



## Universidades Lusíada

Silva, Miguel João Roldão da, 1994-

### **A musicoterapia na demência : comunicação e expressão individual através da música num contexto de isolamento social e de deterioração cognitiva e motora**

<http://hdl.handle.net/11067/3771>

#### **Metadados**

**Data de Publicação** 2018-03-06

#### **Resumo**

O presente documento constitui um relatório de estágio realizado no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, refletindo o trabalho de 7 meses de estágio no centro de dia Dr. Carlos Garcia, um centro de dia constituinte da rede da associação Alzheimer Portugal. Ao longo deste documento será feita uma abordagem à demência, à doença de alzheimer e à musicoterapia. Tendo estas áreas como base, o foco do documento estará na aplicação da musicoterapia à população que viv...

The present paper is an intership report, realized in the scope of the master degree in music therapy of Universidade Lusíada de Lisboa and reflects the work of 7 months of intership in centro de dia Dr. Carlos Garcia. This paper will approach the subjects of dementia, alzheimer's disease and music therapy. With these subjects as baseline, the focus of the paper will be on the application of musictherapy in people with dementia. This intership had, by guiding principles, the client centered th...

#### **Palavras Chave**

Alzheimer, Doença de - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal - Lisboa, Musicoterapia para idosos - Portugal - Portugal - Lisboa, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, Musicoterapia - Prática profissional, Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

#### **Tipo**

masterThesis

#### **Revisão de Pares**

Não

#### **Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações



# UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

## A musicoterapia na demência: comunicação e expressão individual através da música num contexto de isolamento social e de deterioração cognitiva e motora

**Realizado por:**

Miguel João Roldão da Silva

**Supervisionado por:**

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

**Orientado por:**

Dr.<sup>a</sup> Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho

### Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

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

Arguente:

Prof. Doutor Massimo Cavalli

Relatório aprovado em:

2 de Março de 2018

Lisboa

2017



**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

A musicoterapia na demência: comunicação e  
expressão individual através da música num  
contexto de isolamento social e de deterioração  
cognitiva e motora

Miguel João Roldão da Silva

Lisboa

Novembro 2017



**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

**A musicoterapia na demência: comunicação e  
expressão individual através da música num  
contexto de isolamento social e de deterioração  
cognitiva e motora**

Miguel João Roldão da Silva

Lisboa

Novembro 2017

Miguel João Roldão da Silva

A musicoterapia na demência: comunicação e  
expressão individual através da música num  
contexto de isolamento social e de deterioração  
cognitiva e motora

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

Orientadora de estágio: Dra. Bárbara Magalhães da  
Silva Salvador Coutinho

Lisboa

Novembro 2017

## Ficha Técnica

**Autor** Miguel João Roldão da Silva  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
**Orientadora de estágio** Dra. Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho  
**Título** A musicoterapia na demência: comunicação e expressão individual através da música num contexto de isolamento social e de deterioração cognitiva e motora  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2017

### Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SILVA, Miguel João Roldão da, 1994-

A musicoterapia na demência : comunicação e expressão individual através da música num contexto de isolamento social e de deterioração cognitiva e motora / Miguel João Roldão da Silva ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho. - Lisboa : [s.n.], 2017. - 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 - COUTINHO, Bárbara Magalhães da Silva Salvador, 1987-

#### LCSH

1. Alzheimer, Doença de - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal - Lisboa
2. Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa
3. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Alzheimer's Disease - Patients - Care - Portugal - Lisbon
2. Music therapy for older people - Portugal - Lisbon
3. Older people - Institutional care - Portugal - Lisbon
4. Music therapy - Practice
5. Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. ML3920.S55 2017

## Resumo

O presente documento constitui um relatório de estágio realizado no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, refletindo o trabalho de 7 meses de estágio no centro de dia Dr. Carlos Garcia, um centro de dia integrante da rede da associação Alzheimer Portugal.

Ao longo deste documento será feita uma abordagem à demência, à doença de Alzheimer e à musicoterapia. Tendo estas áreas como base, o foco do documento estará na aplicação da musicoterapia à população que vive com a problemática das demências.

Neste estágio teve-se como princípios orientadores a terapia centrada no cliente, proposta por Carl Rogers e o cuidado centrado na pessoa, o que se traduziu, ao longo do estágio, numa abordagem de carácter humanista através da qual se pretendeu promover o bem-estar e a interação em idosos demenciados. Através destes princípios orientadores, foi desenvolvido um trabalho que teve como principal alvo os utentes que estão no centro de dia sem participar em qualquer atividade ou que participam muito pouco.

Através do trabalho com utentes cujo grau de demência levou à deterioração motora e cognitiva e ao conseqüente isolamento social, foi possível estudar a eficácia da musicoterapia em programas de cuidados na Alzheimer enquanto meio proporcionador de bem-estar e de interação.

**Palavras-chave:** Alzheimer; Comunicação; Demência; Isolamento social; Musicoterapia.

## **Abstract**

The present paper is an internship report, realized in the scope of the master degree in music therapy of Universidade Lusíada de Lisboa and reflects the work of 7 months of internship in centro de dia Dr. Carlos Garcia.

This paper will approach the subjects of dementia, alzheimer's disease and music therapy. With these subjects as baseline, the focus of the paper will be on the application of musictherapy in people with dementia.

This intership had, by guiding principles, the client centered therapy, proposed by Carl Rogers, and person centered care. Through these humanistic principals, it was developed a work that had by primary target the users who are in the care center without any ativity during the day.

Through working with users whose dementia's grade induced motor e cognitive deterioration and consequent social isolation, it was possible to study the efficiency of musictherapy in alzheimer's care programas as a mean of well-being and interaction.

**Keywords:** Alzheimer; Communication; Dementia; Music therapy; Social Isolation.





## Índice

Resumo .....	V
Abstract .....	VI
Índice .....	VIII
Lista de siglas .....	X
Índice de figuras .....	XI
Índice de tabelas .....	XIII
Introdução.....	1
Caraterização da Instituição .....	5
Caraterização da População-Alvo.....	8
Enquadramento Teórico .....	11
O Idoso .....	11
O envelhecimento.....	11
A ida do idoso para o centro de dia.....	15
A demência e a doença de Alzheimer .....	19
O que é a demência?.....	19
A doença de Alzheimer .....	21
Outros tipos de demência .....	23
Fases da demência.....	23
Aspetos psicossociais da demência.....	25
Identidade na demência .....	25
Comunicação na demência .....	26
A depressão associada à demência.....	27
Abordagem centrada na pessoa.....	29
Musicoterapia na demência .....	33
Musicoterapia.....	33
Musicoterapia na demência .....	35
Métodos e técnicas de musicoterapia aplicados à demência .....	38
Objetivos do estágio.....	47
Metodologia.....	49
Descrição da amostra .....	49
Procedimentos.....	52
Técnicas e/ou métodos da musicoterapia utilizados nas sessões.....	57
Grelhas, escalas ou testes aplicados.....	58
Agenda semanal.....	59

Outros projetos levados a cabo no âmbito do estágio .....	61
Casos de estudo.....	64
Caso 1 - Isabela.....	64
Caso 2 - Fernando .....	75
Outras intervenções clínicas .....	83
Utente Adelina .....	83
Utente Adriano.....	85
Utente André.....	86
Utente Lídia .....	87
Grupo 1.....	88
Grupo 2.....	89
Grupo 3.....	90
Conclusões.....	92
Reflexão pessoal .....	95
Referências .....	98
<b>Anexos</b> .....	102
Lista de anexos .....	103
<b>Anexo A</b> .....	104
<b>Anexo B</b> .....	107
<b>Anexo C</b> .....	110
<b>Anexo D</b> .....	118
<b>Anexo E</b> .....	120
<b>Anexo F</b> .....	123
<b>Anexo G</b> .....	134
<b>Anexo H</b> .....	138
<b>Anexo I</b> .....	142
<b>Anexo J</b> .....	145
<b>Anexo K</b> .....	148

## **Lista de siglas**

AVC – Acidente vascular cerebral

APS – Área de programas sociais

CAD – Centro de dia Prof. Dr.º Carlos Garcia

CAT – Centro de atividades terapêuticas

DSL – Departamento de serviços de lisboa

ISO – Identidade sonora

GAPS – Gabinete de apoio psicossocial

GAM – Grupo de ajuda mútua para os cuidadores dos serviços de Lisboa

OMS – Organização Mundial de saúde

SAD – Serviço de apoio domiciliário

SCE – Serviços clínicos externos

WFMT – Federação mundial de musicoterapia

## **Índice de figuras**

<i>Figura 1.</i> Atrofia cortical e dos hipocampos (Nunes, 2014).....	22
<i>Figura 2.</i> Esquema da face interna do hemisfério cerebral (Nunes, 2014).....	22
<i>Figura 3.</i> Localização das funções cognitivas no córtex cerebral (Nunes, 2014).....	22



## Índice de tabelas

Tabela 1. <i>Quadro demográfico dos utentes abrangidos ao longo do estágio de musicoterapia</i> .....	51
Tabela 2. Horário de estágio.....	60
Tabela 3. Plano terapêutico da utente Isabela .....	66
Tabela 4. Plano terapêutico do utente Fernando.....	76





## **Introdução**

O presente trabalho constitui um relatório de estágio referente ao estágio de musicoterapia realizado no 2º ano do “mestrado em musicoterapia” da Universidade Lusíada de Lisboa, no âmbito da unidade curricular “seminário de estágio”.

O estágio sobre o qual este relatório incide foi realizado no centro de dia Dr. Carlos Garcia, um centro de dia para pessoas com demência e alzheimer que faz parte da rede de serviços da Associação Alzheimer Portugal.

Ao longo deste relatório pretende-se descrever o processo do estágio em questão e os vários processos e procedimentos terapêuticos que foram levados a cabo pelo estagiário. Por outro lado, o presente documento pretende enquadrar a intervenção realizada sob uma perspetiva teórica baseada na literatura existente acerca das demências e da alzheimer, da musicoterapia e da aplicação da musicoterapia na alzheimer e em outras demências. Através deste relatório pretende-se refletir acerca dos efeitos da musicoterapia na demência, com especial foco no efeito da musicoterapia na comunicação, na relação e no combate ao isolamento social na demência.

Ao longo do estágio foram realizadas sessões de musicoterapia com 15 utentes, num total de 48 sessões de grupo e 64 sessões individuais. No estágio em questão, foram feitas intervenções individuais com 6 utentes e foram formados 3 grupos de 4 a 6 elementos, com vista a incluir neles todos os utentes do centro de dia, facto que partiu da convicção, apoiada por literatura, de que a musicoterapia pode ser aplicada como terapia complementar em qualquer fase da demência. Aquando da formação dos grupos de musicoterapia, os utentes foram divididos de acordo com a fase de demência em que estavam na altura do encaminhamento para a musicoterapia e de acordo com as capacidades cognitivas e funcionais que o estagiário observou nos mesmos até esse momento. Para as sessões individuais foram seleccionados os utentes menos ativos do

centro de dia, com vista a proporcionar, no seio de uma relação terapêutica, experiências musicais com significado a utentes cuja condição, associada à permanência no centro de dia, estava a conduzir ao isolamento social e à perda de momentos de interação. Para este relatório de estágio teve-se em conta as sessões de musicoterapia realizadas até final de junho de 2017.

A nível estrutural, este relatório inicia-se com a caracterização da instituição na qual o estágio foi realizado, seguindo-se a caracterização da população com a qual o estagiário trabalhou. Posteriormente, é feito um enquadramento teórico sobre as temáticas do idoso e do envelhecimento, da demência e da doença de alzheimer e da musicoterapia na demência, sendo feito um foco especial nas várias formas de intervenção da musicoterapia na demência. Esta primeira parte do relatório termina com os objetivos para o estágio, aos quais o estagiário se propôs.

A segunda parte deste relatório reflete a metodologia associada ao processo de estágio. Nesta secção é descrita a amostra com a qual se trabalhou, os procedimentos adotados, as grelhas de observação utilizadas, a agenda semanal do estagiário na instituição e ainda outros projetos levados a cabo pelo estagiário na instituição para além da musicoterapia. Esta secção termina com dois estudos de caso, os utentes Isabela e Fernando. Com Isabela, uma utente com diagnóstico de depressão e alzheimer, o trabalho musicoterapêutico individual e em grupo permitiu a construção terapêutica de várias narrativas musicais com significado através do uso do canto, que inicialmente se revelava desorganizado e de difícil compreensão. Com Fernando, diagnosticado com demência e afasia global, as sessões de musicoterapia passaram a constituir dois momentos importantes da rotina semanal do utente que anteriormente se encontrava sem atividade no centro de dia. Para além disso, a relação terapêutica construída ao longo do tempo entre o estagiário e o utente permitiu a ocorrência de evoluções

comunicativas significativas no mesmo ao nível da linguagem não-verbal e da interação musical.

Após serem descritas as outras intervenções clínicas realizadas no âmbito do estágio, serão retiradas algumas conclusões acerca do efeito da musicoterapia na demência enquanto meio de expressão individual e de promoção da comunicação.



### **Caraterização da Instituição**

Fundada em 1988 pelo Professor Doutor Carlos Garcia, a Alzheimer Portugal é uma instituição particular de solidariedade social constituída com vista a promover a qualidade de vida das pessoas com demência, bem como dos familiares e cuidadores das mesmas. Sendo uma organização de âmbito nacional, a Alzheimer Portugal faz parte da Alzheimer Europe, participando ativamente no movimento europeu e mundial sobre as demências. A Alzheimer Portugal possui centros em vários pontos do país, sendo a sua sede em Lisboa. (Alzheimer Portugal, 2017a).

No Departamento de Serviços de Lisboa (DSL) é privilegiada uma perspetiva holística e transclínica, na qual são considerados todos os intervenientes do processo da pessoa com demência, isto é, o próprio utente, os cuidadores informais (familiares) e os cuidadores formais (equipas do DSL). Assim, o DSL rege-se pelos seguintes eixos estratégicos: prestar um serviço diverso e de qualidade às pessoas com demência; dinamizar respostas e ações e sensibilização e formação para os cuidadores formais e informais; trabalhar em rede, promovendo dinâmicas de parcerias sustentáveis; e prestar apoio psicossocial aos seus associados.

Sendo o foco da ação do DSL os serviços prestados junto das pessoas com demência, neste departamento são seguidos os princípios da abordagem centrada na pessoa, sendo utilizado ainda um modelo que contempla um método clínico caracterizado pela avaliação, intervenção e reavaliação contínua dos utentes. As ações promovidas pelo DSL junto dos utentes procuram promover uma vida com sentido, prazer, afeto, laços e com um sentimento de pertença à comunidade, adaptando estes princípios àquilo que são as possibilidades das pessoas com demência que são cuidadas. O DSL possui os seguintes serviços de resposta social: 1) serviço social: gabinete de apoio psicossocial

(GAPS) e área de programas sociais (APS); 2) serviços clínicos externos (SCE); 3) serviço de apoio domiciliário (SAD); e 4) centro de dia prof<sup>o</sup> dr.º Carlos Garcia (CAD).

O GAPS é o serviço responsável pelo acolhimento, diagnóstico social, encaminhamento e intervenção direta com familiares e cuidadores, sendo ainda o serviço responsável pela divulgação da Alzheimer Portugal na rede social de Lisboa, colaborando também em alguns estudos levados a cabo por esta rede. O APS é o serviço responsável pelas ajudas técnicas e económicas dadas aos cuidadores das pessoas com demência de modo a permitir que os utentes tenham acesso a medicação e a equipamentos que permitam um cuidado diário adaptado às suas necessidades.

Os SCE enquadram-se no DSL como uma resposta adaptada às pessoas com demência em fase inicial da doença. Os SCE possuem os seguintes serviços para as pessoas com demência: consultas de psiquiatria; avaliações neuropsicológicas externas; estimulação cognitiva individual; centro de atividades terapêuticas (CAT). Para os familiares, os SCE possuem um grupo de suporte e o grupo de ajuda mútua para os cuidadores dos serviços de Lisboa (GAM). Dos serviços prestados pelos SCE destaca-se o CAT que, criado em 2014, constitui uma resposta que, não sendo dada a tempo inteiro, contribui para a ocupação e estimulação da pessoa com demência, proporcionando ainda algum alívio ao cuidador. Em 2016 o CAT foi o serviço mais solicitado do DSL, tendo a maioria das solicitações correspondido a casos clínicos nos quais os utentes se encontravam numa fase moderada da doença, apresentando acentuados problemas de mobilidade e comportamento.

O SAD constitui a resposta social organizada à qual as pessoas em situação de dependência podem ter acesso. Esta resposta visa corresponder às necessidades básicas e específicas das pessoas com demência que permanecem nos domicílios, aliviando, ao mesmo tempo, a família nos cuidados que a mesma tem de prestar. Em 2016 este

serviço abrangeu 27 utentes, sendo que a maioria dos utentes abrangidos tinha mais de 75 anos.

O CAD constitui uma resposta social semanal para utentes com demência. Deste serviço beneficiaram, em 2016, 22 utentes, 13 do género feminino e 9 do género masculino. Estes são utentes que residem no domicílio, onde têm o apoio dos cuidadores principais (familiares), estando no centro de dia durante o dia. Em 2016, a média de idades dos utentes que beneficiaram deste serviço encontrou-se nos 77 anos, tendo o maior número de utentes idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos. No CAD é feita uma avaliação regular dos utentes, são prestados serviços de cuidados básicos e de enfermagem e são ainda feitas atividades significativas com os utentes (Alzheimer Portugal, 2017b).

A nível de atividades, no CAD são realizados dias festivos (como aniversários, festa de Natal, Dia Mundial da pessoa com doença de Alzheimer, passeios), atividades ocupacionais temáticas, sessões de fisioterapia e ainda atividades significativas na comunidade (como uma manhã semanal de interação entre utentes e alunos de uma escola primária ou uma tarde semanal de atividades na comunidade como idas ao teatro, ao cinema ou ao parque).

De acordo com as informações consultadas nos processos de alguns dos utentes do CAD, uma das razões do encaminhamento dos utentes para este serviço é a fadiga e incapacidade dos cuidadores principais para continuarem a tomar conta do utente a tempo inteiro, bem como a necessidade que os cuidadores e as equipas de encaminhamento para o serviço identificam de atividades de ocupação e de estimulação cognitiva para os utentes, serviços esses que os cuidadores principais não conseguem prestar.

