo": musicoterapia na doença mental

Realizado por:
Maria João Calapez de Albuquerque Veloso Machado

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

Orientado por:
Dr.ª Carla Isabel Quintas Fernandes

Constituição do Júri:

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

Dissertação aprovada em: 2 de março de 2023

Lisboa

2022

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

“Ajuda-me a não ter medo”: musicoterapia na doença mental

Maria João Calapez de Albuquerque Veloso Machado

Lisboa

Novembro 2022

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

"Ajuda-me a não ter medo": musicoterapia na doença mental

Maria João Calapez de Albuquerque Veloso Machado

Lisboa

Novembro 2022

Maria João Calapez de Albuquerque Veloso Machado

“Ajuda-me a não ter medo”: musicoterapia na doença mental

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Carla Isabel Quintas Fernandes

Lisboa

Novembro 2022

FICHA TÉCNICA

Autora	Maria João Calapez de Albuquerque Veloso Machado
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr.ª Carla Isabel Quintas Fernandes
Título	"Ajuda-me a não ter medo": musicoterapia na doença mental
Local	Lisboa
Ano	2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MACHADO, Maria João Calapez de Albuquerque Veloso, 1959-

"Ajuda-me a não ter medo" : musicoterapia na doença mental / Maria João Calapez de Albuquerque Veloso Machado ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Carla Isabel Quintas Fernandes. - 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 - FERNANDES, Carla Isabel Quintas, 1973-

LCSH
1. Esquizofrénicos - Cuidado e tratamento
2. Doentes mentais - Cuidado e tratamento
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação de Apoio e Segurança Psicossocial (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Schizophrenics - Care
2. Mentally ill - Care
3. Music therapy - Practice
4. Associação de Apoio e Segurança Psicossocial (Lisboa, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.M33 2022

A José, Mariana, Matilde, e em memória, a meu pai

Agradecimentos

Nada é por acaso, se é que o acaso existe.

Durante toda a minha vida tive a certeza e a prova de que quando se fecha uma porta abre-se um “portão”. Apenas tinha que estar alerta.

Existe um ditado chinês que transmite que há coisas na vida que não voltam para trás, como a palavra dita e a oportunidade perdida. Quis Deus ou destino que tal acontecesse e que a minha vida desse a reviravolta, não de 180 graus, mas de duas voltas ao sol.

Passaram rios de lágrimas, vales de esquecimento, tornados de ideias e a vida voltou a brotar.

Em Eclesiastes, percebi o que quer dizer “há tempo para tudo na vida e que tudo tem o seu tempo”, até para amar e odiar, para sorrir e para chorar, mas sim, tudo tem o seu tempo e reaprendi que o meu tempo ainda é este.

E, aqui estou, na mesma vida com narrativa diferente. Sinto prazerosamente todos os movimentos das minhas novas escolhas. Vivo intensamente os momentos das descobertas e aprendo a reconstruir-me. Nada disto conseguiria sozinha.

A família, sobretudo o marido e as filhas, os amigos, e o psicoterapeuta, foram basilares para a metamorfose. Limparam-me as lágrimas, alimentaram a minha força, suportaram o meu caminho. Aturaram-me as birras, fizeram de advogados do “diabo”, seguraram as pontas das minhas angústias, criaram as minhas asas e atiraram bem alto a minha vontade de ser e de existir. Sem os outros nada sou.

Os colegas, professores, que esquecendo as décadas que carrego em mim, proporcionaram-me um mundo de descoberta e de liberdade que segura, como em Pessoa, que flores, música, o luar, e o sol, peca só quando em vez de criar, seca.

As pessoas com quem partilhei o que podia e sabia, a quem dediquei de corpo e alma sons e ideias, que vi erguer, outras vezes cair, as que beberam comigo o amargo doce dos momentos das certezas e das dúvidas, que grata estou!

Hoje, olho para trás e vejo que o contentor do esquecimento deve estar de porta aberta para deixar sair o que serve de suporte ao aqui e agora, mas que não tenho necessidade de me sentar junto a ele e olhar para o que está lá dentro.

Não sei quanto tempo tenho, mas tenho tempo. Não sei quanta força tenho, mas tenho força. E, sei que se algum dia vacilo tenho uma mão que me segure, uma fé para me apoiar e uma pedra onde me sentar.

Resumo

A elaboração deste relatório tem como objetivo primordial a descrição e reflexão do papel da musicoterapia no contexto do estágio curricular do mestrado em Musicoterapia, da Universidade Lusíada de Lisboa, e que decorreu na Associação de Apoio e Segurança Psicossocial, AASPS, situada no bairro da Ajuda.

Ao longo do estágio foram intervencionados adultos, com diagnósticos de doença mental, tal como esquizofrenia paranoide, esquzioafetividade, depressão e ansiedade. Todos os intervenientes foram avaliados no início da intervenção através da aplicação instrumentos de avaliação inicial.

Foram identificadas necessidades ao nível da autoestima, autodeterminação, relação e sociabilização, bem como de reforço identitário.

Entre as diversas técnicas utilizadas salienta-se a improvisação, a criação de cancões (songwrithing), a associação da música ao movimento, e a criação de paisagens sonoras.

A empatia na relação terapêutica demonstrou ser um fator imprescindível na consecução positiva da intervenção.

A intervenção demonstrou resultados visíveis como respostas a nível emocional, maior autoestima, empoderamento pessoal, aquisição de competências interpessoais, maior compreensão do outro, e maior competência nas atividades diárias.

Pode-se concluir, através dos resultados obtidos, que se observou uma melhoria significativa em grande parte dos itens avaliados, verificando, assim, que a musicoterapia representa um papel relevante nas patologias da doença mental e beneficia do trabalho em equipa.

Palavras-chave: musicoterapia; esquizofrenia; relação terapêutica.

Abstract

The main objective of the preparation of this report is to describe and reflect on the role of music therapy in the context of the curricular internship of the master's degree in Music Therapy, from the Lusíada University of Lisbon, and which took place at the Associação de Apoio e Segurança Psico-Social, AASPS, located around Ajuda.

Throughout the internship, the intervention was in adults with diagnoses of mental illness, such as paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder, depression, and anxiety. All actors were evaluated at the beginning of the intervention through the application of initial evaluation tools.

Needs were identified in terms of self-esteem, self-determination, relationship, and socialization, as well as identity reinforcement.

Among the various techniques used is improvisation, songwriting, the association of music with movement, and the creation of soundscapes.

Empathy, in the therapeutic relationship, proved to be an indispensable factor in the positive achievement of the intervention.

The intervention demonstrated visible results such as emotional responses, higher self-esteem, personal empowerment, acquisition of interpersonal skills, greater understanding of the other, and greater focus on real life. The results obtained allow to conclude that there were significant improvements in most of the domains evaluated. It was also possible to verify that the action of music therapy plays a remarkable role in the pathologies of mental illness, with benefits resulting from teamwork.

Keywors: music therapy; schizophrenia; therapeutic relationship

"A Música pode-nos tirar da depressão ou levar-nos às lágrimas – é um remédio, um tónico, um sumo de laranja para o ouvido. Mas para muitos dos meus pacientes, música é ainda mais –pode dar acesso, mesmo quando nenhum medicamento consegue, ao movimento, ao discurso, à vida. Para eles, música não é um luxo, mas uma necessidade". (Oliver Sacks)

Lista de Tabelas

Tabela 1 *Participantes do Grupo de Musicoterapia*.....45

Tabela 2 *Participantes Individuais*.....46

Tabela 3 *Agenda Semanal*.....54

Tabela 4 *Plano Terapêutico de HC*.....57

Tabela 5 *Plano Terapeutico da S.B.*.....64

Tabela 6 *Plano Terapêutico de Grupo*.....70

Lista de Figuras

Figura 1 *Gráfico patológico da população alvo* 7

Figura 2 *Modelo de relação do estágio* 44

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

AASPS - Associação de Apoio e Segurança Psicossocial

AMTA - American Music Therapy Association

APA - American Psychiatric Association

APMT - Associação Portuguesa de Musicoterapia

CCB - Centro Cultural de Belém

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CID - Classificação Internacional de Doenças

COVID 19 - Corona Virus Disese 2019

DMS - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

GIM - Guided Imagery and Music

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

LU.CA - Teatro Luís de Camões

MPC-MIV - Mood Induction and Vectoring

MPC-SCT - Mood Social Competence Training

OMS - Organização Mundial de Saúde

PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale

PIB - Produto Interno Bruto

PNSM - Plano Nacional da Saúde Mental

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Sumário

Agradecimentos VII
Resumo IX
Abstract XI
Lista de Tabelas XV
Lista de Figuras XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos XIX
Sumário XXI
"Ajuda-me a não ter medo": musicoterapia na doença mental 1
Caracterização da Instituição 3
Caracterização da População Alvo 7
Enquadramento Teórico 9
Contextualização Da Saúde/Doença Mental 9
Saúde Mental e Legislação, em Portugal 12
A Pandemia Covid 19 e a Saúde Mental 15
Patologia do Foro Psiquiátrico 17
Esquizofrenia 17
Transtorno esquizoafetivo (CID-10 F:25.0) 19
Psicose 20
Musicoterapia 22
Musicoterapia e Saúde Mental ao Longo dos Tempos 26
Musicoterapia em Psiquiatria 28
Modelos e Técnicas de Musicoterapia 32
Objetivos Propostos Para o Estágio em Geral 41
Metodologia 43
Participantes 45
Instrumentos de avaliação 46
Pesquisa documental 47
Observação 47
Escala de Sintomas Positivos e Negativos Para Esquizofrenia, PANSS 48
Inquérito por Entrevista 48
Escala de Autoestima de Rosenberg 49
Diário de bordo 50
Catalogação e categorização 51
Procedimentos 52
Setting 52

Agenda semanal 54
Estudos de caso I e II 55
Estudo de Caso I – HC 55
Caraterização 55
Diagnóstico e acompanhamento 55
Avaliação inicial 56
Objetivos e plano terapêutico 57
Processo terapêutico 57
Conclusão e Discussão dos Resultados 59
Estudo de Caso II - BS 61
Caraterização 61
Avaliação inicial 62
Objetivos e Plano Terapêutico 64
Processo Terapêutico 65
Conclusão e Discussão dos Resultados 66
Outras Intervenções 68
Grupo musicoterapia 68
Casos Individuais 71
Outras Atividades 76
II Fórum Nacional de Saúde Mental: Cooperação entre Respostas: Saúde e Segurança Social 76
Mental Talk: Direitos Humanos na Saúde Mental 77
Webinar: Pensar as Respostas Comunitárias de Saúde Mental em Portugal: Perspetiva Internacional 77
Rede de Saúde Mental, Câmara Municipal de Lisboa 78
Projeto Ajuda-me a não ter medo, parceria da AASPS com o Teatro Umano 78
Projeto: TIS – Teatro de inclusão social 79
Encontro Internacional Arte e Inclusão Social 79
Projeto Novos Criadores Das Infâncias 79
Feira de Saúde de Belém 80
É tempo de agir! It's time to act! 80
"Ajuda-me a não ter medo" - Performance Musical 81
Conclusões 83
Reflexão Pessoal 87
Referências 89
Apêndices 97
Lista de Apêndices 99

Apêndice A 101
Apêndice B 105
Apêndice C 113
Anexos 117
Lista de Anexos 119
Anexo A 121
Anexo B 125
Anexo C 129
Anexo D 133
Anexo E 137

"Ajuda-me a não ter medo": musicoterapia na doença mental

O presente relatório foi produzido no âmbito da unidade curricular *Seminário de Estágio*, do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Como objetivo, este relatório, pretende descrever a ação realizada durante o estágio curricular do curso. O referido estágio decorreu ao longo do ano letivo 2021/2022 na Associação de Apoio e Segurança Psico-Social (AASPS), na freguesia da Ajuda, Lisboa.

A intervenção terapêutica decorreu em regime de fórum socio-ocupacional, com adultos portadores de doença mental, maioritariamente com diagnósticos como esquizofrenia, depressão e ansiedade, para além de apresentarem outras comorbilidades.

O grupo de participantes foi constituído por doze utentes, seis do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos. Dos 12 participantes, nove eram utentes regulares da instituição e quatro receberam a musicoterapia através de um projeto, o TIS – Teatro de Inclusão Social, do qual a AASPS é parceira.

O estágio proporcionou uma aprendizagem, com vista a obter experiência profissional na prática da intervenção musicoterapêutica, em convivência direta com a população-alvo e com as suas atividades dentro da associação e com as suas vivências. Por outro lado, este estágio permitiu prestar aos utentes serviços de musicoterapia com objetivos individualizados, tais como a expressão de vivências internas, a redução de estados de ansiedade, a melhoria de estados de humor; reforço da identidade e o aumento da autonomia.

O estágio descrito neste relatório permitiu a intervenção musicoterapêutica individual com os utentes com psicose e a intervenção em dois grupos com utentes com uma variedade de patologias, tais como depressão major, adição, perturbações do humor e da personalidade. As intervenções tiveram uma frequência semanal.

Na primeira seção do relatório, será descrita da instituição onde o estágio foi realizado, com referências relativas ao estudo em curso e seus objetivos, as patologias, assim

como à abordagem da musicoterapia em saúde/doença mental. Elabora-se a caracterização da população alvo, e realiza-se a contextualização da ação através de um enquadramento teórico. Procede-se , assim, à analise de literatura sobre os efeitos da música na saúde e na doença mental e da real eficácia e da intervenção musicoterapêutica com as patologias apresentadas pelos utentes.

Na segunda secção do presente relatório, expor-se-á a metodologia conduzida nos procedimentos e nas técnicas musicoterapêuticas utilizadas, assim como na implementação e análise dos instrumentos de avaliação. São apresentados e discutidos, detalhadamente, dois casos clínicos da intervenção musicoterapêutica efetuada. Procerde-se a uma descrição sintetizada do trabalho elaborado com os utentes da AASPS que usufruíram da ação. Por fim, evidenciam-se conclusões consequentes do trabalho musicoterapêutico executado no estágio.

Caracterização da Instituição

O estágio realizou-se na Associação de Apoio e Segurança Psico-Social (AASPS) com a sua sede localizada na Rua do Cruzeiro, 194 B, na Freguesia da Ajuda, Lisboa. A AASPS é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de utilidade pública, sem fins lucrativos, dedicada à reabilitação psicossocial de pessoas com problemas do foro mental.

A AASPS foi fundada em 1989, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de respostas ao nível da reabilitação psicossocial de indivíduos com doenças mentais graves ou com dificuldades de adaptação social, reunindo cerca de trinta anos de experiência de intervenção nesta área.

A AASPS tem como objetivo responder aos desafios e necessidades do presente, promovendo uma qualidade de intervenção na saúde mental, desenvolvendo ações na promoção e proteção dos Direitos Humanos, sobretudo em pessoas com problemas do foro mental. Valoriza a comunidade, estando acessível e próxima da mesma. Tem por base a investigação científica no desenvolvimento de programas e atividades na promoção desta temática.

A AASPS funciona em modo não residencial, estando os utentes diariamente das inseridos nas variadas atividades e terapias que a associação oferece das 10:00h às 17:00h.

Os quatro grandes eixos orientadores referidos pela AASPS são a qualidade e ética, a inovação, a especialização dos profissionais e a investigação.

Como tal, a AASPS rege-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade, integridade e bem-estar da pessoa humana; visão de recuperação; competência e trabalho de equipa; integridade e ética profissional; inovação e respeito pela diversidade; gestão eficiente dos recursos e ainda o respeito pela privacidade e pela proteção dos dados pessoais.

A visão da AASPS preconiza o modelo de reabilitação psicossocial e a promoção da saúde mental, que é usado no tratamento de doenças multiproblemáticas que acarretam o risco de exclusão social e preveem a ocorrência de recaídas. Neste sentido, a intervenção visa a recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais do utente no seu funcionamento quotidiano, podendo a sua funcionalidade ser ou não ser temporária.

Na AASPS, é feita a intervenção direta e autonomizadora, em dois eixos: um, em termos de reabilitação e prática de evidências e outro, que privilegia as estratégias de envolvimento ativo, o empoderamento, a capacitação e autodeterminação da população alvo. O objetivo final é a promoção da qualidade de vida, bem-estar e envolvimento social dos utentes e respetivas famílias.

Na AASPS, as três linhas orientadoras de ação estratégica passam por: desenvolver o conhecimento; potenciar a comunicação; fomentar a interação e a intervenção.

A AASP está localizada numa zona física e socialmente degradada da cidade de Lisboa, habitada porum misto de etnias considerável. A construção dos bairros sociais da freguesia remonta a 1970, quando cerca de mil e seiscentas pessoas foram realojadas, transitando de bairros de casas clandestinas para os quarenta e um prédios sociais construídos pela Câmara Municipal de Lisboa.

A nível estrutural, a associação é constituída por dois andares, sendo o piso inferior reservado para os utentes e as suas atividades. Este é formado por três salas e uma casa de banho. O piso superior é reservado aos colaboradores da AASPS, sendo formado por uma sala de reuniões, três gabinetes (Direção, Serviço Social e Psicologia) e uma casa de banho.

Devido a pandemia da COVID-19, o número de pessoas dentro da associação ficou limitado, e para não parar as atividades, em parceria com a Junta de Freguesia da Ajuda, passou a usufruir de uma sala na Escola Básica Homero Serpa, no Bairro Verde, para

atividades de ginástica terapêutica e teatro. A AASPS evitou assim comprometer qualquer atividade e salvaguardou a segurança dos seus utentes e colaboradores.

Por cedência da junta de Freguesia da Ajuda, usufruiu das instalações do antigo balneário da Ajuda, denominada Oficina das Artes, onde se realizaram as atividades de grupo.

AASPS tem tido ao longo do tempo variados projetos do quais se salientam a participação no Programa BiP/ZiP, uma iniciativa da Câmara Municipal de Lisboa para os bairros de intervenção prioritária, em parceria com várias instituições locais, preconizando a cidadania e empreendorismo; O. Romani, com o objetivo de capacitar e apoiar 20 membros da comunidade cigana para o empreendorismo; JOBSTER, com o objetivo de intervir de forma inovadora nas questões do desemprego, para jovens desempregados, e pessoas com doença/deficiência mental; atualmente decorre um projeto incorporado na última edição do Programa BiP/ZiP da Câmara Municipal de Lisboa, denominado TIS – Teatro de Inclusão Social, que preconiza, através das artes performativas, a inclusão das pessoas com doença mental na sociedade.

Caracterização da População Alvo

A população que frequenta a AASPS está geograficamente dispersa, vindo de vários locais da área metropolitana de Lisboa.

O grupo que usufruiu da musicoterapia situa-se entre os 18 (dezoito) e os 65 (sessenta e cinco) anos. A maioria frequenta a AASP há mais de quinze anos.

A escolaridade varia entre o 6º ano e o 12º ano. A maioria dos utentes apresentam vulnerabilidades financeiras e logísticas, com níveis variados de compromisso das suas necessidades de alimentação, alojamento, medicação e outras.

Os utentes usufruem dos seguintes serviços prestados pela AASPS: desenvolvimento cognitivo, psicologia, assistência social, teatro comunitário, ginástica terapêutica e de relaxamento, e musicoterapia. Para além dos serviços prestados, os utentes participam frequentemente em atividades fora da instituição, nomeadamente na Fundação Gulbenkian, Fábrica das Artes do Centro Cultural de Belém, Teatro LU.CA e outros.

Das várias patologias apresentadas pelos indivíduos que frequentam a AASPS, a esquizofrenia é a mais prevalente. Apresentam-se sob a forma de psicose, depressão, adição, possível Síndrome de Diógenes, possível Parkinsonismo, possível bipolaridade e ansiedade.

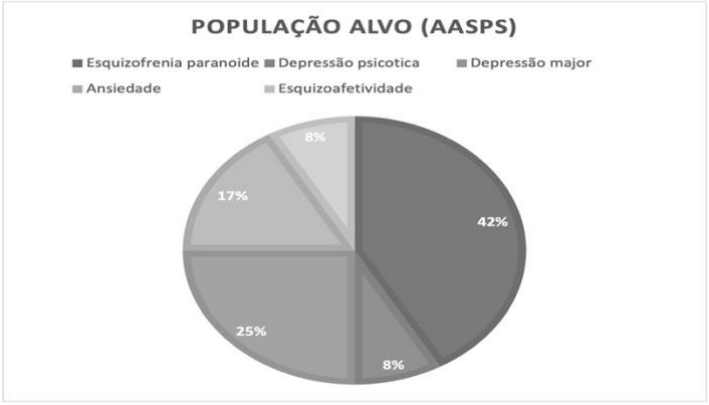


Figura 1

Gráfico patológico da população alvo

Enquadramento Teórico

A música tem um papel significativo no apoio nas patologias do foro mental como referem variados autores. Ao ouvir ou praticar a música desenvolvem-se emoções positivas ou negativas. Evoca emoções que são ativadas em partes do nosso cérebro, por exemplo: córtex, amígdala, cerebelo, hipocampo e etc. que são desenvolvidas e ativadas ao serem trabalhadas com a música. Ajuda a melhorar as frequências cardíacas e respiratórias, o humor, a atenção, concentração, a memória e lembranças profundas, e tem se mostrado muito eficaz nos sintomas da ansiedade, depressão e de isolamento (Sousa, 2018).

A musicoterapia tem um propósito específico quando está relacionada com a saúde mental: mudar para melhor, através dos sons e do contacto com instrumentos.

Neste contexto, a música não se constitui como uma atividade lúdica, mas como um tratamento de pleno direito que se integra num plano multidisciplinar de intervenção junto de pacientes psicóticos e esquizofrénicos.

Contextualização Da Saúde/Doença Mental

Segundo o relatório do Conselho Nacional de Saúde de 2019, as perturbações mentais constituem-se como a principal causa de incapacidade e a terceira causa de doença em Portugal, sendo responsáveis por cerca de um terço das doenças crónicas não transmissíveis. Uma estimativa dos custos com a doença mental em Portugal aponta, em 2019, para 3,7% do PIB, correspondendo a cerca de 6,6 mil milhões de euros. O stress e o estilo de vida na sociedade moderna, acrescentando os dois últimos anos com a pandemia COVID-19, poderão a gerar cada vez mais ansiedade e depressão, podendo elevar-se ao nível de uma perturbação diagnosticável. Estimam, os autores do relatório, que em breve existirão mais pessoas com desordem depressiva do que com pressão arterial elevada (Sousa, 2018).

