



Universidades Lusíada

Ferreira, André Alves, 1983-

Melodias de uma vida : o papel da musicoterapia no bem estar do geronte

<http://hdl.handle.net/11067/3660>

Metadados

Data de Publicação	2013
Resumo	A Organização Mundial de Saúde escolheu a expressão “envelhecimento activo” para expressar a sua visão sobre este processo fisiológico dotado da intenção de otimizar oportunidades (saúde, participação e segurança). Assume, assim, o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O envelhecimento activo permite que as pessoas percebam o seu potencial a vários níveis: bem estar físico, social e mental. Aliado a este, existe um outro conceito complexo de bem estar que...
Palavras Chave	Projecto Alcantara (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-FCHS] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-23T13:34:55Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Melodias de uma vida: o papel da musicoterapia
no bem estar do geronte**

Realizado por:

André Alves Ferreira

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr. Carlos Filipe Antunes dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Vogal:

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

Relatório aprovado em:

14 de Março de 2014

Lisboa

2013



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Melodias de uma vida:
o papel da musicoterapia no bem estar do geronte**

André Alves Ferreira

Lisboa

Julho 2013



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Melodias de uma vida:
o papel da musicoterapia no bem estar do geronte**

André Alves Ferreira

Lisboa

Julho 2013

André Alves Ferreira

Melodias de uma vida: o papel da musicoterapia no bem estar do geronte

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

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

Orientador de estágio: Dr. Carlos Filipe Antunes dos Santos

Lisboa

Julho 2013

Ficha Técnica

Autor André Alves Ferreira
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientador de estágio Dr. Carlos Filipe Antunes dos Santos
Título Melodias de uma vida: o papel da musicoterapia no bem estar do geronte
Local Lisboa
Ano 2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FERREIRA, André Alves, 1983-

Melodias de uma vida : o papel da musicoterapia no bem estar do geronte / André Alves Ferreira ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Carlos Filipe Antunes dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - SANTOS, Carlos Filipe Antunes dos, 1948-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa
2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
3. Projecto Alcantara (Lisboa, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people - Portugal - Lisbon
2. Older people - Institutional care - Portugal - Lisbon
3. Projecto Alcantara (Lisbon, Portugal) - Study and Teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F47 2013

Ao meu pai, à minha mãe, que tornaram tudo “isto” possível.

Obrigado!

Agradecimentos

O meu agradecimento à Prof^a Doutora Teresa Leite, coordenadora do Mestrado em Musicoterapia, à Prof.^a Dra. Margarida Rebelo, pela disponibilidade e dedicação pela orientação prestada na realização deste trabalho, ao meu orientador de estágio do Projecto Alkantara Dr. Filipe Santos.

Um sincero obrigado à equipa técnica do Projecto Alkantara, pela disponibilidade, generosidade, partilhada ao longo deste estágio.

A todas idosas do Centro de Apoio a Idosos, sem elas este trabalho seria impossível. A sua disponibilidade, simpatia, dedicação e amizade tornaram todo o processo mais simples e mais fácil.

Aos meus amigos, o meu sincero obrigado e as minhas condolências pelo meu *mau feitio*. Contudo, sem eles não teria a sanidade mental. À Anabela Laranjinha, à Sofia Duarte e ao Miguel Esteves, obrigado!

Pobre Velha Música!

Pobre velha música!

Não sei por que agrado,

Enche-se de lágrimas

Meu olhar parado.

Recordo outro ouvir-te,

Não sei se te ouvi

Nessa minha infância

Que me lembra em ti.

Com que ânsia tão raiva

Quero aquele outrora!

E eu era feliz? Não sei:

Fui-o outrora agora.

Fernando Pessoa, in "Cancioneiro"

Resumo

A Organização Mundial de Saúde escolheu a expressão “envelhecimento activo” para expressar a sua visão sobre este processo fisiológico dotado da intenção de otimizar oportunidades (saúde, participação e segurança). Assume, assim, o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O envelhecimento activo permite que as pessoas percebam o seu potencial a vários níveis: bem estar físico, social e mental.

Aliado a este, existe um outro conceito complexo de bem estar que engloba três campos: o psicológico, o social e o subjetivo.

A musicoterapia tem vindo a desempenhar, cada vez mais, um importante papel terapêutico e até mesmo profilático na manutenção do bem estar. Coffman & Adamek (1999) e Hays (2005), apoiam fortemente a utilização de música como forma de aumentar o bem estar e a agilidade física. A aplicação de musicoterapia e de programas de música no seio da comunidade revelam-se ferramentas eficazes na promoção de um estado de bem estar entre os idosos.

O presente trabalho académico pretende dar a conhecer o trabalho realizado no âmbito do estágio de intervenção musicoterapêutica desenvolvido no Centro de Apoio a Idosos do Projecto Alkantara - Associação de Luta Contra a Exclusão Social.

O estágio teve a duração de 9 meses durante os quais foram realizadas sessões em contexto de grupo. Como forma de avaliação do cumprimento dos objetivos terapêuticos previamente estabelecidos, foi aplicada, num pré e pósteste, a escala de bem estar psicológico de Ryff, foram conduzidas entrevistas informais, realizaram-se gravações e preencheram-se grelhas de observação.

Apesar do resultado da intervenção musicoterapêutica ter sido considerado bastante positivo pelos intervenientes nas sessões (musicoterapeuta e participantes) e pelo orientador de estágio e restante equipa técnica do Projecto Alkantara, permanece a possibilidade de continuação do trabalho desenvolvido de forma a atingir um potencial terapêutica ainda maior.

Palavras-Chave: Envelhecimento ativo, bem estar psicológico, idoso, musicoterapia, centro de apoio a idosos.

Abstract

The World Health Organization chose the term "active aging" to express its view on this physiological process endowed with the intention of optimizing opportunities (health, participation and security). Thus assumes the goal of improving the quality of life as people age. Active aging allows people to realize their potential on several levels: physical well-being, social and mental.

Allied to this concept, there is another complex concept of wellness which gathers three areas: psychological, social and subjective.

Music therapy has been playing more and more an important therapeutic and even prophylactic role in the maintenance of well-being. Coffman & Adamek (1999) and Hays (2005), strongly support the use of music as a way to increase the well-being and physical agility. The use of music therapy and of music programs in the community is an effective tool in promoting a state of well-being among the elderly.

This paper aims to present the music therapeutic intervention internship developed at the Elderly Support Center of Projecto Alcantara - Association against social exclusion.

The internship lasted for nine months during which sessions were held in a group setting. As a way of assessing the achievement of the therapeutic goals previously established, the Ryff's scale of psychological well-being was applied in a pre and post-test, informal interviews were conducted, recordings were made and observation grids were filled up.

Despite the result of the music therapeutic intervention was considered very positive by the participants of the sessions (music therapist and the elderly) as well as the internship supervisor and the rest his team at Projecto Alcantara, the possibility of further work in order to achieve a greater therapeutic potential remains.

Key words: Active aging, psychological well-being, elderly, Music therapy, elderly support center.

Lista de ilustrações

Ilustração – 1	4
Ilustração – 2	5
Ilustração – 3	19
Ilustração – 4	20
Ilustração – 5	21
Ilustração – 6	21
Ilustração – 7	22
Ilustração – 8	23
Ilustração – 9	27
Ilustração – 10	36
Ilustração – 11	42

Lista de Tabelas

Tabela – 1	23
Tabela – 2	31
Tabela – 3	38

Lista de Abreviaturas

BES – Bem Estar Subjetivo

BEP – Bem Estar Psicológico

OMS – Organização Mundial de Saúde

Sumário

Introdução	1
1. Descrição da Instituição	2
1.1 Enquadramento Histórico	2
1.2. Missão e objectivos do Projecto Alkantara	2
1.3. Valências	3
1.4. Equipa	4
1.5. Centro de Apoio a Idosos	4
1.6. Descrição da População Alvo	6
2. Enquadramento teórico	7
2.1. O idoso	7
2.2. Envelhecimento ativo	7
2.3. Modelos de bem estar	9
2.3.1. O bem estar psicológico	12
2.3.1.1. As dimensões do bem estar psicológico	13
2.4. O potencial terapêutico da musicoterapia no bem estar do geronte	15
2.4.1. O papel preventivo da musicoterapia no idoso	16
2.4.2. Técnicas e/ou actividades de musicoterapia no geronte	17
2.4.3. As dinâmicas de grupo em musicoterapia	18
3. Metodologia	19
3.1. Objetivos de estágio	19
3.2. Descrição da amostra	19
3.1.1. Idade	19
3.1.2. Estado civil	20
3.1.3. Índice de natalidade	20
3.1.4. Preferências musicais	21
3.1.5. Naturalidade	22
4.1.6. Diagnóstico e Observações	23
4. Procedimentos	24
4.1. Integração	24
4.2. Recolha de dados	25
4.3. Intervenção	26
5. Agenda semanal	27
6. Técnicas e/ou actividades de musicoterapia	27
7. Materiais utilizados	28

8. Instrumentos de avaliação	29
8.1. Escala de avaliação de bem estar psicológico de Ryff	29
8.2. Entrevista informal de avaliação das canções realizadas	29
9. Outras intervenções clínicas - Grupos de musicoterapia	30
10. Estudos de caso	31
10.1. Estudo de caso I	31
10.1.1. Descrição do sujeito	31
10.1.2. Plano terapêutico	32
10.1.3. Descrição das sessões	32
10.1.4. Discussão de resultados	36
10.2. Estudo de caso II	37
10.2.1. Descrição do sujeito	37
10.2.2. Plano terapêutico	39
10.2.3. Descrição das sessões	39
10.2.4. Discussão de resultados	42
11. Discussão e conclusões	43
12. Reflexão final	44
13. Referências	45
14. Bibliografia	51
15. Apêndices	53
Apêndice A – Dados individuais da amostra	54
Apêndice B – Grupo II – Sentimento de perda (construção da canção)	55
Apêndice C – Grupo I – Estimulação cognitiva (construção da canção)	56
Apêndice D – Grupo III – Relações interpessoais (construção da canção)	57
Apêndice E – Grupo III – Relações interpessoais (hino do grupo)	58
Apêndice F – Grupo III – Relações interpessoais (canção De onde vens?)	59
Apêndice G – Dados da escala de bem-estar do sujeito C. V.	60
Apêndice H – Dados da escala de bem-estar do sujeito M. A.	61
16. Anexos	62
Anexo A – Escala de bem-estar psicológico de Ryff	63

Introdução

O presente trabalho tem como propósito relatar a intervenção relativa ao estágio académico do mestrado em musicoterapia que decorreu no âmbito de uma parceria entre a entidade de acolhimento do estágio (Projeto Alkantara) e a Universidade Lusíada de Lisboa.

Em termos estruturais, o presente relatório inicia com uma descrição breve da instituição em que o estágio foi realizado para desta forma se conseguir compreender o contexto da população intervencionada. Após esta introdução seguir-se-á um breve enquadramento teórico sobre o idoso, as definições dos conceitos do envelhecimento ativo, bem-estar e bem-estar psicológico e uma contextualização teórica da abordagem musicoterapêutica com esta população. Sendo uma população idosa autónoma a musicoterapia poderá ter um papel fundamental na área da profilaxia e como promoção de bem-estar.

A segunda parte deste relatório diz respeito à metodologia, onde serão descritos os processos de intervenção e, mais detalhadamente, dois estudos de caso.

1. Descrição da Instituição

1.1. Enquadramento Histórico

Para que percebamos o propósito da instituição é necessário fazer uma breve revisão do enquadramento histórico do local onde esta está localizada.

O Casal Ventoso situava-se na freguesia de Santo Condestável e era habitado na maioria por classes populares, onde a elevada pobreza, a degradação das habitações e o analfabetismo conduziam à exclusão social (Alkantara, 2001).

A partir de 1998, o programa de realojamento, “Plano Integrado de Reversão”, financiado pela Comunidade Europeia e pelo Estado Português conduziu à demolição do bairro e ao realojamento da população no Bairro do Cabrinha e mais tarde no Bairro do Loureiro.

Em 1999, no Bairro do Cabrinha, é criado o Projeto Alkantara (cuja palavra deriva da palavra árabe “Al-Kantara” que significa ponte), uma associação de apoio à população do bairro que pretende ser a ponte de transição da exclusão para inclusão social (Alkantara, 2001).

1.2. Missão e objectivos do Projecto Alkantara

O Projeto Alkantara - Associação de Luta Contra a Exclusão Social é uma Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS situada no Bairro do Cabrinha, Lojas 2 e 4-A.

Esta associação tem acompanhado a reinserção habitacional e social dos moradores dos Bairros do Cabrinha, Loureiro e Ceuta Sul com base num modelo de realojamento que determinou que parte substancial dos idosos residentes nestes bairros fosse realojada em habitações separadas da dos seus filhos, muitos ainda perdendo relações de vizinhança cimentadas ao longo de décadas.

O Projecto Alkantara é criado a fim de prestar apoio e acompanhamento direto, não só dos mais idosos, como também à restante comunidade realojada.

Assim, o objetivo geral da instituição pode ser definido como consistindo na intervenção social e orientação profissional da população de forma a aumentar as possibilidades de inserção laboral para facilitar o processo de obtenção de cidadania com base implícita na eliminação da exclusão social. Mais especificamente, a instituição visa estimular a capacidade de iniciativa da população jovem para inserção no mercado laboral e transição para uma vida ativa e auxiliar a população idosa nas suas tarefas diárias, na ocupação de tempos livres e cuidados de saúde.

1.3. Valências

Desde a sua criação, o Projeto “Alkantara” desenvolveu as seguintes valências:

- Centro de Convívio (alimentação; cuidados de saúde; higiene pessoal; higiene da habitação; atividades ocupacionais; convívio; passeios; relações com outros grupos etários; apoio psicossocial; sessões de musicoterapia, etc.).
- Ateliês (atividades ocupacionais, têm desenvolvido um conjunto de ateliers que promovem a ocupação da população alvo — idosos e reformados — com o objetivo de estimular as capacidades cognitivas e de memória).
- Passeios e Visitas (realização de passeios e visitas de um ou mais dias, promovendo solidariedades e a cultura do nosso país).
- Espaço de Memória (através de Jogos Orientados, estimular as capacidades cognitivas e de memória dos utentes).
- Espaço Vida (espaço onde os utentes podem elaborar os seus lutos, exprimindo e transmitindo as suas emoções positivas e negativas).
- Expressão Corporal (ginástica adequada aos seniores, com o objetivo de facilitar Os movimentos - tai-Chi-Chuan).
- Expressão Musical (organização e acompanhamento do grupo coral existente).
- Mediação para o emprego (reforço dos mecanismos de apoio à inserção/reinserção profissional dos jovens e ativos desempregados).
- Apoio Psicológico/Apoio Social (atendimento à população por técnicos especializados).
- Saúde Preventiva (cuidados de higiene corporal; tratamento de pés e mãos; hábitos alimentares; socorrismo, medição da tensão arterial e da diabetes).