### **Caraterização da População-Alvo**

A população-alvo do centro de dia dr. Carlos Garcia é constituída por utentes diagnosticados com demência e alzheimer e seus cuidadores. Através dos vários serviços prestados no centro, é feito um acompanhamento aos utentes desde que são referenciados para o mesmo (normalmente por encaminhamento médico), o que implica que, em fases mais iniciais do processo demencial os utentes tenham, por norma, apenas algumas sessões semanais de estimulação cognitiva e que, com o avançar da doença, comecem a ser integrados no centro de dia de modo a terem um acompanhamento mais sistematizado ou que, em caso de impossibilidade de ida para o centro de dia ou de recusa desses serviços, tenham um acompanhamento domiciliário. Por outro lado, o centro de dia pretende chegar também aos cuidadores, através de vários grupos de apoio e de formações aos mesmos.

A Alzheimer Portugal possui vários pólos ao longo do país, o que permite um acompanhamento mais centrado na população próxima de cada pólo. No caso do centro de dia dr. Carlos Garcia, são abrangidos através do mesmo idosos com alzheimer da zona de Lisboa, sendo a maioria da zona de Alcântara. A maioria destes idosos viveu e trabalhou em Lisboa, porém, existem também alguns idosos vindos do interior e do norte do país que vieram para o centro por este estar próximo da zona de residência dos cuidadores. Os idosos abrangidos através da rede de apoio domiciliário do centro de dia são exclusivamente da zona de Alcântara.

De um modo geral, estes são utentes diagnosticados com demência, sendo comum existir no relatório médico dos utentes relatos de outras problemáticas, entre as quais, depressão, ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão, entre outros. Da análise psicológica levada a cabo pela neuropsicóloga do centro de dia, é comum surgirem nestes utentes problemáticas relacionadas com a demência, como a



afasia, a agnosia, a apraxia, a anomia ou a amnesia. Alguns destes utentes apresentam também quadros de défice auditivo e visual, bem como de debilidade motora.

Apesar de a população-alvo do centro de dia ser bastante vasta, apenas se entrevistou com os idosos do CAD, que se considerou serem uma amostra representativa da população-alvo abrangida pelo centro de dia Dr. Carlos Garcia.



## **Enquadramento Teórico**

Nesta presente secção será feito um enquadramento teórico acerca do idoso, da demência e da musicoterapia na demência.

### **O Idoso**

Visto que a população-alvo do estágio realizado é constituída por idosos com demência, torna-se fundamental enquadrar a temática do envelhecimento, do idoso com demência e da sua institucionalização para melhor compreender a pertinência da musicoterapia nesta população.

### **O envelhecimento**

O envelhecimento é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um conjunto de mudanças biológicas e sociais que ocorrem, aproximadamente, a partir dos 60 anos. A nível biológico, o envelhecimento é associado à acumulação de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, levando o indivíduo a uma perda gradual das reservas fisiológicas, a um aumento do risco de contrair diversas doenças e a um declínio geral da capacidade intrínseca do mesmo, resultando no falecimento. Estas mudanças não são lineares nem consistentes, sendo habitualmente associadas à idade dos indivíduos, ainda que a idade seja cada vez menos um fator limitante para esta questão (OMS, 2015).

Além das mudanças biológicas, são ainda consideradas mudanças nos papéis e posições sociais, bem como a necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Tais mudanças implicam que os idosos tenham de se adaptar a esta nova realidade, encontrando novos objetivos de vida (que, embora sejam seleccionados em menor número, tendem a ser mais significativos), encontrando novas formas de realizar tarefas de acordo com as capacidades que têm e adaptando objetivos, preferências e prioridades motivacionais. Embora algumas destas mudanças sejam guiadas por uma adaptação à

perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, o que pode permitir que os idosos vivam esta fase como um período de bem-estar subjetivo maior (OMS, 2015; Lhode, 2016; Nissen, 2016).

Convencionalmente, o “idoso” é definido como a pessoa com idade cronológica superior a 65 anos, sendo consideradas duas fases no processo de envelhecimento. A primeira fase, correspondente à fase inicial do envelhecimento, é considerada dos 65 aos 74 anos e a segunda fase, correspondente à fase avançada do envelhecimento, é considerada a partir dos 75 anos. Contudo, há gerontologistas que defendem uma definição de idoso baseada não na idade cronológica mas sim na verificação de evidência relativamente à condição da pessoa relativamente a aspetos sociais, culturais e médicos (Orimo, Ito, Suzuki, Araki, Hosoi & Sawabe, 2006).

Em consequência da definição de “idoso” baseada em dados cronológicos e da resposta da sociedade à mesma, Peters (2000) considera a existência do termo “ageism” (termo sem tradução direta para português, cuja expressão mais próxima é “idade”), considerando-o um tratamento discriminatório, estereotipado, prejudicial para as pessoas idosas.

Um termo a ter em conta ao falar de envelhecimento é “gerontologia”. Gerontologia é a área de estudo que lida com o envelhecimento humano e com as problemáticas que o mesmo acarreta. Esta ciência estuda as alterações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais associadas ao processo de envelhecimento (Fontaine, 2000).

O ramo da medicina responsável pelo cuidado de pessoas idosas e pelo tratamento de problemas associados ao envelhecimento é denominado “geriatria”. Do trabalho ao nível da geriatria fazem parte competências muito diversas, como a capacidade para lidar com problemas médicos gerais prevalentes no idoso (como a

doença de parkinson, demência, diabetes, hipertensão, entre outros) e a capacidade para dar resposta a problemas medicamente relacionados com o envelhecimento (como problemas de comportamento relacionados com a demência, incontinência, depressão, entre outros). Faz ainda parte das competências de um geriatra ter conhecimento acerca do sistema de cuidados de saúde aos quais o idoso tem direito para que possa auxiliar os cuidadores ao longo do processo de envelhecimento do idoso (Lum, 1999).

Com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e à desmistificação do envelhecimento enquanto período de incapacidade e doença, a OMS propõe a conceção de “envelhecimento ativo”, segundo a qual o envelhecimento é visto como um processo de otimização de oportunidades para a saúde e para a participação ativa na comunidade. Através deste processo, as pessoas podem desenvolver o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida, melhorando assim a qualidade de vida enquanto envelhecem. Esta conceção do processo de envelhecimento, que tem sido seguida por várias organizações um pouco por toda a Europa, pressupõe uma igualdade de oportunidades e de participação na comunidade ao longo de toda a vida, propondo a visão do envelhecimento como sinónimo de vitalidade e produtividade (Alútiz, 2016; Lamers, 2016; Lhode, 2016; Nunes, 2017a; OMS, 2002; Rijn, 2016).

O processo de envelhecimento é analisado como o resultado da interação entre o envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário é um processo gradual, determinado geneticamente e diferente em todos os indivíduos que afeta a eficiência do corpo humano. O envelhecimento secundário surge como resultado de fatores como doenças, traumas, stress, abusos ou desuso, estando muitos desses fatores relacionados com o estilo de vida do indivíduo, podendo ser, de certo modo, controlados pelo mesmo (Peters, 2000).

O processo de envelhecimento acarreta, por norma, mudanças biológicas que, relacionadas com o enfraquecimento do corpo, resultam em deterioração de capacidades, o que conduz à existência de outras mudanças, entre as quais: problemas médicos mais frequentes do que até então, mudanças mentais ou psicológicas, mudanças de personalidade e mudanças no funcionamento intelectual. Para além deste processo de deterioração, o idoso enfrenta ainda um processo de mudanças sociais, através do qual tem tendência a perder gradualmente as oportunidades de contacto social, pelo que se considera necessário trabalhar com o idoso de uma perspectiva interdisciplinar e holística, levando em conta todas as áreas da vida do mesmo (Nunes, 2017a; Nunes, 2017b Rijn, 2016; Rodrigues, 2012).

As mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento são diferentes e recebidas de forma diferente por cada indivíduo e pela família do mesmo. De facto, a forma como o idoso vê e aceita de forma mais ou menos satisfatória o seu processo de envelhecimento é, durante algum tempo, determinante para a qualidade de vida do mesmo e dos que o rodeiam. Por outro lado, existem ainda doenças que afetam a saúde física e/ou mental do idoso, podendo alterar repentinamente ou de forma gradual a vida do mesmo. Como tal, é importante categorizar os vários cenários possíveis ao longo de envelhecimento para que possa ser dada uma resposta adequada à fase que o idoso em questão esteja a passar.

Peters (2000) categoriza os idosos em diferentes grupos de acordo com a fase do processo de envelhecimento em que se encontram, com o seu estado de saúde e com as necessidades que têm em cada fase. Assim, considera a existência de idosos saudáveis; idosos semi-independentes; idosos com doenças crónicas a receber cuidados em casa; idosos que estão em casas de repouso ou em instalações de cuidados de longa duração; e idosos que têm doença de alzheimer ou doenças relacionadas.

Os idosos semi-independentes são idosos que vivem na própria casa ou na de um cuidador e que passam 3 dias ou mais por semana num centro de dia ou num programa semelhante. Estes são idosos que têm alguma limitação que os impede de viverem de forma independente, sendo o papel do centro de dia fundamental não só para a supervisão dos idosos e para a prestação de alguns cuidados, como também como meio proporcionador de oportunidades de socialização, de desenvolvimento ou manutenção de habilidades funcionais e de oportunidades de realização de atividades com significado (Peters, 2000).

Os idosos que têm doença de alzheimer ou doenças relacionadas constituem uma população que vê associada ao seu processo de envelhecimento natural uma doença degenerativa marcada por uma deterioração física e mental progressiva que afeta intensamente a qualidade de vida de quem vive com essa mesma doença. Muito embora ainda não exista uma cura para a demência, já existem formas de ajudar os idosos e respetivas famílias a lidar com os sintomas e efeitos da mesma, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas afetadas pela doença (Burlá, Pessini, Siqueira, Nunes, 2014).

### **A ida do idoso para o centro de dia**

Ao longo do processo de envelhecimento, a prestação de cuidados ao utente torna-se cada vez mais exigente para o cuidador. Nas fases mais avançadas do processo de envelhecimento, é comum o cuidador chegar a um ponto em que percebe que já não consegue tomar conta do idoso em questão (quer por cansaço quer por incapacidade de dar uma resposta adequada às necessidades físicas do idoso), restando apenas como opção a transferência do mesmo para um centro de dia ou para um lar (Vilar & Lopes, 2012).

Mesmo quando o idoso não é institucionalizado e se verifica ser apenas necessário um reforço de cuidados a tempo parcial, cuidado esse a ser prestado por um centro de dia, o processo de adaptação do idoso ao centro de dia pode ser angustiante para o mesmo e difícil para os cuidadores. Com vista a reduzir a angústia associada a esta questão, a associação Alzheimer Portugal propõe que a questão da ida do idoso para um centro de dia, e eventual institucionalização, seja discutida com o mesmo ainda nos estádios iniciais da doença e que a possibilidade vá sendo preparada com a maior antecedência possível e não apenas quando o cuidador percebe que já não tem capacidades para tomar conta do idoso. Tal preparação, bem como uma abordagem cuidada do assunto, pode permitir que este processo seja menos doloroso para o utente e para o cuidador (Alzheimer Portugal, 2014).

A institucionalização de um idoso surge como um momento de mudança significativa na vida do mesmo e dos que o rodeiam no qual o idoso sente, por norma, não só a mudança de local mas também uma acentuada perda de controlo sobre muitos aspetos da sua vida. Além da desvinculação mais ou menos acentuada do núcleo familiar e da perda de autonomia e de responsabilidade por decisões pessoais, a falta de privacidade, o tratamento massificado e igual para todos os utentes, as rotinas rígidas, a desvinculação da comunidade, a eventual ausência de estimulação intelectual e a eventual realização de atividades físicas são fatores que contribuem para o desenvolvimento de um sentimento de mal-estar no idoso, o que faz com que a adaptação do mesmo a um centro de dia ou a um lar seja um processo demorado e complicado. Estes fatores tendem a contribuir para uma diminuição da autoestima do idoso, bem como para o desenvolvimento de falta de interesse por si próprio e pelos outros. Tais consequências desenvolvem no idoso um processo de regressão e desintegração social, de diminuição de respostas emocionais e de desenvolvimento de



comportamento sistemático e dependente das rotinas do lar, o que tem especial impacto na realização de tarefas básicas da vida diárias, para as quais o utente passa a estar totalmente dependente dos cuidadores ou dos funcionários do lar (Fernandes, 2000).

Com vista a dar resposta a estas dificuldades, nos centros de dia pertencentes à associação Alzheimer Portugal são desenvolvidos extensos programas anuais de atividades, nos quais existem atividades de estimulação cognitiva mas também atividades de cariz recreativo e de interação regular com a comunidade (Alzheimer Portugal, 2017b).

A seleção de atividades para o idoso com demência revela-se de uma especial importância para o bem-estar do mesmo. Nesse sentido, a Alzheimer Portugal (2014) sugere como principal critério para seleção de atividades o gosto do idoso. É importante ter conhecimento acerca do que são os gostos do idoso e, se possível, ter conhecimento acerca dos gostos de infância do mesmo. Por vezes, as atividades preferidas dos idosos podem ser impossíveis de realizar tal como seriam desejadas pelos mesmos, sendo indicada a importância de simplificar e adaptar as atividades às capacidades do utente, de modo a tornar possível a realização da atividade. Pelas características da demência, algumas atividades (como, por exemplo, ajudar na confeção de refeições em casa) não serão bem sucedidas, contudo, é importante ter o foco da atividade no processo (importância do ato de fazer) e não no resultado final, sendo igualmente importante demonstrar isso ao idoso. São consideradas como desejáveis atividades que permitam a socialização do idoso e a integração do mesmo na comunidade, sendo ainda de uma especial importância a realização de atividades físicas com o utente, por forma a que as capacidades físicas do mesmo possam ir sendo mantidas pelo maior período de tempo possível. Atividades como a jardinagem, a visualização de fotografias de momentos

importantes para o utente e a audição de canções estão entre as atividades propostas por esta associação.

A intervenção junto de idosos institucionalizados deve ter como objetivo a reabilitação ou a melhoria da qualidade de vida das pessoas em causa. Existem algumas estratégias de intervenção individual e em grupo, de acordo com as problemáticas inerentes à situação de cada idoso institucionalizado, de onde se destacam a estimulação sensorial e a terapia de orientação para a realidade. Duas das técnicas mais utilizadas aquando do trabalho com idosos com alzheimer são a validação e a reminiscência (Burlá et. al, 2014; Peters, 2000; Rodrigues, 2012).

A validação constitui uma técnica muito usada em idosos com alzheimer ou demências e tem como principais linhas orientadoras a empatia e o respeito pela individualidade de cada idoso. Utilizando esta técnica, o terapeuta utiliza a empatia para chegar aos sentimentos do idoso, explorando os sentimentos do mesmo através de palavras, símbolos, música ou movimento num contexto terapêutico (Peters, 2000).

A reminiscência é uma técnica que pode ser aplicada individualmente ou em grupo e que pode estimular, em doentes com alzheimer, memórias passadas, o que permite aos mesmos fazer conexões com o seu passado e ter um sentido positivo de si mesmo. Nesta técnica, fala-se com o idoso acerca do seu passado, estimulando-o não só cognitivamente como também emocionalmente. Este é um processo reconhecido como saudável que pode providenciar aos idosos satisfação e melhorias na socialização e nas relações interpessoais. Para além dos benefícios já descritos, esta técnica possui ainda benefícios relacionados com a adaptação à mudança ou ao stress, com a resolução de sentimentos de mal-estar e de tristeza relacionados com várias perdas, com a validação, com a conferência de significado à vida atual da pessoa, com a auto-estima e com o

acesso a capacidades pessoais e recursos que foram utilizados pela pessoa no passado (Peters, 2000).

## **A demência e a doença de Alzheimer**

### **O que é a demência?**

Segundo a Alzheimer Portugal (2014), as demências são doenças do cérebro, na sua maioria, de causa degenerativa, que provocam uma perda progressiva e irreversível das capacidades cognitivas (como a memória, linguagem, capacidades de planeamento e execução e de reconhecimento) e que conduzem a uma perda da autonomia para as atividades da vida diária, incluindo aspetos básicos como a alimentação ou a locomoção nas fases terminais da sua evolução.

Alguns dos fatores de risco da demência são a hipertensão arterial, a diabetes, a obesidade, a dislipidemia e a alimentação não-saudável. Todos estes fatores estão associados ao estilo de vida que é adotado atualmente na sociedade ocidental, o que faz com que a demência seja uma problemática à qual deve ser dada especial importância na sociedade atual. (Nunes, 2014).

De um modo geral, a demência implica as seguintes alterações no idoso: mudanças na memória de curto e longo prazo; diminuição do pensamento abstrato e do julgamento; distúrbios de linguagem (afasia); dificuldades na nomeação (anomia); perda de habilidade para interpretar o que é ouvido, dito e sentido (agnosia); e incapacidade para realização atividades motoras, apesar do funcionamento motor estar intacto (apraxia) (Aldridge, 2005b).

Além destes sintomas, é ainda comum no idoso com demência a ocorrência de períodos de ansiedade e medo e de mudanças bruscas de humor. Outros comportamentos comuns são: repetição (de perguntas, afirmações ou comportamentos); agitação (o que pode resultar em momentos de revolta e agressão ao cuidador);

desorientação (o que pode resultar em desconfiança na família); desinibição (o que pode resultar em comportamentos desadequados em público); e insónia noturna (que pode resultar em fenómenos de deambulação noturna). Em fases mais avançadas da doença, podem ocorrer gritos, alucinações, agressões ou períodos de agitação muito intensa (Alzheimer Portugal, 2014; Nunes, 2014).

Atualmente ainda não existe uma cura para a demência e o diagnóstico da mesma apenas pode ser comprovado através de uma autópsia, após a morte. Contudo, a precisão do diagnóstico tem melhorado ao longo do últimos anos. Devido ao conhecimento que se tem da doença, já é possível identificar vários estádios da doença e já existem testes padronizados que permitem determinar os diferentes défices cognitivos na pessoa com demência (Alzheimer Portugal, 2014).

Atualmente, um diagnóstico da demência é realizado em 4 etapas ou tarefas: realização de uma história clínica cuidada, que permita conhecer a evolução seriada dos sintomas; realização de um exame neuropsicológico, que permite a definição do perfil de compromisso cognitivo; identificação de sinais mais ou menos específicos no exame neurológico; e investigação complementar, incluindo estudo laboratorial e de imagem. (Caldas & Mendonça 2005).