Os problemas de saúde mental afetam várias áreas da vida pessoal, familiar e profissional das pessoas, tais como ruturas familiares, absentismo no trabalho, dificuldades económicas, entre outras (Dias, 2011).

Para além disso, viver com problemas de saúde mental ainda está associado a um forte estigma e discriminação social (CNS 2019).

Indivíduos com grave distúrbio de humor, bipolaridade, esquizofrenia, por exemplo, sofrem muitos preconceitos, sendo tributados como loucos e incapazes. Estes indivíduos carecem de um acompanhamento terapêutico em serviços especializados, como centros de cuidados psicossociais, para que haja um trabalho interdisciplinar entre o tratamento farmacológico e outras terapias.

O tratamento adequado, seguimento, acompanhamento, reabilitação e o apoio social àqueles que vivem com doença mental, bem como aos seus familiares e cuidadores, é fundamental para que possam ter uma participação realista e integrada na sociedade, no mercado de trabalho e na vida familiar. O combate ao estigma e à discriminação deve envolver toda a sociedade, sendo fundamental construir um ambiente propício para a discussão do tema, sem tabus, nas escolas, nos locais de trabalho, na comunicação social, etc. (APA, 2013).

A doença mental é um dilema social extenso. Todos os anos, cerca de um em cada quatro adultos é diagnosticado com um distúrbio mental (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Além disso, não é incomum uma pessoa ser diagnosticada com mais de uma desordem mental num dado momento, uma vez que aproximadamente 45% das pessoas com um distúrbio mental são comórbidas, ou seja, cumprem critérios para duas ou mais desordens (Kessler *et al.*, 2005). Tipicamente, a gravidade da desordem está fortemente relacionada com a comorbilidade. A comorbilidade pode obscurecer os diagnósticos, e os tratamentos

psiquiátricos e psicológicos podem ser mais complicados, dificultados e com duração mais longa.

Pessoas com distúrbios mentais enfrentam uma multiplicidade de problemas sociais, emocionais e financeiros. Muitas vezes, o suicídio é o resultado final da depressão e de problemas emocionais e comportamentais complicados vividos por pessoas com doenças mentais (Skriner *et al.*, 2019).

Embora mais homens morram por suicídio mais do que mulheres, as mulheres tentam-no duas a três vezes mais vezes que os homens (Weissman *et al.*, 1999). Vieta (2003) especificou que notou as elevadas taxas de suicídio durante a fase depressiva da desordem bipolar e a necessidade de intervenções oportunas. Assim, a doença mental é um problema predominante que a sociedade deve enfrentar. Se não for tratada, consequências enormes, como o suicídio e a qualidade de vida comprometida, podem ocorrer.

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria – APA, (American Psychiatric Association) publicou a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), representando a primeira tentativa de tratar o diagnóstico de doenças mentais por meio de definições e critérios padronizados. A mais recente edição, o DSM-5, publicado em 2013 (American Psychiatric Association, 2013), fornece um sistema de classificação que engloba uma tentativa de separar as doenças mentais em categorias diagnosticadas, com base na descrição dos sintomas no curso da doença, ou seja, o que diz o comportamento das pessoas como reflexo do que pensam e sentem.

A Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Disease - CID) publicada pela primeira vez em 1992 pela Organização Mundial de Saúde, teve a sua última atualização, CID10 (World Health Organization, 2015), em 2015. Apresenta, no capítulo V, os transtornos mentais e comportamentais e utiliza categorias diagnósticas

semelhantes às apresentadas no DSM-5. Essa semelhança indica que o diagnóstico das doenças mentais específicas é feito de forma mais consistente e padronizada em todo o mundo.

Na área de saúde mental, Vasconcelos (1997) chama a atenção para uma mudança cultural profunda na sociedade, iniciando-se particularmente nos meios de comunicação, visando mudar a atitude em relação à *loucura*, no sentido de não rejeitá-la e segregá- la. O autor afirma que esta área ou campo de atuação é chamada a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e que ter-se-á, necessariamente, que recolocar a questão da interdisciplinaridade, ou mais radicalmente, da transdisciplinaridade.

Saúde Mental e Legislação, em Portugal

Relativamente a Portugal, a maioria dos documentos anteriores a 1974 foram retirados das páginas eletrónicas da Assembleia da República e do Departamento Geral da Saúde, tendo sido a pesquisa orientada pelo resumo crítico da saúde mental em Portugal disponível do Plano Nacional da Saúde Mental (Filho *et al.*, 2015).

A figura do "louco", está retratada na literatura desde o teatro vicentino. No século XVI, o rei D. João III pede ao seu físico-mor que tratasse dos doentes *"fora do seu siso"* que deambulavam pelo Hospital de Todos-os-Santos (Melo, 1981).

Foi apenas em 1848, após a Guerra da Patuleia, depois de décadas de invasões, ocupações estrangeiras, revoluções e guerras civis, que foi criado o primeiro "*hospital de alienados*", instalado no antigo Convento de Rilhafoles.

O Hospital de Rilhafoles, renomeado em 1911 para Hospital Miguel Bombarda foi o primeiro hospital psiquiátrico português, tratando-se de um estabelecimento dimensionado para 300 doentes, e para onde foram transferidos os chamados de "*loucos*" da época, até aí internados em condições desumanas no Hospital Real de São José.

Os primeiros tentativas para a institucionalização da Psiquiatria em Portugal iniciaram-se, assim, no último quartel do século XIX e passaram por tentativas de divulgação da ciência psiquiátrica, de construção de uma cultura profissional e a formação de escolas médicas. Em 1883 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Porto, com fundos provenientes da herança do Conde de Ferreira (Santos, 2019).

Em Portugal, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se em 1960 e a Lei de Saúde Mental nº 2118, de 1963, que lançou os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos com a criação dos setores de serviços psiquiátricos e de Centros de Saúde Mental, tendo como objetivo a desinstitucionalização e a integração dos utentes com transtorno na comunidade (Siqueira- Silva, Nunes, & Moraes, 2013).

Após a revolução de abril de 1974 evidencia-se a necessidade de se democratizar o acesso à saúde mental, sendo que as estruturas para este fim estavam concentradas nas cidades de Lisboa, Coimbra e Porto (Decreto-Lei nº 413 de 27 de Setembro, 1971). Foi a partir de 1984, através do Decreto-Lei nº 74, que são retomadas as discussões de associar a saúde mental à saúde primária (Decreto-Lei no 74 de 2 de Março, 1984).

Neste período ocorrem as criações de sucessivas legislações que aproximam a psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e pela integração dos cuidados. Estava prevista a criação de uma rede de serviços comunitários, juntamente com a reestruturação dos Centros de Saúde Mental Distritais e a criação de unidades de psiquiatria nos Hospitais Gerais (Alves, 2011)

Apenas no ano de 1992, através do Decreto-Lei nº 127 de 03 de julho, é que procedeu a integração da saúde mental nos serviços de Saúde, decretando a extinção dos centros de saúde mental e transferindo as atividades para 24 hospitais centrais e distritais (Decreto-Lei nº 127 de 03 de julho, 1992). Assim, quase todos os hospitais passaram a ter departamentos psiquiátricos e serviços de urgência psiquiátrica (Alves, 2011).

Atualmente a legislação sobre saúde mental espelha-se em variados decretos-lei, despachos, portarias e regulamentando e orientações.

Assim, salienta-se:

- *Despacho Conjunto 407/98, de 18 de Junho* - Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/ação social.

- *Decreto-Lei 8/2010, de 28 de Janeiro, Ministério da Saúde* - Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

- *Decreto-Lei 22/2011, 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde* - Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental e altera (primeira alteração) e procede à republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, e altera (terceira alteração) o Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

- *Portaria 149/2011, de 8 de Abril, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde* - Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental.

- *Decreto-Lei 136/2015, de 28 de Julho, Ministério da Saúde* - Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

- *Portaria 68/2017, de 16 de Fevereiro, Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde* - Altera a Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril, que estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), bem como as condições de organização e funcionamento das unidades e equipas prestadoras de CCISM para a população adulta e, para a infância e adolescência.

A Pandemia Covid 19 e a Saúde Mental

A pandemia da COVID-19 provocou alterações profundas na forma de viver, individual e comunitária. Essas alterações, aliadas ao medo e incerteza crescentes de poder infetar ou ser infetado e ao receio de perder emprego ou rendimento, decorrentes da imprevisibilidade na evolução da doença, têm sido apontadas como potenciais fatores de risco para a saúde mental e para o bem-estar psicológico das populações. Salienta-se de forma mais concreta a ansiedade, a depressão, a perturbação de stress pós-traumático e o *burnout*. Vários estudos identificaram que os profissionais de saúde na linha da frente e os indivíduos infetados são os grupos de risco mais afetados pelo sofrimento psicológico. (Claro & Lapa)

No âmbito do quadro pandémico COVID-19 a Organização Mundial de Saúde recomendou o reforço dos cuidados de saúde mental, considerando-o essencial para responder adequadamente a necessidades de bem-estar psicológico, associadas ao elevado impacto da pandemia. Na pandemia de COVID-19, o acompanhamento dos doentes tem estado em risco, o binómio da continuidade e proximidade de cuidados ficou comprometido. A atenção ao doente como um todo, com as comorbilidades somáticas nas pessoas com doença mental foram ainda mais negligenciadas, assim como a influencia psicológica do aumento de mortalidade entre familiares e amigos (Heitor, 2020).

O projeto *Saúde Mental Em Tempos de Pandemia* promovido pelo Instituto Ricardo Jorge, SM-COVID19[1] surgiu com o principal objetivo de caracterizar a saúde mental e o bem-estar psicológico no contexto da pandemia, na população residente em Portugal e, em particular, em grupos de risco acrescido. Este é um estudo transversal recolheu dados através de um questionário online. Foram selecionados como resultados a avaliação de várias dimensões de saúde mental, nomeadamente o bem-estar psicológico, ansiedade, depressão, perturbação de stress pós-traumático, *burnout*, presencismo e resiliência, como determinantes de saúde mental. Foram criados diversos produtos para a da divulgação e comunicação do estudo.

O SM-COVID19 representou um contributo para o conhecimento sobre saúde mental da população portuguesa no contexto da pandemia. Os resultados obtidos constituíram, segundo os autores, uma evidência para a elaboração de recomendações, visando mitigar os problemas de saúde mental identificados, bem como promover o bem-estar psicológico em tempos de pandemia. Este estudo, análise de modelos multivariados na população geral, indica que as pessoas que apresentam significativos efeitos de sofrimento psicológico, ansiedade e depressão tendem a ser do sexo feminino. Ainda as mulheres são os sujeitos que mais dificuldades apresentam na conciliação trabalho-família e na manutenção dos estilos de vida e atividades de lazer.

Verifica-se, também, que na população em geral houve um aumento de indivíduos que relataram sintomas de sofrimento psicológico.

Claro & Lapa (2020), afirmam que a música ajuda a lidar com a pandemia promovendo uma melhor regulação emocional e identifica os sentimentos que foram referidos por utentes com mais frequência, a alegria, a felicidade, a paz, a calma, a tranquilidade e o relaxamento,

[1] SM – Covid 19 https://sm-covid19.pt/.

dependendo do trecho musical que cada pessoa ouvia. Para além da escuta, a prática musical tem variados benefícios ao nível do sentimento de bem-estar (Pires *et al.*, 2018)

Patologia do Foro Psiquiátrico

Existe, ainda, na sociedade atual um estigma em relação às doenças do foro mental, observando-se alguma marginalização deste grupo de consumidores de cuidados de saúde e limitadas soluções para as suas necessidades, preferências, valores e preocupações.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas mais comuns, uma patologia do foro da psicose com uma evolução crónica de na maioria das vezes debilitante. (Queirós *et al.*, 2019).

A esquizofrenia é uma doença que afeta pessoas de todas as classes sociais e etnias, e todas as partes do mundo. Manifesta-se mais frequentemente no sexo masculino e a sua sintomatologia tende a aparecer na parte final da adolescência ou início da vida adulta. É importante a sua deteção precoce para que haja um correto encaminhamento para consultas especializadas de psiquiatria (Queirós *et al.*, 2019).

Os transtornos psicóticos do espetro da esquizofrenia são definidos, segundo o DSM-V, por disfunção num ou mais dos cinco seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento e/ou discurso desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado, incluindo catatonia, e sintomas negativos (DSM-5).

De acordo com Hansen *et al.* (2014), a esquizofrenia é uma patologia cujo desenvolvimento é perene no tempo. Estes autores referem que a desordem geralmente começa cedo nos homens, em comparação com as mulheres. Os sintomas característicos são classificados como positivos, as manifestações que o paciente tem ou experimenta e que as pessoas saudáveis não costumam apresentar e que são identificados por alucinações, como principais sintomas, e delírios, alterações do conteúdo do pensamento e da interpretação da

realidade, e os negativos, características que o paciente vai deixando de ter em relação ao que poderiam realizar diariamente, como por exemplo pensar fluentemente e logicamente, ter a vontade de se levantar todos os dias (Moreno, 2018). Acabando por estar relacionados com alterações de afeto, anedonia, volição, perdas cognitivas e pobreza na fala (Hansen *et al.*, 2014).

As alucinações são muito frequentes na esquizofrenia e podem ser de qualquer modalidade sensorial. As mais comuns são as auditivas e verbais e tomam a forma de vozes e que são frequentemente desagradáveis, críticas, ameaçadores, obscenas ou insultuosas. Outras alterações a nível do pensamento são comuns na esquizofrenia. Podem ser criadas associações sem nexo ou uma paragem súbita na linha de pensamento, um bloqueio do pensamento, que cria uma verdadeira dificuldade em manter uma conversa (Figueira, 2014).

Figueira, refere que o discurso de um esquizofrénico pode tornar-se estranho, incompreensível e sem lógica. O doente pode exprimir-se de forma desorganizada através de um conjunto de palavras isoladas sem qualquer sentido, relatado pelo autor como *salada de palavras*, ou de novas palavras inventadas pelo doente, neologismos, ou, ainda, através de respostas ao aparentemente sem sentido (Figueira, 2014).

Existem com frequência alterações no comportamento manifestando-se através de autoagressividade, ou agressividade para com terceiros, agitação e inquietude a nível motor, atitudes bizarras ou isolamento. Existem, no entanto, casos em que a atividade motora é praticamente nula, referida por Björk Brämberg *et al.* como *estupor catatónico*. O doente também pode apresentar uma postura ou atitude contrária ao solicitado pelo interlocutor, negativismo, ou repetir movimentos imitando o interlocutor, ecopraxia (Björk Brämberg *et al.*, 2018).

Os doentes com esquizofrenia de longa evolução podem perder a noção de regras sociais e de higiene. Podem ser encontrados a falar sozinhos, solilóquios, a utilizar uma

linguagem obscena, coprolalia ou com risos imotivados, o doente a rir ou vociferar em resposta ao "que as vozes lhe dizem" (Björk Brämberg *et al.*, 2018).

Os dois sistemas de classificação internacional utilizados atualmente como apoio ao diagnóstico de esquizofrenia são o CID-10 e o DSM-5. Apesar de coincidentes em alguns aspetos, os critérios de ambos apresentam importantes diferenças no que diz respeito a sintomas e a exclusões (Alves *et al.*, 2020).

No DSM-5 estas patologias, são apresentadas formas de transtornos de personalidade dentro do espetro da esquizofrenia. Transtornos é caracterizado por comportamentos excêntrico e por anomalias do pensamento e do afeto (DSM-5).

A sintomatologia pode comportar um afeto frio ou inapropriado, anedonia, o comportamento estranho ou excêntrico, a tendência ao retraimento social, o aparecimento de ideias paranoides, transtornos do pensamento e perturbações das perceções. Ocasionalmente, em períodos transitórios, acontecem momentos quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e ideias pseudo delirantes, ocorrendo em l sem fator desencadeante exterior. O início do transtorno é difícil de determinar, e sua evolução corresponde em geral àquela de um transtorno da personalidade (CID 10).

Destas salientamos as variantes com que a estagiária trabalhou:

Esquizofrenia paranoide (CDI-10 F:20.0). A esquizofrenia paranoide é o subtipo da esquizofrenia mais comum, em que predominam os delírios de perseguição ou de aparecimento de outras pessoas, o que torna muitas vezes a pessoa desconfiada, agressiva e violenta.

Transtorno esquizoafetivo (CID-10 F:25.0)

Predomina um afeto absurdo e inapropriado (geralmente riem quando recebem más notícias, os comportamentos são geralmente infantis, o estado de humor é absurdo, há desinibição nos sentimentos. Muitas vezes têm comportamentos estranhos, como rir sem

razão aparente e com expressões faciais exageradas. Muitas vezes mostram falta de interesse e participação. Há casos em que se manifestam alucinações e ilusões, embora esta não seja uma condição equilibrada neste tipo de esquizofrenia na maioria dos casos em que os surtos não são claramente deliráveis. Geralmente começa numa idade precoce, como a puberdade, é por isso que são chamadas esquizofrenia juvenil e há mesmo casos em que a doença vem da infância (psicose infantil). Desenvolvimentos hebefrénicos lentos e despercebidos devido a poucos sintomas são classificados como esquizofrenia simples. Devido à ausência de sintomas, é difícil reconhecê-lo (os sinais são geralmente descuido pessoal, comportamentos solitários...). O prognóstico é geralmente desfavorável em comparação com as outras esquizofrenias, devido à personalidade imatura do paciente (Tamminga *et al.*, 2021).

Psicose

A psicose já não é considerada um diagnóstico em si mesmo, mas um conjunto de patologias ou acima de tudo, um conjunto de características de funcionamento psicológico.

Para a medicina, a psicose traduz-se como um síndrome neurológico, na qual algumas partes do cérebro não estão a funcionar normalmente, geralmente associadas à ação de um neurotransmissor nestas áreas, chamada dopamina. A dopamina tem inúmeras funções no cérebro, revelando-se importante para a comunicação dos neurónios e atuando em vários sistemas do corpo. No entanto, o excesso de dopamina em algumas áreas do cérebro, ou danos diretos destas áreas podem levar as pessoas a experimentar alucinações, ilusões, mudanças de personalidade ou pensamentos e comportamentos desorganizados (Tenório, 2016).

Um dos sintomas mais recorrentes é a repetição de palavras e ações aparentemente sem sentido. Isto deve-se à impossibilidade do indivíduo se desenvolver a partir da associação com os seus próprios pensamentos. Algumas vezes pensamentos indesejados e suicidas também podem aparecer. A memória pode ser afetada e pode surgir confusão e

desorientação. O indivíduo também pode sentir-se extremamente ansioso, agitado e nervoso, e com sentimento de solidão (Hegde, 2017).

A psicose é uma desordem psicológica em que o estado mental da pessoa é alterado, fazendo com que viva em dois mundos simultaneamente, no mundo real e no seu imaginário, mas ao não conseguir diferenciá-los muitas vezes estes fundem-se. O principal sintoma da psicose são os delírios. Ou seja, a pessoa num estado de psicose não distingue a realidade da fantasia e, portanto, não sabe como estar situada no tempo e no espaço (Costa 1984).

A psicose geralmente aparece em jovens ou adolescentes e pode ser transitória, sendo chamada de breve desordem psicótica, ou estar relacionada com outras doenças psiquiátricas, tais como desordem bipolar, Alzheimer, epilepsia, esquizofrenia ou depressão, sendo comum também em casos de adição (Tamminga *et al.*, 2021).

A psicose não tem uma única causa, mas vários fatores relacionados entre si podem levar ao seu surgimento. Alguns fatores que contribuem para o desenvolvimento de uma psicose são: doenças que afetam o sistema nervoso central, tais como Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral, HIV-SIDA, Parkinson, insónia grave (onde a pessoa leva mais de 7 dias sem dormir), utilização de substâncias alucinogénias, utilização de drogas ilícitas, momentos de grande stress, depressão profunda (Mankiewicz, 2018).

As primeiras manifestações da doença surgem, habitualmente, na parte final da adolescência ou no início da vida adulta. Em doentes do sexo masculino ocorrem geralmente entre os 15 e os 25 anos e, no caso do sexo feminino, observa-se uma distribuição etária bi-modal, com um primeiro pico entre os 25 e 30 anos e um segundo pico mais tarde na idade adulta, entre 3% a 10% das mulheres têm o início da doença após os 40 anos de idade. O tratamento exige uma abordagem multidisciplinar e assenta primariamente em fármacos antipsicóticos. Esta medicação apesar de muito eficaz para a sintomatologia típica da doença acarreta efeitos adversos com consequências médicas diversas (Figueira, 2014).

Os efeitos secundários da medicação antipsicótica, a falta de atividade física, a dieta alimentar e os hábitos tabágicos são fatores que contribuem para o aparecimento de comorbilidades (Björk Brämberg *et al.*, 2018)

Relativamente ao tratamento não farmacológico, existem várias terapias psicológicas que podem desempenhar um papel importante na vida das pessoas. Tratamentos específicos focados na adesão à terapêutica, na ansiedade social, no treino de competências sociais, para além do uso de fármacos, têm eficácia comprovada nesta população (Afonso, 2002).

A criação de unidades de dia hospitalares, assim como associações de apoio a esta população, na comunidade, contribuiu consideravelmente para a sua possível reintegração social. Nestes espaços ocorrem várias atividades de apoio multidisciplinares terapêuticas tal como arte terapia e musicoterapia.

No DMS-V, capítulo 2 (dois), apresenta o Espetro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.

Musicoterapia

Todas as pessoas (com muito poucas exceções) podem perceber música, tons, timbre, intervalos, contornos melódicos, harmonia e ritmo. Ao integrar estas competências dá-se uma construção musical na mente, que resulta de um conjunto de estímulos em muitas partes diferentes do cérebro. A esta apreciação estrutural, em grande parte inconsciente, da música, é acrescentada uma reação emocional intensa e profunda (Costa *et al.*, 1984).

Os efeitos terapêuticos da música apelam às suas componentes psicomotora, emocional, interpessoal, social, cultural e espiritual. A música, em utentes de doença mental, serve-se de métodos e técnicas que se utilizam ainda para a ansiedade e para a depressão, em que as atividades devem ser tranquilizadoras e adaptadas à identidade sonora do utente, cumprindo objetivos de bem-estar, como na mudança de estado de ânimo, que tranquilize, acalme a respiração e reduza a pulsação (K. E. Bruscia, 2013).