- Núcleo Comunitário de Saúde Física e Mental (é composto por um equipa de saúde que contribui gratuitamente, junto da comunidade dos bairros do vale de alcântara, para o estudo, promoção e intervenção na saúde física e mental).
- Artes Manuais e Decorativas (desenvolvimento de atividades que se inscrevem na execução de: azulejaria; cerâmica; estampagem; carpintaria; cestaria; costura; bordados; trapologia; rendas; arraiolos; arranjos florais; pintura).

1.4. A Equipa do Projecto Alkantara

Como podemos ver no organograma apresentado (Imagem - 1), a coordenação da equipa é assegurada pelo presidente da instituição, Dr. Filipe Santos, que acumula o cargo de prestação de apoio psicológico aos utentes da instituição.

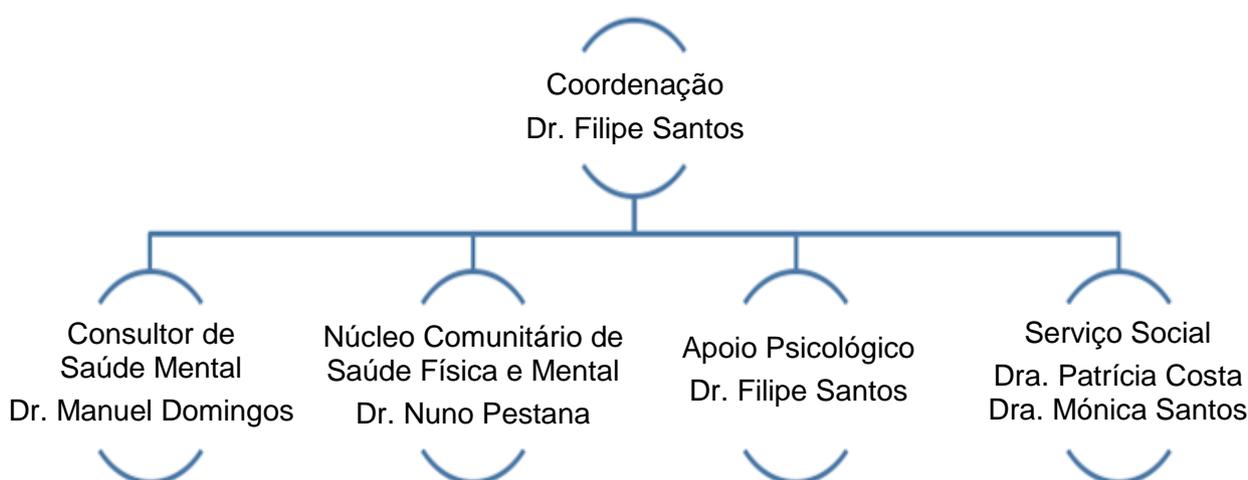


Ilustração – 1 (Organograma da coordenação do Projecto Alkantara)

1.5. Centro de Apoio a Idosos

O centro de apoio direcionado aos idosos é coordenado pelo psicólogo Dr. Filipe Santos e pela assistente social Dra. Patrícia Costa. Ambos são responsáveis pela estruturação de horários dos ateliês de artes manuais, do coro, da expressão corporal e *tai-chi-chuan*, Old@Net (internet para idosos) e têm a seu cargo a orientação do estagiário de musicoterapia.

Como se observa no gráfico de inter-relação de coordenação do centro de apoio a idosos (Imagem - 2), o psicólogo e a assistente social assumem a influência sobre as actividades desenvolvidas para os utentes idosos. O Dr. Filipe Santos coordena mais directamente o coro e o estagiário de musicoterapia e supervisiona a coordenação da Dra. Patrícia Costa nas áreas de expressão corporal, tai-chi-chuan, ateliês de artes manuais e internet para idosos,

O coro, as artes manuais e o tai-chi-chuan eram as actividades que os idosos frequentavam mais assiduamente antes de se iniciarem as sessões de musicoterapia. Com o início do estágio, estes gradualmente a participar também de forma assídua nesta actividade ainda nova para eles.

O estagiário, que no gráfico de inter-relação é representado a roxa, apesar de estar sob orientação do Dr. Filipe Santos, teria que obedecer à coordenação de toda a equipa.



Ilustração - 2 (Gráfico de inter-relação de coordenação do centro de apoio a idosos)

Todas as actividades eram realizadas no centro de apoio a idosos. Quando, por qualquer motivo, as mesmas não se realizavam, esse espaço transformava-se num espaço de convívio onde os idosos viam televisão, jogavam dominó ou conversavam.

O espaço físico deste centro de convívio é constituído por uma sala de estar, uma sala pequena com computadores, um balcão com uma cozinha improvisada (para pequenos almoços, lanches e sopas) e duas casas de banho. Do outro lado deste espaço existiam outras duas salas, uma onde se realizavam os ensaios do coro e as sessões de musicoterapia e outra onde decorriam as sessões de orientação sobre o acesso à internet para idosos (Old@net).

1.6. Descrição da população alvo

Os dados recolhidos em 2002 pelo já extinto Gabinete de Reconversão do Casal Ventoso (GRCV), mostrou que o Bairro Quinta do Cabrinha era o segundo mais povoado dos três bairros albergando 32% da população total residente. Em 2008, este foi o único dos três que sofreu um decréscimo populacional albergando 27,3% contra os 25,0% do bairro Ceuta-Sul.

O Bairro do Cabrinha aparece simultaneamente como o mais envelhecido com uma percentagem de 23,5% de indivíduos com idades iguais ou superiores aos 65 anos.

Em termos de actividade profissional, o Vale de Alcântara apresentava em 2008 uma percentagem elevada de reformados (28,1%) sendo que desta percentagem, 25,8% dos indivíduos se havia reformado antecipadamente.

A população que frequenta as valências do Projecto Alcantara é, portanto, maioritariamente idosa (com idades superiores a 65 anos) e reformada tendo baixos rendimentos.

2. Enquadramento Teórico

2.1. O idoso e o processo de envelhecimento

Segundo Davis, Thaut e Gfeller (1999) e Peters (2000) o indivíduo idoso pode assumir diferentes condições, desde o idoso saudável (indivíduo adaptado à sua condição e que disfruta da sua vida o melhor possível) até ao idoso com grandes limitações cognitivas e funcionais. A definição do envelhecimento como um processo satisfatório dependerá, portanto, do grau limitativo imposto pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida.

Com efeito, a psicologia considera existirem duas formas de envelhecimento: o primário, que é visto como um processo fisiológico que varia de pessoa para pessoa e é geneticamente determinado, e o secundário, que já é visto como um processo patológico relacionado com stress, traumas, doenças, por vezes relacionados com o estilo de vida que o indivíduo tomou (Davis, et al., 1999).

2.2. Envelhecimento ativo

O envelhecimento é um processo natural que ocorre em qualquer sociedade e que enfrenta um grande desafio: qual a melhor forma de conseguir que a população envelhecida não perca qualidade de vida (Lima-Costa & Veras, 2003). Contudo, embora seja um processo natural, é também um processo complexo que requer uma análise abrangente da saúde do indivíduo idoso que, segundo a Organização Mundial da Saúde, deve ser feita tendo em conta o pressuposto de que saúde não se traduz apenas pela ausência de doença, mas sim por estado de completo bem-estar físico, psíquico e social (Papaléo Netto, 2007). Impõe-se, portanto, uma necessidade de sublinhar a importância do conceito de bem-estar no envelhecimento.

De acordo com a DGS (2012) o envelhecimento saudável está dependente de um equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades mentais e físicas individuais e a obtenção dos objetivos que se desejam.

Para Jacob (2008) o envelhecimento ativo permite que as pessoas se apercebam do seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e tem, como principal meta, aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade.

O envelhecimento ativo é definido por Paúl (1991) como um processo de otimização para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Este conceito de envelhecimento assenta sobre vários pilares (a participação social, a saúde e a segurança) e implica autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida.

Para Ivo (2008), o envelhecimento ativo depende de uma variedade de determinantes que envolvem indivíduos, famílias e nações. Para este autor, a cultura é um dos fatores determinantes dentro da estrutura que permite compreender este conceito pois abrange todas as pessoas e populações, modelando a nossa forma de envelhecer.

De acordo com Almeida (2008), deve-se ter em consideração três áreas englobadas pelo envelhecimento ativo: a biológica (que é inevitável mas pode ser cuidada desde cedo de forma a facilitar uma velhice sem grandes complicações físicas), a intelectual (que necessita de uma estimulação cognitiva constante para manter a mente ativa) e a emocional (a área mais complexa cujo cuidado compreende o importante papel da motivação).

A Organização Mundial da Saúde adotou o conceito “envelhecimento ativo” procurando transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” reconhecendo, assim, não só fatores ligados à saúde, como também outros que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache e Kickbusch, 1997).

O envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos dos gerontes e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Assim, é necessário um planeamento estratégico e preventivo que satisfaça não só as necessidades do indivíduo idoso como também que retarde a deterioração das faculdades quer cognitivas e mentais quer físicas e sociais.

Neste conceito, a palavra “ativo” sublinha a participação constante em questões económicas, sociais, culturais, espirituais e civis, ou seja, mesmo idosos com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para as comunidades em que estão inseridos.

Conceitos como autonomia, independência e qualidade de vida ganham importância no processo de envelhecimento ativo. Na verdade, a autonomia reside na capacidade de controlar e tomar decisões sobre as rotinas pessoais tendo em conta as regras e preferências. A independência no processo de envelhecimento reside na capacidade de viver independentemente na comunidade com pouca ou nenhuma ajuda por parte de outros. Por outro lado, a qualidade de vida reside na percepção da posição que o indivíduo tem dentro do contexto da sua cultura e do sistema de crenças e valores de onde vive. São estes mesmos conceitos que determinam o bem-estar do idoso.

O National Wellness Institute (2012), em colaboração com profissionais de saúde e bem-estar, desenvolveu três princípios base para o conceito de bem-estar: é um processo consciente, evolutivo e centrado na pessoa para atingir o pleno potencial; é multidimensional e holístico e abrange o estilo de vida (tanto o bem-estar mental como espiritual) e o ambiente; é positivo e determinado e definido como um processo ativo através do qual as pessoas tomam consciência e fazem escolhas para atingir uma existência onde se sintam realizadas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), o conceito de “saúde” é definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade e MedlinePlus (2012) define bem-estar como uma qualidade ou estado de boa saúde especialmente tida como um objetivo procurado ativamente. Contudo, o bem-estar poderá ser um conceito dúbio e complexo que, segundo Novo (2005), pode englobar outros sub-conceitos: bem-estar subjectivo (BES), bem-estar psicológico (BEP) e bem-estar social, os quais serão discutidos mais adiante.

2.3. Modelos de bem-estar

Ao longo de décadas, a questão do que é a normalidade e a patologia tem vindo a preocupar múltiplas e complexas disciplinas científicas, nomeadamente a psicologia. De facto, este tema tem-se revelado polémico e controverso, não parecendo existir unanimidade na definição de normalidade que seja simples, satisfatória e universal.

Compreender mais eficazmente as pessoas e o seu funcionamento psicológico tem sido um importante objetivo da psicologia. Contudo, o esforço despendido tem sido, na maioria das vezes, apenas ao nível do estudo das desordens psicopatológicas ou do sofrimento psicológico não permitindo alcançar a amplitude e grandeza do funcionamento psicológico, especialmente no que respeita o funcionamento psicológico positivo, a normalidade, o ajustamento e a saúde mental.

Para Novo (2000), ao integrar o funcionamento psicológico positivo no contexto da saúde mental e da saúde em geral e definindo saúde em termos de bem-estar, estamos a ampliar o nosso olhar e a deslocá-lo dos modelos que se focam, acima de tudo, na “doença”, para os modelos com ênfase na “saúde”.

A mesma defende que compreender e identificar as causas e consequências de um funcionamento psicológico positivo e do desenvolvimento normal como um processo contínuo e de adaptação, em que a personalidade adota um papel fulcral na determinação da mudança, abre caminho para uma abordagem preventiva com possibilidades de promoção da saúde mental.

No contexto de promoção da saúde, num esforço para compreender melhor o conceito de Bem-estar, têm surgido diversas reflexões, existindo três perspetivas teóricas dominantes em torno do bem-estar: o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e o bem-estar social.

Segundo Diener (2000) e Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) o bem-estar subjectivo tem como base uma perspetiva hedónica centrando-se na identificação do nível de felicidade e de satisfação supremos dos indivíduos e procura identificar as condições sociodemográficas, políticas e culturais que lhes estão associadas. Por outro lado, Ryff (1995) considera que o bem-estar psicológico integra uma perspetiva eudemónica e centra-se na procura de desenvolvimento e no sentido de realização pessoal. Relativamente ao bem-estar social, também baseado numa perspetiva eudemónica, centra-se no desenvolvimento dos indivíduos enquanto seres sociais, com determinados direitos e deveres (Keyes, 2005).

Este construto desenvolvido lentamente de forma empírica a partir dos anos 60 do séc. XX (Bradburn, 1969; Diener, 1999; citados por Novo (2005) privilegia a parte emocional do bem-estar individual. A felicidade, como conceito específico para cada pessoa, é um critério inquestionável na definição de bem-estar.

Assim, considerando a subjetividade individual do estado de felicidade, o modelo de bem-estar subjetivo defende a avaliação que as pessoas fazem da sua vida considerando as suas experiências emocionais positivas e negativas bem como os seus próprios valores, crenças, expectativas e necessidades. Desta forma Diener (2000, citado por Novo, 2005) afirma que a felicidade e o sentido e satisfação perante a vida se tornaram indicadores específicos da avaliação subjetiva de Bem-estar.