Apesar dos avanços no diagnóstico clínico da demência, há métodos do mesmo que não se adaptam a alguns idosos com demência devido às limitações comunicativas que a doença causou nos mesmos. Aldridge (2005b) sugere a musicoterapia como um método auxiliar de diagnóstico para a demência, visto que constitui um meio alternativo de comunicação com significado para quem é incapaz de se expressar de forma coerente por palavras.

### **A doença de Alzheimer**

A doença de Alzheimer é o tipo mais frequente de demência, correspondendo a 60-70% dos casos diagnosticados. Esta é uma doença que tem vindo a aumentar progressivamente na população mundial devido ao envelhecimento da população, havendo estimativas que apontam que, em 2050, exista 1 caso de doença de Alzheimer em cada 85 pessoas, 43% das quais vindo a precisar de um nível elevado de cuidados. (Alzheimer Portugal, 2014)

De acordo com a OMS (2001), a doença de Alzheimer é uma doença degenerativa primária do cérebro. A demência na doença de Alzheimer é classificada como transtorno mental e comportamental caracterizado por declínio progressivo de funções cognitivas como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a linguagem, a capacidade de aprendizagem e o discernimento. O diagnóstico de demência ocorre quando tais declínios são suficientes para prejudicar as atividades pessoais da vida diária. A doença de Alzheimer tem um início insidioso, com deterioração lenta e geralmente ocorre após os 65 anos de idade, embora possa ter início numa idade anterior. Com o avançar da idade, aumenta rapidamente a incidência, aproximadamente duplicada a cada cinco anos, o que tem elevadas repercussões no número total de casos diagnosticados.

A nível clínico, a doença de Alzheimer constitui uma alteração no cérebro que conduz a uma redução da densidade das sinapses, o que leva a uma progressiva atrofia cortical, existindo assim uma diminuição progressiva dos neurotransmissores. Estas alterações iniciam-se no córtex entorrinal e progridem depois para outras áreas límbicas corticais, atingindo finalmente o neocórtex. Esta evolução da doença traduz-se numa progressão de sintomas clínicos em função das áreas atingidas (Nunes, 2014).

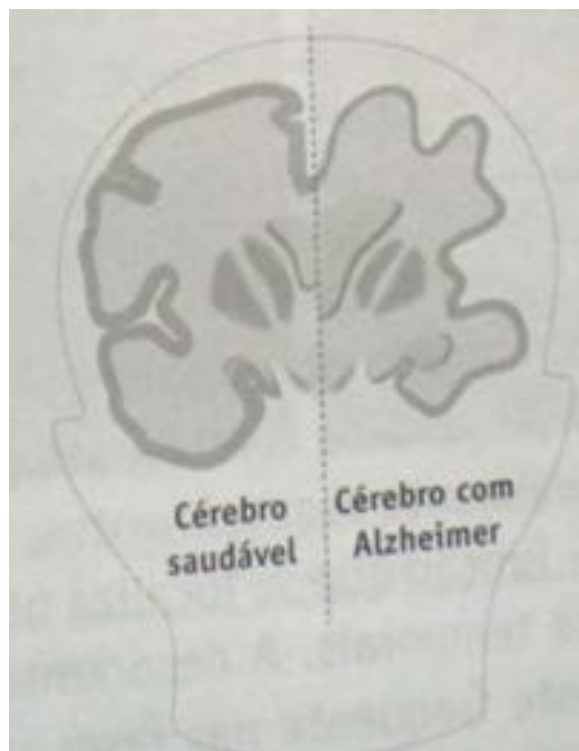


Figura 1. Atrofia cortical e dos hipocampos (Nunes, 2014)

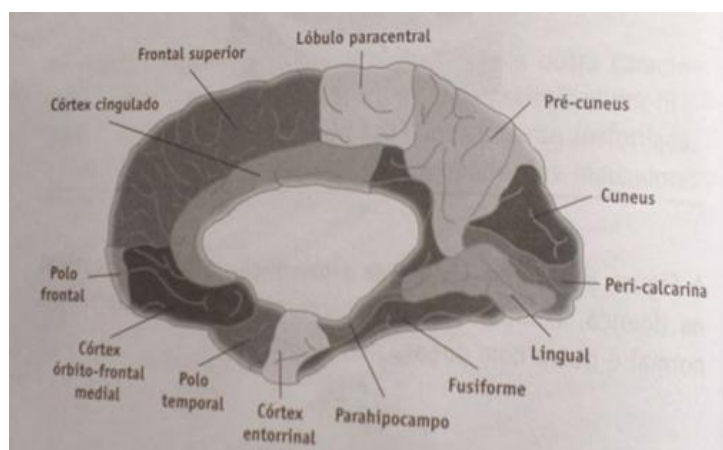


Figura 2. Esquema da face interna do hemisfério cerebral (Nunes, 2014)

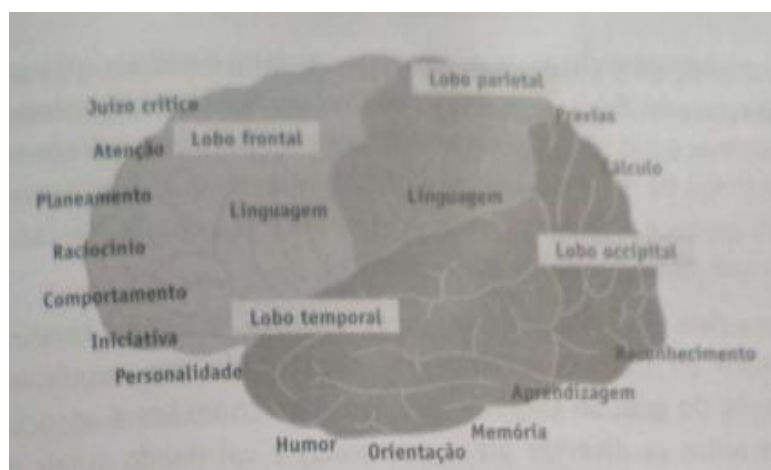


Figura 3. Localização das funções cognitivas no córtex cerebral (Nunes, 2014)

Através das figuras 2 e 3 pode ser verificado que a área que primeiramente é afetada pela doença de alzheimer, o cortex entorrinal, corresponde à área do cérebro responsável por funções cognitivas como o humor, a orientação e a memória, que constituem alguns dos principais sintomas de alzheimer. Através da figura 1 é possível verificar a atrofia cortical provocada pela doença de alzheimer.

### **Outros tipos de demência**

Para além da doença de alzheimer, existem ainda outros tipos de demência.

O segundo tipo de demência mais comum é a demência vascular. A demência vascular pode ocorrer devido às seguintes causas: enfartes cerebrais múltiplos; enfartes isolados estratégicos; doença de pequenos vasos; hipoperfusão cerebral; hemorragia cerebral; e outras doenças vasculares. Quando existe uma sobreposição de fatores entre a doença de alzheimer e a demência vascular, diz-se que ocorre uma demência de causa mista (Caldas & Mendonça, 2005).

Existem ainda outros tipos de demência com menor expressão, sendo os mesmos os seguintes: Leucoencefalopatia isquémica; demência fronto-temporal; demência dos corpos de lewy; demência associada à doença de parkinson (Nunes, 2014).

### **Fases da demência**

Ao longo da sua evolução, a demência, manifesta-se em 4 estádios: estágio de demência incipiente (defeito puro de memória); demência ligeira; demência moderada; e demência severa (Alzheimer Portugal, 2014).

No primeiro estágio, habitualmente designado por defeito cognitivo ligeiro, os pacientes apresentam um defeito de memória que afeta predominantemente a memória recente, estando ainda preservada a evocação de factos antigos. Nesta fase, que pode ter uma duração relativamente longa, os sintomas podem passar despercebidos aos

familiares e o doente ainda não reúne os critérios de demência pois está relativamente autónomo (Caldas & Mendonça 2005).

No segundo estágio, a pessoa perde alguma da sua autonomia e os défices causados pela doença são notados pelos familiares, sendo verificadas dificuldades na realização de tarefas de organização mais complexas, nas relações temporais e na nomeação. Na demência moderada, os défices apresentados pelo doente começam a tornar-se cada vez mais incapacitantes e começam a evidenciar-se dificuldades de concentração e de orientação espacial. O doente torna-se repetitivo, deixa de conhecer pessoas íntimas, confunde os objetos menos habituais (agnosia), fica mais lento e mais apático e não reconhece os seus défices (anagnosia). São ainda comuns nesta fase alterações no comportamento como agitação vs apatia, insónia, desconfiança relacionada com delírios, e agressividade ou displicência na sua apresentação pessoal e higiene (Nunes, 2014).

No estágio de demência severa, o defeito de memória é muito grave, sendo quase inexistente a retenção de informação. Quando existe discurso, o mesmo é fragmentado e vazio. O doente não reconhece os familiares próximos, é incapaz de assegurar atividades de vida diária como a higiene e alimentação e apresenta incontinência noturna. São ainda habituais as alterações no ritmo do sono, a agitação vs apatia e alguns sintomas psicóticos como alucinações ou agressividade. Já na fase terminal, o doente fica acamado, incontinente e sem comunicação verbal (Caldas & Mendonça 2005).

Num contexto em que as capacidades cognitivas e motoras se vão deteriorando cada vez mais ao longo do tempo, é importante contextualizar a identidade, a comunicação e a depressão na demência, aspetos nos quais a musicoterapia pode ter um



papel determinante ao longo das várias fases de evolução da doença, não só para o idoso com demência mas também para os cuidadores e familiares do mesmo.

## **Aspetos psicossociais da demência**

### **Identidade na demência**

A questão da identidade na demência e do respeito social pela existência da mesma em pessoas com demência constitui ainda uma questão com a qual doentes e familiares se deparam com regularidade. Se, por um lado, as pessoas que vivem com demência e os familiares esperam por uma cura clínica para a demência, por outro, estas pessoas desejam também ser vistas como pessoas que são e não apenas como alguém com uma doença degenerativa. Como tal, pessoas com demência querem ser respeitadas, incluídas socialmente e querem tomar parte, tanto quanto possível, nas decisões respeitantes ao seu futuro (Brennan, 2016; Nissen, 2016).

Um dos aspetos de maior relevo no que diz respeito à questão da manutenção da identidade na demência prende-se com a oportunidade que é dada à pessoa para fazer parte das decisões respeitantes ao seu presente e futuro. Assim, deve, atempadamente, ser dada toda a ajuda possível às pessoas com demência para que possam tomar as suas próprias decisões em função dos seus próprios interesses, ao invés de deixar essas decisões totalmente à mercê dos cuidadores. Tal implica, inevitavelmente, uma melhoria na rapidez e eficácia do diagnóstico da demência (Alzheimer Europe, 2016).

No que respeita ao conceito de identidade, Aldridge (2005b) propõe a existência de uma identidade realizada, isto é, de uma identidade que surge e é apresentada através das ações do sujeito, que faz o que é. Este autor considera que a personalidade não é separável do corpo e que, como tal, no dia-a-dia, em cada decisão e cada ação, está presente essa identidade do sujeito, identidade essa que é, também, construída ao longo

da vida. Tal facto implica que, através de um setting adequado, seja possível ao terapeuta chegar a alguns aspetos da personalidade do sujeito, através da interpretação, suportada por uma contextualização cultural e clínica, das ações do sujeito. Tal implica também que, mesmo que o utente não se consiga expressar através de palavras, possa expressar a sua identidade através das suas ações em contexto terapêutico. Neste sentido, as artes criativas como a musicoterapia podem constituir ferramentas muito benéficas para a expressão da identidade do utente e também um meio alternativo de comunicação através do qual o utente possa expressar sentimentos utilizando a linguagem não-verbal ou as capacidades que tenha, sejam visuais, vocais ou motoras.

### **Comunicação na demência**

Devido à evolução da demência, a comunicação e a expressão individual do utente vai sendo dificultada ao longo do tempo. Não só porque as suas competências ao nível da fala podem ser afetadas mas também porque existe a deterioração da memória, o que dificulta a comunicação no idoso.

Segundo Aldridge (2005b), a memória é a coerência de eventos no tempo. Se a memória falha, os eventos perdem a sua coerência, o que afeta largamente a comunicação em idosos com demência. Contudo, apesar de, em muitos casos, a comunicação oral falhar em forma e em conteúdo, o idoso ainda possui um outro importante mecanismo de comunicação, a comunicação corporal. De facto, a comunicação surge como interação entre postura, movimento e prosódia, pelo que um idoso com a fala afetada possui ainda dois recursos que pode utilizar, quando bem estimulado para tal. De acordo com este autor, o corpo de um idoso pode guiar a comunicação num contexto terapêutico, mesmo quando a deterioração cognitiva é severa.

No caso da musicoterapia, a base da comunicação em sessão está na música e na musicalidade intrínseca do utente. Tal musicalidade é mantida ao longo do processo de deterioração originado pela demência, o que significa que o principal meio de comunicação para uma interação musicoterapêutica está garantido. Através de uma performance musical na qual o utente está ativo, o mesmo tem a oportunidade de se expressar e de experienciar uma vivência criativa e agradável enquanto vivencia na sua vida uma deterioração severa (Sacks, O., 2007; Aldridge, 2005a; Aldridge, 2005b).

### **A depressão associada à demência**

Uma das doenças que surge regularmente associada à demência é a depressão. Muito embora apenas se manifeste nos primeiros estádios da doença, a depressão, quando associada à demência, afeta em muito a qualidade de vida do idoso e dos que o rodeiam. Neste sentido, a intervenção psicossocial na demência ganha uma especial importância, não só pela intervenção com as pessoas que sofrem de demência e, eventualmente, de depressão como também pela intervenção com os cuidadores, que muitas das vezes também se acham em risco de depressão (OMS, 2001).

Por outro lado, vários estudos apontam para a depressão como um fator de risco para futuro desenvolvimento de demência, mais concretamente de demência vascular e de demência dos corpos de lewy (Nunes, 2014).

A interligação entre depressão e demência pode, portanto, ocorrer de várias formas, podendo a depressão surgir antes, durante ou após o aparecimento da demência. De facto, os sintomas depressivos podem preceder os primeiros esquecimentos sentidos pelo idoso ou surgir como reação do mesmo às dificuldades cognitivas sentidas pelo mesmo (Alzheimer Portugal, 2014).

Para além disso, os sintomas apresentados em casos de depressão e de demência são relativamente semelhantes, podendo confundir familiares ou mesmo diagnósticos

médicos. De facto, uma parte significativa dos casos diagnosticados de demência começam com um diagnóstico clínico de depressão, que, com o tempo, se clarifica para um diagnóstico de demência (Nunes, 2014).

Ao contrário da alzheimer, a depressão é curável, pelo que se torna importante uma intervenção médica adequada para a questão. Por outro lado, a tristeza é um elemento característico do estado de espírito dos idosos na primeira fase de demência e nem sempre indica ocorrência de depressão. É, portanto, determinante que os cuidadores possam estar atentos a alguns sinais de tristeza e depressão dados pelo idoso e que procurem ajuda médica sempre que necessário, por forma a melhorar a qualidade de vida do mesmo (Alzheimer Portugal, 2014; Nunes, 2014).

Algumas consequências da depressão associada à demência são a agitação, a cólera e, por outro lado, a passividade. Tais consequências poderão conduzir a uma progressiva desintegração do idoso nos meios sociais que frequenta, bem como a uma perda de capacidades funcionais por parte do mesmo associadas não às competências motoras do mesmo mas sim à ideia que tem de já não ser capaz de realizar atividades motoras como outrora. Como tal, o tratamento da depressão em pessoas com demência revela possibilidades de elevar as capacidades funcionais das mesmas (OMS, 2001).

Como tem vindo a ser discutido ao longo desta secção, é de especial importância ter-se em conta, aquando da intervenção com idosos com demência, as questões psicossociais inerentes à condição dos mesmos. Como tal, a abordagem que se escolhe pode ser determinante não só para o sucesso da terapia como, principalmente, para o efeito que a terapia possa ter no utente.

### **Abordagem centrada na pessoa**

A abordagem centrada na pessoa surge inserida na corrente humanista. A corrente humanista centra-se, de modo geral, num olhar sobre o Homem, a sua existência e a sua própria condição humana. Esta corrente de pensamento surgiu com o início da metafísica de platão, sendo baseada em duas correntes de pensamento filosófico, o existencialismo e a fenomenologia (Leal, 2005).

Tendo como grande representante o filósofo Kierkegaard, o existencialismo é uma corrente filosófica segundo a qual se considera como única realidade a experiência interna e se rejeitam posições genéticas ou sociogénicas que definam o sujeito. Assim, é considerado que cada pessoa se constrói a si mesma, existindo um interesse não só pelas experiências vividas mas também pelas condições de existência de quem as vive. Nesta corrente é dada uma grande importância à tomada de consciência e à responsabilidade, sendo que, neste sentido, a liberdade humana é vista não como uma liberdade relativamente a responsabilidades mas como o facto de aceitar a responsabilidade (Hansenne, 2004; Teixeira, 2006).

A fenomenologia é, essencialmente, um método para investigar e descrever a realidade no qual se parte do princípio de que a realidade é apreendida de forma única por cada indivíduo. Isto faz com que esta seja uma abordagem bastante subjetiva que implica uma atitude de pesquisa constante e que toma em linha de conta a experiência subjetiva que cada indivíduo tem de uma realidade que vivencia, sendo a partir dessa experiência que o fenómeno é explorado, ainda que tal exploração ocorra sem formulação de hipóteses tanto acerca do fenómeno em si como acerca da relação do mesmo com o indivíduo que o percebeu. (Leal, 2005).

De acordo com os ideais do modelo humanista, considera-se que as pessoas querem desenvolver o seu potencial e tornar-se auto-actualizadas, procurando mais do

que aquilo que são as necessidades básicas como o alimento, a sexualidade e segurança, como consideravam autores como Carl Rogers e Abraham Maslow. Assim, é defendida a importância da liberdade de escolhas e de decisões na vida de cada um, considerando-se as pessoas como seres que procuram uma noção de si e auto-atualizar-se e não como seres movidos apenas por estímulos e impulsos (Fridlund, Gleitman & Reisberg, 2011).