A musicoterapia é um tratamento psicossocial definido como o uso clínico da música para atingir determinados objetivos dentro de uma relação terapeuta/cliente, sempre orientada por um profissional musicoterapeuta, que completou uma formação académica em musicoterapia, legalmente aprovada (American Music Therapy Association [AMTA], 2012). A musicoterapia pode ser considerada uma das terapias de arte criativa e, dependendo do cenário clínico e de outra programação terapêutica, é muitas vezes conceptualizada como uma terapia complementar ou alternativa. De todas as terapias artísticas criativas, a musicoterapia tem a maior e mais sofisticada base de investigação científica.

A AMTA (2022) define a musicoterapia como uma profissão baseada em evidências, de acordo com os parâmetros da ciência moderna. Enquanto profissão, a MT tem programas de formação especializada, um corpo de investigação, publicações científicas e associações profissionais que regulam a prática desta atividade. Os progressos da intervenção musicoterapêutica estão atualmente documentados em publicações como o Journal of Music Therapy, Music Therapy Perspetives, Nordic Journal of Music Therapy, Arts in Psychotherapye outras revistas especificamente adaptadas a diferentes áreas de prática clínica. Em Portugal existe a Associação Portuguesa de Musicoterapia (APMT, 2022), que certifica os musicoterapeutas e a profissão.

A musicoterapia é um processo sistemático orientado por um terapeuta para ajudar os indivíduos na promoção da saúde, através da utilização de experiências musicais e relações interpessoais que se desenvolvem através do curso da terapia, o musicoterapeuta.

Schwarz e Schweppe (2002) diferenciam três métodos fundamentais: musicoterapia funcional, musicoterapia recetiva e musicoterapia ativa. A musicoterapia funcional usada para aumentar o bem-estar físico e mental da pessoa, e pode ser usada para reduzir a frequência cardíaca, o nível de stress ou o nível de dor. As bases da musicoterapia recetiva

são ouvir e ouvir, isto é, usar o poder emocional e curativo do som. Na musicoterapia ativa, o paciente participa no ato de criar e improvisar música usando instrumentos ou a própria voz.

Em determinados contextos musicoterapia é entendida como um método psicoterapêutico que ajuda os indivíduos a expressar emoções e problemas, que não são expressos apenas usando palavras (Gold *et al.*, 2004). A musicoterapia tem sido usada como um tipo de terapia psicossocial em vários cenários desde a Segunda Guerra Mundial. A intervenção é levada a cabo por um terapeuta especializado, o musicoterapeuta, e pode ser conduzida em configurações individuais ou em grupo. A terapia geralmente envolve cantar, escrever canções/músicas e tocar instrumentos, seguidos de discussão (Grocke *et al.*, 2009).

O musicoterapeuta pode trabalhar com imagens musicais recetivas, improvisação, interpretação de canções, criação de canções clínicas, e técnica vocal terapêutica, entre outros. Neste processo, o musicoterapeuta promove e regista alterações expressivas, recetivas e relacionais que explicam a evolução do tratamento. Nas sessões de musicoterapia, são utilizados instrumentos musicais, música editada, gravações, sons corporais, voz e outros materiais sonoros (Schwarz & Schweppe, 2002).

Os musicoterapeutas são treinados para tocar uma variedade de instrumentos, incluindo uso da voz, guitarra, piano e percussão. A guitarra é tipicamente o instrumento de acompanhamento de eleição devido à sua portabilidade. No entanto, os terapeutas musicais não são apenas músicos, possuem fortes habilidades interpessoais essenciais para serem terapeutas competentes (Davis *et al.*, 2008) e facilitarem as alianças terapêuticas. Na formação dos musicoterapeutas, é imperativo assegurar a formação musical, por um lado, e a formação na área da patologia e das intervenções terapêuticas, por outro.

Na formulação de objetivos clínicos, os musicoterapeutas avaliam tanto os pontos fortes como as vulnerabilidades do utente. Intervenções específicas baseadas na música são então desenvolvidas para atender às necessidades individualizadas dos utentes. O

musicoterapeuta deve trabalhar colaborativamente como membro da equipa interdisciplinar para desenvolver um plano de tratamento. As intervenções geralmente usadas incluem composição de canções, improvisação, rítmica e melódica, música e relaxamento, e terapia musical recreativa.

No processo continuado da intervenção musicoterapeutica, os pacientes têm a possibilidade de reexperiênciar de forma simbólica o período arcaico de desenvolvimento de personalidade, passando pelas três fases, o prazer de ouvir, o desejo de ouvir e a exigência de significado, que levam à aquisição de linguagem (Tamminga *et al.*, 2021).

A musicoterapia pode focar a intervenção nos efeitos fisiológicos da música, tais como pulsação, respiração, ativação neurológica, efeitos cognitivos, orientação temporal e espacial, pensamento matemático, lógica sequencial, pensamento abstrato, plasticidade do raciocínio, integração de dados. Como efeitos emocionais pode observar-se, a redução da ansiedade, o alívio da depressão, a contenção de agitação, a regularização de humor, a catarse de afetos desagradáveis, e o aumento da intensidade de afetos agradáveis**.** Os efeitos relacionais promovem o estabelecimento de relações pessoais, a empatia, a exploração de regras e limites, a negociação do espaço psicológico entre as pessoas, a comunicação. Observam-se, também efeitos sociais, nomeadamente na aproximação de culturas, no conhecimento mútuo, na comunicação não verbal, e na partilha de experiências díspares. Referenciam, alguns autores, ainda, os efeitos espirituais, como, a meditação, a elevação espiritual, a transcendência, a unidade e a comunhão (Benenzon, 1998; Swanwick, 2000; Maranhão, 2007).

Para Kenneth Bruscia (Bruscia, 2013), na musicoterapia ativa, com improvisação, auxilia os clientes, através sons e música, a expressar sentimentos, a trabalhar os seus problemas, a desenvolver habilidades musicais e não musicais, e ao mesmo tempo encontrar formas de se relacionar e se comunicar com outro. Embora o autor se refira exclusivamente à

improvisação musical, entende-se que através de qualquer tipo de experiência ou produção musical, e não só́ da improvisação, é possível o utente explorar e expressar sentimentos. Bruscia considera que estas improvisações, ou produções, têm que ser escutadas e compreendidas pelo musicoterapeuta, porque é a partir delas que o musicoterapeuta vai responder ao utente, e é a única maneira de o musicoterapeuta poder entender o que o utente expressa. No início da terapia, o terapeuta faz um retrato sonoro, uma biografia sonora do paciente, através de uma anamnese (entrevista) e, assim, esboça os objetivos e métodos da terapia, que serão usadas para trabalhar as necessidades individuais de cada utente. Por sua vez, este não necessita de formação musical para fazer o tratamento, porque o que importa é a expressão e não o resultado estético. A musicoterapia visa o processo e não um resultado final performativo.

Musicoterapia e Saúde Mental ao Longo dos Tempos

Foi Robert Burton (1577-1640) um dos primeiros a escrever a respeito dos efeitos da música em tratamentos médicos, especialmente da melancolia. Na sua obra "*Anatomia da Melancolia*" – publicada em 1621, Burton descreve os efeitos terapêuticos da música, falando sobre as possibilidades de a música minorar medos e fúrias, e do uso da música como cura de "aborrecimentos da alma" (Burton & Jackson, 2001).

Tyson & Hubert, (2000) descrevem como exemplo do desenvolvimento do uso terapêutico da música no século XX a *milieu therapy*. Esse modelo de tratamento foi realizado no Kansas, durante a década de 30. Pela primeira vez a música tornava-se o agente primário no tratamento. Defendia-se a necessidade de conhecer o historial médico e social do utente, em atendimento, assim, como os objetivos do tratamento para a realização das intervenções através da música, a avaliação de diagnostico clínico e social.

A musicoterapia enquanto profissão e disciplina teve seu início em meados do século XX. Tyson (K. E. Bruscia, 2013) assinala que a música foi utilizada durante a Segunda

Guerra Mundial também como parte do programa do exército para auxiliar o bem-estar físico, educacional e como terapia ocupacional.

Nos Estados Unidos, a música passou a ser utilizada cientificamente e com fins terapêuticos na reabilitação e recuperação dos soldados que regressavam da Segunda Guerra Mundial (Benenzon, 2011).

Nos hospitais de recuperação preconizavam-se recitais, onde se escutava música e se ensinava a tocar instrumentos musicais. Acreditava- se que deste modo a música poderia ajudar a recuperar a sanidade mental dos soldados. Em 1950, foi criada a The National Association for Music Therapy, em Nova York (Zannini, 2004).

Durante a década de 80 estendia-se a musicoterapia à América Latina com a ajuda do médico, psiquiatra, psicanalista e musicoterapeuta Rolando Benenzon (2011) que descrevia como objetivos da musicoterapia a abertura de canais de comunicação facilitando a introdução de outras terapias, atuando em paralelo com estas outras terapias.

Benenzon trabalhava com diagnósticos prévios ao tratamento; considerava a música como potencializadora de catarses, que são muitas vezes necessárias ao tratamento. Benenzon utiliza o conceito de Identidade Sonora do Individuo (ISO) de Altshuler que identifica o individuo quanto ao conjunto de sons e de movimentos internos caracteristico e que individualizam cada ser humano (Ruud & Wrobel, 1990).

Existiam outros modelos de musicoterapia também preponderantes, no mundo, no final do século XX. Ruud & Wrobel (1990) divide esses modelos em: teorias do modelo médico, teorias psicanalíticas, teorias behavioristas e tendência humanista/existencial em psicologia. Em 1989, Even Ruud organiza o livro "Música e Saúde". Dos artigos apresentados no livro, um em especial aborda a questão da relação entre musicoterapia e psiquiatria.

Tony Wigram; Jos de Backer, em 1999, editam o livro intitulado “Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry”. Este livro apresenta 15 artigos sobre a musicoterapia em psiquiatria.

Num dos capítulos deste livro, Bent Jensen discute a relevância da musicoterapia para pacientes psiquiátricos em geral, permitindo diferentes contactos com os pacientes. Como a proximidade pode ser ansiogénica em muitos casos, na música é possível alternar a aproximação e o distanciamento, para conservar este espaço (Wigram & Backer, 1999).

Existiam outros modelos de musicoterapia também preponderantes, no mundo, no final do século XX. Em 1989, Even Ruud organiza o livro “Música e Saúde”. Dos artigos apresentados no livro, um em especial aborda a questão da relação entre musicoterapia e psiquiatria. A história do uso terapêutico da música está intimamente entrelaçada com a história do cuidado do cada individuo com sua saúde mental. Cria e utiliza a música na sua relação com o mundo, inclusive usa-a como meios de cura e cuidado de saúde.

Assim, como o indivíduo que, em sofrimento, está vinculado ao seu contexto familiar e ao contexto social, é incontestável que um único saber isolado não comporta saber para compreender e resolver todos os fenómenos orgânicos, psíquicos, sociais, antropológicos e familiares, entre outros, que compõem a dimensão do sofrimento humano. A interdisciplinaridade fortalece o tratamento através da união de diferentes formas de saber e de olhar o sofrimento do indivíduo. (Poch Blasco, 2013).

Musicoterapia em Psiquiatria

A música, é para além de uma arte é uma forma de comunicar, como tal, está cheia de mensagens que influenciam o nosso pensamento, o nosso comportamento e em vários domínios da nossa vida. Verifica-se, assim, que a música pode e deve ser usada em situações de crise, de pandemia, e situações de quarentena.

A musicoterapia tem sido usada como uma opção de tratamento alternativa para indivíduos que sofrem de doenças mentais desde 1939. A musicoterapia direcionada para a cura iniciou-se durante a Segunda Guerra Mundial quando músicos foram convidados a tocar para pacientes que sofreram de ferimentos infligidos em cenário de guerra (AMTA, 2009). Nessa época médicos e enfermeiros tomaram conhecimento de que a música tinha um efeito nos estados psicológicos, fisiológicos, cognitivos e emocionais dos veteranos (University Hospitals of Cleveland: Music as Medicine, 2010). À medida que os resultados terapêuticos começaram a ser mais evidentes nos hospitais, tornou-se evidente a necessidade de desenvolvimento da musicoterapia.

Muitos indivíduos com doença mental são tratados com medicamentos, psicoterapia e hospitalização. No entanto, muitos destes indivíduos experimentam uma eficácia limitada do tratamento tradicional e têm uma ansiedade aumentada. Após o tratamento, os indivíduos continuam a ter dificuldade em desenvolver relações e a desenvolver habilidades de *coping* (Grocke *et al.*, 2013).

A musicoterapia como opção de tratamento comporta vários métodos para auxiliar os indivíduos com doença mental a comunicarem de forma mais eficaz, a desenvolverem a autoexpressão, a participarem em atividades de grupo e a melhorarem a qualidade de vida geral (Choi *et al.*, 2008; Hayashi *et al.*, 2002).

Pessoas com doença mental muitas vezes sentem-se desesperadas e isoladas devido ao estigma negativo que a doença mental acarreta na cultura ocidental. A musicoterapia pode fazer a ponte entre isolamento e participação. A musicoterapia nunca atua por si só, juntamente com a medicação e outras terapias, pode ajudar a aliviar aspetos negativos da depressão crónica, da dor, e da incapacidade geral (Mitchell *et al.*, 2008).

Num contexto de psiquiatria e doença mental, a musicoterapia em formato de grupo tem sido usada para combater o isolamento social e a integração na comunitária. Em grupo

pretende facilitar a expressão pessoal e o sentido de pertença grupal (Silverman & Rosenow, 2013).

A musicoterapia tem ajudado indivíduos com doença mental a ter um sentido de controlo sobre a sua vida para resolver problemas e conflitos. A música conduz a relações interpessoais mais saudáveis e fortes (AMTA, 2009).

Neste contexto, a intervenção musicoterapêutica tende a focar-se na promoção das mais-valias e das atitudes positivas, bem como a autodeterminação e as relações de colaboração. A musicoterapia pode melhorar a qualidade de vida e fortalecer as relações interpessoais (Silverman & Rosenow, 2013)

Do ponto de vista fisiológico, a música altera parâmetros psicofisiológicos tais como perceção da dor, relaxamento, pressão arterial e taxas respiratórias e cardíacas. Algumas alterações neuro-químicas causadas pela música podem ser observadas em quatro domínios diferentes: recompensa, motivação e prazer, stress e excitação, imunidade, e associação social. (Hegde, 2017).

A música tem um grande potencial terapêutico, permitindo uma abertura de canais de comunicação e o estabelecimento de relações interpessoais com pacientes esquizofrénicos (N. L. Costa & Calais, 2010).

A eficácia da musicoterapia é reconhecida em áreas como a recuperação física, melhoria cognitiva, capacidades de comunicação e reabilitação social e emocional. (Costa *et al.*, 1984).

A eficácia da musicoterapia foi confirmada em áreas como a recuperação física, melhoria cognitiva, capacidades de comunicação e reabilitação social e emocional. Muitos utentes não têm apoio familiar ou uma rede social para ajudar a manter a qualidade de vida. Devido ao seu isolamento social os utentes vão perdendo a motivação para a terapia, aumentando assim o seu risco de isolamento e mesmo de tentativas de suicídio (Grocke *et al.*,

2013). A participação em experiências musicais em grupo pode ajudar os participantes a construírem laços afetivos, melhorando assim a sua vida relacional.

Com a musicoterapia, sintomas, como alucinações auditivas, também poderão ser reduzidos em pouco espaço de tempo (Solanki *et al.*, 2013).. No entanto, os efeitos dependem em grande parte do número de sessões e da qualidade das sessões com musicoterapeutas treinados e métodos adequados de musicoterapia. Os resultados de estudos empíricos sobre a eficácia da musicoterapia com pessoas portadoras de esquizofrenia não são visíveis em poucas sessões. Pequenas melhorias podem ser observadas com algumas sessões, no entanto, são necessárias sessões frequentes para obter benefícios substanciais (Mössler *et al.*, 2011).

Nos casos de patologia grave e/ou períodos de sintomatologia aguda é necessário modificar os modelos existentes de musicoterapia para os focar em objetivos imediatos e de curto prazo. Características da musicoterapia que podem desempenhar um papel importante incluem a frequência e estrutura ativa da terapia, a consistência de fronteiras, e a ênfase na construção de uma relação terapêutica e de projetos musicais que levam em conta os recursos no paciente. De acordo com Silverman e Rosenow (2013), as intervenções recreativas de terapia musical parecem ter um impacto positivo imediato no humor dos doentes psiquiátricos agudos.

Pool e Odell-Miller (2011) realizaram um estudo onde exploram a relação entre a agressão e a criatividade na musicoterapia. O estudo sugere que há uma forte ligação entre a agressão, o afeto e o movimento do corpo.

As suas descobertas mostraram que a musicoterapia pode, por vezes, fornecer o contexto para uma exploração segura de sentimentos profundos. Também pode permitir ao indivíduo sublimar emoções negativas através de expressões mais apropriadas, sendo capaz de transformar o comportamento destrutivo em algo criativo, que pode ser um indicador de progresso terapêutico e do domínio bem-sucedido da agressão (Pool & Odell-Miller, 2011).

Solanski *et al.* (2013), refere que existem estudos que têm explorado o papel da musicoterapia nos distúrbios de abuso e dependência de substâncias, e sugerem que é uma terapia facilitadora de um melhor controlo emocional para além da medicação, reduzindo a depressão, a ansiedade e a irritabilidade nestes pacientes.

A música oferece uma forma simples e leve de tratar a anedonia, a perda de prazer nas atividades diárias. A música pode alterar uma série de padrões de comportamento e incapacidade associados à depressão, e o tratamento de musicoterapia pode facilitar a diminuição dos sintomas depressivos (Castillo-Pérez *et al.*, 2010).

Tem sido observado que a musicoterapia tem vantagens em pacientes com depressão e ansiedade, uma vez que melhora os sintomas depressivos e favorece o comportamento social (Solanki *et al.*, 2013).

De acordo com Greenson (1978), a musicoterapia proporciona o efeito de levar à recuperação de memórias, experiências, factos da história pessoal, processos terapêuticos que levam a *insights*.

Em suma, as evidências sugerem que a musicoterapia pode ajudar pessoas com doenças mentais como a esquizofrenia e psicoses várias, a trabalhar aspetos relacionais, quer em contexto verbal, quer não verbal. Uma meta-análise da literatura revelou que o efeito da musicoterapia na psicose e na depressão tem efeitos significativos no estado global, sintomas gerais, sintomas negativos, depressão, ansiedade, funcionalidade e participação musical.

Modelos e Técnicas de Musicoterapia

Segundo os autores atrás citados, musicoterapia tem demonstrado comprovados benefícios no tratamento de várias perturbações psiquiátricas, tais como esquizofrenia, distúrbios do sono, dependência de drogas, depressão e ansiedade, entre outros.

Modelo Benenzon. Neste modelo o instrumento é um todo e cada uma das suas características, a sua forma, a sua textura, a sua cor, a sua temperatura e a sua sonoridade, será

um gatilho simbólico para o sistema de comunicação entre os utentes e o musicoterapeuta (Romero & Ventura, 2013).

O Modelo Benezon (Benenzon, 2011) retrata o psiquismo humano como um triângulo, cuja base é a área mais extensa e representa o inconsciente, de acordo com a teoria freudiana. Este modelo assenta teoricamente no modelo psicanalítico da psicologia, mas adquiriu uma projeção que lhe valeu a sua própria identificação enquanto modelo da musicoterapia, com um extenso desenvolvimento teórico e científico. Benenzon define conceitos como a *intemporalidade* da música em que nem o passado nem o futuro existem, mas tudo está presente.

O conceito de ISO foi adaptado para a musicoterapia por Benezon e representa um conjunto de características sonoras, acústicas e de movimento que pertencem e caracterizam um indivíduo. É, portanto, a *Identidade Sonora* que caracteriza cada indivíduo e faz parte da estrutura da sua personalidade (Benenzon, 2011).

A identidade sonora carateriza-se por um conceito dinâmico, estando em movimento contínuo e possuindo todas as forças das perceções passadas e presentes.

Em Benezon, o ISO do individuo é composto por quatro ISOS, ou estruturas energéticas sonoras, nomeadamente, universal, *geststaltic,* cultural e o grupal.

Benenzon define conceitos como a *intemporalidade* em que nem o passado nem o futuro existem, mas tudo está presente. O conceito ISO surge no modelo de musicoterapia Benenzon. ISO é o conjunto de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem e caracterizam um indivíduo. É, portanto, a *Identidade Sonora* que caracteriza cada indivíduo e faz parte da estrutura da sua personalidade (Benenzon, 2011). As características desta Identidade são: um conceito dinâmico, esta identidade está em movimento contínuo; possui todas as forças das perceções passadas e presentes; o ISO da pessoa é composto por quatro

ISOS (ou estruturas energéticas) estes são: ISO universal; ISO *geststaltic;* ISO cultural; ISO grupal.

Este modelo utiliza associações sonoras, corpóreas e musicais sonoras e códigos não verbais. Isto procura desenvolver canais de comunicação e melhorar a qualidade de vida do utente (Benenzon, 2011).

O processo terapêutico deve ter lugar num espaço onde há melhor *setting*. O espaço onde decorre a sessão de musicoterapia deve conter apenas os materiais necessários. Não deve haver contaminação sonora para evitar interferências, visto que o utente estará bastante perturbado ou ansioso.

Neste modelo, a musicoterapia é uma semelhante a psicoterapia não-verbal. Usa associações sonoras, corpóreas e musicais sonoras e códigos não verbais. Procura, assim, desenvolver canais de comunicação e melhorar a qualidade de vida do utente (Benenzon, 2011). Para o utente, neste modelo de musicoterapia poderá encontrar-se nos seguintes princípios: no sofrimento, numa desordem que o isola, o marginaliza e o impede de ter uma boa qualidade de vida.

A improvisação assume grande importância neste método de musicoterapia. Instrumentos, voz ou qualquer coisa próxima do utente, como o próprio corpo que lhe é familiar, são usados para fazê-lo sentir-se à vontade. Desta forma, instrumentos e objetos utilizados tornam-se elementos essenciais do processo musicoterapéutico (Bruscia, 2013).

Modelo Nordoff-Robbins. As teorias humanistas serviram de base teórica para o desenvolvimento de outro método da musicoterapia, o método Nordoff-Robbins. Foi criado por P. Nordoff e C. Robbins em colaboração com pedopsiquiatras, neurologistas e educadores. Este método aplica-se privilegiando a improvisação e a composição musical.