Para Ryff (1989), Ryff & Keyes (1995) e Keyes, Shmotkin & Ryff (2002) o bem-estar subjetivo (BES) centra-se em avaliações que as pessoas fazem com base nos seus valores e necessidades pessoais e identifica conceitos como “felicidade”, “satisfação com a vida” e “experiências emocionais” como sendo componentes da qualidade de vida. Contudo, negligencia as dimensões psicológicas ou a qualidade do funcionamento psicológico. Segundo Ryff (1989), a designação de bem-estar psicológico (BEP) pretende, através de uma ampliação do construto, alcançar a compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao bem-estar a partir da operacionalização das dimensões básicas do funcionamento psicológico positivo. Na primeira encontramos a ênfase na Felicidade, ao passo que na segunda, são realçados os processos envolvidos na Saúde mental.

Segundo Keyes, Shmotkin & Ryff (2002), ambas as tradições advogam valores humanistas que elevam a capacidade do indivíduo para avaliar o que lhe proporciona bem-estar na vida. Os mesmos referem que os indicadores de BES e BEP constituem reflexos distintos em termos de bem-estar. No contexto de avaliação, o BES possibilita identificar o quão a pessoa está satisfeita ou feliz e em que áreas da sua vida tal se verifica enquanto o BEP salienta não só o quão satisfeita e feliz a pessoa se sente em determinados domínios psicológicos como também quais os recursos psicológicos de que esta usufrui (Ryff, 1989).

2.3.1. Bem-estar psicológico

Na tentativa de representar o conceito de bem-estar de uma forma abrangente, no final da década de 1980, Ryff (1989a, citado por Novo, 2005), propôs o constructo de BEP através de um quadro que continha seis dimensões consideradas como o núcleo do desenvolvimento e da expressão da normalidade e do bem-estar: aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objetivos na vida e autonomia.

A definição de BEP surge, portanto, como a tradução de um funcionamento e desenvolvimento positivos que abrangem a percepção pessoal e interpessoal e a avaliação do passado, presente e futuro (apreciação do passado, envolvimento no presente e mobilização para o futuro) e representam um funcionamento psicológico positivista de cariz privado.

Neste modelo, a felicidade é considerada como resultado do desenvolvimento e sentido de autorrealização da pessoa (Ryff, 1989b, citado por Novo, 2005). Ryff (1989) valorizando, estrategicamente, a integração de pontos convergentes a diferentes formulações teóricas do quadro desta temática, releva a importância do contexto sociocultural e a relatividade do funcionamento normal. Propõe um modelo em que o BEP estaria integrado no âmbito da saúde mental, como uma possível dimensão, ou indicador do desenvolvimento psicológico normal (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) e que, possivelmente se revelaria um indicador importante na avaliação da saúde mental.

Neste contexto, surge então um modelo multidimensional de bem-estar (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995), em que o mesmo pode ser identificado a partir dos recursos psicológicos que o indivíduo dispõe (processos cognitivos, afetivos e emocionais) e em que, simultaneamente, se podem descrever seis dimensões centrais ao funcionamento psicológico positivo. As seis dimensões deverão ser encaradas, não como contribuindo para o bem-estar mas sim, como componentes deste. Da mesma forma, os sentimentos de felicidade não deverão ser encarados como um critério definidor de bem-estar mas sim como resultado da vivência (Novo, 2000).

Assim, com o intuito de encontrar quais as características definidoras de bem-estar que são, de facto, relevantes, Ryff (1989) investiga em pessoas de meia-idade as concepções de experiências e de vida positiva. A mesma identifica, então, seis dimensões ou componentes distintas de um funcionamento psicológico positivo: aceitação de si; relações positivas com os outros; domínio do meio; crescimento pessoal; objetivos de vida e autonomia. Estas seis dimensões adotam, conjuntamente, um papel fundamental para a construção do BEP que encerra uma avaliação positiva e a aceitação de si, um sentimento contínuo de desenvolvimento como pessoa, a crença de que a vida pessoal é importante e significativa, o estabelecimento de relações positivas com os outros, a capacidade para gerir a própria vida e as exigências externas, com eficácia e, por último, um sentimento de determinação pessoal face à realização de objetivos pessoais (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

2.3.1.1. As dimensões do bem-estar psicológico

No que concerne às variações no BEP entre indivíduos, (Ryff, 1995; Ryff & Keyes, 1995; Keys et al., 2002) muitos salientam que os fatores intervenientes podem ser bastante variados fazendo referência, não só aos fatores sociodemográficos (educação, idade, casamento, parental idade, entre outros), como também ao papel das experiências de vida e as interpretações que decorrem dessas mesmas experiências.

Considerando a variedade de factores intervenientes, Ryff (1989) elaborou um modelo de seis componentes de BEP que foi mais tarde reformulado por Ryff e Keyes (1995) e cujas dimensões são as seguintes:

- Aceitação de si (que consiste numa atitude positiva de cada indivíduo para consigo próprio, nomeadamente aceitando aspetos positivos e negativos e surge como uma característica fundamental de saúde mental, do funcionamento ótimo e da maturidade);
- Relações positivas com os outros (cujo foco de ação é colocado na capacidade para amar, sentir empatia e afeição, sentir uma identificação e estabelecer relações de proximidade e confiança orientadas para o outro);

- Domínio do Meio (que se refere à capacidade do indivíduo para escolher ou criar meios que sejam convenientes à sua condição física e mental e que é um fator essencial para a maturidade e saúde mental);

- Crescimento Pessoal (a capacidade do indivíduo para continuar a desenvolver o seu potencial e investir no sentido de um crescimento e expansão pessoal cada vez maior verifica-se ser fulcral no funcionamento psicológico positivo destacando-se, assim, a necessidade de atualização e realização pessoal, a abertura à experiência e a importância de um desenvolvimento contínuo);

- Objetivos de Vida (a existência de objetivos de vida, intencionalidade e sentido de orientação é da maior importância para a saúde mental e funcionamento psicológico positivo. Também a definição de maturidade e as teorias do ciclo de vida enfatizam a importância de uma clara compreensão de que há um propósito e significado para a vida);

- Autonomia (neste ponto importa distinguir a autodeterminação, a independência, o autocontrolo, a resistência à pressão cultural e a capacidade de auto avaliação em função de valores e objetivos pessoais, como sendo algumas das qualidades fundamentais do BEP. Ao longo do processo de individuação denota-se um afastamento progressivo em relação às normas e convenções sociais, isto é, um sentimento de liberdade cada vez maior).

Estas seis dimensões, teoricamente suportadas, foram operacionalizadas empiricamente, sendo que, para isso, foi desenvolvida uma escala do tipo Likert em que cada escala simetriza o nome da dimensão que lhe corresponde (Scales of Psychological Well-Being - SPWB). No entanto, a modalidade de avaliação é a autoavaliação pelo que, de facto o que se avalia é a perceção subjetiva, relativa aos diferentes domínios.

Assim, não obstante ao referido anteriormente, no que concerne ao BEP cabe ressaltar que “a avaliação da normalidade, da adaptação, do ajustamento da personalidade e do comportamento, ou da saúde mental, deve ser considerada com base na qualidade e na harmonia dos processos psicológicos e não com base nos conteúdos das vivências” (Novo, 2000). Na verdade, “as experiências subjetivas e os

valores não podem constituir-se como critérios de saúde mental”, ou seja, “o contributo específico da psicologia, será o de focar os processos envolvidos nas experiências subjetivas da vida psicológica e não tanto os valores específicos ou os ideais de vida” (Novo, 2000). Novo (2000) considera, assim, que o melhor indicador de bem-estar pessoal, do funcionamento psicológico positivo ou da saúde mental, enquanto construto (integrador e global) é o BEP.

2.4. O potencial terapêutico da musicoterapia no bem estar do geronte

A musicoterapia tem sido definida como um processo interpessoal no qual o musicoterapeuta utiliza a música e todos os seus aspetos para ajudar pacientes a melhorar, recuperar ou manter a saúde (Bruscia, 1991).

Assim, de forma a providenciar um “envelhecimento saudável” é necessário compreender as necessidades e prevenir e/ou diminuir a deterioração das capacidades do idoso, de forma a poder buscar o equilíbrio e o bem-estar correspondentes.

Coffman e Adamek (1999) investigaram os benefícios da participação numa banda de música no que toca a qualidade de vida dos idosos. Os investigadores descobriram que, na sua maioria, os participantes acreditavam que as relações sociais eram o fator mais importante na avaliação da qualidade de vida mas que o motivo mais forte para estes se juntarem à banda fora o desejo de fazer música. Os mesmos (1999) recomendaram, então, que os musicoterapeutas e educadores de música deviam providenciar mais oportunidades de relacionar a música na vida de idosos ativos e saudáveis.

Num estudo conduzido por Hays (2005) com a intenção de explorar de que forma a música facilita o bem-estar e determinar a sua importância para o idoso, foram entrevistados 38 participantes (20 homens e 18 mulheres) com diferentes históricos e idades compreendidas entre os 60 e os 98 anos. Os participantes tinham diferentes experiências musicais (desde nenhuma experiência a experiência profissional) e eram oriundos de diferentes cidades e áreas rurais da Austrália.

Os resultados destes estudos (Coffman & Adamek, 1999; Hays, 2005) demonstram um forte apoio à utilização de música como forma de aumentar o bem-estar e a agilidade física. Estes resultados sugerem que o estabelecimento de programas de música e da própria musicoterapia na comunidade são benéficos na promoção de um estado de bem-estar entre os idosos.

A musicoterapia ajuda a desenvolver e manter as capacidades de comunicação pessoal, comunicação social (melhorando a capacidade de memorizar durante um curto espaço de tempo) e a gerir de melhor forma os comportamentos (promovendo a interação durante as sessões, a espontaneidade em situações sociais, melhorando também a comunicação entre cônjuges e reduzir a ansiedade e agitação (Aldridge, 200).

As intervenções da musicoterapia têm trazido bastantes provas em várias áreas como as alterações positivas no humor e estados emocionais, a sensação de controlo sobre a sua vida, a redução da ansiedade e stress no idoso e para quem presta cuidados. (Aldridge, 2001).

2.4.1. O papel preventivo da musicoterapia no idoso

A musicoterapia não só é um processo que promove o aumento do estado de saúde do indivíduo como também pode ser uma mudança ao nível curativo (Bruscia, 1998). Segundo Bruscia (1998), há uma distinção entre mudanças de carácter preventivo (que ajudam a diminuir os riscos de saúde e ganhar resistência contra problemas de saúde) e mudanças de carácter curativo (que alteram ou eliminam a etiologia do problema de saúde). Desta forma, o processo terapêutico pode originar mudanças baseadas na prevenção de uma doença ou na sua real existência.

Peters (2000) afirma que o cariz profilático da musicoterapia existe desde tempos remotos em diferentes culturas. Wigram, Pedersen & Blonde (2002a) referem que o poder da música é mencionado pela primeira vez no tratado *De Institutione Musica* escrito por Boécio. Segundo Tyson, (1981), a música viria no período renascentista a ser integrada na medicina passando a ser prescrita para fortalecimento das defesas emocionais e aumento da resistência às doenças até que, em finais do século XVIII, ocorrem as primeiras tentativas de avaliação dos efeitos que a música teria sobre o corpo (Tyson, 1981).

Segundo Peters (2000) a musicoterapia tem vindo a assumir um cariz mais preventivo mas Blasco (2002) sugere, porém, que os musicoterapeutas se debruçam mais sobre a finalidade curativa da musicoterapia concedendo menos importância ao seu aspeto profilático.

Apesar da sua aplicabilidade terapêutica em qualquer faixa etária, o segmento envelhecido da população tem vindo a ser um dos mais desenvolvidos. Esta tendência deve-se tanto aumento da esperança média de vida com o crescimento do número de idosos como aos estudos realizados sobre a terceira idade e os estados de demência (Blasco 2002a, Brotons, 2000).

2.4.2. Técnicas e/ou atividades de musicoterapia no geronte

A musicoterapia pode recorrer à aplicação de três tipos de técnicas: ativa (cantar e compor canções individualmente e em grupo; tocar instrumentos; dançar; realizar jogos musicais; realizar composições improvisadas), passiva/recetiva (promove-se a audição musical e trabalha-se a reminiscência) e, por fim, recreativa (combinação de técnicas ativas e passiva/recetivas) (Bruscia, 1998).

A seleção das técnicas deve ser realizada mediante as metas terapêuticas que se pretendem atingir e considerando um contexto individual ou em grupo. Por outro lado existe a possibilidade de recorrer diversos estudos teóricos e empíricos levados a cabo por diversos investigadores (Brotons & Koger, 2000; Bruscia, 1991; Cevasco & Grant, 2006; Davis, Thaut & Gfeller, 1999; Gardner & Swanson, 1993; Peters, 2000) que analisaram as intervenções com melhores resultados. Nestes destacaram-se as técnicas de estimulação sensorial (com atividades que estimulam os sentidos de forma a recuperar o contacto entre o indivíduo e o seu corpo ou com o seu ambiente); de orientação da realidade (que emprega consistentemente e de forma repetida a comunicação e a recordação do dia-a-dia para diminuir o isolamento e apatia e aumentar da independência e a consciência de si, dos outros e do seu contexto); de re-motivação (com atividades em grupo que promovem as capacidades cognitivas, a interação verbal e melhoram as capacidades sociais); de validação (que emprega a comunicação e a empatia para possibilitar a partilha de emoções e legitimar os sentimentos do idoso e a sua realidade); e de reminiscência (que promove a reminiscência do passado permitindo a expressão saudável de emoções).

A musicoterapia pode recorrer à aplicação de três tipos de técnicas: ativa (cantar e compor canções individualmente e em grupo; tocar instrumentos; dançar; realizar jogos musicais; realizar composições improvisadas), passiva/recetiva (promove-se a audição musical e trabalha-se a reminiscência) e, por fim, recreativa (combinação de técnicas ativas e passiva/recetivas) (Bruscia, 1998).

De notar que as técnicas ativas potencializam a estimulação sensorial, cognitiva e re-motivação ao passo que as técnicas passivas/recetivas, de reminiscência, relacionam-se mais com a validação e orientação para a realidade.

No que toca a população idosa, as técnicas utilizadas pretendem ajudar na recuperação/desenvolvimento de habilidades motoras e sensoriais, a melhorar a atenção, memória e orientação e, ainda, a promover a integração dos indivíduos dentro de um grupo. Assim, recorre-se principalmente às técnicas de audição (que ajudam a relaxar ou estimular, melhorar a memória, evocar estados afetivos) e recriação musical, esta última consistindo no canto, na utilização de instrumentos para acompanhar uma música ou mesma na participação em jogos musicais. (Filadelfo, 2008).