A abordagem não-diretiva ou centrada no cliente foi desenvolvida por Carl Rogers nos anos de 1940 e constitui uma proposta filosoficamente alicerçada nesta visão existencial humanista. Rogers considerava que se determinadas condições estivessem presentes numa terapia poderia produzir-se uma transformação da personalidade, sendo tais condições a empatia, a visão positiva e a congruência. Rogers considera o sujeito na sua globalidade, considerando que cada sujeito é capaz de resolver os seus próprios problemas e que, como tal, o papel do terapeuta será o de desenvolver um contexto que permita ao cliente desenvolver a sua personalidade e não o de imprimir uma determinada direção ao processo do cliente. Nesta abordagem, que se centra na melhoria das condições de vida do cliente no presente, é dada especial importância a conceitos como a criatividade, espontaneidade, o livre arbítrio e a intencionalidade. Carl Rogers foi o primeiro terapeuta a registar todas as sessões tidas com um cliente, com vista a poder mostrar dados das mesmas a colaboradores e ao público, conferindo assim um rigor à terapia que até então não se verificava, algo que tem bastante relevo para a aplicação desta abordagem ao nível da musicoterapia na atualidade (Hansenne, 2004; Leal, 2005).

A terapia centrada no cliente baseia-se em alguns princípios, nomeadamente os seguintes: auto-atualização, conceito de si próprio e crescimento.

A atualização é uma tendência inata presente nos organismos que lhes permite desenvolverem as suas capacidades de forma a manterem e a melhorarem o seu estado.

Este princípio possui quatro características: 1) é uma disposição natural e biológica que se encontra no funcionamento de cada ser vivo; 2) é um processo ativo, pois os organismos procuram sempre algo, exploram, criam e modificam o meio onde habitam; 3) é direcional, pois encaminha os seres vivos no sentido do crescimento, reprodução e auto-regulação; 4) é seletiva, pois em cada organismo não se encontram desenvolvidas todas as capacidades do mesmo mas apenas as que são necessárias. Rogers considera a auto-atualização como um processo derivado do anteriormente descrito, sendo o mesmo exclusivo do Homem (Hansenne, 2004).

O conceito de si próprio desenvolve-se na primeira infância e consiste no conceito que cada indivíduo tem do seu “eu” como alguém que toma ou não medidas e decisões. Visto que este é um conceito que envolve o sentido do “eu”, isto é, do próprio sujeito, existe um conflito interior natural entre um “eu atual” (isto é, a forma como o sujeito se vê) e um “eu ideal” (aquilo a que o sujeito aspira ser). Se esta diferença for pequena, significa que o sujeito se aceita a si próprio de uma forma satisfatória. Por outro lado, se a percepção que o sujeito tem do mundo não for proporcional relativamente às experiências vividas, origina-se uma distorção da realidade. Este processo tem uma influência importante no processo de envelhecimento, influenciando a forma como o idoso olha para si e para a sua vida (Fridlund et al., 2011).

O conceito de crescimento surge nesta abordagem como sendo o desenvolvimento da personalidade humana. Carl Rogers parte do pressuposto de que todos os seres humanos são fundamentalmente bons, considerando que se se verificarem as condições adequadas, os seres humanos crescerão de maneira a realizarem o seu potencial inerente, potencial esse que tem uma tendência maior para se desenvolver para o bem. Assim, considera que todas as pessoas podem atingir um sentido saudável de si mesmas se dispuserem de um clima emocional adequado para tal (Rogers, 1961).

Para que os objetivos desta terapia sejam alcançados, existem algumas condições que têm de estar presentes no processo terapêutico, sendo essas condições a base para o estabelecimento da relação terapêutica. Assim, é necessário que: 1) o terapeuta e o cliente estejam em contacto, isto é, que cada um deles produza uma diferença implícita ou explícita no campo experiencial do outro; 2) o cliente se encontre em estado de incongruência, isto é, num estado de desarmonia interior caracterizado, principalmente, pela ansiedade e vulnerabilidade; 3) o terapeuta seja congruente na sua relação com o cliente, isto é, que seja ele mesmo, estando verdadeiramente presente na relação e sendo congruente relativamente aos seus comportamentos e emoções; 4) exista uma atenção positiva e incondicional do terapeuta para com o cliente e que o terapeuta conceda um valor positivo a todas as manifestações da personalidade do cliente; 5) exista empatia na relação, isto é, que exista uma compreensão empática do terapeuta para com o cliente; 6) a atenção positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta sejam perceptíveis, pelo menos em certa medida, pelo cliente (Leal, 2005; Rogers, 1961).

Nesta psicoterapia, a atitude do terapeuta é caracterizada pela confiança, respeito e concentração do terapeuta no processo terapêutico do cliente, algo que só possível através da qualidade da relação terapêutica que é estabelecida. Para além disso, é também dada uma grande importância ao presente e à resolução dos problemas imediatos do cliente (Leal, 2005).

O foco da terapia com bases humanistas não está na patologia psicológica do sujeito mas sim no sujeito em si, sendo o objetivo principal da mesma melhorar a vida do cliente no presente que o mesmo enfrenta. Deste modo, a função da musicoterapia segundo este modelo será, efetivamente, a de melhorar a vida do idoso no momento em que o mesmo se encontra, sendo o idoso considerado como um indivíduo com capacidades a explorar e com liberdade de decisão. Para além disso, segundo este



modelo, o conceito de si próprio tem também uma grande importância no processo terapêutico, sendo importante trabalhar com o idoso ao nível da identidade e, quando possível, da revisão de vida.

Segundo este modelo, a relação terapêutica deverá ser baseada na empatia do terapeuta para com o cliente. A este nível, a compreensão e aceitação do idoso tal como ele é, de uma forma incondicional, toma um papel importantíssimo para o sucesso do processo musicoterapêutico com demências.

### **Musicoterapia na demência**

Ao longo do presente capítulo será feita uma abordagem à musicoterapia e a alguns métodos de musicoterapia utilizados no contexto da demência e alzheimer.

#### **Musicoterapia**

Numa definição publicada em 2011 pela federação mundial de musicoterapia (WFMT), “a musicoterapia é o uso profissional de música e dos seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos e diários com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual. A investigação, a prática, a educação e a instrução clínica na musicoterapia são baseadas em padrões conforme contextos culturais, sociais e políticos” (WFMT, 2011).

Segundo Bruscia (1998), a musicoterapia constitui um processo sistemático de intervenção terapêutica com vista à promoção da saúde e bem-estar do paciente através de experiências musicais e da relação terapêutica, sendo estes dois fatores visto como uma força dinâmica de mudança no utente. Para este autor, a função do musicoterapeuta é determinante para a eficácia do processo terapêutico, na medida em que este é essencial para facilitar o processo de mudança no paciente. O trabalho ao nível da

musicoterapia baseia-se, portanto, na relação terapêutica e na relação da música com o paciente. Como tal, numa perspectiva musicoterapêutica, a música não tem valor em si ou pelos conceitos estéticos que a permeiam mas sim pela relação que o paciente estabelece com a mesma.

Peters (2000), salienta na definição de musicoterapia a relação terapêutica, estabelecida em sessão entre paciente e musicoterapeuta, e a avaliação do progresso do paciente, considerando estes fatores como essenciais para o processo terapêutico. Este autor considera, portanto, a musicoterapia como um processo de interação e intervenção que ocorre através de experiências musicais concretas, promovidas por um técnico qualificado, e que decorrem de uma avaliação inicial e contínua das necessidades e capacidades do paciente. Através deste processo pretende-se promover mudanças positivas no estado afetivo do paciente, bem como nas suas competências, pensamentos, emoções ou comportamentos.

Um dos princípios específicos da abordagem da musicoterapia é o princípio de ISO, proposto por Rolando Benenzon em 1988. Este princípio tem por base a ideia de que cada ser humano tem dentro de si uma identidade sonora única que o caracteriza. Assim, o princípio de ISO surge como um conceito dinâmico e em constante evolução que decorre ao nível do inconsciente, presumindo a noção de existência de vários sons, de fenómenos acústicos e de movimentos internos de resposta aos mesmos que caracterizam e individualizam cada ser humano. De acordo com este autor, o ISO começa a formar-se durante o período de gestação, estruturando-se ao longo da vida de cada ser humano e sendo influenciado não só pelo indivíduo como também por fatores étnicos, culturais e universais. Assim, considera-se que o ISO de cada ser humano não implica apenas a existência de material sonoro e musical, mas também de experiências e memórias não

musicais que se relacionam com esse mesmo material sonoro e musical (Benenzon,1988).

Bruscia (1998) destaca a variedade de experiências musicais que decorrem da musicoterapia, facto que advém da individualidade inerente ao processo de musicoterapia e ao ISO de cada paciente. De facto, as experiências musicais têm características e potencialidades diferentes consoante o paciente ao qual se destinam e consoante a experiência em si, evocando emoções diferentes e requerendo competências perceptivas e cognitivas diferentes. Este autor indica a existência de 4 experiências musicais, nomeadamente, a improvisação, a re-criação, a composição e a escuta musical.

A musicoterapia pode ser aplicada ao longo de todo o ciclo vital e em diversas patologias. A musicoterapia pode ser aplicada em crianças em situações de perturbações emocionais, do desenvolvimento, do comportamento e da aprendizagem. Em adolescentes, a musicoterapia pode ser aplicada em situações de perturbações emocionais e do comportamento, podendo ainda ser aplicada a indivíduos com deficiência com perturbações neurológicas. Em adultos, pode ser aplicada à geriatria, psicogerontologia e aos estados paliativos e comatosos. Para além da intervenção nestes contextos, a musicoterapia pode ser também aplicada a populações não clínicas com vista à promoção do bem-estar, enquanto prática de desenvolvimento pessoal ou de desenvolvimento das capacidades funcionais dos indivíduos (Wigram et. Al, 2002).

### **Musicoterapia na demência**

Como já vem sendo referido, o idoso necessita de se sentir compreendido e de expressar sentimentos. No caso de idosos com demência, esta necessidade é ainda mais evidente e o desconforto emocional é maior, sendo especialmente necessário proporcionar a estes idosos um contexto terapêutico no qual os mesmos possam expressar os seus

sentimentos e receber apoio e compreensão. Através da musicoterapia, é possível criar com estes idosos uma relação terapêutica, baseada na empatia e no não-julgamento, na qual os mesmos se possam expressar através da música (Wigram et. Al, 2002).

Ao contrário de outros aspetos físicos e psicológicos, a aptidão musical não diminui à medida que as pessoas envelhecem e, para grande parte da população idosa, as mudanças físicas associadas ao processo de envelhecimento não têm implicações significativas no prazer musical ou na aptidão musical. Para além disto, as pessoas idosas têm preferências musicais bastante distintas, não padronizadas, passaram ao longo da vida por experiências musicais marcantes ou por experiências marcantes nas quais a música estava presente e, por vezes, são capazes de discriminar as suas preferências musicais, o que faz dos idosos uma população com a qual faz todo o sentido intervir através da música. Mesmo em idosos com demência severa e alzheimer, é comum haver uma manutenção de capacidades musicais (como capacidades rítmicas) e da capacidade de resposta a estímulos musicais, mesmo quando a deterioração cognitiva é severa. Mesmo quando a demência inibe o idoso de cantar, existem respostas à música que se mantêm, respostas essas que são possíveis de alcançar através da musicoterapia e que são especialmente significativas quando o idoso em questão perde cada vez mais a capacidade para reagir a outros estímulos. Por todos estes factos, existe uma necessidade cada vez mais justificada em literatura de incluir a musicoterapia nas atividades de vida diária dos idosos (Wigram et al., 2002; Peters, 2000).

Através da análise do princípio de ISO torna-se ainda mais evidente a pertinência do trabalho com musicoterapia nas populações idosas. Ao analisar o princípio de ISO, é possível verificar que um idoso possui uma identidade sonora e musical que contém as experiências sonoras vividas pelo mesmo desde a gestação até ao

presente. De modo a estabelecer comunicação com o idoso, é fundamental tentar perceber elementos do ISO de cada um, tendo-os como base para o trabalho ao nível da musicoterapia com o idoso em questão. Neste sentido, a música permite chegar a aspetos da identidade de cada indivíduo de uma forma não invasiva, o que é especialmente importante no trabalho na demência (Benenzon, 1988).

Do ponto de vista da neuropsicologia, é hoje possível perceber cada vez melhor os efeitos da música no cérebro humano, o que toma uma especial importância em casos da aplicação da música e da musicoterapia em pessoas com demência, nas quais existe uma deterioração progressiva de diversas áreas cerebrais. A nível cerebral, o som estimula áreas responsáveis pela memória, emoção, visualização, controlo motor e significado. De facto, existem áreas cerebrais específicas para o processamento de informações diferentes que chegam à pessoa através do som ou de experiências sonoras (como o córtex pré-frontal, responsável pela associação de memórias a canções com importância auto-biográfica para quem as ouve ou o córtex motor, responsável pelo planeamento do movimento durante a performance musical) (Wheeler, 2017).

Em pessoas com demência, quanto maior for a carga emocional proporcionada pela experiência musical, maior a probabilidade de existir uma memória forte conectada a essa mesma experiência. Deste modo, a música permite emparelhar informações muito distintas como sentimentos, memórias e imagens, de tal modo que, havendo uma outra experiência musical semelhante que aconteça posteriormente, ocorrerá uma resposta consciente e inconsciente vinda da experiência anterior. Assim, devido ao facto de a música providenciar pistas para memórias e associações, é possível estimular redes neuronais a reagir de uma forma mais rápida e eficiente em pacientes com demência. Apesar dos efeitos diretos da música no cérebro, torna-se de especial importância incorporar a música nesta prática terapêutica também com uma perspectiva que inclua o

impacto e importância da interação musical enquanto ato facilitador de um processo de interação interpessoal (Wheeler, 2017).

Para Sacks (2007), a musicoterapia na demência é possível porque a música ativa emoções, capacidades cognitivas, memórias e, principalmente, o que resta do “eu” do paciente, estimulando todos estes aspetos e trazendo-os para um contexto seguro nos quais os mesmos podem ser trabalhados com a ajuda de um musicoterapeuta. De acordo com este autor, em pacientes com alzheimer, a percepção musical, a sensibilidade musical, a emoção musical e a memória musical sobrevivem no paciente, mesmo muito depois de outras formas de memória terem já sido deterioradas. Neste sentido, uma escolha adequada do repertório e da experiência musical pode servir para orientar o paciente quando quase mais nada consegue tal efeito. Num paciente com alzheimer a musicoterapia enriquece a existência e constitui um espaço de liberdade, de estabilidade, de organização e de foco.

Nos últimos anos, a literatura em musicoterapia regista inúmeros benefícios da musicoterapia em pessoas com demência, tais como o aumento da participação, reminescência, reconhecimento e reprodução de canções e melodias familiares, regulação emocional, diminuição da agitação, preservação de habilidades musicais, promoção da retenção da memória identitária, melhoria da qualidade de vida, promoção de momentos de expressão emocional, melhorias na comunicação, encorajamento de movimento rítmico, contributo para a criação de uma noção de coerência temporal e contributo para a manutenção da memória semântica (Aldridge, 2005a; Aldridge, 2005b; Hernández, 2001; Wigram et al., 2002).

### **Métodos e técnicas de musicoterapia aplicados à demência**

Algumas das técnicas mais utilizadas em musicoterapia na demência são as seguintes: improvisação; canto de canções familiares; terapia vibroacústica; e técnicas de redução

de stress. Quando se trata de sessões de grupo de musicoterapia com idosos com demência, algumas das técnicas mais utilizadas são: música e movimento; danças sociais; estimulação vibrotátil; *singalong* (canto de canções em conjunto); reminiscência musical; estimulação musical; e escrita de canções. Há ainda algumas técnicas usadas por elementos do staff com pessoas com demência que, não constituindo técnicas de musicoterapia, constituem estratégias usadas pelo staff nas quais a música está envolvida, como as seguintes: música de fundo; escuta individual de música; grupos de *play along* (grupos nos quais são utilizados instrumentos pelos utentes para acompanhar música); e assistência terapêutica musical (intervenções nas quais elementos do staff cantam para utentes durante momentos de assistência ao idoso, o que acontece, por exemplo, com idosos agitados) (Wigram et al., 2002).

Ao longo do trabalho com pessoas com demência, a construção de narrativas musicais e de momentos de improvisação tem especial importância. Tal como acontece, por exemplo, no drama, é possível construir narrativas com pessoas com demência utilizando a expressão musical como linguagem. Assim, sessões de musicoterapia com um grupo de idosos com demência envolverão encorajamento da expressão individual, variados momentos de interação, momentos de treino de atenção e de movimento usando instrumentos e a voz e envolverão ainda a criação de momentos de improvisação a partir de sons e música expressa por membros do grupo. Tais atividades podem partir de músicas pré-compostas ou de momentos de improvisação em pares, trios, em pequenos grupos ou de todo o grupo (Bunt & Hoskyns 2002).

Com esta população, e pela natureza da musicoterapia, existe uma interação constante entre as reações dos utentes e uma resposta dada pelo terapeuta, que permitirá ou não o início, fim ou mudança de um processo de narrativa musical ou de improvisação. Ao trabalhar com esta população, o musicoterapeuta identifica as

necessidades dos pacientes através da observação e conhecimento que vai desenvolvendo acerca dos mesmos à medida que o tratamento progride e que a relação terapêutica se desenvolve e a interação musical que propõe na sessão acontece de acordo com o que o musicoterapeuta pensa que poderá ser benéfico para aquele grupo naquela sessão e a cada momento da mesma. Através desta prática, é possível criar para esta população momentos significativos de comunicação e de expressão de sentimentos e histórias nos quais existe uma estrutura e estabilidade conferidas pela música (Bunt & Hoskyns 2002).

No que concerne a sessões individuais de musicoterapia com pessoas com demência, Aldridge (2005b) considera que o trabalho com esta população se deve centrar na regulação e na estimulação, com vista a melhorar a comunicação e a prevenir, dentro do possível, a progressão dos sintomas associados a esta doença degenerativa. Segundo este autor, a música deve ser usada como um recurso para chegar à pessoa ao longo dos vários estádios da doença. Este autor dá um especial enfoque ao uso de canções familiares e do canto terapêutico. Ao usar canções familiares, torna-se possível a integração do passado do idoso e, conseqüentemente, de aspetos da sua personalidade. Uma simples canção pode conter um período inteiro da vida do idoso que, ao ouvi-la, pode ver restaurada em si a memória e a essência desse período de vida e dessa realidade que viveu. O canto terapêutico permite aumentar a interação do idoso com outro ser humano a um nível íntimo e pessoal, permitindo ao idoso expressar-se de uma maneira única. Por forma a ser mais eficaz, este canto terapêutico deve ter associadas canções familiares ao utente, que, por sua vez, têm associados sentimentos e memórias que o idoso pode partilhar com o musicoterapeuta através do canto.