Apresenta-se com uma técnica exploratória, consciente e flexível compreendendo a forma, a estrutura e as características da linguagem musical (Lorenzo e Ibarrola, 2000).

Baseada na psicologia humanista, concebe o ser humano de uma forma holística, como um todo. Parte da ideia de que todos temos potencial intrínseco e contribui para o crescimento interno[2].

Norton-Robinson, utiliza a cancão no sentido da identificação das metáforas, porque é no texto produzido que estas se apresentam com mais frequência e são mais facilmente analisáveis pelo musicoterapeuta. Estas metáforas em utentes poderão ajudar a identificar os fatores causadores de ansiedade e dos comportamentos de relação. Também as terapias humanistas se concentram, na libertação de memórias e automatismos do passado. Neste método preconiza-se a ligação no aqui e agora com o interesse no crescimento interior, aumentando a segurança e a autoestima do utente.

Modelo Alvin. A improvisação livre, modelo Alvin também se mostra uma opção e para o controlo da ansiedade, do desgaste cognitivo e no desprazer pela vida. O método de Alvin (Ruud & Wrobel, 1990) defende que o trabalho terapêutico é centrado na escuta ativa ou passiva e produção musical. Para Alvin todos os estilos musicais são admitidos assim como os sons não musicais e música que não escrita.

Em Alvin, improvisação livre não obriga a qualquer formação musical por parte do utente, os musicoterapeutas não estabelecem qualquer regra durante a improvisação, a não ser que seja solicitada pelo paciente. O utente estabelece de forma livre o que pretender a nível do ritmo, da pulsação, da escala e da harmonia (Jacobsen, *et al.*, 2019).

A improvisação assume grande importância neste método de musicoterapia. Instrumentos, voz ou qualquer coisa próxima do paciente, como o próprio corpo que lhe é

[2] The Nordoff-Robbins Fundation, https://www.nordoffrobbinsfoundation.org/the-nordoffrobbins-approach

familiar, são usados para fazê-lo sentir-se à vontade. Desta forma, instrumentos e objetos utilizados tornam-se elementos essenciais do processo musicoterapêutico (Bruscia, 2013).

A improvisação livre não tem como base nenhuma formação musical, os musicoterapeutas não impõem qualquer tipo de regra durante a improvisação, a não ser que o paciente a solicite. O cliente é livre de estabelecer o ritmo, pulsação, escala e harmonia que pretender (Hayashi *et al.*, 2002).

Guided Imaginary and Music - GIM. O método Guided Imagery and Music (GIM), foi desenvolvido por H. Bonny na década de 1970 (Baker & Wigram, 2005a).

Este método considera que a audição musical deve ser colocada perante um espelho musical, onde o viajante, o utente explora partes de si mesmo a partir das mensagens que lhe são sugeridas pela audição da música. Insere-se na musicoterapia recetiva. Quanto melhor o terapeuta musical conhecer a música, melhor poderá escolher a proposta musical para guiar o paciente na "viagem" para dentro de si. As pessoas mais adequadas para serem pacientes do método GIM são aquelas mentalmente saudáveis, por isso incluiríamos aqui os utentes que querem ter uma compreensão mais profunda de si mesmas (Baker & Wigram, 2005a).

Este modelo assenta toda a intervenção musicoterapeutica na audição musical. Para isso, Helen Bonny, colecionou um conjunto de montagens de excertos musicais no domínio da música dita "clássica", posteriormente revistas e modificadas (Bonde, 2019).

GIM expressa pela música, é uma característica crucial na escolha das peças, e também na decisão de como sequenciar as peças dentro de um programa. Pode estar determinado por muitos fatores: a linha melódica, progressões harmónicas, pontos de modulação e os efeitos tímbricos de certos instrumentos de modo que forneça o bem-estar do utente (Bruscia, 2013).

Alguns dos procedimentos realizados no método de musicoterapia GIM são comuns a outras formas de terapia, tais como musicoterapia ativa ou interativa. Por exemplo, a

entrevista inicial e o contrato com o utente. No entanto, outros aspetos, como o desenvolvimento de sessão, são muito diferentes em si mesmos. Por exemplo, técnicas de improvisação, recreação ou composição musical, utilizadas noutros métodos.

Cada modelo, método e/ou técnica dos descritos fornece diferentes elementos que moldam o universo da musicoterapia. Todas eles são baseados em teorias da psicologia. Também o estudo do cérebro e as suas reações à música têm sido fundamentais para a construção da musicoterapia como uma disciplina séria e científica (Betés de Toro, 2000).

Criação de canções. (*songwrithing)* É um processo de criação e gravação de letras e música pelo paciente ou pelo paciente e terapeuta, dentro de uma relação terapêutica, de forma a responder a necessidades psicossociais, emocionais, cognitivas e comunicativas do paciente (Baker & Wigram, 2005). Promove o discurso psicodinâmico e cognitivo e uma variedade de possibilidades de autoexpressão; proporciona um contexto estético e estruturado ao paciente; convida o paciente a explorar a sua vida pessoal, as suas possibilidades, perdas e aspirações (Baker, 2005)

Muitos utentes em tratamento para distúrbios psiquiátricos são encorajados a expressarem-se verbalmente em várias terapias. A musicoterapia oferece a oportunidade de canalizar expressões para formas não verbais. Criar melodias que expressem um humor ou ideia específica pode ser feito com os utentes em terapia individual (Ruud, 2005). Os utentes podem querer adicionar palavras ou podem preferir completar a experiência apenas com som musical.

Uma forma de composição pode ser realizada convidando os utentes a criar letras sobre um tópico. O terapeuta então improvisa a música para expressar a mensagem emocional da letra, aceitando orientação do utente sobre como moldar a improvisação. Os utentes podem responder a este estilo de composição com declarações como: "Aquela música

soa como se eu me sentisse... Faz-me sentir que os outros podem entender-me” (Wheeler, 2015).

O formato de canção possibilita o uso de metáforas para compreender a significação do que está a ocorrer (Ruud, 2005). Ao criar letras, a experiência musical pode ser usada como uma ferramenta para expressar uma ideia ou humor específico (aqui está o que está na minha mente), como forma de olhar para um tópico ou problema (isto é o que eu penso/sinto) como uma ferramenta para resolver problemas ou como meio para contar uma história. Os utentes começam muitas vezes esta experiência afirmando "Não sei escrever uma canção.". O papel do terapeuta é guiá-lo através do processo, oferecendo o nível de estrutura necessário para alcançar o sucesso (Baker, 2005).

Na utilização desta técnica, através da escrita criativa de uma canção, os utentes podem expressar as suas emoções, a sua experiência, as suas ideias, mesmo aquelas que não seriam capazes de comunicar verbalmente (Baker & Wigram, 2005a). Neste percurso de investigação composicional e interior, que na terapia pode ser difícil e doloroso, o musicoterapeuta auxilia com técnicas de processo de composição. Os elementos centrais desta experiência podem ser realizados na sua totalidade pelo utente *(composição* do texto, música, escolha de instrumentos, arranjo, realização de acompanhamento de canto e instrumental, e até gravação com suporte digital) dependendo das suas competências individuais. No final será como um sinal tangível do caminho tomado e do trabalho feito sobre si mesmo (Baker & Wigram, 2005b; Thaut & Hoemberg, 2014).

Na saúde mental a escrita de canções pode ser uma forma comum de expressão pessoal e comunicação de sentimentos, por vezes difíceis de expressar verbalmente. As canções podem ser tocadas e revisitadas vezes sem conta e podem ser partilhadas, ou, ainda podem ser guardadas e ou postas de parte. Proporcionam momentos de insight, ajudam a

tolerar e regular emoções o que permite trabalhar, em simultâneo, emoções difíceis associadas ao prazer de tocar/ cantar.

Music in Psychosocial Training and Counseling - Mood Inductin and Vectoring (MPC- MIV). Esta técnica tem sido usada na musicoterapia neurológica. Em music in psychosocial training and counseling mood induction and vectoring (música em formação psicossocial e aconselhamento - indução de humor e vectorização**),** o principal objetivo é auxiliar pessoas com problemas neurológicos a melhorar o seu funcionamento psicossocial. A improvisação clínica pode auxiliar no desenvolvimento de funções sociais e emocionais, tais como modificações de humor, comunicação interpessoal e expressão de emoção (Wheeler, 2014).

Com esta técnica pretende-se desenvolver os aspetos como a área das emoções e afeto, as modificação de humor, e, a capacidade experienciar, identificar e expressar sentimentos relacionados com o estado de relaxamento (Thaut & Hoemberg, 2014).

Music in Psychosocial Training and Counseling -Mood Social Competence Training (MSCT). A música em formação psicossocial e aconselhamento formação de competência social de humor é outro modelo**,** permite utilizar a música como um método de ajuda ao desenvolvimento das competências necessárias para uma interação social. É, como a anterior técnica, aplicada a doentes do foro neurológico (Wheeler, 2014).

Assim sendo, a música possibilita ao individuo praticar com música diversos comportamentos não musicais que poderão ser utilizados para interagir com outras pessoas. Assim, esta técnica pretende desenvolver os seguintes aspetos: trabalhar a área social; promover a iniciativa e a reciprocidade, capacidade de ter iniciativa e reciprocidade ao longo de uma interação (Thaut & Hoemberg, 2014).

Embora as técnicas utilizadas em doentes neurológicos, essencialmente para crianças, e crianças com alguns comprometimentos tanto a nível físico como cognitivo, poderemos

utilizar do mesmo modo com adultos, cuja fragilidade deixa nos indivíduos, muitas vezes, necessitar recuar à sua “criança interior” para superar as suas debilidades, quer ao nível da relação e comunicação, como do entusiasmo, autoestima e controlo emocional (Thaut & Hoemberg, 2014).

Objetivos Propostos Para o Estágio em Geral

No âmbito do estágio, após a análise inicial dos utentes e da sua inserção na AASPS, consideraram-se os seguintes objetivos de intervenção:

- Promover expressão emocional recorrendo à linguagem simbólica da música;

- Promover a autodeterminação e o reforço da identidade dos utentes através dos conteúdos identitários que a música lhes pode disponibilizar;

- Promover a relação terapêutica e a sociabilização;

- Adicionar a musicoterapia como modalidade de recreação terapêutica a inserir na abordagem multidisciplinar da AASPS

Metodologia

Neste capítulo, será feita uma descrição da intervenção musicoterapêutica realizada no âmbito deste estágio, realizado na AAPS, com particular incidência sobre dois estudos de caso. Os estudos de caso recaem sobre dois utentes de um centro psicossocial. Serão descritos os procedimentos de recolha de dados e de intervenção. Para além da descrição dos procedimentos, será desenvolvida uma reflexão sobre as dinâmicas específicas de cada caso e o progresso terapêutico observado.

Este tipo de investigação clínica assenta na compreensão humanista dos fenómenos observados, sem os isolar do contexto natural (histórico, socioeconómico, cultural e patológico) em que se desenvolveu, procurando-se elaborar interpretações da realidade em estudo, através de processos de inferência e indutivos (Carmo & Ferreira, 2008).

Este tipo de investigação tem assentado na compreensão humanista holística da realidade, sem a isolar do contexto natural (histórico, socioeconómico, cultural e patológico) em que se desenvolveu, procurando-se elaborar interpretações da realidade em estudo, através de processos de inferência e indutivos (Carmo & Ferreira, 2008).

Para que a estrutura do processo se tornasse mais percetível, a figura 1 apresenta o desenho de ação do estágio num modelo de relação sugerido por R. Legendre (2006).

Esta figura é suportada por dois eixos, a doença mental e a musicoterapia, como limites envolventes do processo e, sendo o meio de ação a AASPS. A música será o centro vital do qual emanam todas as componentes que geram modelos e técnicas que a estagiária utilizou com os utentes.

Pretendeu, a estagiária, utilizar os modelos e técnicas como conceitos adquiridos para a sua prática terapêutica, buscando a inclusão dos utentes no encontro com os objetivos traçados para o estágio.

Estes modelos e técnicas serviram para envolver, agir, integrar e interpretar as reações dos utentes. Para que o processo se realizasse com os objetivos propostos, nas sessões procedeu à prática de ouvir música variada, tocar, sobretudo instrumentos de percussão, improvisar instrumental e vocalmente, e à escrita de canções.

Embora com os parâmetros de estudo são rigorosos, quando incidem sobre a mudança e a inovação foi difícil balizá-los. Como veremos na descrição dos casos os objetivos estabelecidos para o estágio, pontualmente, alargaram-se devido a alterações no contexto (Carmo & Ferreira, 2008) e dos objetivos terapêuticos inicialmente delineados.

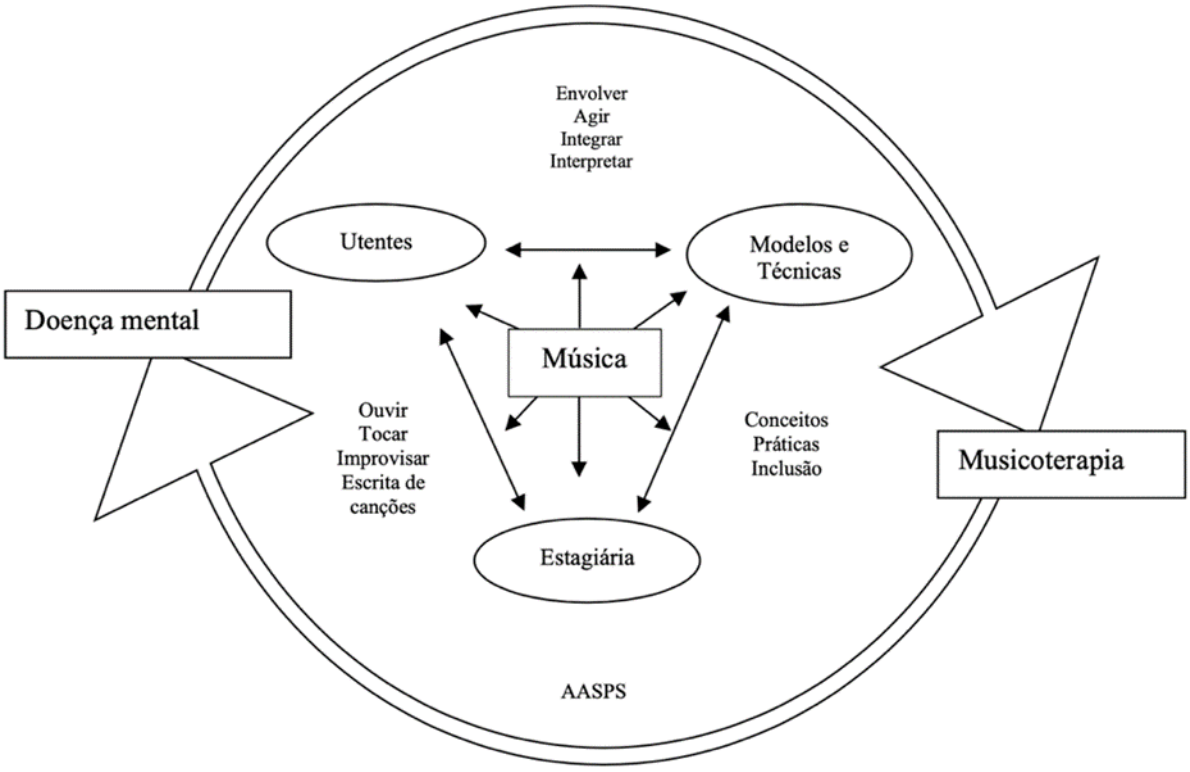


Figura 2

Modelo de relação do estágio

Participantes

Tabela 1

Participantes do Grupo de Musicoterapia

Intervenção	Identificação	Idade	Agregado familiar	Escolaridade	CDI	Patologia
Grupo	A. M.	60	Marido e filho	12º ano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Grupo	A. P.	55	Vive sozinha	9º ano	Não fechado	Depressão Psicótica, Síndrome de Diógenes
Grupo	H. C.	40	Pais, 5 irmãos	6º ano (NO)	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Grupo	H. S.	63	Vive sozinho	12º ano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Grupo	A. B.	67	Mãe	12º ano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Grupo	J. A.	67	Com a filha	6º ano	Não fechado	Depressão, ansiedade
Grupo	C. A.	40	Com a mãe	9º ano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Grupo	N. P.	44	Pai e mãe	2º ano de Teatro	Não fechado	Invisual, depressão
Grupo	P. A.	67	Filha	11º ano	Não Fechado	Depressão major, ansiedade
Grupo	S. B.	44	Vive sozinha	11º ano	CDI10 F25.0	Transtorno Esquizoafetivo
Grupo	I. V.	19	Vive com mãe e irmã	Estudante Fisioterapia	Não fechado	Ansiedade
Grupo	I. S.	2	Vive com	Estudante 12º ano	Não fechado	Ansiedade Possível Bipolaridade

Tabela 2

Participantes Individuais

Intervenção	Identificação	Idade	Agregado familiar	Escolaridade	CDI	Patologia
Individual	H. C.**	40	Pais, 5 irmãos	9º ano (NO)	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Individual	A. P.**	55	Vive sozinha	9º ano	Não fechado	Depressão Psicótica, possível síndrome de Diógenes
Individual	H. S.**	65	Vive sozinho	12º ano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide, possível Parkinsonismo
Individual	N.*	36	Mãe	10º ano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide
Individual	S. B.**	44	Vive sozinha	11º ano	CDI10 F25.0	Transtorno Esquizoafetivo
Individual	A. M.**	60	Marido e filho maior	12ºano	CDI10 F:20.0	Esquizofrenia paranoide

*Desistiu ao fim de duas sessões
**Grupo e Individual

Instrumentos de avaliação

Avaliação em musicoterapia pode ser definida como um processo estruturado de preparação, recolha, análise e interpretação, assim como de documentação e comunicação de dados musicais e não musicais sobre processo musicoterapêutico. Tem como objetivo de fornecer informações, constituindo uma forma de tomar decisões, levantar hipóteses, conhecer melhor o utente e desenvolver o processo musicoterapêutico (Gattino, 2020).

Gattino (2020) também refere que o musicoterapeuta avalia para conhecer melhor o utente, já que a partir das informações obtidas sobre ele pode entender melhor a sua história. Da mesma forma, o musicoterapeuta avalia para realizar e entender melhor o processo musicoterapêutico.

Para a avaliação foram escolhidos os instrumentos abaixo descritos.

Pesquisa documental

A pesquisa documental é uma das técnicas básicas para qualquer pesquisa, e também o é para a musicoterapia. É indispensável suportar com fontes escritas que quase sempre são a base do trabalho de investigação.

Saint-Georges (in Albarello, 1997) considera que a pesquisa documental se apresenta como um método de recolha e de verificação de dados: visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não, e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação. E, isto acontece porque a investigação ao pretender estabelecer sínteses sistemáticas dos acontecimentos tem servido no sentido da reconstrução crítica de dados que permitam inferências e conclusões (Cohen *et al.*, 2018).

Compreende-se, assim, a possibilidade de, a partir de dados passados, perspetivar o futuro e a partir deste compreender os seus antecedentes, numa nova de reconstrução.

Procedeu-se, assim à recolha documental quer das patologias dos utentes envolvidos no processo, como à história da musicoterapia na doença mental, como, ainda, na intervenção musicoterapeuta nestes casos. Os recursos utilizados basearam-se em livros, artigos e pesquisa digital.

Observação

A observação direta situou-se em dois eixos, a observação participativa e a não participativa.

A observação direta participativa assentou na observação dos utentes em sessão e nas fichas de sessão, elaboradas ao fim de cada sessão (Anexo C).

A observação não direta, não participativa aconteceu através da visualização de imagens vídeo e dos áudios recolhidos durante as sessões. Permitiu, assim, a recolha de dados pertinentes para o presente relatório, bem como para a ação terapêutica.

A recolha de notas de campo para o Diário de Bordo que, em conjunto, com os dados obtidos, facultaram a confirmação e/ou infirmação das conclusões, observando as diferentes situações e acontecimentos. Partiu-se do princípio de que na fase inicial de um estudo o investigador privilegia a observação direta do(s) sujeito(s).

Na observação foram utilizados instrumentos como: Grelha de Observação (Apêndice B), vídeos, áudios e Diário de Bordo (Bogdan & Biklen, 2003).

Observou-se e preencheu-se a grelha de observação (Apêndice 2), no final da sessão de musicoterapia, tal como a ficha da sessão. Os vídeos e áudios foram analisados a posteriori.

Escala de Sintomas Positivos e Negativos Para Esquizofrenia, PANSS

PANSS é uma escala médica usada para medir a gravidade dos sintomas de pacientes com esquizofrenia. Foi publicado em 1987 por Stanley Kay, Lewis Opler e Abraham Fiszbein. É amplamente utilizado no estudo da terapia antipsicótica. (Anexo A)

É uma escala constituída por trinta itens divididos em três subescalas, a subescala positiva, com sete itens, a subescala negativa, com sete itens e a subescala de psicopatologia geral, com dezasseis itens. Foi preenchida pela estagiária, sendo que cada item é classificado utilizando uma escala de *likert* de 1 (um) a 7 (sete), sendo que em 1(um) a classificação é "ausente" e a em 7 (sete) "extremamente grave" (Kay, Opler, & Lindenmayer, 1989).

A descrição dos itens: um (sintoma ausente), dois (mínimo), três (ligeiro), quatro (moderado), cinco (moderadamente grave), seis (grave) a sete (sintoma extremamente grave) (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). Foi aplicada a todos os utentes.

Inquérito por Entrevista

Entre as técnicas de pesquisa qualitativa, a técnica de entrevista coloca-nos em contacto direto e aprofundado com os indivíduos e permite-nos compreender com detalhe o que pensam sobre determinado assunto ou o que fazem em determinadas circunstâncias.

Entre as técnicas de recolha de informações disponíveis em musicoterapia a entrevista é fundamental (Carmo & Ferreira, 2008).

Nas suas diferentes formas, os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana, numa situação de interação direta entre a estagiária e os utentes (Pinto *et al.*, 2014).

Para assegurar da pertinência e da qualidade dos dados, dirigiu-se a atenção para os seguintes aspetos da interação: o tema da entrevista, conforme o utente, mas sempre relacionado com objeto de estudo; e, o contexto interpessoal e as condições sociais da interação. Cada uma das entrevistas teve um objetivo explícito, conforme a posição do entrevistado no contexto do estágio (Bogdan & Biklen, 2003).