2.4.3. As dinâmicas de grupo em musicoterapia

As dinâmicas de grupo baseiam-se nas formas de funcionamento interativo de um grupo e requerem a sua observação no global (Rutan, Stone & Walter, 2007).

Mackenzie (1994), defende que os grupos terapêuticos experienciam quatro fases: a fase inicial de compromisso (que se inicia com a ausência de uma ligação confortável entre os indivíduos do grupo e que, através de um interação caracterizada por curiosidade, abertura e respeito, pretende atingir o sentimento de coesão que antecipa a capacidade de trabalhar em grupo); a fase de diferenciação (quando surgem as primeiras diferenças e desacordos e os indivíduos são confrontados com questões pessoais e sensíveis, uma promoção da tolerância e confronto saudável); a fase de trabalho (ocorre um interação durante a qual começam por ser abordadas e resolvidas questões pessoais avançando até às questões comuns de relacionamento entre membros mais complexas); e, por fim, a fase de término (começam a surgir sentimentos de tristeza, abandono, rejeição, raiva, decorrentes da perda que devem ser lidados de acordo com a natureza do grupo).

3. Metodologia

3.1. Objetivos do Estágio

O estagiário elaborou, juntamente com a entidade responsável (Projecto Alcantara), um plano de intervenção e um plano de objetivos que o estagiário procuraria atingir. Assim foram determinados os seguintes objetivos de estágio:

- Promover a mobilização emocional do idoso.
- Estimular o bem-estar físico e cognitivo.
- Refazer a identidade do idoso.
- Reativar a expressão pessoal.
- Promover a autonomia e a qualidade de vida.
- Estimular a comunicação.

3.2. Descrição da Amostra

Conforme se pode observar na Tabela relativa aos dados individuais da amostra (Apêndice A) todos os elementos do grupo terapêutico são do sexo feminino. Os problemas diagnosticados vão desde sintomas físicos (desequilíbrio motor, problemas de mobilidade, dores nas articulações, perda de memória, visão e audição) a sintomas de foro psico afectivo (sentimento de perda, solidão, isolamento, agressividade, insegurança).

3.1.1. Idade

A média das idades do grupo era de 77,8 anos (Imagem - 4).

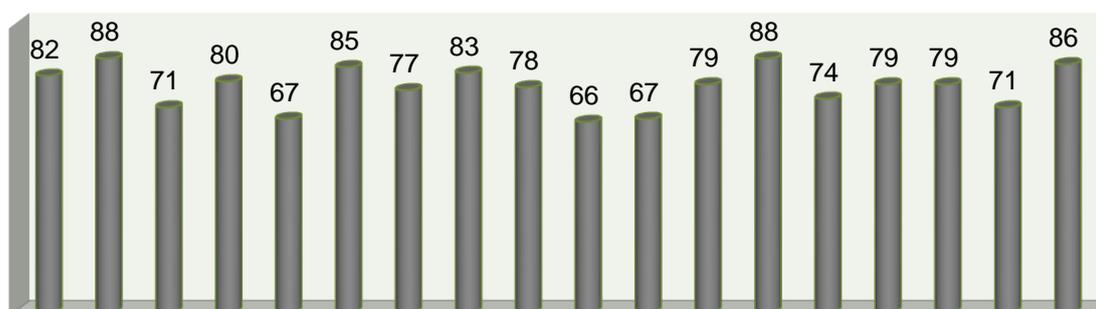


Ilustração – 3 (distribuição etária dos elementos do grupo terapêutico)

3.1.2. Estado civil

O estado civil predominante entre os elementos do grupo terapêutico é o de viuvez (conforme se pode observar na ilustração 5), seguindo-se os estados civis “divorciado” e “casado” com exatamente os mesmos valores.

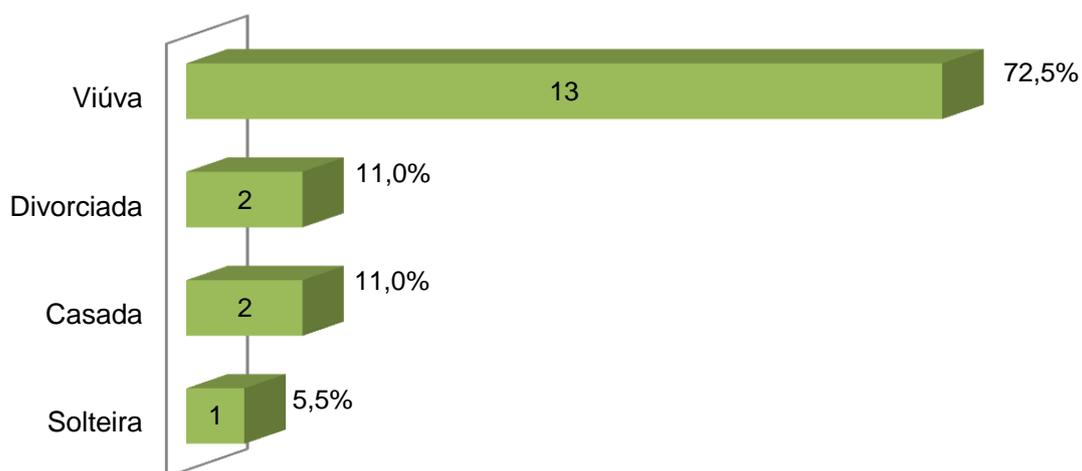
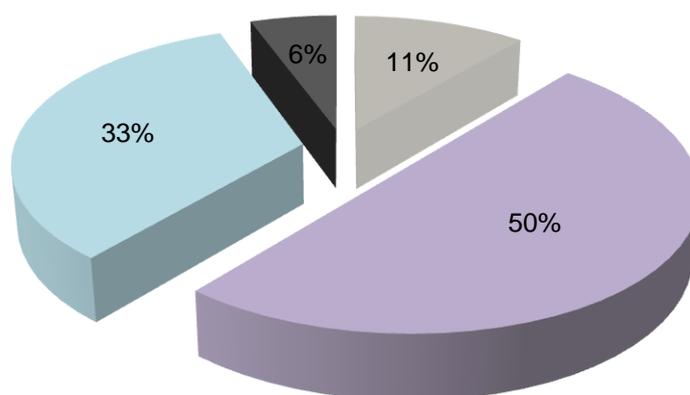


Ilustração – 4 (Estado Civil dos elementos do grupo terapêutico)

3.1.3. Índice de natalidade

Na recolha de dados este foi um dos aspetos que o estagiário considerou relevante para a avaliação do bem-estar dos elementos do grupo terapêutico. Tal consideração relaciona-se com o facto de todos os elementos do grupo terapêutico considerarem que os filhos funcionam como um pilar de apoio psicológico para qualquer mãe.

Como o próprio gráfico indica (ilustração - 6), apenas um dos elementos do grupo terapêutico não foi mãe 50%.



- Número de elementos do grupo terapêutico sem Filhos: 2
- Número de elementos do grupo terapêutico com 1 filho: 9
- Número de elementos do grupo terapêutico com 2 filhos: 6
- Número de elementos do grupo terapêutico com 3 Filhos: 1

Ilustração – 5 (índice de natalidade)

3.1.4. Preferências musicais

De acordo com a recolha de dados efectuada acerca das preferências musicais percebeu-se que a maioria dos elementos do grupo terapêutico gostava do Cancioneiro Popular Português (Ilustração – 7). O motivo desta preferência devia-se ao facto da maior parte dos elementos do grupo terapêutico pertencer ao coro (cujo repertório se baseava em músicas deste estilo).

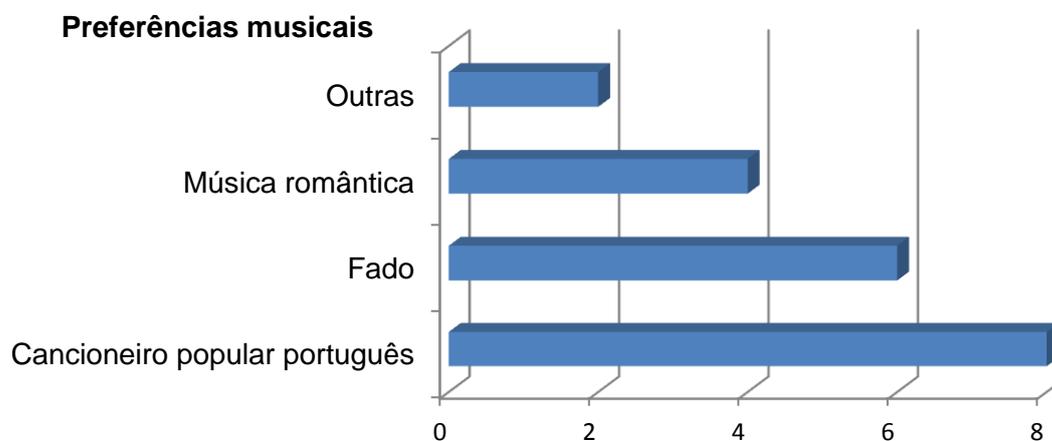


Ilustração – 6 (Preferências musicais)

3.1.5. Naturalidade

No que diz respeito à origem geográfica, metade dos elementos do grupo terapêutico é originária de Lisboa. Contudo, é interessante referir que a outra metade é natural de diversos pontos do país, na sua maioria da região interior norte, como podemos visualizar na Ilustração – 8 (Distribuição geográfica da naturalidade).



Ilustração – 7 (Distribuição geográfica da naturalidade)

3.1.6. Diagnóstico e Observações

Foi desenvolvido um acompanhamento personalizado onde o estagiário realizou pequenas entrevistas de forma a poder elaborar um plano de intervenção terapêutica. Através desta recolha de dados, tornou-se perceptível a existência de quadros sintomáticos semelhantes, nomeadamente a apresentação de sentimento de solidão e alguma deterioração cognitiva.

Conforme se pode visualizar no gráfico (Ilustração – 9), um grande grupo apresenta um sentimento de solidão acompanhado pela debilidade das capacidades cognitivas. É importante lembrar que são várias as idosas a terem múltiplos quadros sintomáticos, ou seja, uma idosa poderia sentir-se só e demonstrar mais outras duas situações negativas.

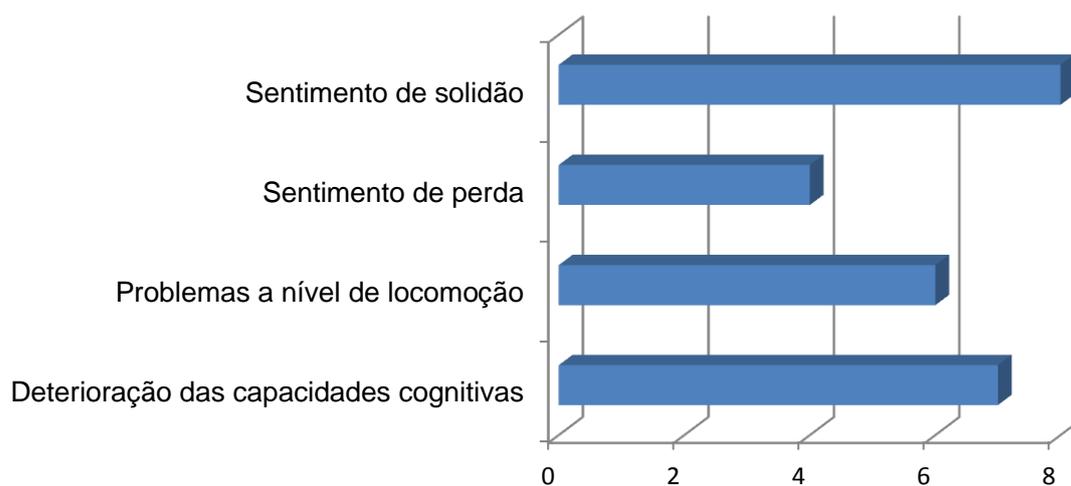


Ilustração – 8

Diagnóstico	Nº de Idosas
Sentimento de solidão	8
Sentimento de perda	4
Problemas a nível da locomoção	6
Sinais de deterioração das capacidades cognitivas	7
Sinais de deterioração das capacidades sensoriais	4
Relações interpessoais instáveis	3

Tabela - 1

4. Procedimentos

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos realizados em diversas fases do período de estágio (integração, avaliação, acompanhamento, identificação das técnicas, materiais utilizados e, instrumentos de avaliação usados).

4.1. Integração no estágio

O estágio realizado no Projeto Alcantara desenvolveu-se entre outubro de 2012 a junho de 2013. Numa primeira fase - integração - que teve uma duração de três meses, o estagiário começou por conhecer a equipa constituinte do Projeto Alcantara, sobretudo a área onde o mesmo iria intervir, o Centro de Apoio a Idosos.

O estagiário foi apresentado ao centro e rapidamente iniciou a realização de várias sessões de ritmo e música em grupo. Existiu um convite em dirigir o coro, que para o estagiário foi um convite interessante e tentador. Contudo, o cargo de “maestro” de um coro poderia inviabilizar o seu papel de intervenção enquanto estagiário de musicoterapia (uma vez que essa função tem em conta a estética musical em primeiro plano).

Assim, o estagiário desde cedo preferiu assumir um plano menos centralizado e mais de apoio criando sessões de grupo onde os idosos poderiam cantar as canções do coro ajudando a melhorar a sua performance e trabalhando concomitantemente aspetos de motricidade fina, motricidade, estimulação cognitiva, relação interpessoal e diálogo através do canto. Por outro lado, tanto a assistência e participação do estagiário em atividades dos idosos em alguns eventos (Festa do Natal; Peças de Teatro; Magusto) como também as sessões terapêuticas não só foram uma forma de dar a conhecer o estagiário à população, como também deram uma possibilidade ao mesmo de recolher dados e informações dos idosos úteis para a elaboração de planos de intervenção. Este período, onde a relação foi desenvolvida de uma forma saudável, natural, e de grande empatia com os utentes e com a equipa técnica, foi fulcral e decisivo na participação dos idosos nas sessões de musicoterapia.

4.2. Recolha de dados

Na segunda fase - recolha de dados - de observação e de conversa com a equipa constituinte do Projecto Alkantara, o orientador ajudou o estagiário a reunir o grupo para um atendimento mais personalizado. Foi-lhe facultada uma sala de atendimento de forma a poder realizar pequenas entrevistas (preferências musicais, contextos culturais, vivências e outros dados) ao grupo dos idosos.