É possível direcionar as intervenções de musicoterapia na demência de acordo com o estágio da doença, o que faz todo o sentido, tendo em conta que as dificuldades



com que o idoso se depara ao longo dos vários estádios da doença são bastante diversas. Num estado inicial da demência, a intervenção musicoterapêutica pode centrar-se na promoção de uma participação ativa do idoso em atividades musicais e na estimulação do uso do canto, pois o ato de cantar pode ajudar os idosos a reter algumas memórias. Durante esta fase da doença, é desejável que o idoso possa participar em grupos de musicoterapia e em grupos de reminiscência musical, pois promovem aspetos como a interação, a socialização, a verbalização de opiniões e sentimentos, a estimulação congénita e da memória, a manutenção da auto-estima, e diminuindo a solidão e o isolamento. Já as experiências de canto terapêutico individual podem distrair o idoso da depressão e facilitar algumas mudanças no estado de espírito do mesmo, promovendo ainda a comunicação e a manutenção da linguagem e de funções da memória. Experiências de escrita de canções, de dança e de música e movimento são também desejáveis nesta fase da doença (Peters, 2000).

Na fase intermédia da demência é importante proporcionar aos idosos experiências desafiadoras para os mesmos e adaptadas às suas capacidades. Assim, é especialmente importante trabalhar com vista a reduzir o isolamento e a manter as capacidades cognitivas e motoras dos mesmos. No trabalho musicoterapêutico durante esta fase da doença, é, em muitos casos, possível trabalhar com os utentes com algumas experiências de *sing-along*, através das quais os mesmos se podem expressar e partilhar memórias que são ativadas através dessa mesma experiência musical. Experiências positivas na musicoterapia durante esta fase conduzem a menor agitação, mais relaxamento e a uma diminuição de comportamentos hostis e desajustados fora da sessão. Ao longo desta fase, as atividades rítmicas são também benéficas, tal como as que envolvem estimulação vibro-tátil. Contudo, é necessária a existência de estrutura e orientação do musicoterapeuta para ajudar os utentes a manterem a participação ativa.

Em sessões de grupo, ao longo desta fase intermédia, é essencial que haja uma estrutura de sessão clara e constante de sessão para sessão (Aldridge, 2005b; Peters, 2000; Wheeler, 2017).

Na fase avançada da demência, os idosos já perderam a capacidade de articulação verbal e estão irresponsivos perante muitos estímulos, o que faz com que as interações com os mesmos tenham de ser individualizadas e centradas num único sujeito, mesmo quando se trata de sessões de grupo. Nesta fase, é necessário que o musicoterapeuta esteja alerta para pequenas mudanças no utente que podem ocorrer ao longo da sessão, como pequenas respostas de movimento (como movimentos de dedos, braços, pés ou pernas ao ritmo da música). Os objetivos ao trabalhar nesta fase da demência são os seguintes: estimulação sensorial para manutenção das capacidades motoras do idoso, melhoria da interação, criação de oportunidades para expressão individual do idoso e para comunicação não-verbal, participação em experiências positivas e com significado, e melhoria da auto-estima através da participação em atividades agradáveis. Mesmo com idosos que se revelam irresponsivos nas primeiras sessões, é possível obter respostas dos mesmos à medida que as sessões vão progredindo. À medida que a deterioração vai sendo mais severa, a musicoterapia vai ganhando uma importância maior no sentido em que proporciona a estes utentes um momento de conforto físico e psicológico (Aldridge, 2005<sup>a</sup>; Aldridge, 2005b; Peters, 2000).

Quando a musicoterapia é aplicada a pessoas com demência e alzheimer, é importante que as sessões sejam tão estruturadas quanto possível, de modo a despertarem nos idosos um sentido de coerência temporal que lhes trará confiança e segurança. Gfeller e Hanson (1995) propuseram para esta população uma estruturação de sessão dividida em 3 partes. A primeira parte é constituída por uma atividade ou

canção de abertura para saudar as pessoas presentes na sessão e para assinalar o início da mesma. A segunda parte tem uma duração de cerca de 20 minutos e constitui o tratamento propriamente dito. Durante esta parte da sessão, são propostas duas atividades, adaptadas ao nível do utente ou do grupo terapêutico, em que cada uma deve ser alusiva a uma das categorias que podem ser trabalhadas nesta população, ou seja, canto, movimento ou ritmo. A última parte da sessão deve ser constituída por uma pequena atividade de final de sessão para agradecer a presença do utente ou dos membros do grupo, para proceder às despedidas dos utentes da sessão e para tornar claro o final da sessão.

Um princípio importante no trabalho musicoterapêutico na demência é o da terapia centrada na pessoa (do termo em inglês, *person centered therapy*). Este modo de interação terapêutica foi desenvolvido por Carl Rogers em 1940 e constitui um princípio básico para a interação e para a relação terapêutica em musicoterapia. Segundo esta perspectiva, a sessão deve ser centrada na pessoa, dando à mesma poder para decidir ao longo do processo terapêutico, baseando a relação terapêutica num sentimento de confiança entre o terapeuta e o cliente. Para isso, é essencial que haja uma compreensão positiva e incondicional por parte do terapeuta, essencial no trabalho com a demência. Na musicoterapia, tal reflete-se numa valorização da relação terapêutica, na qual o musicoterapeuta encoraja o cliente a determinar a direção da terapia, aceitando e respeitando o modo de pensar do utente, relacionando-se com o mesmo a um nível emocional na terapia (Wigram et al., 2002).

Um dos princípios que tem vindo a ser aplicado recentemente ao nível da musicoterapia no âmbito da demência é o cuidado centrado da pessoa (PCC, do termo em inglês, “*person centered care*”). Este princípio assenta na convicção de que, mesmo em estados avançados da demência, é possível estar em contacto com a pessoa e

encontrar o seu “eu” durante a sessão de musicoterapia. Usualmente, no cuidado da demência, alguns comportamentos tidos pelos idosos, como a agitação, vão vistos como comportamentos desorientados e perturbadores derivados da doença. Contudo, esses comportamentos podem estar relacionados com necessidades próprias desta população, como conforto, inclusão, afeto, ocupação e identidade. Se estas necessidades psicossociais forem satisfeitas, é possível a pessoa abandonar os sentimentos de medo, tristeza e raiva e iniciar uma experiência positiva. Assim, existem algumas técnicas com especial importância para a existência de uma interação positiva com estas pessoas, sendo as mesmas a validação, o suporte e a facilitação. Através de sessões de musicoterapia, é possível satisfazer algumas destas necessidades da pessoa, num ambiente em que a mesma se sente compreendida ao nível das emoções. Algumas das técnicas musicoterapêuticas mais utilizadas de acordo com esta perspectiva são: canto terapêutico; orientação acústica (método no qual a pessoa sabe o que vai acontecer através do som e da música, não sendo necessárias palavras para a explicação das atividades); regulação emocional; utilização de instrumentos musicais; atividades de movimento e dança; e escuta musical (Wheeler, 2017).

Do presente enquadramento teórico destaca-se a necessidade da intervenção musicoterapêutica na demência, algo que se deve, principalmente, à função da musicoterapia enquanto terapia promotora de comunicação, de interação e de manutenção de elementos da identidade dos idosos. Para além destes efeitos da musicoterapia em idosos, a promoção de momentos de interação e conseqüente combate ao isolamento social têm especial relevo quando se trata de uma população como a que enfrenta a demência enquanto condição que afeta não só os domínios cognitivo e funcional do idoso, como também a função social do mesmo.

Através deste enquadramento teórico verifica-se que a ida do idoso para o lar ainda constitui uma questão importante na sociedade atual e que nem sempre os centros de dia proporcionam o ambiente mais adequado para a promoção do bem-estar ativo dos idosos com demência e alzheimer.

Verifica-se também que existem vários tipos e fases de demência com características específicas e que requerem diferentes formas de intervenção.

De um modo geral, a abordagem que se verificou ser mais apropriada a esta população foi a abordagem centrada na pessoa através do modelo da terapia centrada na pessoa, modelo esse desenvolvido por Carl Rogers.

Tendo como base uma abordagem humanista, considerou-se como modelo musicoterapêutico o princípio PCC, cuja base de intervenção está na convicção de que é possível estar em contacto terapêutico com a pessoa do idoso mesmo em estados avançados da demência.

Por forma a conferir estrutura às sessões, e pela necessidade, descrita em literatura, da promoção de eventos previsíveis para a regulação emocional e orientação de utentes com demências, decidiu-se ter como base a estrutura tripartida de sessão proposta por Gfeller e Hanson (1995), que permite a criação, ao longo das sessões, de uma coerência temporal dentro das mesmas, existindo, ainda assim, espaço para as alterações necessárias ao planeamento de cada sessão.



### **Objetivos do estágio**

Ao longo do período de observação na instituição, verificou-se que os utentes da mesma possuem ao seu dispor um conjunto alargado de atividades recreativas e terapêuticas organizado e calendarizado criteriosamente pela equipa multi-disciplinar do centro de dia. Contudo, foi também verificado que estas atividades não permitiam uma participação equalitária de todos os idosos, devido às diferentes limitações dos mesmos.

Verificou-se, através de observação, que, após algum tempo de atividades (por exemplo, após o período de uma manhã), havia no centro idosos cansados física e psicologicamente por terem estado em atividade durante longos períodos de tempo, enquanto outros utentes, que têm o mesmo direito à realização de atividades significativas, tinham passado esse mesmo período sem qualquer estimulação ou atividade. Verificou-se também que esta diferença estava intimamente relacionada com o grau de afetação da demência no utente e com a capacidade ou incapacidade demonstrada pelo mesmo para produzir discurso ou para realizar atividades com relativa autonomia.

Sendo a musicoterapia uma terapia facilmente adaptável às capacidades cognitivas e motoras de cada utente, considerou-se ser pertinente trabalhar de modo a que todos os utentes do centro de dia pudessem experienciar sessões de musicoterapia, dando oportunidade aos utentes menos ativos no centro de experienciarem um processo de musicoterapia mais intenso, através da realização de sessões individuais. Esta intensificação do contacto entre estagiário e utentes menos ativos promove também o estabelecimento de uma relação interpessoal por parte do utente, aspeto ao qual se quis dar especial relevância.

Como já foi referido ao longo do enquadramento teórico, a musicoterapia, quando usada como terapia complementar, pode ter um papel de relevo na vida de

idosos com alzheimer ou outras demências. Tendo em conta o que foi estudado acerca dos efeitos da musicoterapia nesta população e as necessidades identificadas na instituição, foram definidos os seguintes objetivos de estágio:

- Proporcionar à instituição uma intervenção terapêutica complementar e inclusiva, na qual pudessem participar todos os idosos do centro de dia
- Promover na instituição maior proximidade e laços afetivos entre utentes
- Promover a comunicação verbal e não-verbal do idoso com alzheimer
- Promover a expressão emocional do idoso com alzheimer
- Estimular o funcionamento físico e cognitivo do idoso com alzheimer



## **Metodologia**

Nesta secção será descrito o processo terapêutico inerente ao presente estágio em musicoterapia e que serviu de linha orientadora para as intervenções realizadas.

Por um lado, será feita uma breve descrição da amostra com a qual o estagiário entrevistou, sendo ainda descritos os procedimentos relacionados com o contexto terapêutico, bem como as técnicas musicoterapêuticas utilizadas e métodos de avaliação de progresso terapêutico.

Por outro lado, será também feita uma breve descrição do processo de estágio do estagiário, sendo descritas as diversas atividades levadas a cabo pelo mesmo na instituição e as fases do estágio do mesmo.

Para uma melhor compreensão do trabalho musicoterapêutico do estagiário na instituição, foram selecionados dois estudos de caso que se consideram representativos do tipo de trabalho que foi feito na instituição e que demonstram a eficácia da musicoterapia em idosos com alzheimer.

## **Descrição da amostra**

A amostra à qual corresponde este trabalho foi constituída por 15 idosos pertencentes ao centro de dia Dr. Carlos Garcia, da associação Alzheimer Portugal. Da amostra constam 9 mulheres e 6 homens, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos de idade. Para efeitos de confidencialidade, os nomes de todos os utentes foram alterados, sendo os nomes apresentados neste relatório apenas nomes fictícios.

Os utentes do CAD, correspondentes à amostra com a qual se trabalhou, são encaminhados para este serviço, em geral, devido à fadiga dos cuidadores e incapacidade dos mesmos para continuarem a prestar cuidados aos utentes a tempo

inteiro. Através deste serviço os utentes têm atividades de ocupação e de estimulação cognitiva, recebendo também cuidados básicos de saúde.

Assim sendo, apresenta-se a amostra dos utentes com os quais se trabalhou ao longo do estágio:

Tabela 1. *Quadro demográfico dos utentes abrangidos ao longo do estágio de musicoterapia*

Utente (nome fictício)	Sexo	Idade	Tempo de permanência na instituição	Diagnóstico	Nº de sessões individuais realizadas	Nº de sessões de grupo realizadas	Nº total de sessões realizadas
<b>Adelina</b>	Feminino	72	2 anos	Quadro depressivo (2014); demência de causa mista	14	3	17
<b>Alice</b>	Feminino	75	3 anos	Alzheimer; agnosia	-	15	15
<b>Arlete</b>	Feminino	68	2 anos	Demência vascular	-	12	12
<b>Adriano</b>	Masculino	65	1 ano	Demência vascular; quadro depressivo (2013); apraxia em fase de instalação	7	14	21
<b>André</b>	Masculino	76	1 ano	Demência fronto-temporal; discurso com alterações do tipo afásico	2	-	2
<b>Eulália</b>	Feminino	81	3 anos	Demência vascular; anomia	-	9	9
<b>Fernando</b>	Masculino	66	2 anos	Alzheimer; afasia global	20	15	35
<b>Isabela</b>	Feminino	75	2 anos	Depressão; alzheimer	8	3	11
<b>Isa</b>	Feminino	95	1 ano	Demência vascular; apraxia; afasia	-	7	7
<b>Jorge</b>	Masculino	73	1 ano	Quadro de alterações sugestivas de demência em fase de instalação	-	7	7
<b>Joaquina</b>	Feminino	79	2 anos	Demência; anomia	-	13	13
<b>Lídia</b>	Feminino	71	3 anos	Afasia primária progressiva	16	14	30
<b>Lúcio</b>	Masculino	84	2 anos	Alzheimer; afasia, apraxia, anomia	-	4	4
<b>Luísa</b>	Feminino	70	1 ano	Quadro depressivo (2015); alzheimer em fase inicial	-	1	1
<b>Manuel</b>	Masculino	92	3 anos	Síndrome demencial córtico-subcortical em fase moderada	-	12	12

## **Procedimentos**

O presente estágio decorreu de acordo com 4 fases: fase de observação, fase de seleção, fase de intervenção e fase de avaliação.

A **fase de observação** iniciou-se em novembro de 2016 e decorreu durante 2 meses, tendo-se sobreposto com a fase de seleção. Esta fase iniciou-se com uma reunião com a orientadora do estágio na instituição e com a presidente do centro de dia na qual foram apresentadas ao estagiário as normas de funcionamento do centro de dia e o que era esperado do trabalho do mesmo. Como consequência desta reunião, foi elaborado um cronograma (anexo A) com a previsão do trabalho do estagiário na instituição e do tempo de permanência na mesma e um documento de autorização para filmagens (anexo B) para vir a ser assinado pelos cuidadores dos utentes com quem o mesmo viesse a trabalhar.

Após esta reunião, o estagiário iniciou um período de observação no qual observou as dinâmicas do centro de dia, interagiu com os utentes e com a equipa técnica por forma a recolher informação acerca dos utentes e de estratégias para trabalho com os mesmos, consultou processos e auxiliou na dinâmica do centro de dia, de onde se destaca a colaboração com a terapeuta ocupacional na preparação com os utentes dos enfeites para a festa de natal. Todo este processo permitiu ao estagiário conhecer bem não só a dinâmica do centro mas também os utentes com quem queria vir a trabalhar, o que se verificou como determinante aquando da intervenção. Este processo de observação no centro terminou no final de janeiro de 2017, altura na qual se iniciou a fase de intervenção.

A segunda fase foi a **fase de seleção**, tendo sido esta uma fase que se sobrepôs com a fase de observação. Esta fase iniciou-se em dezembro, com vista a iniciar as

intervenções de musicoterapia no início do mês de janeiro, dado que em dezembro a dinâmica do centro de dia é dominada pela preparação para as festividades natalícias.

Ao longo desta fase, o estagiário tentou perceber quais eram as características de cada utente que o aproximavam ou diferenciavam de outros, de modo a formar grupos baseados nas características demonstradas pelos utentes. Algumas das características avaliadas foram a capacidade de produção de discurso verbal com/sem significado; capacidades motoras; nível de participação em atividades; e adaptação à dinâmica do centro de dia. Esta foi também uma fase na qual o estagiário procurou suportar o que observava com algum suporte bibliográfico, não só ao nível da musicoterapia como também ao nível da alzheimer e de outras demências.

Assim, foram constituídos 3 grupos terapêuticos e selecionados 7 utentes para sessões individuais. Quer as sessões individuais quer as sessões de grupo ocorreram com uma frequência de 1 sessão por semana, sendo que as sessões individuais tiveram uma duração prevista de 30 minutos enquanto as sessões de grupo tiveram uma duração prevista de 45 minutos. Todas estas sessões foram calendarizadas atempadamente em colaboração com a orientadora de estágio no local de estágio, de modo a tornar possível a realização das sessões de musicoterapia, tendo em conta a dinâmica do centro de dia e os dias em que os utentes encaminhados para a musicoterapia estavam no centro.

Dado o elevado número de utentes do centro de dia, considerou-se inviável realizar sessões individuais com todos os utentes, pelo que foram apenas selecionados para estas sessões 7 utentes. A selecção destes utentes teve por base os registos da observação, apoiados pelos dados recolhidos nos processos dos mesmos. Com as sessões individuais pretendeu-se abranger, através da musicoterapia, os utentes que se encontravam menos ativos no centro de dia. Todos os utentes selecionados para estas sessões são utentes que não participavam nas actividades propostas no centro de dia e

que passavam o seu dia sem qualquer ocupação e, muitas vezes, sem qualquer interação com outros utentes ou com auxiliares, o que levava a que passassem grande parte do tempo no centro a dormir ou que tivessem episódios recorrentes de carácter depressivo ou agressivo, o que os conduzia a um isolamento ainda maior relativamente aos outros utentes. Assim, foram planeadas sessões com os seguintes utentes: Adelina; Adriano; André; Fernando; Isabela; e Lídia.