Foram realizadas entrevistas a todos os intervenientes do estudo. (Apêndice 1)

Escala de Autoestima de Rosenberg

A escala de autoestima de Rosenberg (1965) é a medida de autoestima mais comummente utilizada em investigação terapêutica (Kwan, John, Kenny, Bond, & Robins, 2004) e está traduzida e validada para Portugal (Santos & Maia, 2003).

A fácil aplicação, a linguagem acessível dos itens e os resultados positivos evidenciados no estudo original de validação, permitiram que esta escala se transformasse no padrão de referência na avaliação da autoestima (Santos & Maia, 2003)

Embora exista um estudo (Gray-Little, Williams & Hancock, 1997) em que se sugeria que a escala de Rosenberg é adequada para medir com precisão pessoas situadas nos níveis baixos de autoestima como as que se espelha neste relatório.

O questionário, na versão portuguesa, é constituído por 10 (dez) itens, com um formato de resposta do tipo Likert de quatro pontos (1. Concordo fortemente; 4. Discordo fortemente), cinco de orientação positiva e cinco de orientação negativa. Esta escala foi aplicada a todos os utentes (Anexo B).

Diário de bordo

Na prática, a presença prolongada da estagiária, no contexto da instituição AASPS, privilegia o contacto direto com utentes e técnicos, observando-os nas diferentes situações e acontecimentos.

Partiu-se sempre do princípio de que na fase inicial de um estudo o investigador se suporta na observação direta do(s) sujeito(s) (Carmo & Ferreira, 2008). Para quem é observador-participante, existe a necessidade de estar alerta para o risco do envolvimento, mas esse papel pode proporcionar excelentes oportunidades de observação (Yin & Grassi, 2005).

A observação direta, não participativa aconteceu através de saídas proporcionadas pela instituição e em outras atividades em que os utentes participaram e que não eram da responsabilidade da estagiária, o que permitiu a recolha de dados pertinentes, nomeadamente a recolha de notas de campo que, em conjunto, com os dados obtidos, facultaram a confirmação ou infirmação das conclusões (Yin & Grassi, 2005).

O diário de bordo afigura-nos que seja um dos principais instrumentos adaptados a estes estudos. Segundo Bogdan & Biklen, (2003) este é utilizado para registar as notas de campo.

O diário de bordo (Anexo D) teve como objetivo apresentar-se como um instrumento em que a estagiária foi registando as notas retiradas das suas observações e revelou-se de uma imensa utilidade, sobretudo pelo facto de que alguns dos utentes se terem recusado a que se recolhesse imagens ou som das suas sessões.

Bogdan e Bilken (2003) referem que essas notas são o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados obtidos (Apêndice 3).

Catalogação e categorização

Na metodologia de análise foi utilizada, também, a catalogação e categorização (Barrett *et al.*, 2013).

A categorização foi feita a partir dos objetivos de estágio. A catalogação consistiu em separar a informação em unidades relevantes e significativas dos referidos objetivos, registados em todos os instrumentos de avaliação (Cohen *et al.*, 2018).

Tomando como referência os procedimentos sugeridos por Bogdan e Biklen (2003) à medida que fomos lendo os dados dos instrumentos, várias palavras e frases registadas no diário de bordo, comportamentos e significações foram-se repetindo e destacando.

Após a categorização, seguiu-se com o processo de codificação. Construíram-se categorias de codificação em função dos objetivos que orientaram o processo terapêutico.

Em cada unidade estabelecida colocou-se um código próprio da categoria. Ao efetuar a codificação, agruparam-se as diferentes unidades de dados dos objetivos do estágio de acordo com as categorias estabelecidas (Gil Flores, 1994).

As categorias, deste estudo, foram definidas *a priori*, de modo a organizar os dados obtidos a partir das leituras realizadas, enquadrando-se numa perspetiva interpretativa *a posteriori*. O diário de bordo foi construído nesse pressuposto, sendo determinante para a escolha das unidades de registo.

Assim foram definidas as seguintes categorias de acordo com os objetivos propostos: EEM- Promoção da expressão emocional recorrendo à linguagem simbólica da música; ARI- Promoção da autodeterminação e o reforço da identidade dos utentes através dos conteúdos identitários que a música lhes pode disponibilizar; MRT- Musicoterapia como modalidade de recreação terapêutica a inserir na abordagem multidisciplinar da AASPS.

Através da análise dessas categorias, em todos os instrumentos de avaliação, procedeu-se à elaboração das discussões e das conclusões deste relatório.

Procedimentos

O estágio decorreu entre o 1 outubro de 2021 e 15 julho de 2022, podendo identificar-se as seguintes fases: de integração, de intervenção, de interrupção por cerca de um mês (surto de COVID 19 e confinamento, entre 23 de dezembro e 11 de janeiro), e, novamente momentos de intervenção e encerramento do estágio.

Na primeira fase foram definidos o horário de estágio e agendamento das intervenções de musicoterapia. Foi escolhido o espaço apropriado para o *setting* das sessões, o modelo de intervenção a fazer (individual e grupal) e os utentes que iriam usufruir de cada tipo de intervenção, atendendo aos horários das atividades na AASPS.

Depois dessa seleção, realizada pela equipa e da responsabilidade da diretora técnica, foi exequível consultar os processos clínicos dos utentes. Foi efetuada uma observação direta dos utentes instituição, por modo a entender quais os comportamentos que aparentavam, a relação que mantinham com os técnicos, e quais as atividades em que estavam a participar.

Em concertação com a orientadora local foi definido que de início seriam privilegiadas as intervenções individuais, para que a estagiária se ambientasse e apenas mês depois se procederia à intervenção em grupo.

Foram assinados os documentos de consentimento informado para a recolha de som e imagem (Anexo D).

Técnicas e/ou métodos da musicoterapia utilizados

Além das técnicas e métodos descritos no Enquadramento Teórico, foi utilizado um método de paisagens sonoras, *Soundscape,* do músico e pedagogo M. Schafer.

Setting

As sessões de musicoterapia ocorreram em quatro espaços distintos: na sede da AASPS, nomeadamente na sala polivalente, na sala de reuniões, no gabinete de consulta, e na

sala polivalente da Oficina das Artes, antigo Balneário da Ajuda, um edifício pertencente à junta de freguesia da Ajuda.

As sessões individuais inicialmente eram realizadas na maioria das vezes no gabinete de consulta. O espaço era reduzido, suficiente para uma sessão individual, dispondo apenas de duas poltronas e uma mesa.

Devido à necessidade de reorganizar de salas, as sessões individuais de musicoterapia passaram por uma mudança de *setting*, sendo concedida à estagiária a sala polivalente ou a sala de reuniões. Estas salas dispunham de mais espaço físico e a sala de reuniões melhor qualidade no que diz respeito à privacidade.

As sessões do grupo decorreram na sala de polivalente e no espaço da Oficina das Artes. Estas são salas amplas, com luz natural e possuíam cadeiras suficientes para todos os componentes do grupo, assim como mesas, e dispensa de apoio técnico e de arrumos.

As sessões de grupo ocorreram com os pacientes, dispondo de um conjunto de instrumentos em cima de uma mesa e sentados em círculo em cadeiras. Esta foi opção da estagiária ao observar as limitações físicas da parte dos utentes.

As sessões individuais decorreram de igual forma com os instrumentos em cima de uma mesa, entre o utente e a terapeuta.

Utilizaram-se diversos instrumentos, além da voz, harmónicos como a guitarra, o ukulelé, o teclado, e de percussão como o adufe, o bloco de dois sons, os bongós, os *boomwhackers*, as clavas, o *djambé*, as maracas, os ovos, o tamborim, o reco-reco, o *ocean drum*, o pau de chuva, a cana rachada, pequenas percussões étnicas, xilofone, copos de plástico. Utilizaram-se outros materiais como papel cenário, folhas de papel, marcadores, colunas, computador, e telemóvel que serviu para gravar as sessões autorizadas. De salientar que todo o material utilizado pertence à estagiária e era guardado numa sala de arrumos disponibilizada pela instituição.

Importa referir que nem todos os instrumentos foram utilizados em todas as sessões. Estes poderiam ser retirados ou adicionados de acordo com os objetivos das sessões e também a escolha do utente.

Agenda semanal

O estágio decorreu entre outubro de 2021 e junho de 2022, estando estabelecido o horário semanal de quinta-feira e sexta-feira das 9:30h às 17:00h. As sessões individuais tinham a duração de 45 minutos e as de grupo de 1h30, ambas com periodicidade semanal.

Tabela 3

Agenda Semanal

<table>
<tr><th>Horas</th><th>Quinta</th><th>Sexta</th></tr>
<tr><td>09:30</td><td>Preparação das sessões e das salas</td><td rowspan="3">Elaboração de relatórios
Preparação das salas
Participação em atividades AASPS</td></tr>
<tr><td>10:00</td><td>H.C.</td></tr>
<tr><td>11:00</td><td>Reunião com diretora da AASPS</td></tr>
<tr><td>12:00</td><td>A.M.</td><td>N.</td></tr>
<tr><td>12:45</td><td>A. P.</td><td>Almoço</td></tr>
<tr><td>13:30</td><td>Almoço</td><td>S. B.</td></tr>
<tr><td>14:30</td><td>Grupo 1</td><td>Grupo 2</td></tr>
<tr><td>16:00</td><td rowspan="2">Participação no projeto TIS
Elaboração de relatórios</td><td>H. S.</td></tr>
<tr><td>17:00</td><td>Elaboração de relatórios</td></tr>
</table>

Durante cinco semanas, a estagiária deslocou-se também à quarta-feira, devido a atividades já marcadas pela AASPS.

Estudos de caso I e II

Estudo de Caso I – HC

Caraterização

O H.C. é um utente do sexo masculino de 40 (quarenta) anos de idade, solteiro, que reside em Lisboa, num agregado familiar de sete adultos e uma criança com menos de um ano de idade. O H coabita com os pais, irmãos e um sobrinho numa casa de três assoalhadas e a família vive com dificuldades económicas significativas.

A mãe do H.C. é de etnia cigana, mas o pai não. No entanto, respeitam e acolhem a vivência cigana no seu dia-a-dia.

O H.C. tem um passado de adição, como o próprio pai e dois dos irmãos, com consumos variados. Foi vítima de múltiplas agressões físicas e de violência psicológica, sobretudo ao ter assumido a sua orientação sexual, fortemente reprovada pela comunidade cigana.

O H.C. tem um pequeno trabalho diário que consiste em, de madrugada, colocar o gelo nas bancas dos peixeiros do mercado e ao fim da manhã o ir retirar.

Diagnóstico e acompanhamento

O H.C. foi diagnosticado com Esquizofrenia paranoide, há cerca de 20 anos, cujos sintomas agudos surgiram na sequência de um período de consumo excessivo de substâncias.

O H.C. apresenta um quadro de disfasia expressiva caracterizada na incapacidade de realizar os movimentos necessários para articular corretamente os sons. Têm dificuldade em repetir palavras de três sílabas ou mais, fala pouco, não é fluente e adota, muitas vezes um estilo de comunicação telegráfico, eliminando artigos e ligações, ou seja, usa frases com palavras curtas e soltas.

Apresenta alguns comprometimentos de funcionamento cognitivo, aparentemente com caráter degenerativo. Esteve internado diversas vezes, duas das quais em regime de internamento prolongado.

O H.C. é acompanhado no Hospital Egas Moniz em Psiquiatria e na AASPS em Psicologia e Desenvolvimento Cognitivo. Participa nas atividades de grupo de Ginástica Terapêutica, Teatro Comunitário, Espelho Social e Musicoterapia. Nunca fez terapia da fala, embora tivesse sido sinalizado pela necessidade de o fazer.

Avaliação inicial

O H.C. apresentava problemas ao nível da coordenação motora, concentração e articulação da fala. Era uma pessoa curiosa e disponível para participar em todas as atividades, voluntarioso e por vezes até hiperativo. Demonstrava grande agitação, ansiedade e mudanças de humor repentinas, se a estagiária lhe relembrava qualquer tema ou regra acordada, respondia de modo agressivo: "Eu sei! Eu sei!"; se algo não corria como ele imaginava que deveria resultar, largava tudo com alguma brusquidão e recusava-se a continuar.

Apresentou estereotipias, geradas pelo estado de ansiedade. Bastante evidentes sobretudo dos membros superiores, em gestos largos, que seguiam até à cabeça e que terminavam esfregando o cabelo.

No domínio do comportamento musical, o H.C. gostava de tocar todos os instrumentos de percussão e insistia em cantar canções em inglês, mas com problemas significativos de afinação tonal e não conseguindo pronunciar convenientemente as palavras.

No que se refere às preferências musicais, o H.C. tinha como referencial a música cigana, apesar de manifestar gosto pelos Beatles e preferir músicas em inglês. Falava muito no rock, mas não parecia identificar nenhum dos temas rock que lhe eram propostos. Ouvia pouca música, na rua, ou por vezes na televisão, pois não tinha acesso a rádio, computador ou

telemóvel. Não referenciava grupos, cantores ou mesmo temas específicos, apenas manifestando o seu agrado perante algumas frases de canções.

O H.C. verbalizou, diversas vezes, que gostaria de ser cantor "como os que aparecem na televisão".

Atitude na relação com a terapeuta: afável, simpático, atencioso.

Objetivos e plano terapêutico

Tabela 4

Plano Terapêutico de HC

	Objetivo	**Sub-objetivo 1**	**Sub-objetivo 2**
Problema 1	Redução da ansiedade	Reduzir agitação	Reduzir estereotipias
Problema 2	Promover a expressão emocional e a regulação de humor	Controlo dos impulsos	Aumentar os momentos de interação síncrona
Problema 3	Reforço identitário	Promover o reforço identitário musical	Utilizar a recreação terapêutica como fator de estabilização

Processo terapêutico

Na primeira sessão realizou-se a entrevista, a escala PANSS e a escala de autoestima de Rosemberg**.** O H.C. comunicou que já tinha tido musicoterapia e apresentou-se muito conversador, mas muito agitado, com estereotipias a nível dos membros superiores e faciais.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na redução da ansiedade, na promoção da expressão emocional e no reforço identitário. Para isso foram utilizadas técnicas de improvisação livre, quer na linha de Nordoff-Robinson, como na utilização do instrumento como gatilho simbólico sugerido por Benenzon e MPC-MIV para a regulação do humor.

Logo na segunda sessão, o H.C. fez questão de tocar instrumentos de percussão, escolhendo sempre os mais sonoros, bombo, tamborim ou cana rachada. Tocava incessantemente, não deixando espaço à estagiária para o interpelar. A estagiária sugeriu que antes de começar a tocar houvesse um momento de conversa em que o utente lhe relatava acontecimentos da semana, para depois partirem para as escolhas de atividades musicais refletindo o estado do próprio H.C..

Nas primeiras sessões verificava-se um "monólogo", por parte de H.C., em que a estagiária não conseguia espaço para o apoiar ou acompanhar. A postura da estagiária foi dar espaço ao utente e mantendo o contato visual com ele situando-se no papel de suporte. Semanas passaram até que o H.C. sentisse que precisava "dialogar", embora esse diálogo fosse muitas vezes demasiado barulhento, agressivo e destruturado. O utente verbalizou, na 11ª sessão que pensava que tinha que tocar "sempre forte".

Depois de uma conversa sobre os objetivos terapêuticos, acordados no início das sessões, o H.C. ainda se mostrava demasiado fixado na necessidade de tocar bastante forte, em qualquer dos instrumentos que escolhia.

Na aquisição de dinâmica expressiva, a troca de olhares foi bastante importante, apesar de o uso da máscara de proteção limitar a possibilidade de comunicação por expressão facial.

Foi conseguido, ao fim de 14 sessões, momentos síncronos, sobretudo ao nível da improvisação vocal, com bastante expressividade em relação aos temas sugeridos.

Foi utilizada música cigana para a improvisação rítmica, tendo em consideração o ISO grupal do H.C..

Utilizou-se, também associações sonoras, corpóreas e musicais sonoras em códigos não verbais com vista à diminuição das estereotipias, que muitas vezes faziam com que

interrompesse determinada tarefa. A utilização das referidas associações ocupava fisicamente o utente reduzindo a probabilidades de repetições frequentes das estereotipias.

A partir da décima quinta sessão o progresso do H em musicoterapia foi notório: as transformações do estado de humor, a melhoria da capacidade de controlar a sonoridade dos instrumentos e o progresso da sua dicção foram notadas quer pela estagiária como pela equipa técnica.

O H.C. demonstrou sempre uma atitude investida e colaborante, tendo faltado apenas a uma sessão, por ter estado na urgência hospitalar na sequência de uma querela no bairro. Chegava antes da hora e sempre com excelente disposição para começar. Era bastante educado e voluntarioso, ajudando a estagiária na arrumação do espaço no fim da sessão.

Conclusão e Discussão dos Resultados

O H.C. no início, tinha bastante dificuldade em se fazer entender, devido à sua disfasia, o que limitava de algum modo a relação terapêutica, apresentava-se bastante ansioso, revelando alguma hiperatividade, forçando-se a estar sempre ativo. Quando não estava com instrumentos na mão eram recorrentes as estereotipias. O que mais se notou de progresso e o que é que o H.C. melhorou substancialmente a sua dicção, regulou a ansiedade, reduziu a agressividade, quer em relação aos instrumentos, quer no trato.

A valorização, por parte da estagiária, das conquistas do H.C. ao longo das sessões, contribuiu para a sua evolução do processo. Foram-lhe dados espaço e oportunidade de ser o protagonista que o H.C. gostaria de ser, o cantor. O H.C. teve oportunidade de cantar as suas duas canções no encerramento do estágio de musicoterapia, em sessão pública, no antigo Balneário da Ajuda.

Foram utilizadas técnicas ativas que segundo Bruscia (2014) proporcionaram momentos de promoção da expressão emocional através dos instrumentos de percussão, numa primeira fase e posteriormente, a voz.

No caso do H.C. a musicoterapia revelou-se como uma forma de desenvolvimento da autoexpressão em contexto securizante e uma forma de afirmar a sua pessoa, sem obstáculos ou danos colaterais na relação, tal como é enfatizado por Choi et al (2008). Ao desenvolver as suas habilidades em espelho e em troca de turnos, o H.C., reduziu a sua ansiedade, quer em relação aos outros utentes, como da sua autoestima, como se pode comprovar na escala de Rosenberg que foi aplicada no final do estágio.

A música, ajudou-o a melhorar a suas competências emocionais e relacionais, sendo óbvia a relação que foi sendo estabelecida com os outros utente, observada nas várias atividades em que o H.C. participou. A sistematização do processo, tal como refere Bruscia (2016), em conjunto com a assiduidade do utente, também foram fundamentais para a consecução das experiências musicais e para a relação com a estagiária. Não foram quebradas as rotinas musicoterapêuticas.

A prática de improvisação mostrou-se prazerosa e de modo reparador para o H.C., quer instrumental como vocal, sobretudo pelo facto de não ter sido imposta qualquer regra para que o processo acontecesse, o podemos ter como referência o método de Alvin referenciado por Ruud (1990). Com a improvisação vocal foi possível minimizar a disfasia, trabalhar sons e palavra. Com a improvisação instrumental foi possível obter-se o controlo dos impulsos e reduzir as estereotipias.

Pool e Odell-Miller (2011) sugerem que, na experiência musical, o individuo é capaz de transformar o comportamento destrutivo em algo criativo. No processo terapêutico do H.C. o modo como usava os instrumentos no início do estágio e como passou a usar no final do mesmo revelou a sua capacidade de controlo de foco, conseguindo alternar as dinâmicas conforme a expressão emocional do aqui e agora. Pode-se considerar que este foi um indicador de progresso terapêutico e do domínio bem-sucedido da agressão (Odell-Miller, 2011).

Os dados de observação clínica ao longo da intervenção musicoterapêutica com o H.C. vão ao encontro da literatura, no sentido em que o reforço identitário que o H.C. verbalizou e que faz parte de si, nomeadamente a música cigana. Este tipo de música foi usado pela estagiária e pelo utente de um modo inicialmente recreativo, mas teve o objetivo concretizado de estruturar a identidade sonora do utente.

A redução de estereotipias fora do *setting* não foi tão evidente, embora durante as sessões o H.C. deixasse de as produzir. Ao tentar reduzir as estereotipias com relaxamento, utilização do corpo para produção rítmica e utilizando códigos não verbais, a preocupação da estagiária foi que não houvesse contaminação sonora para não perturbar ou distrair o H.C. e não lhe causar ansiedade, como nos aconselha Benezon (2011). Sem juízos de valor, sem preconceitos e de modo securizante a estagiária conseguiu estabelecer uma relação terapêutica com o H.C. que resultou num empoderamento, fortalecimento da autoestima, redução da agressividade, redução da disfasia e melhoramento da memória.

O processo de evolução terapêutica, para o H.C., introduziu a capacidade de reaver a dignidade da sua pessoa, a valorização das suas competências musicais e o ser "visto e ouvido" pela estagiária, que ao se interessar pelo que ele teria para dar, veio servir de interlocutora que validou a pessoa que o H.C. é.

Estudo de Caso II - BS

Caraterização

A S.B. é uma utente do sexo feminino, de 44 (quarenta e quatro) anos de idade, solteira, que reside num dos bairros de Lisboa, sozinha com dois gatos.

A S.B. é órfã desde os 17 anos, tendo a mãe morrido com um ano depois do pai. S.B. teve uma infância difícil, descrevendo ter sempre sentido frieza da mãe em relação a ela. A S.B. é oriunda da Madeira, onde tem um irmão institucionalizado com o diagnóstico de

esquizofrenia paranoide. Não tinha, à data da primeira sessão, contato com nenhum membro da família.

Após concluir o 12º ano, a S.B. veio para Lisboa, onde trabalhou como escriturária num teatro de Lisboa. Nessa época vivia aí sozinha em quartos alugados até 2014, data em que cessou atividade por incapacidade psiquiátrica para o trabalho. Desde essa altura passou a viver numa casa cedida pela Câmara Municipal de Lisboa e usufruía de serviços de assistência social, alimentação e limpeza da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML).

A S.B. foi diagnosticada com transtorno esquizoafetivo apresentando sintomas como alucinações auditivas e ocasionalmente visuais. Tinha um historial de vários internamentos, o último dos quais tinha ocorrido entre o Natal e o Ano Novo de 2021. Foi a S.B. que chamou o INEM porque sentiu que estava com alucinações.