Em geral o grupo de idosos apesar de autónomo e de não apresentar diagnósticos graves (de Parkinson, Alzheimer e/ou demência), apresenta um certo declínio das suas capacidades sensoriais e motoras. Em particular, verificou-se que havia idosos cuja principal questão pertinente era o luto e/ou sentimento de perda de um ente querido, principal razão da sua ansiedade, irritabilidade, stress e oscilações de humor. Já noutros idosos, as relações interpessoais e os conflitos com colegas eram motivo de ansiedade e de mau estar. Ainda que alguns idosos não partilhassem destes sentimentos, o fato de estar no mesmo ambiente que as colegas fazia com que acabassem por ficar com o mesmo estado de espírito.

O estagiário concluiu que o melhor ponto de partida seria dividir o grupo de acordo com os quadros sintomáticos de forma a atender as suas necessidades específicas através das técnicas e/ou atividades da musicoterapia. Foram criados três grupos: Grupo I - Debilidade das capacidades cognitivas (Estimulação Cognitiva), Grupo II - Sentimento de Perda e Grupo III - Relações Interpessoais.

Em dezembro de 2012, esboçou-se um plano terapêutico para os três grupos.

Em janeiro de 2013 apresentou-se o plano terapêutico com as principais razões da sua criação numa reunião de equipa. Juntamente com o estagiário, o orientador e a equipa estruturaram uma agenda semanal para que todos os elementos dos três grupos pudessem comparecer às sessões de musicoterapia.

4.3. Intervenção

Após os procedimentos anteriores, deu-se início às sessões de musicoterapia dentro do horário que foi estipulado. As sessões decorreram com regularidade e assiduidade por parte das idosas. Estes demonstraram entusiasmo embora as atividades extra colocassem, muitas vezes, em causa a realização das sessões. Ainda assim, o estagiário tentava realizar sempre a sessão.

No decorrer do estágio, entraram elementos novos e saíram outros (por motivos de doença). Uma vez que o estagiário iniciou o seu processo com grupo único que foi depois dividido por três grupos distintos, as idosas rapidamente se aperceberam que embora existissem contextos diferentes, eles comungavam das mesmas situações.

Na fase final do estágio e durante as últimas sessões, o estagiário trabalhou sobre o processo de união dos grupos. A sugestão dada pelas idosas de criarem uma canção foi algo inocente que acabou por se revelar uma boa forma de unir os grupos. Foi então pensada a construção de uma canção única constituída pelas canções de cada grupo que funcionaria como um hino do grupo.

A maior parte das sessões foram gravadas em vídeo após autorização dos utentes. Essas gravações permitiram uma análise detalhada de cada sessão, facilitando o preenchimento da grelha de observação.

5. Agenda Semanal

Após uma reunião com equipa da instituição, foi elaborado um plano semanal (Ilustração - 10) de forma a pôr em prática o plano de intervenção de musicoterapia.



Ilustração – 9 (Agendamento semanal das sessões de musicoterapia)

6. Técnicas e /ou atividades de musicoterapia

Relativamente às técnicas de musicoterapia empregues no estágio, o musicoterapeuta selecionou duas ativas e uma passiva/recetiva para aplicação nos grupos.

O canto foi uma das técnicas ativas (dado ser uma das atividades que já lhes era familiar, o estagiário aproveitou e iniciou o processo por esta mesma técnica/atividade). Através da voz e do canto exprimem-se emoções que ajudam na compreensão dos sentimentos do indivíduo. Magee e Davidson (2004), afirmam que esta atividade estimula a interação e a cognição, aumenta o sentido de autoestima e permite a libertação de carga emocional concedendo um sentido de alívio e conforto. A utilização desta técnica em sessões de musicoterapia pode fornecer um efeito estimulante ou sedativo, de apoio e segurança (Wigram & Baker, 2005).

A construção de canções foi a outra técnica ativa escolhida pelo estagiário devido ao fato de que a construção poderia remeter para algo diferente e, de novo, a que as idosas estivessem habituadas. A mesma técnica é definida por Wigram & Baker (2005), pelo processo de criar, anotar ou gravar, letras e músicas numa relação terapêutica entre cliente e musicoterapeuta, abordando as necessidades psicossociais, emocionais, cognitivas e comunicacionais do cliente. De notar que esta técnica consiste numa ação conjunta entre musicoterapeuta e paciente em que o primeiro facilita o processo de criação ajudando o segundo a expressar os seus sentimentos ideias considerando a criação como sua. Esta técnica pode empregar diferentes processos como o preenchimento de espaços em branco com as próprias palavras do paciente, a criação de uma versão alternativa de canções já existentes modificadas ou mesmo a criação integral de um tema, incluindo a base musical e a letra (Wigram & Baker, 2005).

A técnica de reminiscência que Bright (1972) definia como a audição de uma música da preferência do indivíduo e cuja importância era depois debatida, foi a técnica passiva/recetiva usada algumas vezes em grupo, como forma de lembrar o passado. De acordo com Bruscia (1998), as canções funcionam como uma projeção de experiências e relacionam-se com o inconsciente ajudando a uma reflexão acerca do passado, presente ou futuro.

7. Materiais utilizados

Ao longo das sessões, vários foram os instrumentos utilizados: 1) instrumentos a nível percussão (pandeireta; gongo), 2) instrumentos harmónicos (guitarra acústica) e 3) outros instrumentos de percussão improvisados criados exclusivamente para as atividades rítmicas em grupo (ovos *Kinder* cheios com arroz, caixas de autoclismos novas e vazias sem uso, caixotes do lixo, caixas de madeira.

Nas sessões foram também utilizados elementos audiovisuais: um vídeo gravador, uma máquina de filmar, uma aparelhagem de som e um computador.

Na sala onde decorriam as sessões de musicoterapia, o *setting* constituía-se por várias cadeiras em posição circular, para que o estagiário e as idosas estivessem todos em contato.

8. Instrumentos de avaliação

8.1. Escala de bem-estar psicológico de Ryff

Foi aplicada a escala de bem-estar psicológico de Ryff, adaptada para a população nacional por Rosa Novo (2003). Constituída por seis dimensões que avaliam vários critérios de bem-estar, cada uma das dimensões inclui três itens que abordam as várias temáticas do bem-estar psicológico (aceitação de si, o crescimento pessoal, os objetivos de vida as relações positivas com os outros, o domínio do meio e a autonomia) (anexo). As respostas aos itens foram dadas segundo uma escala de Likert de 6 pontos que varia entre o “Discordo Totalmente” e o “Concordo Totalmente”. Esta escala de auto avaliação tem como objetivo salientar a percepção daquele que vive os obstáculos, os desafios, do seu processo de envelhecimento (Ryff, 1989).

A escala de bem-estar foi aplicada duas vezes, uma na fase de recolha de dados e no fim do processo terapêutico e este instrumento de avaliação foi apenas utilizado como um mero indicador auxiliar de informação clínica, não tendo havido uma preocupação subjacente ao nível da representatividade estatística e não podendo, por isso, ser feita uma leitura generalizável dos resultados obtidos.

8.2. Entrevista de avaliação

No processo final de despedida foi feita uma avaliação através de uma pequena entrevista ao grupo e uma em particular aos dois estudos de caso em estudo. As questões eram sobre a construção das canções dos vários grupos. A razão pela qual o estagiário optou por esta recolha de dados informal deve-se ao fato de muitas das idosas não saberem escrever ou ler. No entanto, falar, e transmitir uma ideia era algo que elas conseguiam fazer. Assim, o mesmo elaborou uma pequena entrevista informal constituída por diversas perguntas abertas:

*“ Como se sentiram ao fazer a vossa canção?”; “O que sentiram quando a cantaram?”;
“Quando as colegas vos acompanharam a cantar a vossa canção o que sentiram?”;
“Esta canção significa o quê, para vocês?”.*

9. Outras intervenções clínicas - Grupos de musicoterapia

Antes de começarmos a salientar os estudos de caso é necessário referir que eles derivaram de pequenos grupos criados pelo musicoterapeuta. Estes que já anteriormente referimos como grupos de vários quadros sintomáticos semelhantes, foram necessários de forma a conseguir restringir a lista de necessidades, suavizando os obstáculos e melhorando o processo de intervenção terapêutico. As sessões de musicoterapia decorreram de Janeiro a Julho de 2013.

O estagiário criou então os seguintes grupos:

Grupo I - Estimulação Cognitiva - Constituído por oito elementos perfeitamente autónomos mas apresentando um início de deterioração das suas capacidades físicas, cognitivas e sensoriais. Os objetivos estabelecidos residiam na estimulação cognitiva, da motricidade grossa e fina e das capacidades sensoriais.

Grupo II - Sentimento de Perda - Constituído por quatro elementos, os objetivos residiam no diálogo, na promoção da expressão de sentimento e emoções, na libertação de bloqueios, na estimulação de um sentimento de conexão, compreensão e pertença.

Grupo III - Relações Interpessoais - Constituído por seis elementos, os objetivos neste grupo baseavam-se na promoção do diálogo, da comunicação e no estímulo da relação interpessoal.

Todos os grupos, uma vez que eram compostos por uma população idosa, para além destes objetivos, teriam os objetivos do estágio: promover a mobilização emocional do idoso; estimular o bem-estar físico e cognitivo; promover a identidade do idoso; reativar a expressão pessoal; promover a autonomia e a qualidade de vida; estimular a comunicação.

10. Estudos de caso

Foram realizados dois estudos de caso individuais, provenientes de dois grupos diferentes: Grupo II - Sentimento de Perda - Sujeito: C. V. e do Grupo III - Relações Interpessoais - Sujeito: M. A.

10.1. Estudo de caso I

O estudo de caso I refere-se a um dos elementos do Grupo II - Sentimento de Perda.

10.1.1. Descrição do Sujeito

C. V. é uma idosa de 85 anos, autónoma, natural do Algarve, mais exatamente de Monchique. Veio para Lisboa muito nova, ficando a residir perto do ex.-Casal Ventoso. Funcionária pública, agora reformada, teve dois filhos, um dos quais foi vítima de homicídio devido a estar envolvido em negócios relacionados com droga. Este filho deixou-lhe um neto que vive atualmente com a mesma que o tem criado como seu próprio filho. Viúva, afirmou que teve um casamento instável e que se sentia constantemente só na relação, educando e criando os filhos sozinha.

Na fase de atendimento personalizado, o estagiário observou que falar sobre o assunto lhe era difícil e constrangedor. A idosa demonstrava um profundo sentimento de perda e luto por ter perdido um filho de forma tão brusca que a tornara relutante em abordar essa questão.

Sendo uma frequentadora recente do Centro de Apoio a Idosos, referiu que não se sentia à vontade com as colegas e que as mesmas a segregavam. Por outro lado, o facto de ela demonstrar uma certa introversão poderá levar os outros a considerá-la fria, inacessível e fechada.

10.1.2. Plano Terapêutico

Problema: Sentimento de Perda		
Objetivo: Aliviar o sentimento de perda.		
Subobjetivos		
Desbloquear sentimentos de tristeza ligados ao luto.	Partilhar sentimentos de perda com o grupo.	Promover a interação e o diálogo fora do grupo.

Tabela – 2

10.1.3. Descrição das Sessões

As sessões tinham uma duração de 40 a 50 minutos e decorreram entre Dezembro e Junho. O estagiário já conhecia muito bem os grupos e os seus elementos, a relação de empatia era forte. Inicialmente foi necessário fazer uma pequena apresentação do que era a musicoterapia.

Inserida num grupo de idosas também com o mesmo sentimento de perda, C. V. mostrou-se, numa fase inicial, sempre com uma postura introvertida e cautelosa. Contudo, após as primeiras sessões, o receio dissipou-se acabando por mostrar uma postura participativa ao ponto de ser um veículo de desbloqueio para o resto do grupo. Todas as sessões foram fluidas e construtivas. Sendo um grupo pequeno, aconteceram algumas vezes em que a falta de um ou mais elementos poderia pôr a sessão em risco pois os restantes elementos sentiam-se desmotivados.

Uma vez que se tratava de um grupo de idosas autónomas, o musicoterapeuta concluiu que a construção de um tema do grupo era mais adequada em vez da tradicional *canção do olá*.

Graças ao talento de C. V. para a poesia, existiu um certo incentivo por parte do grupo em que esta fizesse as letras que resultaram em diversas canções.

O início do desbloqueio iniciou-se com a construção do tema do grupo. C. V. referiu ao musicoterapeuta que tinha jeito para poesia, mostrando-lhe um poema que tinha feito para o seu filho quando este falecera mas confidenciando que nunca o tinha mostrado a ninguém. O musicoterapeuta pediu-lhe o poema emprestado. Na preparação da 3ª sessão, o mesmo passou o poema a limpo numa folha timbrada e ofereceu à utente antes da sessão. A mesma ficou muito agradecida pois o dela estava muito degradado. Perante as colegas a mesma referiu que era um poema dela. Uma das colegas perguntou-lhe se não queria ler para elas. A mesma afirmou que não o conseguiria ler. Não perdendo a oportunidade, o musicoterapeuta que estava a dedilhar na guitarra, sugeriu a ideia de realizar um recital onde outra colega poderia ler o poema. Todas concordaram e um dos elementos (que por sinal também tinha perdido um filho) começou a recitar o poema:

*“Era o Manuel. Jovem Simpático. Alegre Bondoso.
Bom Amigo. Artista. Bom companheiro. Era assim o Manuel.
Com muito amor e carinho. Tinha construído um ninho... Lá dentro um passarinho...
Que era todo o seu mundo. De repente, num segundo
Tudo ficou sem sentido. Há mais um elo partido.
No meu coração, há dor.
Estupefação, desolação.
Vazio. Frio.
E a dura realidade de para sempre ter perdido o meu filho muito querido.
O passarinho no ninho, não ficou só. É a chama viva, que ilumina, a vida da sua avó.
E as lágrimas que choro na minha calma... Ninguém as vê cair dentro de mim...
Ninguém as vê brotar dentro da alma... Pois a dor só pertence a mim”.*
Mãe C. V.

No final do poema, as colegas comovidas abraçaram-se e as restantes logo responderam que era um sentimento de vazio, de frio e de solidão. O musicoterapeuta ficou em silêncio e deixou-as conversar. O desbloqueio tinha sido iniciado. No fim da sessão a comoção e o alívio era mais que evidente. C. V. abraçou o musicoterapeuta agradecendo-lhe pelo que estava a realizar nas sessões.

Após esta sessão qualquer outra sessão para o musicoterapeuta parecia ser leve e poderia aparentar menos interessante. Na 4ª sessão na criação de melodias vocais, aquando de uma determinada melodia na guitarra, uma das utentes estando mais à vontade liderou o caminho logo, a seguir a C. V. e a seguir as restantes com, algumas dificuldades. As melodias que surgiram tristes foram ao mesmo tempo libertadoras.