Com vista a abranger o maior número possível de utentes do centro, foram criadas as sessões de grupo. Com vista a facilitar o trabalho com os utentes em sessão e de modo a afetar o mínimo possível a dinâmica do centro de dia, os utentes foram divididos em 3 grupos, de acordo com dados recolhidos da observação dos utentes relativamente à capacidade de interação, de participação nas atividades e de competências verbais. Assim, foram constituídos os seguintes grupos:

Grupo 1: Adriano; Eulália; Jorge; Lúcio; Manuel

Grupo 2: Adelina; Alice; Arlete; Isa; Joaquina; Luísa

Grupo 3: André; Fernando; Isabela; Lídia

O planeamento terapêutico das intervenções com estes utentes pode ser consultado no anexo C.

A **fase de intervenção** iniciou-se em janeiro de 2017 apenas com dois utentes, o Fernando e a Isabela. Para que as sessões de musicoterapia pudessem ter início foi necessário que, para cada utente com quem o estagiário se propôs a trabalhar, existisse uma autorização, assinada pelo cuidador, para a participação do utente nas sessões e para a captação de registos de vídeo. As intervenções de musicoterapia demoraram até começar, só tendo sido possível ter todas as sessões iniciadas no mês de março.

De janeiro a junho foram elaborados, a pedido da instituição, documentos nos quais as sessões de musicoterapia foram resumidas e contabilizadas por sessão/grupo

terapêutico e por utente. Por forma a contabilizar de uma forma mais eficiente as presenças dos utentes nas sessões, foi criada pelo estagiário uma ficha de registos de participação em sessões de musicoterapia (anexo D).

À medida que as intervenções foram tendo início, foi dado início ao processo de observação dos utentes em sessão. Este processo decorreu ao longo das primeiras 5 sessões e teve como objetivo complementar as informações recolhidas através da observação no centro de dia e através dos processos com informações mais específicas da musicoterapia. Através da análise dos resumos das sessões e através do preenchimento de uma grelha de observação (anexo E), foi possível direcionar o trabalho com cada utente e com cada grupo, ajustando os objetivos previamente traçados aquando do primeiro planeamento de sessão e da seleção de utentes para a musicoterapia. Para além disso, estas primeiras sessões serviram também para que o estagiário se pudesse aperceber de algumas preferências musicais e sonoras dos utentes, o que permitiu ao mesmo fazer escolhas musicais em sessão que correspondessem às preferências musicais dos utentes. Ao longo do tempo de intervenção foi necessário fazer ajustes em alguns elementos dos grupos que não se enquadravam nos mesmos e foi ainda necessário terminar, por vontade expressa do utente, uma das sessões individuais, sendo que o utente em questão se manteve nas sessões de grupo. Houve também alguns utentes que deixaram de frequentar o centro de dia, o que conduziu à finalização forçada de alguns processos terapêuticos.

Em maio, pelo aproximar do final do tempo de estágio na instituição, foi feito um ponto da situação relativamente às intervenções de musicoterapia que permitiu ao estagiário e à instituição ter uma ideia clara do ponto da situação relativamente aos vários processos terapêuticos (anexo F). A apresentação de tal documento à instituição fez com que a equipa técnica tivesse demonstrado algum interesse em ter um melhor

esclarecimento acerca das sessões de musicoterapia que estavam a decorrer no centro do dia, tendo sido pedido ao estagiário que fizesse uma apresentação à equipa técnica (anexo G). Da apresentação realizada surgiu a necessidade, manifestada pela direção do centro de dia, de fazer uma ligação das sessões de musicoterapia aos cuidadores, o que se refletiu no pedido de entrevistas aos mesmos de modo a obter melhores informações sobre os utentes e a dar a conhecer o trabalho realizado até então com os utentes no âmbito da musicoterapia. Para que pudesse ser iniciado o contacto com os cuidadores, foi pedida ao estagiário a realização de um guião de entrevista aos cuidadores (anexo H).

Com a aproximação do final do período de estágio, iniciou-se, no início do mês de junho, a última fase, a **fase de avaliação**. Ao longo desta fase, foram retomados os objetivos iniciais para cada utente e foram analisadas as últimas 5 sessões com cada utente com vista a preencher novamente a grelha de observação que foi utilizada nas primeiras 5 sessões, tendo ainda sido utilizados os resumos das sessões para complementar esta informação. Ao longo desta fase teve-se a intenção de refletir acerca dos vários processos terapêuticos e do efeito da musicoterapia nos vários utentes nos quais a mesma foi aplicada. Pela aproximação do final do estágio, foi pedido ao estagiário uma contagem das sessões realizadas no centro de dia até ao final do mês de junho (anexo I).

A fase de avaliação tem em conta as sessões realizadas até final de junho. Contudo, por existirem ainda horas de estágio por completar, as intervenções não terminaram no mês de junho, estando o fim das mesmas previsto para o mês de setembro.



### **Técnicas e/ou métodos da musicoterapia utilizados nas sessões**

Devido às características da demência, existem alguns aspetos que são necessários ter em conta aquando da preparação das sessões de musicoterapia e do respetivo setting terapêutico no qual ocorrem as sessões. A literatura indica a necessidade da existência de uma sala que permita a privacidade das sessões, bem como iluminação adequada e boa acústica, por forma a proporcionar ao utente uma boa experiência musical. Para além disso, o acesso ao espaço onde decorre as sessões de musicoterapia deve ser fácil, devido às habituais dificuldades motoras desta população. Em caso de ser necessária a utilização de letras de canções escritas, as mesmas têm de ser impressas de modo a compensar a deterioração da visão, facto comum nesta população. Devido à comum limitação vocal funcional dos idosos, é necessário ter em conta que muitas das canções a utilizar terão de ser transpostas, de modo a poderem ser cantadas pelos utentes. É também importante que o terapeuta providencie, ao longo da sessão, algumas pistas musicais que possam guiar os utentes e facilitar a sua participação. Para esta população, Peters (2000) refere que é importante tratar cada idoso pelo nome, bem como agradecer-lhe pela contribuição dada e usar algum contacto físico como um aperto de mão, com vista a tornar a experiência do idoso na sessão mais gratificante para o mesmo.

A estruturação das sessões de musicoterapia realizadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia baseou-se no método de estruturação de sessões para idosos com alzheimer proposto por Gfeller e Hanson (1995). Tal implicou a realização de sessões com 3 partes e a criação, em contexto terapêutico, de uma canção ou atividade de início e final de sessão para cada utente e grupo terapêutico. Estas canções não foram impostas pelo estagiário, tendo surgido ao longo do processo terapêutico a partir de vocalizações, ideias e reações dos utentes e tendo, posteriormente, ganho esse espaço na sessão.

O principal princípio orientador para as sessões de musicoterapia foi o PCC, tendo também como base o princípio da terapia centrada no cliente, desenvolvido por Carl Rogers (Wheeler, 2017; Wigram et al., 2002).

Alguns dos métodos mais utilizados nas sessões foram os seguintes: improvisação; construção de narrativas musicais; *sing-along*; prática instrumental individual e em conjunto; estimulação motora com instrumentos musicais; estimulação vibro-tátil; escuta de canções familiares e reminiscência musical.

Para cada sessão existiu um planeamento prévio com base nos objetivos terapêuticos traçados para cada utente e um conjunto de canções que poderia vir a ser utilizado em sessão. Contudo, nem sempre este planeamento foi de encontro com as necessidades demonstradas pelo utente ou pelo grupo em sessão, pelo que, muitas das vezes, o mesmo teve de ser ajustado ou alterado por forma a ir de encontro ao utente.

### **Grelhas, escalas ou testes aplicados**

De modo a sistematizar a avaliação dos vários processos de musicoterapia que ocorreram ao longo do estágio, foi utilizada como referência a grelha de observação desenvolvida por Ana Esperança ao longo do trabalho desenvolvido com pessoas com demência (anexo J) (Esperança, 2013).

Por forma a adaptar a grelha de referência ao trabalho feito no centro de dia, adaptou-se a grelha por forma a construir duas grelhas separadas para sessões individuais e de grupo, nas quais fosse possível incluir todos os utentes do mesmo grupo na mesma grelha (anexo E).

Esta grelha foi aplicada, para cada utente e grupo terapêutico, por duas vezes, uma tendo em conta as 5 primeiras sessões e uma última vez tendo em conta as últimas 5 sessões. As grelhas de observação preenchidas encontram-se no anexo K.

A grelha de observação de sessões individuais destina-se unicamente à avaliação de cada utente que esteja numa sessão individual e permite a avaliação dos seguintes parâmetros: atividades musicais; atividades motoras; nível emocional; atividades cognitivas; atenção/contacto; e relacionamento. A grelha em questão deverá ser preenchida de acordo com o seguinte critério: 0 – não se aplica; 1 – nada; 2 – muito pouco; 3 – moderadamente; 4 – bastante; 5 – muito.

A grelha de observação de sessões de grupo destina-se à avaliação de cada utente no grupo em que está inserido e possui os mesmos parâmetros de avaliação que a grelha de observação de sessões individuais, à exceção da categoria relacionamento. A categoria relacionamento é diferente nesta grelha de observação pois visa a interação verbal e musical do utente no grupo e não apenas relativamente ao terapeuta, como acontece na categoria relacionamento presente na grelha de avaliação das sessões individuais.

### **Agenda semanal**

Ao longo da fase de observação, de seleção e ao longo do início da fase de intervenção, o estagiário deslocou-se para a instituição todas as terças, quartas e sextas, das 10:30h às 16h, tendo uma hora de almoço entre as 13h e as 14h. Com o início das sessões de musicoterapia, o estagiário chegava, nestes dias, às 10:30h, com vista a preparar o setting para iniciar sessões de musicoterapia a partir das 11h. Devido ao facto de ser sempre necessário preparar as salas nas quais ocorria a musicoterapia e de deixar as mesmas como tinham sido encontradas, tal também acontecia à tarde, chegando o estagiário às 14h, com vista a começar sessões às 14:30h.

Com o desenrolar das sessões de musicoterapia, o estagiário passou a permanecer na instituição de acordo com o seguinte horário:

Tabela 2. Horário de estágio

<b>Horas</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Sexta</b>
10:30-11h	Preparação do <i>setting</i> de musicoterapia		Preparação do <i>setting</i> de musicoterapia Sessão com grupo 3
11-11:30h	Sessão com Fernando		
11:30-12h	Sessão com Isabela	Preparação do <i>setting</i> de musicoterapia	Sessão com Lídia
12-12:30h	Sessão com Adelina	Sessão com grupo 2	Desmontagem do <i>setting</i> de musicoterapia
12:30-13h	Desmontagem do <i>setting</i> de musicoterapia		Tempo para análise e preparação de sessões
14-14:30h	Preparação do <i>setting</i> de musicoterapia	Preparação do <i>setting</i> de musicoterapia	
14:30h-15h	Sessão com grupo 1	Sessão com Adriano	
15-15:30h		Tempo para análise e preparação de sessões	
15:30-16h	Sessão com André		
16-16:30h	Desmontagem do <i>setting</i> de musicoterapia	Desmontagem do <i>setting</i> de musicoterapia	

Muito embora este tenha sido o horário de referência para a grande parte do tempo do estágio, o mesmo sofreu algumas alterações ao longo do período de estágio. Ao longo do período de estágio, a deslocação de idosos para as sessões e das sessões para a sala do centro de dia estava muito dependente da dinâmica do centro de dia e da disponibilidade das auxiliares, o que fez com que tivessem de ocorrer ajustes diários ao horário.

Para além das atividades descritas no horário, houve também algumas reuniões com a orientadora de estágio na instituição que, por não terem uma periodicidade definida à partida, não constam do presente horário. Por vezes, houve também momentos de interação do estagiário com utentes na sala do centro de dia, fora do contexto da musicoterapia, atividade que acontecia quer com vista à observação dos

utentes com quem se estava a trabalhar, quer com vista a observar novos utentes que entretanto foram chegando ao centro de dia e que poderiam ainda ser encaminhados para a musicoterapia.

### **Outros projetos levados a cabo no âmbito do estágio**

Ao longo deste estágio, principalmente ao longo das fases de observação e seleção, o estagiário procurou integrar-se nas dinâmicas do centro de dia por forma a conhecer não só os utentes com quem iria trabalhar, mas também a equipa técnica. Após algumas conversas informais com alguns utentes, e apercebendo-se da falta de coerência do discurso da grande maioria dos utentes, o estagiário viu-se obrigado a integrar as rotinas do centro de dia por forma a ir obtendo informações dos utentes ao longo das atividades que os mesmos realizavam, acabando por funcionar como um apoio à terapeuta ocupacional do centro de dia e às auxiliares.

Como as fases de observação e de seleção coincidiram com os preparativos para a festa de natal, o estagiário integrou-se nesta atividade que durou todo o mês de dezembro, ajudando os utentes na decoração da sala.

Com o início das sessões de musicoterapia, e por uma necessidade de clarificação do papel do estagiário na instituição, este apoio que era dado pelo mesmo teve de ser terminado.

Ao longo do estágio foram propostas pelo estagiário algumas atividades adicionais relacionadas com o trabalho do mesmo na instituição, como ter uma hora diária com a utente Adelina durante a qual o estagiário poderia interagir com ela e procurar pequenos momentos nos quais realizasse pequenos exercícios relacionados com a musicoterapia com a mesma ou alargar as sessões de musicoterapia aos cuidados

domiciliários que são prestados por funcionários do centro, contudo, tais atividades não foram possíveis de concretizar.

## Conclusões

Para que possa ser feita uma conclusão coerente, é importante, acima de tudo, retomar os objetivos aos quais me propus no início deste estágio, sendo os mesmos os seguintes:

- Proporcionar à instituição uma intervenção terapêutica complementar e inclusiva, na qual pudessem participar todos os idosos do centro de dia
- Promover na instituição momentos de interação terapêutica entre utentes
- Promover a comunicação verbal e não-verbal do idoso com alzheimer
- Promover a expressão emocional do idoso com alzheimer
- Estimular o funcionamento físico e cognitivo do idoso com alzheimer

Ao analisar os objetivos aos quais o estagiário se propôs, conclui-se que o primeiro foi, sem dúvida, o que foi mais determinante ao longo deste processo de estágio. De facto, era uma lacuna da instituição não ter atividades nas quais todos os utentes pudessem participar, independentemente das suas limitações, e, como tal, considera-se o trabalho do estagiário na instituição como importante nesse sentido.

Considera-se que a eficácia do trabalho realizado na instituição se deve, em grande parte, à música e ao seu efeito agregador pois, com estes utentes que, em grande parte dos casos, já não são sequer capazes de utilizar a linguagem verbal, a música e os sons, complementados pela linguagem corporal, tornam-se um meio de comunicação muito válido entre estagiário e utentes.

Uma problemática identificada no centro que está relacionada com o segundo objetivo de estágio ao qual o estagiário se propôs é a pouca existência de momentos de interação entre utentes. Através das sessões de musicoterapia de grupo foi também possível fomentar esta realidade e estimular a interação entre utentes algo que, principalmente nos grupos 2 e 3, foi acontecendo de forma cada vez mais evidente e natural à medida que as sessões foram passando.

Através das sessões de musicoterapia realizadas, foi possível atingir, ao longo do tempo, o 3º e 4º objetivos aos quais o estagiário se propôs, ainda que não com todos os utentes.

No que concerne à comunicação e expressão emocional do idoso com alzheimer, é de referir que houve alguns utentes a ter melhorias significativas, como é o caso dos utentes Fernando, Isabela, Isa ou Lúcio. Deste grupo destaca-se a evolução do Fernando, um utente com o qual, no final do processo terapêutico, a comunicação já era possível através da linguagem não verbal, tendo sido feito com o mesmo um trabalho muito significativo baseado na interação. Destaca-se também a evolução da Isa, uma utente do grupo 2 que nas primeiras sessões se mostrava sem qualquer motivação para estar na sessão, dormindo durante todo o tempo da mesma. Com o passar das sessões, esta utente foi começando a ter curiosidade acerca do que estava a ser feito, abrindo os olhos por períodos progressivamente mais longos de sessão para sessão, tendo chegado a um ponto no qual já cantava e batia o pé ao ritmo das músicas tocadas pelo estagiário e pelo restante grupo. Tal facto tem especial importância, visto que esta utente passa o dia no centro entre o cadeirão e a cadeira de rodas, não reagindo a quase nada e não demonstrando motivação para qualquer atividade.

Com o rumo que os vários processos terapêuticos foram tomando, considera-se que não foi possível atingir totalmente o último objetivo ao qual o estagiário se propôs. De facto, através das sessões e da utilização de instrumentos, conseguiu-se estimular o funcionamento físico dos utentes, existindo melhorias visíveis a este nível em quase todos os utentes, algumas das quais bastante significativas. Contudo, o nível cognitivo acabou por não ser muito explorado ao longo das sessões levadas a cabo neste estágio, visto que se deu prioridade à componente relacional e comunicativa e não à componente cognitiva.



De modo geral, faz-se um balanço bastante positivo deste estágio, pois tem-se a consciência de que foram atingidos os objetivos traçados no início do mesmo, tendo-se também a noção de que se realizou um trabalho bastante satisfatório e significativo com grande parte dos utentes. Para além disso, grande parte dos objetivos terapêuticos traçados para os utentes com os quais se trabalhou foram atingidos e é possível fazer um balanço positivo da evolução da grande maioria dos processos terapêuticos que o estagiário conduziu, o que se revela de especial importância.

No final deste estágio, destaca-se a importância da aplicação da musicoterapia na demência, tendo-se verificado bons resultados, resultantes dos processos terapêuticos que estiveram em curso durante o estágio.

Como tem vindo a ser referido, a musicoterapia nesta população constitui uma forma única de interação, sendo, em alguns casos, a única forma possível de interação com idosos afetados pela demência. De facto, o isolamento social inerente à condição desta população é um problema grave que a sociedade enfrenta nos dias de hoje e, nesse sentido, a musicoterapia revela ser uma terapia complementar com bons resultados no combate a este isolamento e a esta falta de momentos de interação interpessoal.