A S.B. estava ligada à AASPS há cerca de um ano, tendo sido encaminhada por uma amiga, utente da AASPS. Revelava-se uma pessoa extremamente reservada, recusando-se a fazer qualquer atividade ou terapia em grupo. Fazia questão de ser atendida pela psicóloga no andar de baixo para não subir escadas, apelando às suas dificuldades de mobilidade, mas também para não ser vista por outros utentes.

Era acompanhada na psiquiatria do Hospital Egas Moniz e participava em atividades pontuais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, onde era apoiada ao nível da alimentação e da limpeza da casa. Na AASPS, frequentava Psicologia e Musicoterapia.

Avaliação inicial

Na primeira sessão procedeu-se à realização da entrevista inicial e à aplicação dos instrumentos de avaliação. A S.B. apresentava grandes problemas a nível da sociabilização e preconceito acerca da doença. A S.B. apenas saia de casa para ir a consultas, a maior parte do dia mantinha-se em casa deitada.

Quando abordado o tema da música na infância, a S.B. não se recordava de ter ouvido música nem de cantar em criança, muito menos tocou. Tem a recordação de um tambor vermelho quando tinha 4 ou 5 anos, antes de entrar para a escola.

Não estava familiarizada com a música comercial, nem atual nem mais antiga. Não referenciava grupos ou cantores. Gostava bastante de música clássica instrumental, referenciou que lhe era prazeroso e descontraído.

A S.B. manifestava sintomas negativos como o retraimento e embotamento afetivos, apatia, isolamento social, depressão, anedonia, avolição, falta de espontaneidade e de fluidez no discurso, pouco contacto ocular e baixa autoestima. Em sessão mostrava-se ora bastante agitada, ora extremamente calma, não tomando qualquer iniciativa musical ou outra, recusando-se a pegar nos instrumentos. Apresentava problemas de funcionamento e motricidade, esta devido ao seu excesso de peso, mantendo-se letárgica, com dificuldades de coordenação, supostamente também pela quantidade de medicação diária.

Para a S.B. a sociabilização era outro problema. Pedia que a hora das sessões dela fosse durante a hora do almoço para não encontrar os outros utentes da AASPS, tentando evitar qualquer contato ou de necessidade de ter que cumprimentar alguém.

A S.B. apresentava alguma dificuldade respiratória devido ao excesso de peso, a respeito do qual manifestava uma inibição e auto-crítica. A S.B. dizia que "era feia" que se "sentia feia e gorda" e que logo "ninguém iria olhar para ela". Tinha tido uma relação complicada que acabou com restrições judicias de afastamento.

A S.B. é muito criativa na improvisação vocal e gostava de escrever poemas.

No que diz respeito às tendências de comportamento musical, a S.B. não queria tocar instrumentos, mas cantava de forma afinada.

A sua atitude na relação com a estagiária era afável e simpática, sentindo-se à vontade até para confidenciar questões da sua vida afetiva.

Objetivos e Plano Terapêutico

Tendo em conta a avaliação feita no início do processo e identificados os problemas da S.B., foi construído um plano terapêutico (Tabela 6). Esse plano contemplava três problemáticas: a inibição e dificuldades na gestão de atividades de vida diária; a dificuldade nas relações interpessoais; e a muito baixa autoestima.

A inibição e dificuldades na gestão de atividades de vida diária estavam associadas à dificuldade de mobilidade física, devido ao excesso de peso, e à necessidade de controlo da respiração para evitar o cansaço ao executar as tarefas diárias. Foi estabelecido um primeiro tempo, em cada sessão, para executar exercícios de coordenação respiratória.

A S.B., ao revelar dificuldades de sociabilização e de relação interpessoal, levou a estagiária a trabalhar com ela as relações interpessoais, inicialmente através da improvisação vocal em diálogo, como uma forma de conversa musicada, posteriormente utilizando a escrita de canções da autoria da S.B..

Tabela 5

Plano Terapeutico da S.B.

	Objetivo	**Sub-objetivo 1**	**Sub objetivo 2**	**Sub-objetivo 3**
Problema 1	Promover a desinibição e controlo da respiração	Melhorar a capacidade respiratória para a boa emissão de voz	Promover a respiração controlada	Promover a coordenação entre a voz e a respiração
Problema 2	Aumentar as competências interpessoais	Promover a relação com a musicoterapeuta	Promover o contato ocular	Promover a sociabilização
Problema 3	Aumentar a autoestisma	Promover a expressão emocional através das canções	Promover a escrita de canções	Adaptar ou criar melodias para os poemas

Processo Terapêutico

O processo da S.B. iniciou-se em novembro de 2021 e terminou em julho de 2022. No total realizaram-se 22 sessões presenciais e uma em videochamada, via zoom.

Na primeira sessão realizou-se a entrevista, a escala PANSS e a escala de autoestima de Rosenberg**.**

Nas duas primeiras sessões, a SB apresentou-se resistente e afastada, refugiando-se em si mesma, alegando que não tinha jeito para a música, que tinha vergonha de executar esta ou aquela atividade, verbalizando: "nem sei o que estou a fazer aqui, eu não tenho capacidade para fazer nada...". No entanto, ao longo da entrevista inicial, a estagiária apercebeu-se da existência de alguns aspetos positivos com potencial evolução, como por exemplo a curiosidade e entusiasmo mostrado quando era esclarecida sobre os objetivos da musicoterapia e as questões que levantou sobre os benefícios que poderia adquirir. A S.B. mostrou-se desde o início criativa, brincando com palavras que a estagiária proferiu e relatou que escrevia poemas.

Ao longo das sessões a estagiária tentou introduzir alguns instrumentos para que a S.B. pudesse tocar, mas foi apenas a partir da décima primeira sessão que ela pegou em duas maracas e acompanhou a canção. A partir desse momento passou a ser o seu instrumento preferido, escolhendo-o sempre, até nas sessões de grupo que passou a frequentar a partir de fevereiro.

Com a ajuda e apoio musical da estagiária, a SB descobriu que conseguia cantar afinada e adquiriu o gosto pelo canto, o que veio a tornar-se relevante para a escrita das canções, a S.B. passou a cantar as suas próprias canções. As canções vieram a ter um papel estruturante e de valorização das ideias geradas por ela no seu isolamento, vindo a ser mais estruturadas no contexto de uma relação de apoio e validação com a estagiária.

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, S.B. teve um progresso notório no que diz respeito ao seu estado de humor e à interação. A utente passou a apresentar uma postura mais alegre e confiante. Vestia-se com roupa de cores mais vivas, cortou o cabelo com um corte moderno e emagreceu bastante, comprou um fato de banho e foi à praia o que não fazia há vários anos.

No final da intervenção, a S.B. apresentava uma visão mais realista em relação à sua doença e à sua vida social. O seu nível e participação social foi aumentando, saindo todos os dias e interagindo com os outros utentes da AASPS assiduamente nas várias atividades.

Conclusão e Discussão dos Resultados

Desde a elaboração do plano terapêutico da S.B. foram delineados vários procedimentos musicoterapêuticos para as sessões da S.B..

Durante o processo foram observadas mudanças quer de comportamento da S.B. como de relação, tornando-se mais aberta, conseguindo manter o contato ocular durante as improvisações vocais sobretudo enquanto a estagiária a convidava à criatividade e à expressão emocional (*framing*) ou a suportava em acompanhamento instrumental ou vocal. Este processo de interação vocal, sendo a voz o instrumento mais pessoal e privado de cada pessoa, proporcionou, neste caso, uma entrega expressiva reabilitando a funcionalidade da voz e beneficiando o também a parte física e mental da S.B. (Jacobsen & Bonde, 2019).

Foi fundamental a valorização que a estagiária dispensou à S.B, apoiando-a em todo o processo de vocalização e criação desde um estado vulnerável inicial até se tornar-se mais forte e segura (Austin, 2009).

A S.B. reconheceu verbalmente os aspetos positivos, mas também sinalizava negativos, como por exemplo: "Agora está tudo bem, sinto-me muito bem, mas quando chegar a casa lá tenho a vizinha a olhar para mim e a dizer que sou louca". Também

melhorou neste aspeto de foco e bem-estar, sendo que tentava perceber os aspetos positivos de um acontecimento, recusando progressivamente os pensamentos negativos.

Numa das sessões, em abril, estava a escrever um poema sobre a primavera e cometeu um erro ortográfico, o aperceber-se começou a rir. A estagiária valorizou o seu riso e incentivou a inclui-lo na composição o que a S.B. aceitou der imediato, tornando a composição numa "alegre primavera", como ela a intitulou. Foi a primeira vez que a S.B. se riu nas sessões de musicoterapia, revelando-se um momento de transição para sessões seguintes muito mais alegres e leves.

Foram utilizadas técnicas ativas e recetivas, que proporcionaram momentos de expressão, exploração e reflexão dos problemas da S.B., dando oportunidade a refletir sobre ela mesma e o mundo dos outros (Bruscia 2104).

Wheeler (2015) divide a prática da musicoterapia psiquiátrica em três níveis e, neste caso, considera-se que o nível utilizado foi a musicoterapia reeducativa orientada para o *insight*. Na intervenção, foi possível observar uma reorganização de padrões e atitudes relativas a muitos aspetos da vida diária e da realização das atividades quotidianas. Neste nível a verbalização complementou a intervenção, pelo que todas as atividades eram seguidas de uma componente verbal.

As intervenções vão ao encontro da revisão bibliográfica, que revela que a improvisação e a recriação, bem como outras técnicas têm impacto nos sintomas da esquizofrenia, proporcionando a expressão, exploração e reflexão de problemas existentes. Neste caso, verificaram-se resultados que estão comprovadas pela evidência como melhorias na expressão emocional e na comunicação verbal e não-verbal e a redução de sintomas como as perturbações afetivas, a avolição, as perturbações si própria e as perturbações da relação com o mundo externo e à sociabilização (Bruscia, 2016; Silverman, 2013; Thaut, 2014).

A criação de uma relação terapêutica entre a estagiária e a S.B. também provou ser significante, visto que a utente referia que se sentia bastante à vontade com a musicoterapeuta, o que pode ter permitido mais confiabilidade, melhores mudanças terapêuticas, maior adesão e nível de satisfação relacionados com a intervenção (Silverman, 2013; Thaut & Hoemberg, 2014).

A S.B. referiu à diretora técnica que via a estagiária como sua técnica de referência dentro da AASPS (*Diário de Bordo* da estagiária).

Outras Intervenções

Grupo musicoterapia

O grupo de musicoterapia era constituído por 12 elementos, embora nunca estivessem todos, mas apenas 9 se mantiveram assíduos e participativos. Constituiu-se como um grupo heterogéneo, tendo utentes de várias patologias e idades. A caracterização dos participantes no grupo de musicoterapia encontra-se na tabela 2.

Quanto à escolaridade dos participantes está espelhada na tabela 2, sendo na maioria ao nível do terceiro ciclo de escolaridade. No que respeita a zona de residência, o grupo continha utentes de vários bairros da zona metropolitana de Lisboa.

A maioria dos integrantes apresentava diagnósticos como a esquizofrenia, perturbação depressiva, ansiedade. O grupo contou com alguns elementos com muito baixa autoestima e dificuldades de relacionamento. A partir do mês de Abril foi integrada uma utente de 19 anos com um diagnóstico (não fechado) de bipolaridade.

Todos os participantes do grupo frequentavam, à data, ou já tinham frequentado atividades da AASPS, tais como o grupo psicoterapêutico, ginástica terapêutica e/ou teatro de inclusão, espelho social. Alguns já tinha frequentado musicoterapia de grupo. Na AASPS integração e participação em atividades de grupo, para além de indicação clínica também carece da vontade do utente.

Alguns dos participantes eram acompanhados de forma semanal pelo psicólogo em estimulação cognitiva, de forma, também semanal, em atividades grupais e de forma regular em psiquiatria nos hospitais de referência.

O encaminhamento para o grupo de musicoterapia foi sugerido pela orientadora de estágio, diretora técnica da AASPS. Após o contacto com os utentes, deu-se início ao encaminhamento formal daqueles que manifestaram interesse.

Os objetivos terapêuticos foram traçados a partir da primeira sessão em se procedeu à aplicação dos instrumentos de avaliação individual de cada elemento do grupo. Após a análise dos instrumentos de avaliação foi construído um plano terapêutico.

Foram aplicadas técnicas de construção de paisagens sonoras, de improvisação grupal instrumental e vocal, e canções escolhidas pelos participantes.

As sessões decorreram em ambiente prazeroso, com a participação de todos e tinham a duração de 45 minutos.

Numa primeira fase de três sessões, a estagiária recorreu ao sistema de paisagens sonoras (soundscape), inspirada em Murray Schaffer, trabalhando com diversos materiais do dia a dia (copos, palhinhas, pratos, talheres, escovas de dentes, caixas de lata, etc.), na recriação dos ambientes sonoros familiares dos utentes, "os sons da minha rua", "os sons da minha casa", "os ambientes sonoros que gosto", "os ambientes sonoros que não gosto".

Numa segunda fase de quatro sessões, procedeu-se a uma criação de ambientes sonoros com temáticas sugeridas e aceites pelos participantes.

Tabela 6

Plano Terapêutico de Grupo

	Objetivos	**Sub-objetivos**
Problema 1	Promover a comunicação interpessoal	Experienciar ideias em comunicação não verbal; Desenvolver competências necessárias à interação social
Problema 2	Promover a expressão emocional	Promover as funções emocionais e de humor; Promover fruição e bem-estar
Problema 3	Promover a coesão grupal	Colaborar em tarefas coletivas; Promover sentimentos de pertença

Na terceira fase as sessões iniciavam-se por uma canção simples de boas-vindas a todos e cada um dos elementos do grupo, seguia-se um momento de exercícios de respiração e vocalização e improvisação livre com ou sem palavras, liderada por um dos elementos do grupo. Seguia-se um momento rítmico. De início a estagiária, e mais tarde algum dos participantes, pegava num instrumento de percussão e sugeria ao grupo um tema para trabalhar, em improvisação rítmica.

Ao fim de 12 sessões foi possível também acrescentar além instrumentos de percussão a voz, e, sete sessões mais tarde, juntaram-se instrumentos de altura definida, como o xilofone, ukelélé e o teclado. Utilizou-se também práticas de improvisação em díades, quer instrumental quer vocal.

No final das sessões cantavam-se músicas tradicionais portuguesas da escolha dos participantes.

Tendo em consideração o facto de que as pessoas praticamente não se conheciam, o trabalho com o grupo foi muito bem-sucedido, conseguindo a coesão grupal e um bom nível de sociabilização e entreajuda entre os participantes. Revelou-se empatia entre os

participantes podendo ser observado que, mesmo fora das sessões, foram construindo relações e situações de apoio mútuo.

No dia 15 de julho foi realizada uma pequena performance, no antigo Balneário da Ajuda, assinalando o final do estágio, sugerido por A. M. e aceite por todos. Foram cantadas as canções tradicionais portuguesas escolhidas pelos participantes, acompanhadas pela estagiária com viola e com ukulelé.

Casos Individuais

A.P.. A.P. é uma utente do sexo feminino com 52 anos e reside em Lisboa sozinha. Vive no mesmo prédio que o seu pai e relativamente perto da filha. Tem três filhos, dois dos quais fora de Lisboa. Concluiu o 9º ano. Encontrava-se deprimida referindo ter dificuldades ao nível da concentração, da energia e da motivação.

No processo clínico, havia registos de alterações comportamentais, isolamento, incapacidade de manter o funcionamento laboral e atividade compulsiva de acumulação, talvez Síndrome de Diógenes, embora ainda não tivesse este diagnóstico fechado. Por duas vezes foi obrigada a desfazer-se de parte da acumulação que tinha em casa. Era acompanhada e medicada pela psiquiatria regularmente.

A.P. manifestava sintomas negativos como o embotamento afetivo, depressão, falta de espontaneidade e, pouco contacto ocular e baixa autoestima. Por vezes apresenta boa fluidez do discurso, mas de forma "teatral".

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na promoção da expressão emocional, no aumento da motivação e da autoestima. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação rítmica e melódica, o canto, jogos musicais, a escuta de cancões da sua preferência e a expressão de movimento.

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, A.P. apresentou algum progresso. Inicialmente faltava muito às sessões, vinha com pouca confiança, tocava

instrumentos pequenos e preferencialmente os que estivessem próximo dela, tocava muito baixo e quando solicitado para tocar mais alto, não o fazia, não cantava, com ou sem o acompanhamento vocal da musicoterapeuta. Começou a verbalizar os sentimentos do final da sessão.

No início do ano civil teve um retrocesso atribuído ao facto do filho mais novo ter emigrado, mas também se verificou que não estava a fazer a medicação por não ter dinheiro para a adquirir. Esteve ausente da AASPS cerca de um mês. Quando voltou notou-se descuidado com a sua aparência. Foi necessário recuar nas propostas e alterar o plano terapêutico.

Ao longo da intervenção, foi progressivamente recuperando o seu interesse conseguindo improvisar em imitação em espelho e mais tarde em troca de turnos (*cooping* e *turning)*. Quanto à comunicação verbal, foi capaz de introduzir temas de conversa de forma espontânea e a sua aparência também estava mais cuidada.

A.M.. A A.M. tem 60 anos e vivia com o marido e o filho. Desde muito nova, cerca dos 16 anos, que apresentava sintomatologia de depressão e de ansiedade, tendo sido diagnosticada como esquizofrénica já na idade adulta, aos 24 anos. Durante o período de gravidez e perinatal acentuaram-se os sintomas. Esteve internada na ala psiquiátrica de Santa Maria, onde nasceu o filho. A A.M. continuou internada cerca de cinco anos, tendo o filho sido entregue aos cuidados da avó materna. O filho só residiu com os pais já adulto. Depois de ter alta foi indicada para ser seguida na AASPS, onde se mantém há cerca de 30 anos.

A A.M. manifestava pouco contacto ocular e baixa autoestima, situando-se sempre num mundo não real povoado de "príncipes, princesas, reinos cor-de-rosa". Quando se encontrava no mundo real ficava com o semblante carregado e ar de tristeza. Foi difícil realizar a entrevista porque a A.M. verbalizava muito pouco e com um discurso não estruturado.

O trabalho realizado nas sessões baseou-se na expressão emocional, na fronteira do mundo real, no esbatimento do retraimento e o embotamento afetivo e na organização do discurso. Para isso, foram utilizadas técnicas como a improvisação rítmica e vocal e a escuta canto de cancões da preferência da A. M..

Ao longo da intervenção individual de musicoterapia, verificou-se que A.M. foi capaz de manter mais contacto ocular com a musicoterapeuta, sendo que, inicialmente este contacto era predominantemente feito com o instrumento musical.

A A.M. foi capaz de cantar vários cancões do seu interesse, na sua maioria cancões populares, com a estagiária a acompanhar na voz e na guitarra, ou apenas a acompanhar na guitarra. Logo nas primeiras sessões começou a verbalizar os sentimentos do início e do final da sessão. Preferia sempre canções de carater tradicional, que verbalizou relembrarem-lhe a infância, nomeadamente o recreio da escola.

A A.M. revelou dar valor à relação terapêutica, manifestando que a estagiária a deixou à vontade para partilhar e tocar, sem julgamentos.

Também melhorou no aspeto de foco e bem-estar, sendo que tentava perceber os aspetos positivos e reais de um acontecimento, ainda que muitas vezes se mantivesse num plano não real.

H.S.. O H.S. tem 63 anos, vive sozinho, embora tenha uma amiga que reside por perto e que lhe dá alguma assistência. Tem dificuldades económicas derivadas aos baixos recursos financeiros. Usufrui de apoio alimentar da Reefood (um projeto sem fins lucrativos, criado como um instrumento para redirecionar refeições a quem mais precisa).

O H.S. está diagnosticado com esquizofrenia paranoide desde os 19 anos, e parkinsonismo secundário na mão esquerda, possivelmente um efeito secundário da medicação. Tem uma prótese na anca desde janeiro de 2020, nunca fez fisioterapia, por causa

dos confinamentos resultantes da pandemia COVID-19, do que resultou, a nível físico, um comprometimento do membro inferior direito.

Apresentava dificuldades de coordenação, de lateralidade e mobilidade movendo com dificuldade os membros lado esquerdo. Apresentava, também, dificuldades de locomoção e da motricidade fina e alguns comprometimentos cognitivos, sobretudo associados à memória recente. O H.S. teve dois internamentos de longa duração.

Teve vários empregos, dos quais não fala muito. Referenciou que foi DJ nos anos 80 do séc. XX e que viveu em África dos 12 aos 18 anos, de onde verbaliza inúmeras memórias sobretudo memórias rítmicas. Soube-se, também, que esteve quatro anos a trabalhar no arquivo da F. G., ao abrigo de um protocolo social. O H.S. é muito culto e embora a sua memória recente esteja largamente afetada, ele recorda e conversa de assuntos bem argumentados.

Ao início mostrava-se desconfiado em relação à estagiária, mas com o decorrer das sessões tornou-se afável, simpático, atencioso e demonstrou ter bastante humor crítico.

Quando foi diagnosticado com parkinsonismo, em janeiro de 2022, ficou abatido e apresentava baixa autoestima, levando-o ao isolamento, tornando a comunicação interpessoal afetada, além da sua falta da equilibro e da descoordenação motora.

Durante três semanas arranjou desculpas para não frequentar as atividades, inclusive a musicoterapia. A estagiária abordou-o referindo que trabalharia com ele as questões da motricidade e da mobilidade, ao que ele acedeu continuar com a musicoterapia.

Gostava de tocar os instrumentos de percussão, sobretudo os maiores devido às suas dificuldades motoras. Gostava de ouvir cantar, mais do que cantar. Apontou variadas referências musicais, pois, referenciou que durante os anos 80 foi ocasionalmente DJ num bar de Lisboa, fala muito da música Rock, identifica vários grupos e temas do seu agrado.

Apresentaram-se, como objetivos terapêuticos para o H.S., a redução das dificuldades motoras, promovendo um reforço do movimento através da música, e a promoção da autoestima e da expressão emocional, utilizando técnicas adaptadas de RAS – *Rythmic Auditive Stimulation* (Estimulação Auditiva Rítmica), habitualmente usada em doentes neurológicos, nomeadamente com a doença de Parkinson.

Ao longo das sessões, o H.S. foi sentido os resultados positivos, o que restabeleceu uma melhor comunicação com a estagiária, como o visível aumento da autoestima. O H. S. reduziu significativamente as dificuldades que apresentava no início do processo e recuperou autoestima e segurança.