Quando o estagiário indagou o que sentiram quando cantavam, C. V. referiu: *“Lamento. Todas nós pronunciávamos o nosso lamento em várias vozes”*. O musicoterapeuta reforçou a ideia dizendo: *“Um lamento numa melodia que é feita de vários lamentos musicais e todos estão a ser ouvidos pela primeira vez.”* Logo de seguida, outra das utentes descortinava o seu lamento da sua perda.

Outra das sessões que acabou por culminar o processo num patamar onde o grupo partilhou os sentimentos de perda, foi na 6ª sessão. Na verdade, C. V. tinha faltado a esta sessão mas os restantes membros do grupo acabaram por ajudá-la mais tarde quando a mesma regressou. Foi sugerido que cada uma dissesse uma palavra. Cada palavra iria fazer parte ao longo da melodia que iria ser construída. *Amor, Felicidade, Saudade*, foram as palavras escolhidas. Numa fase inicial, as palavras começaram a ser agregadas numa melodia simples: *Felicidade, Saudade, Amor*. Numa fase posterior, foram acrescentadas palavras de forma a concluir esse desejo:

“Saudaaaaade de um Amooooor para sempre...”

Para sempre a felicidade numa Saudade de um Amooooor para sempre...”

No fim do exercício, o musicoterapeuta sugeriu que dissessem o nome de alguém a quem desejavam essa saudade, esse amor, essa felicidade. As utentes, sem hesitar deram os nomes dos entes queridos que partiram. Na 7ª sessão, na continuação da construção da canção, C. V. tinha sido apresentada ao desafio e à canção que as colegas começaram a construir (Apêndice A). O musicoterapeuta pediu-lhe para escolher uma palavra que lhe fizesse sentido e a mesma escolheu: “Filho” acabando por completar a canção:

*“Saudade
Felicidade
Filho d’Amor para sempre...
Para sempre a felicidade numa Saudade de um Amoor para sempre”*

Quando o estagiário lhe perguntou se a palavra “filho” tinha sido escolhida por alguma razão em especial, a mesma respondeu que era o filho que tinha perdido e que, apesar da sua ausência, a palavra na canção tornara-o mais presente. Por outro lado, quando o musicoterapeuta lhe perguntou como se sentia aquando na 14ª sessão em que todas as colegas cantaram com a ela a sua canção (a mesma corrigiu dizendo que canção era de todas) a mesma respondeu que se sente mais leve, compreendida pelas colegas, unidas no mesmo sentimento. C. V. que dantes estava pensar em ir embora do centro devido ao ambiente, ficou agora com uma opinião diferente devido à última sessão que gerou um sentimento de partilha e companheirismo. A mesma refere a importância das sessões a abrir algo que estava fechado há 20 anos.

De fato, não só melhoria foi bem visível como, inclusivamente, C. V. começou a conviver mais com as colegas do próprio grupo que fazia parte, perpetuando o contexto e o ambiente das fora do grupo das sessões de musicoterapia para o dia-a-dia.

Na 11ª sessão, as utentes comentaram da importância das sessões e o seu impacto nas suas situações emocionais e que a construção de um poema ora recitado ora cantado ajuda a exprimir melhor aquilo que se sente e o que não consegue ser exprimido por conversa. O musicoterapeuta compreendeu automaticamente que tanto C. V. como os restantes elementos queriam guardar o momento de *catarse* que tiveram na 3ª sessão de uma forma melhorada.

C. V. perguntou se poderiam voltar à canção porque trouxera algo que poderia complementar a letra. O verso que a mesma apresentou mostrava ser um grande desafio a nível de métrica para o estagiário. Contudo o mesmo teve uma ideia ao pensar numa oração. As utentes concordaram de imediato misturando o poema com a canção e fazendo uma parte declamada do poema e outra com a letra cantada que concluía o pensamento do grupo.

O musicoterapeuta referiu que uma mensagem tão importante não deveria ficar guardada. Sugeriu, então, a apresentação da canção do grupo aos outros. A ideia foi bem recebida e C. V. ficou entusiasmada. Na 14ª sessão deste grupo, o subobjetivo (promover a interação e o diálogo sobre o sentimento de perda fora do grupo) do plano terapêutico foi conseguido.

A canção cantada e o poema recitado pelas colegas e pela utente tornou inevitável que as restantes colegas de outros grupos não ficassem comovidas. O musicoterapeuta assistiu a um apoio de todas elas quando a C. V. emocionada acaba de recitar o poema:

“Resta o amor que ficou

Dos filhos e não só

Meu deus nós sentimos a tua presença

Que nos anima e aumenta a nossa crença”

Logo de seguida juntamente com o musicoterapeuta todos os membros cantaram: “Saudaaaade, Sadaaaade; Felicidadeade” como uma forma de apoio e fez-se silêncio e depois aplausos. C.V. comovida com o gesto das colegas, apercebeu-se do carinho das colegas, tornando este um ponto de viragem e o fechar do ciclo na compreensão do sentimento de perda.

10.1.4. Discussão de Resultados

No final da intervenção com C. V. e após uma observação do caso através da visualização dos vídeos das sessões, registos realizados, resultados da escala de bem-estar de Ryff (Apêndice F) e da entrevista, foi possível concluir que os objetivos propostos no plano terapêutico foram atingidos. Na verdade, como podemos ver na ilustração - 10, se nos referirmos à escala de bem de estar observamos que houve melhoria geral (do início do plano terapêutico para o final) em todas as dimensões da escala.

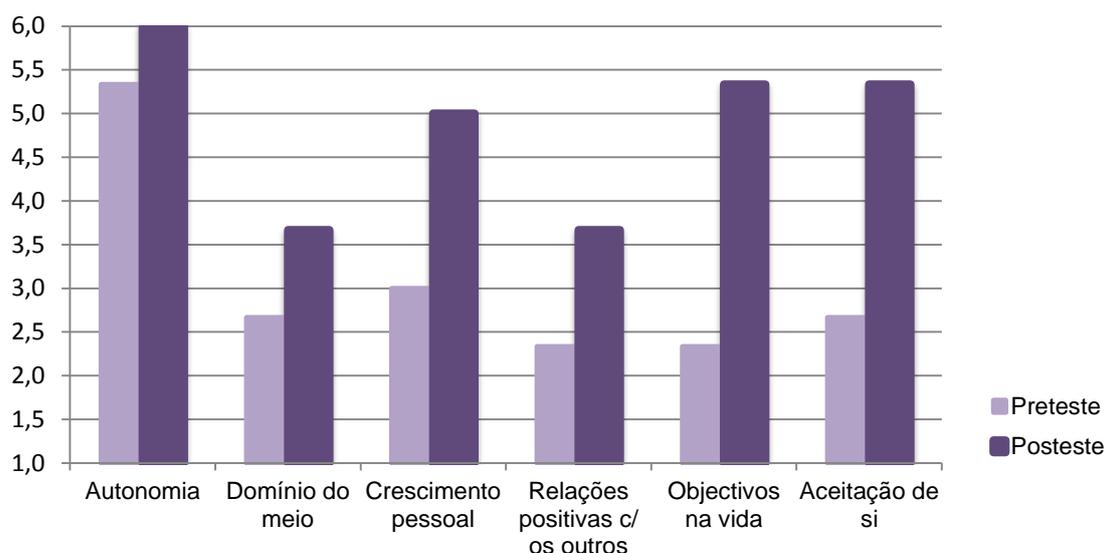


Ilustração – 10 (Resultados da Escala de Bem-estar de C. V. pré e pós intervenção)

Embora sejam dados indicadores de que existiu melhoria, estes devem tomados em consideração como um auxiliar de progresso terapêutico, visto não ter havido recurso a técnicas estatísticas que os validem. No entanto, foi realizada uma pequena entrevista informal individual durante a qual a utente afirmou sentir-se muito mais leve, aliviada, sentindo que estava a começar a desbloquear, a abrir algo de que não falava há vinte anos.

Por outro lado, e uma vez que existiam colegas dentro do seu grupo que partilhavam histórias algo semelhantes de perda, surgiram sentimentos de companheirismo e empatia que se perpetuaram sob a forma de relações de amizade fora das sessões de musicoterapia.

10.2. Estudo de Caso II

O estudo de caso II refere-se a um dos elementos do III - Relações Interpessoais.

10.2.1. Descrição do Sujeito

M. A. tem 89 anos e é natural de Castro de Aire. Foi criada pela mãe e, durante os períodos em que esta se ausentava em trabalho para fora do país, por uma amiga desta, nunca tendo conhecido o seu pai. Aos 15 anos de idade veio para a grande Lisboa e arranjou vários trabalhos que lhe foram permitindo a permanência na cidade. Tem dois filhos ainda vivos, fruto de duas relações diferentes.

Da primeira relação (que durou aproximadamente 20 anos) nasceu a primeira filha. Contudo a relação não iria durar pois o seu parceiro era-lhe infiel. M. A. referiu que não era a infidelidade que era difícil de suportar mas sim a construção do seu enredo pelo que colocou um fim à relação.

Na segunda relação, da qual nasceu o seu segundo filho, M. A. vivenciou algo que considerara impossível acontecer, foi vítima de maus tratos e violência doméstica. Este parceiro bateu-lhe severamente durante a gravidez chegando mesmo, num desses episódios, a ficar inconsciente e com fraturas na cabeça e nos membros. A mesma referiu que o ponto de viragem ocorreu por altura da morte da sua mãe, terminando com a relação. M. A. criou os filhos sem qualquer tipo de ajuda por parte dos seus próprios progenitores durante vários anos.

Casou pela primeira e única vez aos trinta anos e viveu com este seu marido durante 14 anos até ficar viúva.

É por esta altura que entra no Centro de Apoio a Idosos começando a usufruir de vários apoios e frequentando diferentes atividades.

Aos 75 anos é acusada de tráfico de estupefacientes e, apesar de não haver provas concretas desse mesmo ato, é detida durante alguns meses. M. A. perdeu um neto por consumo dessas mesmas substâncias e tem outro que se encontra detido por questões relacionadas também com tráfico de droga. Atualmente vive com um dos netos que refere aparentar não estar ligado de forma alguma com estupefacientes.

A equipa do Projecto Alkantara referiu logo inicialmente que a idosa era detentora de uma personalidade muito *sui generis* e frontal criando, muitas vezes, conflitos com a equipa. Na fase de recolha de dados, o próprio estagiário percebeu sinais de revolta interior e ansiedade durante uma conversa com a mesma. Por outro lado, M. A. criticava-se a si própria por ser tão exigente com os outros chegando mesmo a assumir-se como uma pessoa difícil.

M. A. é uma idosa completamente autónoma, lúcida de todo o seu passado e do seu forte sentido de frontalidade contudo, demonstrava dificuldade em gerir as suas relações interpessoais o que, conseqüentemente, gerava sentimentos de revolta, ansiedade e solidão. O estagiário inseriu-a no grupo III das Relações Interpessoais.

10.2.2. Plano terapêutico

Problema: Relação Interpessoal		
Objetivo: Promover a relação com o outro.		
Subobjetivos		
Aumentar a ocorrência de períodos de interação musical com o próximo.	Facilitar a expressão pessoal dentro de um grupo.	Promover o diálogo.

Tabela - 3

10.2.3. Descrição das sessões

As sessões decorreram entre Dezembro a Junho com 40 a 50 minutos de duração. No decorrer das mesmas foram feitas várias abordagens, desde pequenas tarefas a conversas e jogos musicais que, apesar de não serem terapêuticos, eram uma forma de desbloquear o processo terapêutico.

Inserida num grupo de idosas também conflituosas e com os mesmos problemas a nível de diálogo, M. A. mostrou-se, numa fase inicial, sempre com uma postura passiva. Contudo, tudo mudou após as primeiras sessões acabando por mostrar uma postura participativa e acabando por contagiar o resto do grupo.

Todas as sessões foram fluidas e construtivas. Existiram sessões em que se sentiu mais evolução e outras onde a participação da M. A. era menos evidente.

O musicoterapeuta optou, na estrutura das sessões, por construir uma canção do grupo em vez da tradicional *canção do olá*. Construíram-se duas canções, uma mais pessoal e outra mais interpessoal.

Na 3ª sessão, houve um pequeno momento de “ignição” na postura da M. A. durante a construção da canção mais pessoal. Pedia-se a cada uma das utentes que criassem o seu próprio verso com a ajuda das colegas. M. A. primeiro reagiu com alguma

agressividade mostrando que não sabia o que fazer. O musicoterapeuta perguntou-lhe qual era a questão que a importunava nesse dia e ela respondeu, uma forma defensiva, que estava com dores e que estava com pouca paciência. O musicoterapeuta pediu ajuda às restantes utentes, para ajudar a fazer um verso para M. A. e subitamente surgiu:

“M. A. vai cantar todos os dias. Para ver se melhora...Para ficares bem como querias!

M. A. foi convidada a cantar os versos das colegas e rapidamente todos os sentimentos mais defensivos se dissolveram.

Na 5ª sessão, a construção da canção interpessoal de estilo popular com o título: *Diz-me de onde vens!*, foi, de fato, uma grande ajuda para o desbloqueio da M. A. (Apêndice D) notando-se uma diferença grande no entusiasmo por parte da utente. O estagiário, enquanto marcava o tempo, ia perguntando a cada utente de onde é que era, (com os versos que os mesmos fizeram) cantando e pedindo ao resto do grupo que cantasse com ele: *“Oh M. A. tu não nos enganas!”*. Ao acabar de fazer a pergunta juntamente com o grupo, M. A. que já tinha preparado o verso num papel, respondeu rimando: *“Vocês já sabem, vocês já sabem que eu venho de Lamas!”*.

Esta canção acabou por constatar que poderia existir algo que poderia ser explorado. Nesta fase trabalhou-se e explorou-se o prazer de criar trabalhando, também, o diálogo e a comunicação com o outro. Esta canção foi cantada diversas vezes onde cada utente perguntava ao colega de onde vinha.

Uma das sessões que mais marcaram o processo musicoterapêutico foi a 10ª sessão em que M. A. Construiu, juntamente com as suas colegas, a sua canção. Antes desta sessão, M. A. estava com uma postura agressiva e extremamente ansiosa devido a problemas familiares. O musicoterapeuta dialogou com a mesma sobre o assunto e começou a dedilhar algo na guitarra. M. A. suspirou e começou a cantar o tema: “Olhos Negros”. Rapidamente o grupo a acompanhou e, no fim da canção, M. A. riu e afirmou: “Agora sinto-me melhor!”.