## Referências

- Aldridge, D. (2005a). *Case study designs in music therapy*. London: Jessica Kingsley publishers.
- Aldridge, D. (2005b). *Music therapy and neurological rehabilitation: performing health*. London: Jessica Kingsley publishers.
- Alútiz, C. C. (2016). New CEFA head presents future vision for Spanish people with dementia. *Dementia in Europe*, 23, 24-27.
- Alzheimer Europe (2016). *Decision making and legal capacity in dementia*. *Dementia in europe yearbook 2016*, 57-59.
- Alzheimer Portugal (2014). *Manual do cuidador* (3ª ed.). Portugal: Alzheimer Portugal.
- Alzheimer Portugal (2017a). A alzheimer portugal [em linha]. *Alzheimer Portugal web site*. Acedido Abril 20, 2017, em <http://alzheimerportugal.org/pt/alzheimer-portugal>.
- Alzheimer Portugal (2017b). Relatório de atividades e contas de 2016 [em linha]. *Alzheimer portugal web site*. Acedido Abril 20, 2017, em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-2-7-339-relatorio-de-atividades-e-contas-de-2016>.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal* (2ª ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Brennan, H. R. (2016). Ireland launches a charter of rights for people with dementia. *Dementia in europe*, 23, x-xi.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bunt, L. & Hoskyns, S. (2002). *The handbook of music therapy*. New York: Routledge.

- Burlá, C.; Pessini, L.; Siqueira, J. E.; Nunes, R. (2014). Envelhecimento e doença de alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Bioética*, 22(1), 85-93.
- Caldas, A. C.; Mendonça, A. (2005). *A doença de alzheimer: e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Esperança, A. D. C. C. (2013). Desafios da demência: intervenção musicoterapêutica em idosos. Dissertação de mestrado, Instituto de psicologia e ciências da educação – Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso – estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editors.
- Fridlund, A. J.; Gleitman, H. & Reisberg, D. (2011). *Psicologia* (9ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gfeller, K. & Hanson, N. (1995). *Music therapy programming for individuals with alzheimer's disease and related disorders*. St. Louis: MMB music.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da personalidade*. Lisboa: Climepsy editores.
- Hernández, L. A. (2001). *Terapias artistic creativas: musicoterapia, arte terapia, danza movimiento terapia, drama terapia, psicodrama*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de século edições.
- Lamers, H. (2016). Living well with dementia in flanders: a government blueprint. *Dementia in europe*, 23, 18-19.
- Lohde, S. (2016). Denmark: a dementia-friendly nation. *Dementia in europe*, 23, 16-17.
- Lum, C. M. (1999). Defining geriatrics: a geriatrician. *Journal of the Hong Kong geriatrics society*. 9 (1), 43-44.

- Nissen, N. P. (2016). Alzheimerforeningen: 25 years of dedicated commitment for people living with dementia. *Dementia in europe: the alzheimer europe magazine*, 23, 36-37.
- Nunes, B. (2014). *Alzheimer: 50 questões essenciais*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.
- Nunes, T. (2017a). Pulseiras: “estou aqui adultos”. *Alzheimer portugal*, 66, 8-9.
- Nunes, T. (2017b). Notícias: alzheimer Portugal. *Alzheimer portugal*, 66, 15.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Geneva: OMS
- Organização Mundial de Saúde, (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Nova conceção nova esperança*. Lisboa: Direcção-geral da saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde [em linha]. *World Health Organization (WHO) web site*. Acedido Junho 27, 2017, em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf).
- Orimo H.; Ito, H; Suzuki, T; Araki, A.; Hosoi, T.; Sawabe, M (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatr gerontol int*, 6, 149-158.
- Peters, J. (2000). *Music therapy: an introduction*. (2<sup>nd</sup> ed.). Springfield: Charles C Thomas publisher, ltd.
- Rijn, M. V. (2016). Dutch EU presidency conferece focuses on “living well with(out) dementia”. *Dementia in europe*, 23, 24-27.
- Rodrigues, A. (2012). *O medo de envelhecer: e o papel do gerontólogo*. Monografia - Escola superior de educação São João de Deus, Portugal.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*.

Boston: Houghton Mifflin Company.

Sacks, O. (2007). *Musicophilia: tales of music and the brain*. Toronto: Alfred A. Knopf,

inc.

Teixeira, J. A. (2006). Introdução à psicoterapia existencial. *Análise psicológica*. 24(3),

289-309. Acedido novembro 28, 2017, em

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a03.pdf>.

Vilar, D. & Lopes, M. (2012). A doença de alzheimer pela voz de cuidadores informais:

*um estudo qualitativo*. *Intervenção social* (39), 105-119.

Wigram, T.; Pedersen, I. N. & Blonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music*

*therapy: theory, clinical practice, research and training*. United Kingdom: Jessica

Kingsley publishers.

Wheeler, B. L. (2017). *Music therapy handbook*. New York: The Guilford press.

World Federation of Music Therapy (2011). President presents: announcing WFMT's

new definition of music therapy [em linha]. World federation of music therapy

web site. Acedido Julho 9, 2017, em

[http://www.wfmt.info/WFMT/President\\_presents...\\_files/President%20presents...](http://www.wfmt.info/WFMT/President_presents..._files/President%20presents...)

5-2011.pdf.



### Lista de anexos

- Anexo A** Cronograma
- Anexo B** Autorização para participação em sessões de musicoterapia
- Anexo C** Sugestões de encaminhamento para a musicoterapia
- Anexo D** Ficha de registos de participação em sessões de musicoterapia
- Anexo E** Grelha de observação das sessões de musicoterapia
- Anexo F** Documento reflexivo acerca das sessões de musicoterapia implementadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia e dos processos terapêuticos relacionados com as mesmas
- Anexo G** Powerpoint de apresentação da musicoterapia à equipa técnica
- Anexo H** Guião de entrevista a cuidadores
- Anexo I** Registo global de sessões de musicoterapia realizadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia
- Anexo J** Grelha de observação desenvolvida pela musicoterapeuta Ana Esperança
- Anexo K** Grelhas de observação preenchidas





## Estágio de Musicoterapia a realizar por Miguel Silva de Novembro a Maio/Junho de 2016

	Planeamento do trabalho com a instituição	Planeamento do trabalho com os idosos	Compromissos com a universidade	Número de horas previsto a realizar na instituição
Novembro	21 – Reunião 29 – Início da consulta e análise dos processos dos idosos	22 – Início do período de observação dos idosos do CAD e CAT	4; 25 – Sessões de supervisão	21h50min
Dezembro	2 – Seleção dos idosos com os quais serão iniciadas as intervenções individuais 13 – Pequena apresentação sobre a musicoterapia na festa de natal 16 – Análise da viabilidade do projeto de estágio do estagiário entre o mesmo e a instituição 16/30-Finalização do período de observação e de consulta e análise dos processos dos idosos - Envio de pedidos de autorização para filmagem aos cuidadores dos idosos	2 – 16/31 -Continuação da observação dos idosos 6 - Início das intervenções individuais (cerca de 8 idosos; 1 sessão por semana; sessões de cerca de 30 minutos)	9; 16 - Sessões de supervisão 21 – Entrega do Projeto de Estágio	53h:30min
Janeiro		- Continuação das intervenções individuais 3/4/6 – Início das intervenções de grupo (2 grupos; 2 sessões por semana por grupo; sessões de cerca de 45 minutos)	13; 27 – Sessões de supervisão	32h
Fevereiro		- Continuação das intervenções individuais - Continuação das intervenções de grupo 8 – Início das intervenções em grande grupo com idosos e	17 – Sessões de supervisão	25h30min

Março		crianças (1 sessão de 45 minutos de 2 em 2 semanas) - Continuação das intervenções individuais - Continuação das intervenções de grupo - Continuação das intervenções em grande grupo com idosos e crianças	3; 10; 31 – Sessões de supervisão	32h:30min
Abril		- Início das intervenções ao domicílio ? (a confirmar com a orientadora do estágio na universidade) - Continuação das intervenções individuais - Continuação das intervenções de grupo - Continuação das intervenções em grande grupo com idosos e crianças	21 – Sessões de supervisão	24h
Maio		- Continuação das intervenções individuais - Continuação das intervenções de grupo - Continuação das intervenções em grande grupo com idosos e crianças	5; 19 – Sessões de supervisão	35h:45min
Junho	23 – Finalização do período de estágio na instituição - Revisão e assinatura da folha de presenças (a realizar pela orientadora da instituição) - Preenchimento e entrega do documento de avaliação (a realizar pela orientadora da instituição)	14/28 – Finalização das intervenções em grande grupo com idosos e crianças 23 - Finalização das intervenções individuais 23 – Finalização das intervenções de grupo	2; 23 – Sessões de supervisão	20:15min
				Total de horas de estágio previstas: 245h:20h  (horas necessárias: 240)

---

**Anexo B**

---

Autorização para participação em sessões de musicoterapia

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ao Exm<sup>o(a)</sup> Sr<sup>(a)</sup>

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a \_\_\_\_\_, sob guardião legal de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, recebe serviços de Musicoterapia é uma instituição de acolhimento para um estagiário do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa durante o ano lectivo de 2016-2017, cujo trabalho é supervisionado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, e a orientação deste trabalho será realizada nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas actividades, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em directo nesta instituição o trabalho do estagiário.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/áudio das sessões em que o(a) \_\_\_\_\_ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e que serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o técnico e o grupo de supervisão.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização por parte dos cuidadosres dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do \_\_\_\_\_.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

**Anexo C**

---

Sugestões de encaminhamento para a musicoterapia

## Sugestões de encaminhamento para a musicoterapia

### Sessões individuais (30 minutos)

Para as sessões individuais foram seleccionados sete utentes. A seleção destes utentes teve por base os registos da observação, apoiados pelos dados recolhidos nos processos dos mesmos.

#### Adelina

**Pertinência do trabalho com esta utente:** Foi observado que esta utente passa por habituais momentos de desregulação emocional. Para além disso, do seu processo consta que em 2014 apresentou um quadro depressivo, do qual acabou por resultar também o diagnóstico de demência. Será pertinente trabalhar com esta utente no sentido de lhe proporcionar momentos agradáveis nos quais possa ser trabalhada a regulação emocional.

**Potencial de intervenção:** Utilização da improvisação vocal e instrumental como elementos reguladores; trabalho de recuperação de memórias e de promoção do bem-estar através de reportório.

**Benefícios terapêuticos:** Redução da dor e da ansiedade; melhoria do sentimento de bem-estar.

#### Adriano

**Pertinência do trabalho com este utente:** Foi observado que este utente revela alguma resistência e dificuldade na interação com os outros utentes do centro de dia. Contudo, do seu processo consta que este utente é descrito pela como alguém sociável e que gosta de convívio em grupo, facto que foi confirmado em entrevista pelo mesmo. Será pertinente trabalhar com este utente com vista à promoção da interação, da participação ativa em atividades e do bem-estar.

**Potencial de intervenção:** Utilização da improvisação instrumental vocal e da estruturação de canções para promover a interação e a participação. Utilização de repertório familiar ao utente com vista à recuperação de memórias e promoção de bem-estar.

**Benefícios terapêuticos:** Aumento do grau de atividade e participação; aumento do grau de interação social; recuperação de memórias; melhoria no sentimento de bem-estar.

### **André**

**Pertinência do trabalho com este utente:** Através da observação, foi verificado que este utente não é capaz de participar nas atividades propostas. Para além disso, o discurso verbal que o utente consegue produzir não tem qualquer coerência ou significado, o que o impossibilita de interagir significativamente com outros utentes. O processo do mesmo revela uma demência fronto-temporal e um discurso espontâneo não fluente, com alterações do tipo afásico. É pertinente trabalhar com este utente ao nível da estimulação sensorial e cognitiva, com vista também à promoção da expressão emocional e do bem-estar.

**Potencial de intervenção:** Utilização de improvisação instrumental para promover a estimulação sensorial e cognitiva, a expressão emocional, a relação e a construção de significado do presente; utilização de repertório conhecido do utente e estruturação do mesmo com vista a promover o bem estar e a manutenção do vocabulário que o utente possui, conferindo-lhe algum significado através da música.

**Benefícios terapêuticos:** Responsividade; aumento do grau de atividade e participação; manutenção de vocabulário; melhoria do sentimento de bem-estar.



### **Fernando**

**Pertinência do trabalho com este utente:** Através da observação, foi verificado que este utente não emite discurso verbal. Do processo deste utente consta que o mesmo tem um diagnóstico de afasia global. Contudo, este utente revela procurar alguma interação ao nível não verbal. Será pertinente trabalhar com este utente com vista a dar significado ao seu presente, a mantê-lo em relação e a promover o seu bem-estar.

**Potencial de intervenção:** Utilização de improvisação instrumental para promover a relação, a expressão emocional e a construção de significado do presente. Utilização de reportório familiar com vista à estimulação cognitiva e sensorial.

**Benefícios terapêuticos:** Aumento do grau de atividade e interação; preservação de memórias; melhoria no sentimento de bem-estar.

### **Isabela**

**Pertinência do trabalho com esta utente:** Através da observação, verificou-se que esta utente não participa nas atividades de grupo, tendo tendência a ficar isolada durante longos períodos de tempo. Revela tendência para cantarolar algumas músicas que conhece mantendo, por vezes, algumas palavras das mesmas mas baseando a sua produção vocal em sons. A nível não verbal, esta utente procura a interação através do olhar. Porém, não consegue expressar-se com significado utilizando palavras. Do seu processo na instituição consta que foi diagnosticada com depressão e alzheimer, tendo conseguido estabilizar cognitivamente em 2014. É pertinente trabalhar com esta utente com vista à estimulação sensorial e cognitiva, à promoção da expressão emocional, à manutenção da interação, à manutenção de memórias e à construção de um significado do seu presente. É também pertinente trabalhar com a utente numa perspetiva de redução dos níveis de ansiedade.

**Potencial de intervenção:** Utilização de repertório cantado com vista a dar significado ao seu presente, à manutenção de memórias e à estimulação cognitiva e sensorial; utilização de improvisação vocal e instrumental como elementos reguladores promotores de expressão emocional.

**Benefícios terapêuticos:** Manutenção de memórias; aumento de grau de atividade; manutenção das capacidades vocais.

### **Lídia**

**Pertinência do trabalho com esta utente:** Através da observação, foi verificado que esta utente procura a interação através do discurso falado. Porém, foram detetadas algumas estereotipias verbais no mesmo, bem como a ausência de significado no que é dito e a incapacidade para a compreensão de ordens simples. Estes factos são confirmados pelos dados constantes do processo da utente, processo esse que revela que a utente tem uma afasia primária progressiva. Foi observado que a utente não é capaz de tomar iniciativa e raramente é capaz de colaborar em atividades, o que leva ao isolamento da mesma no contexto do centro de dia. É pertinente trabalhar com esta utente de modo a promover a expressão emocional através da música, a manter o vocabulário que a utente possui e a promover a participação ativa da utente numa atividade.

**Potencial de intervenção:** Utilização de improvisação vocal e instrumental para promover a expressão emocional e a interação; utilização de repertório conhecido da utente com palavras conhecidas pela mesma com vista à manutenção do vocabulário que a utente ainda possui.

**Benefícios terapêuticos:** Aumento do grau de atividade e de participação; manutenção de vocabulário; melhoria do sentimento de bem-estar.

### **Sessões de grupo (45 min)**

Para as sessões de grupo pretende-se incluir todos os utentes. Para tal, os mesmos foram divididos em 3 grupos, grupos esses que foram formados com dados recolhidos da observação dos utentes relativamente à capacidade de interação, de participação nas atividades e de competências verbais.

#### **Grupo 1**

**Participantes:** Adriano; Eulália; Jorge; Lúcio; Manuel.

**Crítérios de inclusão:** Participação habitual nas atividades; capacidade de interação verbal e não verbal; produção de conteúdo verbal com algum significado durante, pelo menos, curtos períodos de tempo.

**Crítérios de exclusão:** Incapacidade de produção verbal; incapacidade de produção verbal com significado durante, pelo menos, curtos períodos de tempo.

**Potencial de intervenção:** Grupo terapêutico com base em trabalho de reportório, de estruturação de canções e de adaptação de letras e poemas.

**Benefícios terapêuticos esperados:** Aumento do grau de atividade e participação; Recuperação de memórias; Melhoria do sentimento de bem estar.

#### **Grupo 2**

**Participantes:** Adelina; Alice; Arlete; Isa; Joaquina; Luisa.

**Crítérios de inclusão:** Capacidade de produção de conteúdo verbal, com ou sem significado; capacidade de interação não-verbal.

**Crítérios de exclusão:** Incapacidade de produção de conteúdo verbal.

**Potencial de intervenção:** Grupo terapêutico com foco sobre a improvisação instrumental e interpretação de canções com vista à expressão emocional. Pode ainda

ser feito algum trabalho sobre expressão emocional e manutenção de vocabulário simples através da adaptação de letras de canções.

**Benefícios terapêuticos esperados:** Aumento da responsividade; Aumento de grau de atividade e participação; Aumento da interação; manutenção de vocabulário.

### **Grupo 3**

**Participantes:** André; Fernando; Isabela; Lídia

**Crítérios de inclusão:** Incapacidade de interação verbal ou pouca interação verbal; capacidade de interação não-verbal; pouca participação nas atividades.

**Crítérios de exclusão:** Participação habitual nas atividades; capacidade de produção verbal com significado.

**Potencial de intervenção:** Grupo terapêutico baseado em exercícios de improvisação e em algum repertório com vista à expressão emocional. Grupo direccionado para a estimulação sensorial e cognitiva.

**Benefícios terapêuticos esperados:** Responsividade; aumento de grau de atividade e participação.

### **Grupo intergeracional**

**Participantes:** Arlete; Eulália; Joaquina; Luisa; Lúcio; Manuel; grupo de 6 crianças (se possível, sempre as mesmas).

**Crítérios de inclusão:** Gosto ou dificuldade na interação com crianças; capacidade de produção de conteúdo verbal com algum significado por curtos períodos de tempo.

**Crítérios de exclusão:** Incapacidade de produção verbal.

**Potencial de intervenção:** Momento de interação musical entre utentes e crianças; improvisação e algum repertório; troca de experiências através da música ou de repertório.

**Benefícios terapêuticos esperados:** Fomentar a relação neto-avó e vice versa através da música; recuperação de memórias.