N.S.. O N.S. era, segundo o processo, portador de esquizofrenia psicótica com alguns traços de psicopatia narcisista. Tem 40 anos e vive com a mãe. A sua relação com a mãe é complexa, tentando o N.S. dominar-lhe totalmente a rotina diária e as relações, controlando-a e constantemente solicita que ele se mantenha o centro das atenções. A mãe, até há dois anos atrás ainda lhe tratava da higiene diária, inclusive o banho. O N.S. estava constantemente a mudar de psiquiatra por achar que estes não lhe davam a atenção que ele necessitava, ou por achar que não o estavam a medicar bem, ou ainda porque não "eram competentes". Enquanto durou este estágio o N.S. mudou três vezes de psiquiatra. Por consequência, abandona a medicação, mantendo apenas o injetável mensal.

Usa excessivamente verborreia na comunicação, não deixando que os outros, seus pares e técnicos o interrompam. Torna-se agressivo. Numa sessão, sem que houvesse qualquer sinal, agarrou o braço da estagiária, ao que esta determinou que ficava estabelecida a regra de que a estagiária não tocaria no utente, mas este também não tocaria na estagiária, acrescentando ainda que eram medidas exigidas pelo combate ao COVID-19.

No início das sessões foram administrados a entrevista a escala de Rosemberg, a escala de PANSS. Houve nas respostas do utente, em qualquer dos instrumentos de recolha

de dados, uma tendência para colocar o que lhe parecia mais correto e não o que estava a sentir, tendo-o mesmo verbalizado.

O utente mostrou-se bastante manipulador, desde a primeira sessão. Já tinha tido musicoterapia no passado, na AASPS e em outra instituição, e questionava a ação da estagiária insistindo, em todas as sessões, que não reconhecia o trabalho desta como musicoterapia.

Foi-lhe solicitado que verbalizasse o que gostaria de fazer e acabou por comunicar que só queria ouvir música calma. Assim foi feito. A estagiária iniciou a metodologia GIM, inicialmente mostrou-se interessado, embora ao fim de algum tempo não parasse com a verborreia e tentativa de controlo do tempo da sessão.

Ao fim de um mês e meio comunicou à diretora técnica que "não queria ter mais musicoterapia".

Os instrumentos de avaliação não foram aplicados no término da intervenção dado que a utente quis dar por finalizadas as sessões de musicoterapia, sem aviso prévio.

Outras Atividades

Relata-se aqui atividades e projetos em que a estagiária participou e preparou com e sem os utentes, no âmbito do estágio, nas instalações da AASPS e no exterior, em representação da associação.

II Fórum Nacional de Saúde Mental: Cooperação entre Respostas: Saúde e Segurança Social

A estagiária participou, on-line, no II Fórum de Saúde Mental que se realizou-se no Biblioteca Municipal de Faro, nos dias 11 e 12 de novembro de 2021.

Este fórum abordou possíveis respostas no âmbito dos Hospitais de Dia, Fóruns Sócio-ocupacionais e Unidades Socio-Ocupacionais da Rede Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental. Tratou-se de um evento dirigido aos profissionais que trabalham

na área da saúde mental, tanto do setor público, como privado e social, incluindo também algumas pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias.

Mental Talk: Direitos Humanos na Saúde Mental

A estagiária participou no dia 15 de outubro de 2021 no seminário on-line, na 3ª edição do Mental Talk, sobre Direitos Humanos na Saúde Mental. Este seminário foi promovido pela Rede Social de Lisboa, através do seu Plano de Desenvolvimento Social (PDS).

O debate centrou-se em várias temáticas e áreas problema da saúde e doença mental e pelas contingências associadas à pandemia. Partiu-se de experiências relatadas na primeira pessoa e de como enfrentam, todos os dias, discriminação e barreiras que as impedem de participar em condições de igualdade como os outros cidadãos.

Porque os direitos humanos para as pessoas com experiência de doença mental não são apenas um instrumento, mas sim, uma forma de fortalecer a nossa sociedade contra a exclusão e a segregação, o 3º Mental Talk, teve como objetivo colocar em debate esta temática, de forma que haja a consciencialização social de que nenhuma pessoa pode ficar para trás no seu direito de ser cidadão.

Webinar: Pensar as Respostas Comunitárias de Saúde Mental em Portugal: Perspetiva Internacional

A estagiária participou no webinar, *Pensar as Respostas Comunitárias de Saúde Mental em Portugal*: *Perspetiva Internacional*, promovido pela Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais dia 14 de dezembro de 2021.

Esta iniciativa decorreu no âmbito do **Projeto Agir é Incluir**, que a FNERDM se encontra a desenvolver desde o primeiro cofinanciamento da pandemia SARS – Covid19, e em parceria com diversas entidades que desenvolvem trabalho na área da Reabilitação Psicossocial. Foi um encontro de reflexão conjunta com base nos diferentes serviços de

suporte comunitário internacionais, com o objetivo de lançar a discussão sobre as medidas a implementar com vista à efetiva integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental.

Rede de Saúde Mental, Câmara Municipal de Lisboa

Desde dia 29 de novembro de 2021, a estagiária participou em duas reuniões do grupo de trabalho da Saúde Mental da rede da CML, e da qual a AASPS faz parte. Ao longo das reuniões, foi realizado ponto de situação das várias ações que se encontravam a decorrer, quer por patrocínio da Câmara Municipal de Lisboa, como pelas entidades que fazem parte da Rede de Saúde Mental.

Projeto Ajuda-me a não ter medo, parceria da AASPS com o Teatro Umano

A estagiária acompanhou os utentes no projeto "*Ajuda-Me A Não Ter Medo*!" Este consistiu numa criação artística tendo como referência e elemento estruturador a obra de José Saramago, “Ensaio da Cegueira”, e a relação entre saúde mental e seu estigma associado. Partindo do universo do "Ensaio sobre a Cegueira", a peça "*Ajuda-me a não ter medo*!" desenvolveu a criação de materiais dramatúrgicos e coreográficos, relevando temática da "cegueira" da sociedade perante a saúde mental.

O projeto visou a experimentação artística como processo criativo realizado em colaboração entre arte e saúde mental.

A construção de uma peça original, que foi apresentada no Teatro Taborda, Lisboa, contou com um grupo de utentes da AASPS juntamente com artistas profissionais, pretendeu construir pontes de intervenção social e contribuir para diminuir o estigma colocando a doença mental nos lugares de arte.

Este projeto encerrou no final de dezembro de 2021.

Projeto: TIS – Teatro de inclusão social

TIS é um projeto pretende desenvolver um trabalho artístico para a inclusão social, com pessoas adultas com doença mental a par de diversas situações de vulnerabilidade social, através do envolvimento em manifestações culturais e artísticas melhorando a sua autoestima e o seu autoconceito enriquecendo e dotando-os de cultura e novas experiências. Está inserido no programa ZiP-ZIP da Câmara Municipal de Lisboa.

Utiliza os benefícios do teatro como um instrumento eficaz na compreensão e na procura de alternativas para problemas sociais e interpessoais, procurando contribuir para melhorar a socialização e retirar do isolamento pessoas com doença psiquiátrica e outras reforçando a intervenção nos aspetos da socialização.

O projeto decorre com variadas atividades culturais, artísticas e performativas de novembro de 2021 a outubro de 2022.

Encontro Internacional Arte e Inclusão Social

Integrado no projeto TIS, realizou-se o *Encontro Internacional Arte e Inclusão Social*, no dia 14 de abril, na Oficina Das Artes, Boa-Hora, Lisboa.

Destinou-se a educadores, profissionais sociais e terapeutas, atores e bailarinos, pais, bem como a adultos com necessidades especiais ou fragilidades físicas e mentais, familiares de pessoas com deficiência. Preconizou o encontro na crença de que a integração ocorre por meio da troca e da cooperação entre as pessoas.

A estagiária participou ativamente com uma sessão de musicoterapia de 45 minutos para todos os participantes.

Projeto Novos Criadores Das Infâncias

A estagiária promoveu a deslocação do grupo de musicoterapia da AASPS, entre 2 de fevereiro e 6 de maio, a cinco concertos do projeto *Novos Criadores das Infâncias*, na Fábrica das Artes do Centro Cultural de Belém, no intuito de lhes proporcionar um encontro

cultural musical, em que se sentissem à vontade para assistir e participar na conversa final com os artistas

A AASPS contou com 12 elementos, entre utentes e equipa técnica, usufruindo destes espetáculos, que ligaram várias expressões artísticas, música, drama, tecnologia e plástica.

Nesta temporada, a Fábrica das Artes convidou um criador artístico, o grupo Sete Lágrimas, devido à experiência e reflexão nas áreas da criação, da mediação e intervenção artística, cultural e educativa. O grupo acompanhou jovens músicos na criação de quatro espetáculos portáteis e um espetáculo com todos os participantes. A programação incluiu jovens artistas que procuram os novos caminhos de continuidade e mudança, que a Fábrica das Artes tem vindo a promover.

No final de cada um destes, os utentes da AASPS tiveram a oportunidade de intervir com perguntas aos artistas a propósito dos seus percursos pessoais, artísticos e das suas *performances*.

Feira de Saúde de Belém

No contexto de participação de AASPS, a estagiária realizou um workshop no palco das Palestras da Feira de Saúde de Belém, no dia 13 de maio de 2022. Consistiu na divulgação da musicoterapia como um meio terapêutico na saúde mental.

É tempo de agir! It's time to act!

Realizou-se, nos dias 8 e 9 de junho, um encontro que pretendia sinalizar a urgência da reflexão sobre questões, de forma a promover e a incitar a mudança, envolvendo profissionais da cultura e das artes, mediadores e cidadãos, num processo conjunto de transformação de paradigmas.

Neste encontro realizaram-se três painéis com artistas, programadores, ativistas, mediadores e outros profissionais da cultura ─ com e sem deficiência ─, que debateram as questões e os desafios que enfrentam no panorama cultural e artístico atual. Além disso, foi

um momento de partilha de práticas e projetos na área da mediação inclusiva, que podem constituir terreno fértil para desfazer barreiras e imaginar um panorama cultural e artístico mais inclusivo e acessível.

Os utentes, por seu lado, participaram, no dia 9 de junho, numa das meta-visitas, "O Mundo no Jardim", preparada para o Jardim Gulbenkian e integrada no encontro.

"Ajuda-me a não ter medo" - Performance Musical

No dia 15 de julho realizou-se na sala do antigo Balneário da Ajuda uma performance musical pelo grupo de musicoterapia para assinalar o final do projeto de estágio.

Foram cantadas canções tradicionais portuguesas, em grupo e dois dos utentes cantaram, com a estagiária, três canções escritas pelos próprios.

Conclusões

O presente relatório teve como objetivo a descrição do estágio curricular realizado na AASPS entre setembro de 2021 e junho de 2022. O estágio teve a duração de oito meses e meio durante os quais a estagiária teve a oportunidade de intervir e divulgar a prática e benefícios musicoterapia. A intervenção foi realizada de forma semanal, individual e em grupo, tendo em conta a patologia dos utentes.

Após a análise inicial dos utentes e da instituição, AASPS, decidiu a estagiária, definiu os objetivos gerais de estágio. Incidiu sobre quatro objetivos, a partir dos quais delineou planos os terapêuticos individuais e de grupo de musicoterapia, e a sua participação na vida da instituição. Esses quatro objetivos, promoção da expressão emocional recorrendo à linguagem simbólica da música, a promoção da autodeterminação e do reforço da identidade dos utentes através de conteúdos identitários que a música lhes pode dar, a promoção da relação terapêutica e a sociabilização, e também adicionar a musicoterapia como uma modalidade de recreação terapêutica.

Recorda-se que a estagiária iniciou a sua prática na instituição durante a pandemia SARS-Covid19 e quando se estavam a reiniciar as atividades presenciais da AASPS, após dois confinamentos que limitaram a frequência das pessoas na instituição.

Na generalidade dos objetivos houve uma melhoria significativa, sobretudo tendo em conta o afastamento que os utentes tinham tido da instituição. Alguns dos utentes vinham fragilizados do isolamento, assim as participações nas experiências musicais, sobretudo em grupo, fizeram com que estabelecessem laços afetivos melhorando a sua vida relacional e colaborativa (Grocke *et al.*, 2013).

Ao promover a integração da musicoterapia, usando a linguagem simbólica da música como indutor da expressão emocional, privilegiando a relação terapêutica, observaram-se benefícios nos utentes quer a nível pessoal, como ao nível da sociabilização dentro e fora da

instituição. O potencial terapêutico da música contribuiu para a abertura de canais de comunicação e o estabelecimento das relações interpessoais com os utentes (Costa & Calais, 2010).

Se pequenas melhorias puderam ser observadas durante as sessões, os maiores benefícios observados no final do estágio direcionam-nos para os utentes que frequentaram com mais regularidade as sessões (Mossler *et al.*, 2011).

Adotou-se, também, um objetivo relacionado com a recreação terapêutica, que consistiu na prática de canções tradicionais portuguesas, escolhidas pelos utentes, que no final do estágio serviu para uma apresentação pública. A colaboração e autodeterminação dos utentes, nesta intervenção musicoterapêutica revelou-se num fortalecimento das relações interpessoais (Silverman & Rosenow, 2013).

O diário de bordo, além dos outros instrumentos de avaliação, revelou-se precioso documento de descrição das observações e práticas bem como, de reflexão das ações e situações inesperadas, quer dos utentes como da equipa técnica. Foi realizada, também, uma análise aos dados individuais das entrevistas, bem como um cruzamento entre elas. Elaborou-se esta análise de modo que nos fosse possível apurar as competências que se foram desenvolvendo ao longo das sessões, chegando aos resultados e conclusões que nos ajudaram na busca de interpretações e que nos forneceram informações relevantes acerca do estágio a realizado.

Foram definidas pela estagiária quatro categorias de análise para auxiliar para elaboração das conclusões, todas elas baseadas nos objetivos traçados para este estágio. Definiu-se EEM, a promoção da expressão emocional, recorrendo à linguagem simbólica da música. Podemos afirmar que em EEM observaram-se desenvolvimentos na expressão emocional quer a nível individual, quer a nível grupal. A linguagem simbólica da música foi

facilitadora e indutora neste processo revelando o prazer de experienciar dessa forma o significado da expressão emocional.

ARI foi o código usado para a identificação da promoção e autodeterminação e o reforço da identidade dos utentes através de conteúdos identitários que a música lhes pode disponibilizar. Ao disponibilizar-se conteúdos musicais identitários de cada utente, foram recuperados *isos*, alimentando a autodeterminação dos utentes. Contribuiu-se para a autoestima e autorrelação, o que se considera reforço estrutural para a construção de significado da vida quotidiana no seu meio (Costa *et al.*, 1984).

MRT, musicoterapia como modalidade de recreação terapêutica a inserir na abordagem multidisciplinar da AASPS, surgiu quase naturalmente no final das sessões de grupo e além de elevar a autoestima e a coesão grupal, contribuiu de forma intensa para o envolvimento de toda a instituição, contou seis vezes com a participação e ação da estagiária de teatro comunitário, recorrentemente com a participação do psicólogo estagiário e ocasionalmente com a participação da professora de ginástica terapêutica.

A musicoterapia na doença mental desempenha um papel marcante, sendo possível permitir concluir que contribui de forma significativa para a melhoria dos domínios avaliados (Grocke *et al.*, 2013; Choi *et al.*, 2008; Hayashi *et al.*, 2002).

A intervenção de musicoterapia no contexto estágio permitiu utilizar e adaptar a cada utente vários modelos e técnicas como recursos de descoberta individual e de exploração. Várias técnicas e procedimentos foram utilizados de acordo com o que se conheceu como identitário do paciente, de modo facilitar resultados positivos na intervenção.

A partilha com a equipa técnica revelou-se, ao longo do estágio mais coesa promovendo o apoio entre os vários profissionais. Serviu, esta intervenção, para que a equipa técnica estivesse mais bem informada sobre o papel da musicoterapia, que por consequência determinou a integração desta na oferta terapêutica da instituição.

Reflexão Pessoal

Aceitando Edgar Morin (2002), que nos sugere que o inesperado nos surpreende, porque nos instalamos com demasiada segurança nas nossas teorias e ideias, e ainda, que o novo brota sem cessar, parece-nos que há uma necessidade extrema de ultrapassar o que era dado adquirido e abrir novas narrativas e novos olhares.

Escolhi o título: Ajuda-me a não ter medo, porque quando cheguei à AASPS a primeira atividade que tive foi a observação de uma representação que os utentes estavam a realizar para o dia da saúde mental (12 de outubro). Na altura, e agora, fez-me todo o sentido esta frase, estava ali para ajudar as pessoas nos seus medos!

O tempo passado no estágio trouxe-me um turbilhão de novos desafios e aprendizagem que se transportaram para além do esperado. Desde a utilização da música e som, como nunca o tinha feito durante a minha vida profissional, até ao relacionamento empático com as pessoas. Aprendi a tocar Ukelélé para possuir mais um recurso harmónico e fácil de transportar.

Se por um lado, as teorias apreendidas ao longo do primeiro ano curricular me davam alguma segurança, por outro, o encontro com o desconhecido, a aplicação prática no terreno, o envolvimento no trabalho com as pessoas trazia-me apreensiva.

O início não correu da melhor forma, mas com o passar do tempo, o meu próprio envolvimento na vida das pessoas, na AASPS, tornou o caminho mais fácil.

Ao longo do estágio foi-se construindo um bom entendimento com a equipa e especialmente com a orientadora local, diretora técnica da instituição. Longas conversas semanais abriram-me as portas a novos conhecimentos e ações sobre a saúde mental e sobre os utentes da instituição.

Como estagiária, o meu trabalho consistia em observar os utentes e equipa e trabalhar nas minhas sessões. Mas, como tudo me acaba por fascinar, comecei a envolver-me na vida

desta associação (AASPS), a seguir as atividades em que utentes participavam, a ter longas conversas sobre saúde e doença mental com a minha orientadora local e com o psicólogo da AASPS, travar longas "discussões" técnicas, expressivas e emocionais com a estagiária do teatro comunitário e olhar estas pessoas todas como se as conhecesse de sempre.

Tive a sorte, ou a sabedoria, a iluminar-me e de todas as atividades e momentos musicoterapêuticos e musicais que propus, nenhum me foi negado.

A experiência adquirida neste estágio foi superior ao esperado. Não se baseou apenas em ir à instituição dinamizar as sessões, mas sim, num envolvimento empático com a população da AASPS.

O estágio revelou-se um espaço de experimentação da intervenção musicoterapêutica, em que pude utilizar várias técnicas e métodos, permitindo colocar em prática os conteúdos abordados no primeiro ano. Apesar de sentir que estou mais preparada para intervir como musicoterapeuta, há, ainda, um manancial teórico e prático para adquirir. O trabalho de desenvolvimento profissional e pessoal é em contínuo. Há que muito ansiava por desenvolver formação em musicoterapia era uma área que, e quero, com ela, tornar a minha prática terapêutica empática, confiante, segura e eficaz. Tudo farei para que a musicoterapia seja socialmente uma terapêutica reconhecida e que a profissão seja distinta e usufruída por muitos utentes.

Sim, via-me a fazer musicoterapia na doença mental o resto da minha vida.

Sim, vejo-me bem no papel de dizer: Eu ajudo-te a não teres medo!

Referências

Alves, F. A. (2011). Doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: Um estudo no norte de Portugal. Porto, Portugal: Afrontamento.

Alves, L. E., Monteiro, B. M. M., & Souza, J. C. (2020). Comparação da classificação dos transtornos do desenvolvimento infantil por meio do DSM-5, CID-10 e CID-11. *Research, Society and Development*, *9*(10), e6579109058. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9058

American Music Therapy Association. (2022). *What is Music Therapy?*. https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Eds.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.

Associação Portuguesa de Musicoterapia (2022). *Musicoterapia*. https://www.apmtmusicoterapia.com/

Baker, F., & Wigram, T. (Eds.). (2005a). Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students. Jessica Kingsley Publishers.

Baker, F., & Wigram, T. (Eds.). (2005b). Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students. Jessica Kingsley Publishers.

Benenzon, R. O. (2011). *M;usicoterapia*. Edidiciones Paidós.

Betés de Toro, M. (Ed.). (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Morata.

Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., & Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, *19*(1), 12. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0687-0

Bruscia, K. (2016). *Definindo Musicoterapia: Terceira Edição.* Barcelona Publishers. http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4617397

Bruscia, K. E. (2013). *Musicoterapia: Métodos y prácticas*. Pax México.

Burton, R., & Jackson, H. (2001). *The anatomy of melancholy*. New York Review of Books.

Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M.-A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, *37*(5), 387–390. https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.001

Choi, A.-N., Lee, M. S., & Lim, H.-J. (2008). Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *14*(5), 567–570. https://doi.org/10.1089/acm.2008.0006

Claro, C., & Lapa Esteves, M. (2020). A música na lupa da psicologia face à pandemia: Covid19! *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, *1*(1), 143–154. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1770

Costa, N. L., & Calais, S. L. (2010). Esquizofrenia: Intervenção em Instituição Pública de Saúde. *Psicologia USP*, *21*(1), 183–198. https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000100010

Costa, P. T., McCrae, R. R., & Holland, J. L. (1984). Personality and vocational interests in an adult sample. *Journal of Applied Psychology*, *69*(3), 390–400. https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.3.390

Davis, W., Gfeller, K., & Thaut, M. (2008). An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice. Third Edition. *American Music Therapy Association*. Figueira, M. L. (2014). *Manual de psiquiatria clínica*.

Dias, C. M. (2011). Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos. Lisboa: Tese de Doutoramento.

Gattino, G. S. (2020). *Fundamentos de avaliação em musicoterapia*. Forma e Conteúdo Comunicação Integrada

Greenson, R. R. (1978). *Explorations in psychoanalysis*. International Universities Press.

Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2013). Group music therapy for severe mental illness: A randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *130*. https://doi.org/10.1111/acps.12224

Hayashi, N., Tanabe, Y., Nakagawa, S., Noguchi, M., Iwata, C., Koubuchi, Y., Watanabe, M., Okui, M., Takagi, K., Sugita, K., Horiuchi, K., Sasaki, A., & Koike, I. (2002). Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: A controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *56*(2), 187–193. https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00953.x

Hegde, S. (2017). Music therapy for mental disorder and mental health: The untapped potential of Indian classical music. *BJPsych.International*, *14*(2), 31–33. https://doi.org/10.1192/S2056474000001732

Maranhão, A. L. V. (2000). Acontecimentos Sonoros em Musicoterapia. Apontamentos.