O estagiário, continuando a dedilhar na guitarra, sugeriu a M. A. (e ao resto do grupo) que escolhesse uma palavra que pudesse resumir tudo o que sentia, ou o que tem sentido até se dia. A mesma depois de pensar alguns segundos escolheu a palavra: família.

Juntamente com M. A. o musicoterapeuta cantou a palavra família e as outras palavras escolhidas pelas restantes utentes. Nesta sessão sentiu-se que algo tinha sido tocado, ligado ou desbloqueado.

Nas próximas sessões realizou-se foi a construção da canção em que M. A. afirmou que a palavra Família só fazia sentido se fosse unida. Logo o musicoterapeuta pediu a M. A. que o acompanhasse e cantasse: “Família Unida” (Apêndice C) e, logo de seguida, outra colega continuou a canção completando a rima da M.A. com a sua palavra “Saudade jamais esquecida”.

Na 15ª sessão, com a canção terminada, o orgulho e o sentimento de pertença eram notórios em M. A.. A mesma referiu que apesar de diferentes, todas eram semelhantes no sofrimento e sublinhou que o fato dela fazer a canção com as colegas a fez sentir-se dentro de uma família a que já sabia que pertencia mas da qual nunca tinha tido a noção. Nesta sessão algumas das utentes sentiram que tinham feito algo único e muito original.

Na 18ª sessão, o musicoterapeuta sugeriu a apresentação das canções aos outros grupos. A ideia foi bem recebida e M. A. ficou surpreendida como as canções, apesar de não terem sido feitas pelas mesmas pessoas, eram tão parecidas. Também achou importante a união das mesmas construindo um hino da amizade para o grupo. O musicoterapeuta, sublinhou a ideia de M. A. e os restantes grupos concordaram pelo que nas últimas sessões participaram todos os grupos (Apêndice A, B e C) na união das canções.

10.2.4. Discussão de Resultados

No final da intervenção com M. A., e após uma observação do caso através da visualização dos vídeos das sessões, registos realizados e dos resultados da escala de bem-estar (Apêndice G) e da entrevista, foi possível concluir que os objetivos propostos no plano terapêutico foram conseguidos uma vez que a utente melhorou a nível da comunicação, da interação e da aceitação de si.

De facto, quando se aplicou a escala de bem-estar no final do processo terapêutico (pós-teste), as áreas da aceitação de si, objetivos na vida e relações positivas com os outros melhoraram em relação aos resultados do preteste (Ilustração 11). Podemos, assim, afirmar que houve uma melhoria, apesar de estes dados apenas terem capacidade de ilustrar a evolução do tratamento.

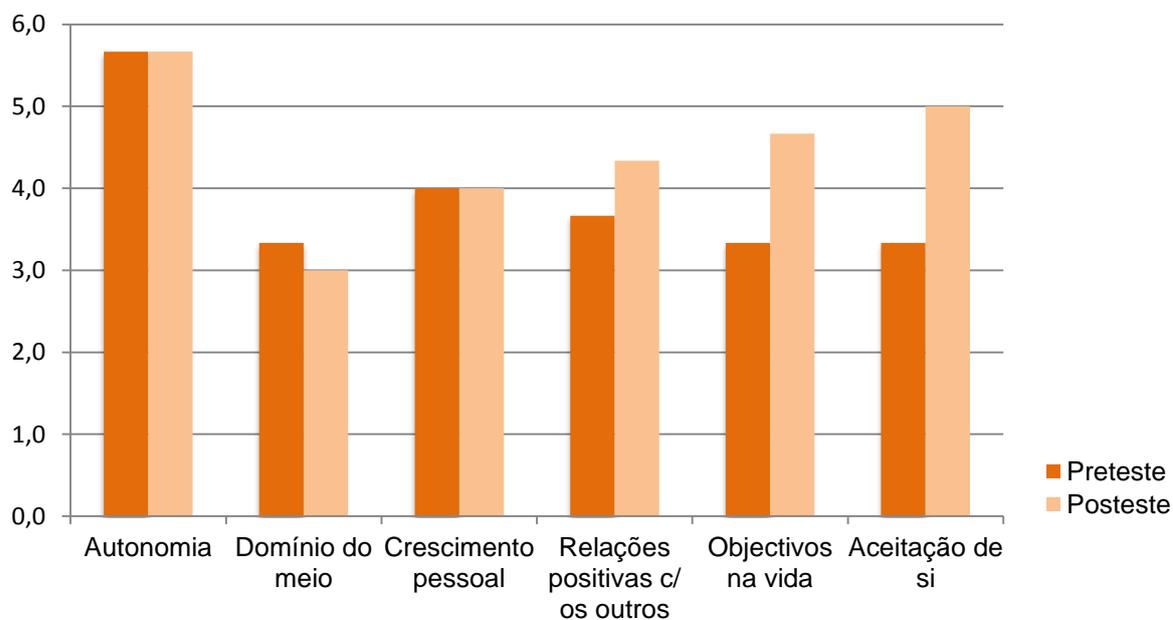


Ilustração – 11 (Resultados da Escala de Bem-Estar (M. A.) pre e pos intervenção)

De forma a conseguir perceber o impacto das sessões de musicoterapia na utente foi também realizada uma entrevista. Foram feitas várias questões, uma delas acerca do impacto da canção construída na vida da M. A.

A mesma referiu que a canção lhe trouxe um sentimento muito positivo e que cantá-la lhe traz alívio. Por outro lado, a junção das canções de todos os grupos era uma espécie de uma união, de dor, sofrimento, felicidade e amor onde todas se fundiam numa só trazendo uma mensagem de amor e de esperança. Quando lhe foi questionado se o saldo foi positivo, a mesma respondeu: “Positivíssimo!”

Tendo em conta casos graves de idosos acamados e com diagnósticos graves, este caso de uma idosa autónoma, independente e com um discurso próprio, poderá parecer menos importante. Contudo, é importante salientar que o impacto da musicoterapia na aceitação de si, na relação com os outros, a ajudou a alcançar um melhor estado de bem-estar. Na verdade, isto só foi conseguido graças à relação entre musicoterapeuta e paciente que desempenhou um papel crucial na motivação, participação da utente nas sessões.

11. Discussão e conclusões

Este relatório procurou descrever e relatar, de forma clara e objetiva, o modo como se processou esta primeira experiência da aplicação da musicoterapia, sob o ponto de vista de um estagiário.

Esta intervenção foi muito bem recebida pelos utentes devido à forte componente lúdica da música. No entanto, quer nas intervenções de grupo quer nos estudos de caso salientados no relatório, é interessante referir que estas utentes pareciam viver a dor e o sofrimento em silêncio.

Quando o musicoterapeuta sugeriu a construção das canções não esperava tanto impacto. Todos os elementos de cada grupo, aquando da criação da sua canção, mostraram grande satisfação e sentimento de realização. Na última sessão, a sugestão de uma das utentes de unir as canções e criar um hino da amizade foi algo que o musicoterapeuta achou curioso mas que esperava que viesse a acontecer. Com a união das canções de cada grupo (canção da perda, canção da relação, canção do amigo) teve-se a percepção que todas as utentes partilhavam o mesmo sentimento, mas por palavras diferentes. Apesar de discordarem no dia-a-dia estão juntas na dor e no sofrimento do passado de cada uma. Para C. V. mais do que alívio é um sentimento de compreensão e de companheirismo.

É positiva não só a sugestão, como a intenção de realizarem um hino da amizade. Na verdade, a criação de canções promovendo a reminiscência do passado permite a expressão saudável de emoções. (Brotons & Koger, 2000; Bruscia, 1991; Cevasco & Grant, 2006; Davis, Thaut & Gfeller, 1999; Gardner & Swanson, 1993; Peters, 2000)

A continuação deste trabalho nesta entidade poderá dar origem a novas ideias em parceria com ateliês de expressão dramática e teatro, onde as utentes poderiam não só cantar as suas canções como partilhá-lhas para a comunidade. Jacob (2008) afirmava que o envelhecimento activo permite que as pessoas se apercebam do seu potencial para o bem-estar físico, social, cultural e mental ao longo do curso da vida e tem como principal meta aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade.

12. Reflexão Final

Este estágio foi, para mim, uma experiência enriquecedora a nível profissional e pessoal. Ao longo destes 9 meses, senti uma relação de grande empatia com as idosas. O fato de ser cantor também ajudou na aproximação (algo que as utentes nunca souberam) mas cantar com as mesmas era algo que nunca havia considerado. Nasceu em mim um sentimento de gratificação ao ver e ouvir agradecimentos pessoais quando, na realidade, estava a fazer o meu trabalho!

Deparei-me com algumas dificuldades que logo percebi que eram minhas. Reconheço o papel indispensável da psicoterapia na formação de um musicoterapeuta competente, especialmente no decorrer do processo terapêutico, ajudando-o a ser neutro, bem como a evitar ruídos de contratransferência.

Esta foi, está a ser e continuará a ser uma experiência positiva para mim, tanto como pessoa quanto como futuro musicoterapeuta.

13. Referências bibliográficas

Albuquerque, I. & Lima, M. P. (2007). Personalidade e Bem-estar Subjectivo: Uma Abordagem com os Projectos Pessoais. Acedido em 28 de Julho, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>

Bright, R. (1981). Music and the management of grief reactions. *Nursing and the aged*, 137-142. NY: McGraw-Hill.

Bright, R. (1991). La Musicoterapia en el tratamiento geriátrico: Una nueva visión. Australia: Ed. Bonum.

Brotons, M., Koger, S. (2000). The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *Journal of Music Therapy*, XXXVII(3), 183-195.

Brotons, M. & Marti, P. (2003). Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy*, XL (2): 138-150.

Brotons, M., & Pickett-Cooper, P. K. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 33, 2-18.

Bruscia, K. E. (1991). Case studies in music therapy. Gilsum, NH: Barcelona.

Bruscia, K. E. (1998). Defining Music Therapy. Barcelona Publishers.

Casby, J. A., & Holm, M. B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(10), 883-889.

Clair, A., & Bernstein, B. (1994). The effect of no music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(10), 883-889.

Clair, A. (1991). Music Therapy for a Severely Regressed Person with a Probable Diagnosis of Alzheimer 's disease. *Case studies in Music Therapy*, 571-580. Barcelona Publishers.

Clair, A. (1996) Therapeutic uses of music with older adults. Baltimore: Health Professions Press.

Clair, A., & Memmott, J. (2008). Therapeutic uses of music with older adults. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, Inc.

Clark, M. E., Lipe, A. W., & Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behavior in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(7), 10-17.

Coffman, D. D., & Adamek, M. S. (1999). The contributions of wind band participation to quality of life of senior adults. *Music Therapy Perspectives*, 17(1), 27-31.

CEDRU - Centro de estudos e desenvolvimento regional e urbano, & BCG - Boston consulting group (2008). Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal. Acedido a 31 de Maio de 2013 em: http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf

Cevasco, A. M., & Grant, R. E. (2006). Value of Musical Instruments Used by the Therapist to Elicit Responses from Individuals in Various Stages of Alzheimer's Disease. *Journal of Music Therapy*, XLIII(3), 226-246

Davis, W. B., Thaut M. H., Gfeller, K. E. (1999) Music therapy and elderly populations. *An introduction to music therapy: theory and practice*, 118-143. McGraw-Hill

Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Filadelfo, L. (2008). Musicoterapia para a 3ª idade.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Forsell, Y., Corder, E. H., Basun, H., Lannfelt, L., Viitanen, M., Winblad, B. (1997). Depression and dementia in relation to apolipoprotein E polymorphism in a population sample age 75+. *Biological Psychiatry*, 42(10), 859-968.

Gardstrom, S. C. (2007). *Music therapy improvisation for groups: Essential leadership competencies*. EUA: Barcelona Publishers.

Gardner, L. A., & Swanson, E. A. (1993). Effects of Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 284-91.

Goldwasser, A. N., Auerbach, S. M., & Harkins, S. W. (1987). Cognitive, affective and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 25(3), 209-222.

Grocke, D. e Wigram, T. (2007). Song lyric discussion, reminiscence and life review. Receptive methods in music therapy: *Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators, and students*, 156-179. London: Jessica Kingsley Publishers.

Gurland, B. J., & Cross, P. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age: Some implications for clinical services. *Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 11-26

Hanser, S. B. (1990). A music therapy strategy for depressed older adults in the community. *Journal of Applied Gerontology*, 9(3), 283-298.

Hays, T. (2005). Well-being in later life through music. *Australasian Journal on Ageing*, 25(1), 28-32.

Hennessey, M. J. (1986). Music therapy. *Working with the elderly: group process and techniques*, 192-202. Boston, MA: Jones and Bartlett

Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos*. Porto: Editora Âmbar.

Johnson, G., Otto, D., & Clair, A. (2001). The effect of instrumental and vocal music on adherence to a physical rehabilitation exercise program with persons who are elderly. *Journal of Music Therapy*, 38(2), 82-96.

Jourdain, R. (1998). *Música, Cérebro e Êxtase: Como a música captura nossa Imaginação*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva.

Kalache A., & Kickbusch I. (1997) A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 50(4), 4.

Keyes, L. M., Hysom, S. J., & Lupo, K. L. (2000). The positive organization: leadership legitimacy, employee well-being, and the bottom line. *The Psychologist-Manager Journal. Society of Psychologists in Management*, 4(2), 143-153.

Keyes, L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8 (6), 1007-1022.

Keyes, L. M. (2005). The Subjective well-being of American's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4(1), 3-11.

Lowy, L. (1962). The group in social work with the aged. *Social Work*, 7, 44-45

MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of the therapy group system. *Basics of group psychotherapy*, pp. 35-59. The Guilford Press.

Magee, W. L., Davidson, J. W. (2004). Singing in Therapy: Monitoring Disease Process in Chronic Degenerative Illness. *British Journal of Music Therapy*, 18 (2), 65-77.

MedlinePlus (2012). Wellness. Acedido em 26 de Abril de 2013 em http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/pdf/MLP_Winter_2012.pdf

Montgomery, R. J. V., Rowe, J. M., & Kosloski, K. (2007) Family caregiving. *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy*, 426-454. John Wiley & Sons, Inc.

National Wellness Institute. (2012). Defining wellness. Acedido em 26 de Abril de 2013 em <http://www.netwellness.org/healthtopics/work/>

Novo, R. F. (2000). Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Novo, R. F. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20 (2), 183-203.

Papaléo Netto, M. (2007). Tratado de gerontologia. Rio de Janeiro: Atheneu.

Palmer, M. (1989). Music therapy in gerontology: A review and a projection. *Music Therapy Perspectives*, 6, 52-56.

Paúl, C. (1991). Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 275-287.

Peters, J. (2000). Music therapy with individuals who are elderly. *Music therapy: An introduction*, 317-355. U.S.A.: Charles C. Thomas Publisher, Ltd

Projecto Alcantara - Associação de Luta Contra a Exclusão Social (2001). Contributos para a Minimização dos Factores de Exclusão Social. Lisboa.

Ridder, H. M. (2005). Music therapy with the elderly: Complementary data as a rich approach to understanding communication. *Case study designs in music therapy*, 191-210. Jessica Kingsley Publishers.

Rutan, S. J., Stone, Walter, N. (2007). Group dynamics and group development. *Psychodynamic group psychotherapy*, 29-55. The Guilford Press.

Ruud, E. (1990). Caminhos da musicoterapia. São Paulo: Summus Editorial.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. D., Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.

Ward, R. A. (1979). The meaning of voluntary association participation to older people. *Journal of Gerontology*, 34(3), 438-445.

Wigram, T., Baker, F. (2005). Songwriting as a therapy. *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*, 11-23. Jessica Kingsley Publishers.

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

World Health Organization. (2012). The European health report, Charting the way to well-being. Acedido em 27 de Julho de 2013 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf

Poema de Fernando de Pessoa retirado a 31 de Julho de 2013 às 12h00 <http://www.citador.pt/poemas/pobre-velha-musica-fernando-pessoa>

14. Bibliografia

Abrams, R. C., & Alexopoulos, G. S. (1994). Commentary: Assessment of depression in dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(1), s227-s229.

Aldridge, D. (2001). Music therapy and neurological rehabilitation: Recognition and the performed body in an ecological niche. *Music Therapy Today*. Acedido em Abril 26, 2013, em <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20020321100743/20020321102122/NeurorehabE.pdf>

Alzheimer's Association. (1996). Fact Sheet On Alzheimer's Disease. Chicago: Alzheimer's Disease & Related Disorders Association, Inc.

Ashida, S. (2000). The Effect of Reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.

Beatty Winn, P., Adams, R. L., Allen, E. W., Wilson, D. A., Prince, J. R., Olson, K. A., Dean, K., Littlefor, D. (1994). Preserved cognitive skills in dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology*, 51(10), 1040-1046.

Cohen, D., Eisdorfer, C., Gorelick, P., Paveza, G., Luchins, D. J., Freels, S., Ashford, J. W., Semla, T., Levy, P., Hirschman, R. (1993). Psychopathology associated with Alzheimer's Disease and related disorders. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 48(6), M255-M260.

Crystal, H.A., Grober, E., & Masur, D. (1989). Preservation of musical memory in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52(12), 1415-1416.

Hanser, S. B., & Thompson, L.W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology*, 49(6), 265-269.

Harris, M. J., Gierz, M., & Lohr, J. B. (1989). Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease. *Geriatrics*, 44(12), 26-30.

Institute for Brain Aging and Dementia. (1999). What is dementia? University of California Irvine Medical Campus.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Dia, J. L., De-la-Camara, C. (1995). The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza Study. *Archives of General Psychiatry*. 52(6), 497-506.

Mers, C., Tincani, M., Norman, R., & Higgins, K. (2009). Effects of Music Therapy on Young Children's Challenging Behaviors: A Case Study. *Music Therapy Perspectives*, 27(2), 88-96.

Meyers, B. S., & Bruce, M. L. (1998). The depression-dementia conundrum: Integrating clinical and epidemiological perspectives. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1082-1083.

Smith, S. (1990). The unique power of music therapy benefits Alzheimer's patients. *Activities, Adaptation and Aging*. 14(4), 59-63.

Teri, L. (1994). Behavioral treatment of depression in patients with dementia. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8, s66-s74.

Teri, L., & Wagner, A. M. (1991). Assessment of depression in patients with Alzheimer's disease: Concordance among informants. *Psychology and Aging*, 6(2), 280-285.

Wragg, R. E., & Jeste, D. V. (1989). Overview of depression and psychosis in Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 146, 577-587.

15. Apêndices

Apêndice A

Dados individuais da amostra

Nome	Estado Civil	Nº de filhos	Idade	Passado musical	Naturalidade	Diagnóstico e observações
N. O.	Viúva	1	82	Cancioneiro Popular Português	Castelo Branco	Solidão, desequilíbrio motor.
L. J.	Viúva	1	88	Cancioneiro Popular Português	Aguiar da Beira	Solidão, sinais de alguma demência.
A. N.	Viúva	2	71	Música romântica	Lisboa	Oscilações de humor, sentimento de perda do marido.
C. V.	Viúva	2	80	Música romântica	Monchique	Dores nas articulações, sentimento de perda do filho.
M. C.	Viúva	0	67	Cancioneiro Popular Português	Lisboa	Problemas de audição, sentimento de perda do marido.
C. V.	Viúva	2	85	Fado, música popular	Lisboa	Problemas de audição, problemas de mobilidade.
L. S.	Solteira	0	77	Cancioneiro Popular Português	Cernancelhe	Solidão, isolamento.
B. F.	Viúva	1	83	Fado	Lisboa	Dores nas articulações.
A. M.	Casada	2	78	Cancioneiro Popular Português	Oliveira do Hospital	Relações interpessoais.
E.	Divorciada	1	66	Fado	Lisboa	Dores nas articulações, graves problemas de mobilidade.
V. M.	Divorciada	1	67	Música romântica	Lisboa	Sentimento de perda do filho.
M. R.	Casada	2	79	Música romântica	Lisboa	Insegurança.
M. J.	Viúva	2	74	Fado	Lisboa	Relações interpessoais, conflituosa.
J. D.	Viúva	1	79	Cancioneiro Popular Português	Guimarães	Relações interpessoais, sinais de perda de memória.
L. M.	Viúva	1	79	Cancioneiro Popular Português	Celorico da Beira	Perda quase total de audição e visão (mas mantém autonomia).
M. L.	Viúva	2	71	Fado, Música popular	Aveiro	Nada relevante a assinalar.
O.	Viúva	1	86	Fado	Lisboa	Nada relevante a assinalar.

Apêndice B

Grupo II - Sentimento de Perda

Saudade (A.)

Felicidade (M. C.)

Amor (V.)

Filho (C. V.)

A. : Passa o tempo... aumenta a Saudade

*Todos: **Saudade...***

M. C. : Dos que partiram e levaram a Felicidade...

*Todos: **Felicidade...***

V.: Resta o Amor que ficou ... dos filhos e não só...

*Todos: **Filho d'amor para sempre... Para Sempre a Saudade...***

C. V. : Meu Deus, nós sentimos a sua presença...

Que nos anima e alimenta a nossa crença.

*Todos: **Para sempre a Felicidade.... Felicidade...***

Apêndice C

Grupo I - Estimulação Cognitiva

Amigo traz outro Amigo

Na Saúde e a Saudade

No amor da amizade

Na Alegria de estarmos em paz...

Na Alegria de estarmos em paz...

Que a Sorte nos Transporte

Para o paraíso.

Que sejamos capaz...

Que sejamos capaz...

Primavera em flor...

Onde não haja dor

Mas apenas amor...

Mas apenas amor...

Apêndice D

Grupo III - Relações Interpessoais

Família Unida

Saudade jamais esquecida

Sufrimento irá acabar

Saúde irá voltar

Uma vida que irá começar...

Apêndice E

Canção do Grupo III

Hino do Grupo

Anda Beta!

Canta lá para a frente.

Que nós aqui no Centro!

Gostamos de te ver contente...

Anda lá oh Dália! És boa rapariga.

Aqui no centro,

Mostras que és nossa amiga

Nós somos 5 amigas,

Uma delas Assunção,

Nós aqui no grupo, gostamos dela do coração.

Maria dos Anjos vai cantar todos os dias

Para ver se melhora...

Para ficares bem como querias...

Joana, sabes que és nossa amiga...

Pára lá de refilar

E canta-nos uma cantiga...

Apêndice F

Canção do Grupo III

De onde vens?

Assunção!

Donde vens tu?

Assunção!

Donde vens tu?

Assunção: **De Oliveira do**

Hospital... e agora mais sul...

Oh Dália!

Donde é que vens?

Oh Dália!

Donde é que vens?

Dália: **Venho de Lisboa, onde só**

há gente de Bem!

Oh Joana!

Donde tu vens?

Oh Joana!

Donde tu vens?

Joana Duro: **Vocês já sabem!**

Venho de Guimarães!

Oh Maria!

Tu não nos enganas!

Oh Maria!

Tu não nos enganas!

Maria dos Anjos: **Vocês já sabem**

que eu sou de Lamas...

Oh Beta!

Donde você vem?

Oh Beta!

Donde você vem?

Beta: **Oh Venho do Alfredo da**

Costa e não trago mais ninguém!

Apêndice G

Dados da escala de bem-estar do sujeito C. V.

Valor	Dimensão	Itens	Pre teste	Pos teste
positivo	Autonomia	Item 1 Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria dos meus colegas	5	6
negativo	Domínio do meio	Item 2 Sinto-me, frequentemente, "esmagado(a)" pelo peso das responsabilidades	3	3
positivo	Crescimento pessoal	Item 3 Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo à nossa volta	5	4
negativo	Relações positivas com os outros	Item 4 Manter relações estreitas com os meus colegas têm-me sido difícil e frustrante	1	3
negativo	Objectivos na vida	Item 5 Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida	2	6
positivo	Aceitação de si	Item 6 Quanto revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram	4	6
negativo	Autonomia	Item 7 Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas e colegas pensam de mim	6	6
positivo	Domínio do meio	Item 8 Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer	2	3
positivo	Crescimento pessoal	Item 9 Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	2	5
positivo	Relações positivas com os outros	Item 10 Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades	1	5
positivo	Objectivos na vida	Item 11 Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	3	4
positivo	Aceitação de si	Item 12 Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade	2	4
negativo	Autonomia	Item 13 Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes	5	6
negativo	Domínio do meio	Item 14 Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça	3	5
negativo	Crescimento pessoal	Item 15 Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhorias na minha vida	2	6
negativo	Relações positivas com os outros	Item 16 Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	5	3
negativo	Objectivos na vida	Item 17 Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito	2	6
negativo	Aceitação de si	Item 18 Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida	2	6
Resultados da escala de Bem-estar (MAB) - pré e pos intervenção por dimensão				
Autonomia			5,3	6,0
Domínio do meio			2,7	3,7
Crescimento pessoal			3,0	5,0
Relações positivas c/ os outros			2,3	3,7
Objectivos na vida			2,3	5,3
Aceitação de si			2,7	5,3

Cotação dos itens positivos

Discordo totalmente = 1; Discordo Bastante = 2; Discordo um pouco = 3;
Concordo um pouco = 4; Concordo bastante = 5; Concordo totalmente = 6

Cotação dos itens negativos

Discordo totalmente = 6; Discordo Bastante = 5; Discordo um pouco = 4;
Concordo um pouco = 3; Concordo bastante = 2; Concordo totalmente = 1

Transformação das
cotações do
itens negativos

1 --> 6
2 --> 5
3 --> 4
4 --> 3
5 --> 2
6 --> 1

Apêndice H

Dados da escala de bem-estar do sujeito M. A.

Valor	Dimensão	Itens	Pre teste	Pos teste
positivo	Autonomia	Item 1 Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria dos meus colegas	6	6
negativo	Domínio do meio	Item 2 Sinto-me, frequentemente, "esmagado(a)" pelo peso das responsabilidades	2	2
positivo	Crescimento pessoal	Item 3 Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo à nossa volta	6	3
negativo	Relações positivas com os outros	Item 4 Manter relações estreitas com os meus colegas têm-me sido difícil e frustrante	2	4
negativo	Objectivos na vida	Item 5 Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida	3	5
positivo	Aceitação de si	Item 6 Quanto revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram	3	5
negativo	Autonomia	Item 7 Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas e colegas pensam de mim	5	5
positivo	Domínio do meio	Item 8 Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer	4	3
positivo	Crescimento pessoal	Item 9 Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	3	4
positivo	Relações positivas com os outros	Item 10 Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades	4	4
positivo	Objectivos na vida	Item 11 Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	2	3
positivo	Aceitação de si	Item 12 Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade	2	4
negativo	Autonomia	Item 13 Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes	6	6
negativo	Domínio do meio	Item 14 Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça	4	4
negativo	Crescimento pessoal	Item 15 Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhorias na minha vida	3	4
negativo	Relações positivas com os outros	Item 16 Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	5	5
negativo	Objectivos na vida	Item 17 Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito	5	6
negativo	Aceitação de si	Item 18 Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida	5	6
Resultados da escala de Bem-estar (MAB) - pré e pos intervenção por dimensão				
Autonomia			5,7	5,7
Domínio do meio			3,3	3,0
Crescimento pessoal			4,0	3,7
Relações positivas c/ os outros			3,7	4,3
Objectivos na vida			3,3	4,7
Aceitação de si			3,3	5,0

Cotação dos itens positivos

Discordo totalmente = 1; Discordo Bastante = 2; Discordo um pouco = 3;
Concordo um pouco = 4; Concordo bastante = 5; Concordo totalmente = 6

Cotação dos itens negativos

Discordo totalmente = 6; Discordo Bastante = 5; Discordo um pouco = 4;
Concordo um pouco = 3; Concordo bastante = 2; Concordo totalmente = 1

Transformação das
cotações do
itens negativos

1 --> 6
2 --> 5
3 --> 4
4 --> 3
5 --> 2
6 --> 1

16. Anexos

Anexo A

Escala de bem-estar psicológico de Ryff

Totalmente insatisfeito					Neutro					Totalmente satisfeito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.						
Sinto-me, frequentemente, "esmagado(a)" pelo peso das responsabilidades.						
Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.						
Manter relações estreitas com os outros tem sido difícil e frustrante.						
Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.						
Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.						
Tenho tendência para me preocupar com o que as						

outras pessoas pensam de mim.						
Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.						
Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.						
Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.						
Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.						
Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade.						
Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.						
Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.						
Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhorias na minha vida.						
Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.						
Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.						
Em muitos aspetos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.						

Versão reduzida das scales of psychological well being (short forms), Ryff (1989) adaptadas para a população portuguesa por Maria Eugénia e Duarte Silva (FPCE - UL), Rosa Novo (FPCE - UL) e Elisabeth Peralta.