Melo, M.S., Ferreira, G.A (1981). Psiquiatria comunitária na evolução histórica da psiquiatria. *Análise Psicológica, 3*(1): 357-363. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5611/1/1981_3_357.pdf

Mitchell, L. A., MacDonald, R. A. R., & Knussen, C. (2008). An investigation of the effects of music and art on pain perception. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, *2*(3), 162–170. https://doi.org/10.1037/1931-3896.2.3.162

Moreno C. E. (2018) *Esquizofrenia*. https://www.psicologia-online.com/la-esquizofrenia-definicion-causas-curso-y-tratamiento-670.html

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. Em The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD004025.pub3). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub3

Pires, A., Galinha, I. C., & de Herédia, A. (2018). Estudo experimental: Impacto de grupos de canto no bem-estar subjetivo de seniores. *Psychology, Community & Health*, *6*(1), 186–200. https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.159

Poch Blasco, S. (2013). *Musicoterapia en psiquiatria*. Editorial Médica Jims.

Pool, J., & Odell-Miller, H. (2011). Aggression in music therapy and its role in creativity with reference to personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*, *38*(3), 169–177. https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.04.003

Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Médica Portuguesa*, *32*(1), 70. https://doi.org/10.20344/amp.10768

Romero, C., & Ventura, S. (2013). Data mining in education: Data mining in education. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery*, *3*(1), 12–27. https://doi.org/10.1002/widm.1075

Ruud, E., & Wrobel, V. B. (1990). *Caminhos da musicoterapia*. Summus Editorial.

Sacks, O. (2008). *Musicofilia*. Relógio d'água.

Santos NB. (2019) Os Primeiros Cinquenta Anos da Psiquiatria Portuguesa (1835-1885). Lisboa: Lidel.

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). *Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão Portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg* [Confirmatory factor analysis and preliminary validation of a Portuguese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale]. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, *8*(2), 253–268.

Schwarz, A. A., & Schweppe, R. P. (2002). *Cúrate con la música*. Robinbook.

Silverman, D. D. (2006). A critical introduction to phonology: Of sound, mind and body. Continuum.

Silverman, D., & Davidson, I. (2009). Your brain after chemo: A practical guide to lifting the fog and getting back your focus. Da Capo Lifelong.

Silverman, M. J., & Rosenow, S. (2013). Immediate quantitative effects of recreational music therapy on mood and perceived helpfulness in acute psychiatric inpatients: An exploratory investigation. *The Arts in Psychotherapy*, *40*(3), 269–274. https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.04.001

Silverman, W. K., Wood, J. J., Barker, D. H., de la Torre, J., Saavedra, L., & Xie, M. (2019). Trajectories and predictors of response in youth anxiety CBT: Integrative data analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(2), 198–211. https://doi.org/10.1037/ccp0000367

Siqueira-Silva, R., Nunes, J.A., & Moraes, M.O. (2013). *Portugal e Brasil no cenário da saúde mental.* Fractal: Revista de Psicologia.

Skriner, L. C., Chu, B. C., Kaplan, M., Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Kendall, P. C., Nauta, M. H.

Solanki, S., Gupta, I., Prasad, S., & R., C. B. R. (2013). Prevalence and severity of tooth wear in 12 to 15 year old school children in the Gurgaon district, Haryana, India: A cross-sectional study. *Archives of Oral Research*, *9*(2). https://doi.org/10.7213/archivesoforalresearch.09.002.AO07

Swanwick, K. (2007): *Ensinando Música Musicalmente*. Editora Moderna

Tamminga, C. A., Ivleva, E.I., Reininghaus, U., & Os, J. van (Eds.). (2021). *Psychotic disorders: Comprehensive conceptualization and treatments*. Oxford University Press.

Tenório, F. (2016). Psicose e esquizofrenia: Efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *23*(4), 941–963. https://doi.org/10.1590/s0104-59702016005000018

Thaut, M., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). *Handbook of neurologic music therapy* (First published in paperback).

The Nordoff-Robbins Music Therapy Foundation (2022). *The Nordoff-Robbins Approach*. https://www.nordoffrobbinsfoundation.org/the-nordoffrobbins-approach

Tyson, G. A., & Hubert, C. (2000). Australian adolescents' explanations of juvenile delinquency.*Australian Journal of Psychology*, *52*(2), 119–124. https://doi.org/10.1080/00049530008255377

Vessoni, A. L. N. (1993). Adaptação e Estudo da Confiabilidade da Escala de Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa para a Esquizofrenia no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1993.

Wang, C.-F., Sun, Y.-L., & Zang, H.-X. (2014). Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: A meta-analysis of 10 randomized studies. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(1), 51–62. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.008

Weigsding, J. A. (2015). A Influência Da Música No Comportamento Humano. *Arquivos do Mudi*, *18*(2). https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/25137

World Health Organization. (2015). International statistical classification of diseases and related health problems. Em *ICD-10* (10th revision, Fifth edition, 2016). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Entrevista Estruturada

Apêndice B - Grelha de Observação

Apêndice C - Folha de Diário de Bordo

APÊNDICE A

Entrevista Estruturada

Entrevista

A. Dados Pessoais

1	**Idade**		anos	**2**	**Data de Nascimento**	___ / ___ / _____	

3	**Género**		Masculino	**4**	**Escolaridade**	Não sabe ler nem escrever	
			Feminino			Sabe ler e/ou escrever	
			Outro			**Nível**	
						1º-4º anos	
5	**Profissão**					5º-6º anos	
						7º-9º anos	
6.1	**Freguesia**					10º-12º anos	
6.2	**Concelho**					Estudos Universitários	
6.3	**Distrito**					Formação pós-graduada	

7	**Estado Civil**	Solteiro(a)	
		Casado(a)	
		União de facto	
		Separado(a)	
		Divorciado(a)	
		Viúvo(a)	

B Diagnóstico e patologia

B1. Qual o seu diagnóstico?

B2. Há quanto tempo foi diagnosticado(a)?

B3. Está atualmente em tratamento?

B4. Em que medida precisa de medicação para fazer a sua vida diária?

B5. Pode definir como gosta da vida?

C. Instituição

C1. Há quanto tempo frequenta a AASPS?

C2. Que terapias e atividades frequenta na AASPS? E fora da AASPS?

D. Musicoterapia

D1. Conhece ou já ouviu falar da musicoterapia?

D2. Já usufruiu de sessões de musicoterapia?

D2.a. Em que instituição?

D2.b. Durante quanto tempo?

F. Vida Quotidiana

F3. Sente que a sua vida tem sentido?

F4. Até que ponto se consegue concentrar?

F5. Sente em segurança na sua vida diária?

F6. Tem energia suficiente para a sua vida diária?

F7. É capaz de aceitar a sua aparência física?

F8. É economicamente autossuficiente?

F9. Tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?

G. Relações

G1. Tem amigos? Recebe apoio dos seus amigos?

G2. Está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?

G3. Com quem coabita?

G4. Está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive? Porquê?

H. Outras questões

H1. Está satisfeito(a) ou insatisfeito (a) com o seu sono? Porquê?

H2. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

APÊNDICE B

Grelha de Observação

Data	Desenvolvimento				
1. Perfil de Escuta Sonora	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
1.1. Consciência aos sons externos					
1.2. Consciência dos sons próprios					
1.3. Escuta rítmica					
1.4. Escuta melódica					
1.5. Escuta harmónica					
1.6. Escuta sons e ruídos do ambiente					
1.7. Escuta sons e ruídos da natureza					
1.8. Reação ante cancões conhecidas					
1.9. Reação ante cancões desconhecidas					
2. Perfil de Manipulação Sonora	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
2.1. Sons vocais					
2.2. Sons corporais					
2.3. Sons de objetos					
2.4. Sons instrumentais					
3. Perfil do Domínio Instrumental	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
3.1. Selecção de instrumentos					
3.2. Tipo de relação com os instrumentos					
3.3. Habilidades para reproduzir sons					
3.4. Envolvimento corporal					

4. Perfil de Improvisação Sonora	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
4.1. Exploração de sons					
4.2. Produção de sons					
4.3. Improvisação rítmica					
4.4. Improvisação melódica					
4.5. Tipo de improvisação	Estruturada		Livre		

5. Perfil de Resposta Musical	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
5.1. Corporal					
5.2. Expressão emocional					
5.3. Capacidade de associação					
5.4. Capacidade de identificação					
5.5. Capacidade de elaborar fantasias					
5.6. capacidade de socialização					
5.7. Capacidade de prazer					

6. Perfil de Comunicação Sonora	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
6.1. imitação sonora					
6.2. Imitação melódica					
6.3. Desenvolvimento rítmico					
6.4. Desenvolvimento melódico					
6.5. Intencionalidade comunicativa	Conseguir atenção	Coordena turnos	Iniciar mat. sonoro	Explorar e integrar	Expressa emoções

7. Perfil de Capacidades Musicais	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
7.1. Pulsação rítmica					
7.2. Tempo					
7.3. Ritmo					
7.4. Melodia					
7.5. Fraseado					
7.6. Dinâmica					
7.7. Timbre					
7.8. Registo					
7.9 Textura					
7.10. Silencio					
7.11. Canções					
7.12. Associação de sons – símbolo convencional					
7.13. Associação sons – símbolo não convencional					
7.14. memória musical					
8. Área Cognitiva e Senso-precetiva	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
8.1. Capacidade de atenção					
8.2. Capacidade de concentração					
8.3. Memória a largo prazo					
8.4. Memória a curto prazo					
8.5. Capacidade para relacionar e associar					
8.6. Capacidade para desenvolver tarefas organizadas					
8.7. Capacidade para processamento sequencial					
8.8. Capacidade para generalizar					
8.9. Pensamento simbólico					
8.10 Pensamento abstrato					
8.11 Exploração visual					
8.12 Desenvolvimento auditivo					
8.13. Exploração táctil					
8.14 Consciência do espaço					
8.15. Consciência do tempo					
8.16. Relação tempo-espaço					
8.17. Memória espacial					

8.18. Memória temporal					
9. Área Motora	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
9.1. Sensação de peso					
9.2. Consciência de equilibro					
9.3. Desenvolvimento da lateralidade					
9.4. Motricidade grossa					
9.5. desenvolvimento da marcha					
9.6. Desenvolvimento da rotação					
9.7. Desenvolvimento do salto					
9.8. Coordenação geral					
9.9. Motricidade fina					
9.10. Capacidade para manipulação de objetos					
9.11 Coordenação fina					
9.12 Relação tensão – relaxamento					
9.13 Tonicidade					
9.14 Estereotipias					
10. Sócio - afectiva e Comunicação	Muito desenvolvida	Desenvolvida	Pouco desenvolvida	Nada desenvolvida	Observações
10.1 Capacidade de expressão emocional					
10.2 Consciência da expressão emocional					
10.3. Habilidades para a interação social					
10.4 Domínio da linguagem verbal compreensiva					
10.5. Domínio da linguagem verbal expressiva					
10.6. Domínio da linguagem não- verbal compreensiva					
10.7. Domínio da linguagem não- verbal expressiva					
10.8. Ecolalia					
10.9. Capacidade para escutar					
10.10 Capacidade para responder					
10.11 Capacidade de imitação					

10.12 Capacidade de improvisação e desenvolvimento						
10.13 Capacidade de colaboração e cooperação						
10.14 Capacidade para alcançar o acordo						
10.15 Capacidade para aceitar normas e adaptar-se						
10.16 Comportamentos sociais						
10.17 Estado emocional geral						
10.18 Intencionalidade comunicativa	Conseguir atenção	Fazer pedidos	Fazer comentários	Procurar informação	Comunicar sentimentos	

∗ Adaptado de um modelo de Professora Doutora Susana A. Gutierrez Jimenez, Musicoterapeuta

Outras observações:

APÊNDICE C

Folha de Diário de Bordo

Estágio de Musicoterapia 2021/2022

Dia 7 de Outubro

Tal como foi combinado com a Dra Carla Fernandes, apresentei-me ontem às 9:30h da manhã para começar o estágio.

Quando cheguei a Dra Carla não se lembrava que eu ia começar. Disse-me que não podia começar sem protocolo da Lusíada e posterior aval da Direção da AASPS.

Mas, como eu já lá estava podia ir assistir à sessão de teatro, que preparava um excerto de uma peça para apresentar na próxima segunda-feira. Assim foi. A sala de ensaio é no centro comunitário que fica a cerca de 300m da AASP. Fui com a Dra Carla de carro até ao local e assisti ao ensaio. Ao meio-dia voltei à sede da AASPS e a Dra Carla disse-me que não voltasse de tarde e que também não fosse no dia seguinte, porque ainda não havia protocolo e que de tarde era dia de terapias que não seria suposto que eu assistisse.

O que eu vi:

Parceria com o **Teatro Umano** (ler sobre isto) assisti ao ensaio de um excerto de uma peça, o ensaio Sobre a Cegueira de José Saramago, que o grupo de teatro estava a ensaiar para uma sessão de apresentação pública, dia 11 de outubro, na Fundação Saramago, incluído no:

me a não ter medo! “ a partir do Ensaio sobre a Cegueira" de José Saramago.

Não tive a possibilidade de acompanhar ao vivo, mas acompanhei a gravação no Youtube

https://www.facebook.com/teatroumanopt/videos/1087745692055472:

Horário: 9:30h às 12:30

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Escala PANSS

Anexo B - Escala de Autoestima de Rosenberg

Anexo C - Folha de registo das sessões

Anexo D - Consentimento Informado

Anexo E - Cartazes e evidência

ANEXO A

Escala PANSS

1

Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS (Vessoni, 1993)

Instruções: Circule o grau apropriado para cada dimensão após determinada entrevista clínica. Remeta-se ao manual de avaliação para os itens definição, descrição pontos de ancoragem e o procedimento de contagem. 1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva							
P1 - Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2 - Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3 - Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4 - Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5 - Grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
P6 – Desconfiança e Perseguição	1	2	3	4	5	6	7
P7 - Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7
Escore da Escala Positiva:_____							

Escala Negativa							
N1- Embotamento Afetivo	1	2	3	4	5	6	7
N2 - Retraimento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3- Contato pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4- Retraimento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6	7
N5- Dificuldade pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6	7
N6- Falta de espontaneidade e fluência	1	2	3	4	5	6	7
N7- Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Escore da Escala Negativa:_____							

Escala de Psicopatologia Geral							
G1 – Preocupação somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 – Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3 – Culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4 – Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5 – Maneirismo/postura	1	2	3	4	5	6	7
G6 – Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7 – Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 – Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9 – Conteúdo incomum do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10 – Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11 – Déficit de atenção	1	2	3	4	5	6	7
G12 – Juízo e crítica	1	2	3	4	5	6	7
G13 – Distúrbio de volição	1	2	3	4	5	6	7
G14 – Mau controle de impulso	1	2	3	4	5	6	7
G15 – Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16 – Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6	7
Escala de psicopatologia Geral:_____							

PANSS TOTAL: _____

ANEXO B

Escala de Autoestima de Rosenberg

Escala de Auto-Estima de Rosenberg

Dados do Utente:

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

2 – Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

3 – Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracassado.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

4 – Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

5 – Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

6 – Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

7 – No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

8 – Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

9 - Às vezes eu sinto-me inútil.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

10 – Às vezes eu acho que não presto para nada.
Concordo Totalmente Concordo Discordo Discordo Totalmente

ANEXO C

Folha de registo das sessões

Ficha da Sessão

NOME/GRUPO: _____

Sessão nº: _____ Data_____ Horário: _____

<table>
<tr><td colspan="2">1. Assuntos abordados</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Instrumentos escolhidos</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Episódios apresentados pelo paciente (novidades e/ou mudanças)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>4. Expressão musical</td><td>5. Técnicas e procedimentos</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">6. Ação da terapeuta</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Reflexão sobre a sessão</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
</table>

ANEXO D

Consentimento Informado

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exmº(ª) Srº(ª)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde Vª Exª está integrado(a) e da qual recebe serviços de intervenção, acolhe este ano lectivo um(a) estagiário(a) do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

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

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

Com os melhores cumprimentos,

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

ANEXO E

Cartazes e evidência

WEBINAR
FNERDM
Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais
"Pensar as Respostas Comunitárias de Saúde Mental em Portugal: Perspetiva Internacional"
14 de DEZEMBRO de 2021
16h00 Plataforma ZOOM
(com tradução)
Moderação: Mª João Vargas Moniz (APPsyCI/ ISPA)
Oradores Convidados:
Gabriel Ivbijaro, World Federation of Mental Health (WFMH)
Liuska Sanna, Mental Health Europe (MHE)
John Saunders, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)
Telma Guerreiro, Deputada do Grupo Parlamentar do PS
Encerramento: António Marques (FNERDM)
Projeto cofinanciado pelo Programa de Financiamento a Projetos pelo INR, I.P.
Entidades Parceiras:
Este documento é da autoria e exclusiva responsabilidade da FNERDM.

Ajuda-me a não ter medo
Baseado na obra de José Saramago “ Ensaio sobre a Cegueira “
10 e 11 de Dezembro
19:30 horas
Teatro Taborda . Costa do Castelo 75 Lisboa
TEATRO UMANO
AASPS
TEATRO BANDO
REPÚBLICA PORTUGUESA
DGS
Programa Nacional para a Saúde Mental
TEATRO DA GARAGEM

3.ª edição
mental talk
Lisboa em rede pela Saúde Mental
Direitos Humanos na Saúde Mental
web seminar
15 outubro
9h00
17h00
Informações
redesocialdelisboa@cm-lisboa.pt
218 172 462
Rede Social Lisboa
Fundação "la Caixa"
Incorpora

CASTING
Há potencial em Ti
procuramos pessoas especiais.
Histórias, protagonistas e peças fundamentais
PRECISAMOS DE
Teatro de Inclusão Social

DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde | Programa Nacional para a Saúde Mental

PROGRAMA NACIONAL Para a SAÚDE MENTAL

II Fórum Nacional de Saúde Mental

Cooperação entre Respostas: Saúde e Segurança Social

PROGRAMA CIENTÍFICO
11 de Novembro 2021

9h30 **ABERTURA DE SECRETARIADO**
Registo e Boas Vindas ao Fórum

10h00 **SESSÃO DE ABERTURA**
Assessora do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde | Paula Domingos
Coordenadora Nacional da Comissão da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados - Ministério da Saúde | Cristina Henriques
Coordenadora Nacional da Comissão da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados – Ministério do Trabalho da Solidariedade e da Segurança Social| Cristina Caetano
Diretora da Biblioteca Municipal de Faro | Sandra Martins

10h30 **I CONFERÊNCIA – Os Desafios da Articulação entre a Saúde e a Segurança Social**

Diretor Clínico do Centro de Recuperação de Menores das Irmãs Hospitaleiras| João Albuquerque

Moderadora: Cláudia Reis |Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Hospital de Portimão

11h10 **INTERVALO**

11h40 **I PAINEL – Respostas complementares da Saúde e da Segurança Social na região Norte**

Hospital de Dia do Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia e Espinho | Raquel Silva
Fórum Sócio-Ocupacional da Associação Recovery | Miguel Durães
Unidade Sócio-ocupacional dos Cuidados Continuados Integrados da Encontrar+se | Filipa Palha

Moderadora: Cláudia Reis |Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Hospital de Portimão

12h40 **INTERVALO - ALMOÇO LIVRE**

14h30 **II CONFERÊNCIA – Modelos de Hospitais de Dia com Correntes de Base Psicoterapêutica**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo | Isaura Neto

Moderadora: Ana Pinto Coelho |Diretora e Curadora do Festival Mental

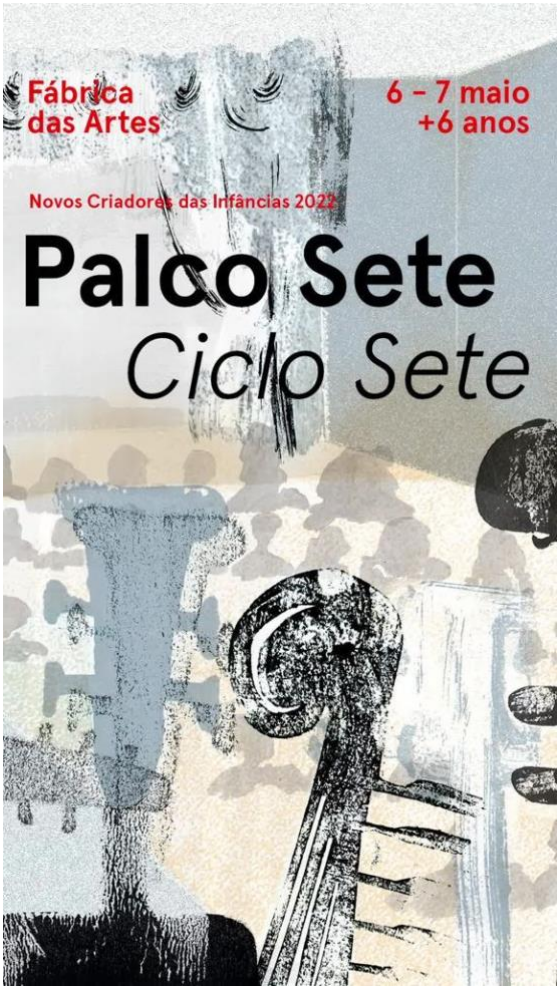
15h10 **II PAINEL – Respostas complementares da Saúde e da Segurança Social na região Centro**

Hospital de Dia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra | Joana Andrade
Fórum Sócio-Ocupacional da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares | Luís Oliveira
Fórum Sócio-Ocupacional da Centro Educação Especial Rainha Dona Leonor | Sandra Oliveira

Moderadora: Ana Pinto Coelho |Diretora e Curadora do Festival Mental

16h10 **Encerramento**

PROJETO
1º ENCONTRO
TiS
Teatro de Inclusão Social
encontro internacional arte e inclusão social
Workshops, Performances e Convívio.


Fábrica das Artes
6 - 7 maio
+6 anos
Novos Criadores das Infâncias 2022
Palco Sete
Ciclo Sete

CONVITE
O grupo de Musicoterapia da AASPS e a musicoterapeuta estagiária convidam-vos a assistir à apresentação de um momento dedicado à música tradicional portuguesa e música de autor.
Realizar-se-á dia 15 de julho, pelas 14 horas, na Oficina das Artes (antigo balneário da Ajuda).
Contamos com a vossa presença