**Anexo D**

---

Ficha de registos de participação em sessões de musicoterapia

### Ficha de registo de participação em sessões de musicoterapia

Mês: \_\_\_\_\_

**Fernando** (Terça, 11h)

---

Sessão	Dia	Presença
--------	-----	----------

---

---

**Isabela** (Terça, 11:30h)

---

Sessão	Dia	Presença
--------	-----	----------

---

---

**Lídia** (Sexta, 11:45h)

---

Sessão	Dia	Presença
--------	-----	----------

---

---

**Grupo 1** (Terça, 14:30h)

---

Sessão	Dia	Adriano	Eulália	Jorge	Lúcio	Manuel
--------	-----	---------	---------	-------	-------	--------

---

---

**Grupo 2** (Quarta, 12h)

---

Sessão	Dia	Adelina	Alice	Arlete	Isa	Joaquina	Luísa
--------	-----	---------	-------	--------	-----	----------	-------

---

---

**Grupo 3** (Sexta, 11h)

---

Sessão	Dia	André	Fernando	Isabela	Lídia
--------	-----	-------	----------	---------	-------

---

**Anexo E**

---

Grelha de observação das sessões de musicoterapia



### Grelha de observação de sessões de musicoterapia individuais

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Ativação do tônus muscular						
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se tranquilo						
Mostra motivação						
Demonstra iniciativa						
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia						
Estabelece contacto visual						
Mostra-se atento à sessão						
<b>Relacionamento</b>						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta						
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta						

## Grelha de observação de sessões de musicoterapia de grupo

	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4	Utente 5	Utente 6
<b>Atividades musicais</b>						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Ativação do tónus muscular						
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se tranquilo						
Mostra motivação						
Demonstra iniciativa						
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia						
Estabelece contacto visual						
Mostra-se atento à sessão						
<b>Relacionamento</b>						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Interage verbalmente						
Interage musicalmente						

**Anexo F**

---

Documento reflexivo acerca das sessões de musicoterapia implementadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia e dos processos terapêuticos relacionados com as mesmas

## **Documento reflexivo acerca das sessões de musicoterapia implementadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia e dos processos terapêuticos relacionados com as mesmas**

### **Sessões individuais (30 minutos)**

Com base no decorrer das sessões inicialmente planeadas e na própria dinâmica do centro de dia, foi necessário fazer algumas alterações relativamente ao que tinha sido inicialmente planeado quanto às sessões de musicoterapia. As sessões com o utente Vitor não se chegaram a realizar pelo facto de o mesmo ter saído do centro antes de as sessões de musicoterapia terem tido início. Foi ainda considerado pertinente terminar as sessões individuais com o utente Adriano.

Para novas sessões individuais foi seleccionado mais um utente, o utente Celso. A selecção deste utente teve por base os registos da observação, apoiados pelos dados recolhidos nos processos do mesmo.

### **Adriano**

Com este utente foram realizadas ao todo 13 sessões, 7 individuais e 6 de grupo.

Nas sessões individuais, este utente começou por colaborar com o estagiário, muito embora referisse não ter aptidão para música. Contudo, à medida que o processo terapêutico foi avançando, o utente começou a revelar-se cada vez menos participativo nas sessões, resistindo a grande parte das tarefas propostas e tendo mostrado por várias vezes descontentamento por estar na sessão. Através da análise das sessões realizadas, verificou-se que o mesmo não participava de livre vontade nas sessões e que já não estaria a beneficiar das sessões de musicoterapia, visto que os dois principais objetivos do trabalho com o utente – a promoção do bem-estar e a promoção da participação do utente em atividades – não estavam a ser conseguidos satisfatoriamente através destas

sessões. Para além disso, ao longo de 3 sessões individuais foram feitas pequenas conversas com o utente no sentido de averiguar a vontade do mesmo em continuar ou não as sessões de musicoterapia, das quais resultou a indicação do utente de que não quer participar nas sessões individuais.

Nas sessões de grupo, pelo envolvimento que o mesmo proporciona, o utente encontra-se menos exposto e é bastante livre para participar ou não segundo o que quer. Até ao presente momento, não se recusou a ir para sessões de grupo nem mostrou vontade de abandonar qualquer sessão e, embora participe com menos frequência que os restantes elementos do seu grupo, contribui pontualmente nas sessões, tocando, ainda que timidamente, alguns instrumentos e dando algumas opiniões acerca de músicas que são tocadas no grupo. Para além disso, o grupo proporciona ao utente um momento de interação com outros utentes do centro, o que contribui para a socialização do mesmo com outros utentes e, eventualmente, poderá vir a contribuir de alguma forma para uma melhor integração do utente no centro de dia.

Tendo em conta a análise dos resultados que estavam a ser conseguidos através das sessões individuais e de grupo, considera-se pertinente terminar com o utente as sessões individuais e continuar a ter o mesmo nas sessões de grupo.

### **Celso**

**Pertinência do trabalho com este utente:** Foi observado que este utente passa muito tempo no centro de dia, estando, em grande parte desse tempo, sozinho e sem ocupação. Foi observado que o utente utiliza o discurso falado, embora o faça com pouca frequência. O utente tentou por uma vez entrar numa sessão de musicoterapia quando ouviu sons vindos de uma parte da sala onde estava e revelou por várias vezes gostar de música, pelo que se considera que poderá vir a beneficiar de sessões de musicoterapia.

Do seu processo, consta o diagnóstico de demência vascular. Será pertinente trabalhar com este utente no sentido de lhe proporcionar momentos agradáveis de ocupação com música nos quais possa ser trabalhada a recuperação de memórias e a fala através do canto, bem como com vista à promoção da interação e do bem-estar através da música.

**Potencial de intervenção:** Utilização da improvisação vocal e instrumental como instrumentos para trabalhar a interação; trabalho de recuperação de memórias, de treino da fala e de promoção do bem-estar através de reportório.

**Benefícios terapêuticos:** Manutenção do vocabulário; aumento do grau de atividade e participação; melhoria do sentimento de bem-estar.

### **Adelina**

Com esta utente já foram realizadas 8 sessões individuais e 3 sessões de grupo. A utente revela ter alguma dificuldade em enquadrar-se no grupo. Quanto às sessões individuais, a utente começou por ser muito participativa, porém, com o passar das sessões, o trabalho com a mesma tem vindo a revelar-se progressivamente mais difícil. A utente está muito tempo sozinha no centro apenas na companhia de uma auxiliar e verifica-se que estranha a chegada do estagiário pelo facto de essa chegada não ser algo que faça parte da rotina dela. Contudo, só na sessão individual nº 7 a utente rejeitou por completo a presença do estagiário. Nas últimas sessões que se seguiram a essa, a utente teve alguns momentos em que colaborou, revelando gostar de cantar. Embora goste de cantar e tenha momentos em que participa, a utente tem passado grande parte do tempo das sessões a perguntar pelo pai, pelo marido e pela mãe como faz habitualmente fora da atividade. Para esta utente sugere-se que as sessões de musicoterapia com a mesma possam ser recalendarizadas, de modo a permitir que a utente tenha sessões mais curtas (de cerca de 15 a 20 minutos cada) mas que ocorram ao longo de toda a semana (ou ao

longo de 3 ou 4 dias da semana, pelo menos), de modo a tornar as sessões uma parte da rotina da utente no centro e não uma alteração à rotina da mesma. Através da redução do tempo das sessões e do aumento da periodicidade permite-se fazer um trabalho com a utente focado na promoção de um pequeno momento de bem-estar, no qual a utente se possa sentir bem a fazer algo que gosta de fazer.

### **André**

Devido à ausência do utente no centro de dia, já não são realizadas sessões com o mesmo desde o dia 8 de fevereiro de 2017. Até essa data, foram realizadas apenas duas sessões com o mesmo. Nas sessões realizadas, o utente pareceu-se interessado nos instrumentos musicais, colaborando com o estagiário e tomando a iniciativa para explorar alguns instrumentos que estavam à sua disposição.

### **Fernando**

Com este utente já foram realizadas 12 sessões individuais e 8 sessões de grupo. O utente revela-se mais participativo de sessão para sessão, já sendo capaz de se expressar corporalmente, ainda que de uma forma muito básica, o que não acontecia no início das sessões. O utente revela, por muitas vezes, vontade em tocar e em explorar os instrumentos que estão disponíveis na sessão e já deu, por várias vezes, indicações de estar a gostar das sessões e do que faz nas mesmas. Já existe um pequeno conjunto de canções às quais o utente responde e tem-se verificado uma melhoria significativa no manuseamento de instrumentos musicais relativamente ao que foi observado nas primeiras sessões com o mesmo. O utente não só revela mais facilidade em tocar em alguns instrumentos de percussão como também já consegue ter alguns momentos em que revela estar a fazer os movimentos para tocar com mais intencionalidade do que

fazia nas primeiras sessões, o que se considera ser uma melhoria significativa atingida até agora com este utente.

### **Isabela**

Devido à ausência da utente no centro de dia, já não são realizadas sessões com a utente desde o dia 14 de março de 2017. Até então foram realizadas 8 sessões individuais com a utente, tendo a mesma participado também em 4 sessões de grupo. No que diz respeito às sessões individuais, a utente vinha a mostrar-se, de modo geral, mais participativa de sessão para sessão, tendo já tomado a iniciativa para escolher alguns instrumentos musicais, muito embora não tenha completado a ação. Ainda assim, isto já foi uma melhoria relativamente aos dados recolhidos através do diagnóstico da utente em sessão. Quando lhe era dado um instrumento, a utente já conseguia produzir sons com mais facilidade do que demonstrava ter no início e já existia um pequeno conjunto de canções tradicionais portuguesas às quais a utente correspondia. Desde o início das sessões que a utente revelou aptidão para cantarolar e falar durante as sessões, contudo, com o passar das mesmas, o canto e a própria utilização da fala por parte da utente em sessão estavam a ficar mais controlados e organizados, tendo já sido possível, por várias vezes, estabelecer momentos de diálogo musical com a utente.

### **Lídia**

O trabalho com esta utente tem-se revelado um pouco complicado devido à ambiguidade das suas respostas e à escassez de momentos de cooperação intencional por parte da mesma. Com esta utente já foram realizadas 12 sessões individuais e 7 sessões de grupo. Com o passar das sessões, a utente já vai revelando mais momentos de tomada de iniciativa ao longo da sessão para explorar instrumentos, estando a revelar melhorias no manuseamento dos mesmos. A utente ainda precisa, em muitas das vezes,



de ajuda para tocar, contudo, desde que tenha ajuda, já vai fazendo os movimentos necessários para tocar, muito embora pare de tocar caso o estagiário pare de a ajudar. A utente já vai tendo momentos em que revela gostar das sessões de musicoterapia e é perceptível que, em muitas das vezes, gosta do que é feito nas sessões. Já existe um pequeno conjunto de canções às quais a utente reage e um pequeno conjunto de instrumentos pelos quais a utente demonstra interesse.

### **Sessões de grupo (45 min)**

Para as sessões de grupo pretende-se incluir todos os utentes. Na fase inicial de formação dos grupos, os utentes foram divididos em 3 grupos, grupos esses que foram formados com dados recolhidos da observação dos utentes relativamente à capacidade de interação, de participação nas atividades e de competências verbais. Pela dinâmica que tem vindo a ser criada nos grupos, houve algumas alterações nos elementos dos mesmos e propõe-se que sejam formados mais dois grupos, com vista a incluir os utentes que chegaram recentemente ao centro de dia.

### **Grupo 1**

**Participantes:** Adriano; Eulália; Jorge; Lúcio; Manuel.

**Utentes que já não estão do grupo:** José (já não está no centro).

**Síntese do trabalho feito com o grupo até ao presente mês:** Por falta de autorizações e de comparência no centro, o Lúcio ainda não participou em qualquer sessão deste grupo. Com este grupo foram realizadas 6 sessões. Estas têm sido sessões nas quais os utentes participam bastante, não só a tocar e a cantar mas também a contar algumas histórias e a expressar sentimentos. Existe um grupo de canções ao qual os utentes respondem bastante, grupo esse composto por canções tradicionais portuguesas, canções de festivais da canção dos anos 60-80 e fados. Os utentes revelam estar a gostar das

sessões e verifica-se, durante as mesmas, alguma interação entre os utentes, embora esse seja ainda um aspeto a explorar mais.

## **Grupo 2**

**Participantes:** Adelina; Alice; Arlete; Isa; Joaquina.

**Utentes que já não estão do grupo:** Luisa (não se adaptou ao grupo).

**Síntese do trabalho feito com o grupo até ao presente mês:** Com este grupo foram realizadas 7 sessões. Verificou-se que a utente Luisa não se adaptou a este grupo, sendo sugerido que seja incluída no grupo 3 ou 4. A utente Isa participou, até ao momento, em 1 sessão, tendo-se revelado pouco participativa. Contudo, não rejeitou a sessão e, por enquanto, não se considera pertinente excluí-la do grupo. A utente Adelina também não se tem adaptado ao grupo, estando a ser ponderada a hipótese de vir a excluí-la deste grupo, mantendo com a mesma apenas as sessões individuais. Estas têm sido sessões nas quais as utentes participam bastante, revelando gostar das atividades propostas. As utentes interagem bastante com o estagiário dentro e fora da sessão e, em sessão, não só colaboram como também ainda têm momentos nos quais interagem entre si, parando inclusive várias vezes de tocar e de cantar para contar histórias ou situações, o que tem sido um aspeto positivo, devido à expressão individual e à dinâmica grupal que se pretende estimular através desta prática. Existe um grupo de canções ao qual as utentes respondem bastante, grupo esse composto por canções tradicionais portuguesas, canções de festivais da canção dos anos 60-80 e fados. As utentes revelam ainda algumas dificuldades no manuseamento de instrumentos, precisando por vezes de ajuda para começar a tocar e para manter os movimentos, porém, são notadas melhorias significativas nesta área relativamente ao que foi observado nas primeiras sessões.

### **Grupo 3**

**Participantes:** Isabela; Fernando; Lídia.

**Utentes que já não estão do grupo:** André; Vitor (já não estão no centro).

**Síntese do trabalho feito com o grupo até ao presente mês:** Com este grupo foram realizadas 8 sessões. Com este grupo é necessário fazer um trabalho em sessão muito individualizado devido às limitações dos seus membros. Contudo, vai-se verificando um ganho de autonomia por parte dos utentes em sessão, o que é um aspeto positivo a destacar. Esta melhoria na autonomia tem-se verificado, principalmente, no manuseamento de instrumentos de percussão por parte dos utentes. À medida que as sessões vão passando, verifica-se um aumento de participação por parte dos utentes em sessão e uma maior interação de cada um deles com o estagiário. Existe um pequeno grupo de canções ao qual os utentes respondem, grupo esse composto por canções tradicionais portuguesas, canções de festivais da canção dos anos 60-80 e fados. Contudo, neste grupo a resposta dos utentes a este reportório é observável através da expressão facial e corporal dos mesmos quando as músicas são tocadas e através da colaboração dos mesmos nos instrumentos de percussão enquanto as músicas são tocadas e cantadas pelo estagiário. Pela ausência dos utentes André e Isabela no centro, este grupo tem funcionado, desde o início de março, apenas com os utentes Fernando e Lídia.

### **Grupo 4**

Propõem-se a implementação deste grupo com vista a incluir nas sessões de musicoterapia utentes que chegaram recentemente ao centro de dia. Estes são utentes que ainda estão em processo de adaptação ao centro e aos outros utentes e, nesse sentido, considera-se que a realização de sessões de grupo de musicoterapia pode

promover junto destes utentes a socialização com outros utentes e uma melhor adaptação ao centro. Este grupo tem, portanto, uma finalidade recreativa e de socialização entre utentes. Neste grupo pretende-se também incluir, a título excepcional, a utente Luisa, visto que a mesma não se conseguiu integrar no grupo 2. Como este grupo é formado por utentes que, cognitivamente, aparentam estar menos demenciados que as utentes do grupo 2, espera-se que a integração desta utente no grupo seja mais fácil.

**Participantes:** Celso; Francisco; Luisa.

**Crítérios de inclusão:** Chegada recente ao centro de dia; capacidade de interação verbal e não verbal; produção de conteúdo verbal com algum significado durante, pelo menos, curtos períodos de tempo.

**Crítérios de exclusão:** Incapacidade de produção verbal; incapacidade de produção verbal com significado durante, pelo menos, curtos períodos de tempo.

**Potencial de intervenção:** Grupo terapêutico com base em trabalho de reportório, de estruturação de canções e de adaptação de letras e poemas.

**Benefícios terapêuticos esperados:** Aumento do grau de atividade e participação; Aumento da interação entre os elementos do grupo; Partilha de memórias; Melhoria do sentimento de bem estar no centro; Melhoria na adaptação dos utentes ao centro de dia.

### **Grupo 5**

O grupo 5 surge com a mesma finalidade do grupo 4, porém, pretende abranger os restantes utentes que não puderam ser incluídos no grupo 4. Se os grupos 4 e 5 fossem um grupo só, estaria a ser considerada uma sessão de musicoterapia com 7 utentes o que, neste contexto, seria um grupo com demasiados utentes. Tendo em conta a logística do centro de dia, as capacidades cognitivas e físicas dos utentes, as

necessidades de apoio na deslocação dos utentes e a dinâmica grupal que se pretende alcançar através das sessões de musicoterapia, não é considerado benéfico para os utentes, para as sessões e para a dinâmica do centro que haja uma sessão com tantos utentes, pelo que se considera preferível implementar dois grupos com um menor número de utentes em cada grupo.

**Participantes:** Carlos; Vitorino; Leontina; Manuel.

**Crítérios de inclusão:** Chegada recente ao centro de dia; capacidade de interação verbal e não verbal; produção de conteúdo verbal com algum significado durante, pelo menos, curtos períodos de tempo.

**Crítérios de exclusão:** Incapacidade de produção verbal; incapacidade de produção verbal com significado durante, pelo menos, curtos períodos de tempo.

**Potencial de intervenção:** Grupo terapêutico com base em trabalho de reportório, de estruturação de canções e de adaptação de letras e poemas.

**Benefícios terapêuticos esperados:** Aumento do grau de atividade e participação; Aumento da interação entre os elementos do grupo; Partilha de memórias; Melhoria do sentimento de bem estar no centro; Melhoria na adaptação dos utentes ao centro de dia.

### **Grupo intergeracional**

**Participantes:** Arlete; Eulália; Joaquina; Luisa; Lúcio; Manuel; grupo de 6 crianças (se possível, sempre as mesmas).

**Estado do grupo:** Não foi possível implementar este grupo.

**Anexo G**

---

Powerpoint de apresentação da musicoterapia à equipa técnica

## Musicoterapia

APRESENTAÇÃO DE MUSICOTERAPIA À  
EQUIPA DO CENTRO DE DIA DR. CARLOS  
GARCIA

Miguel Silva  
Estagiário de Mestrado em Musicoterapia  
Universidade Lusíada de Lisboa  
Associação Alzheimer Portugal  
23 de maio de 2017

### Introdução à Musicoterapia

“A Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o cliente a alcançar saúde, usando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança”

(Bruscia, 1998).

### Musicoterapia na demência

- **Benefícios:**
  - Promoção da comunicação
  - Preservação da identidade
  - Estimulação da memória
  - Promoção da expressão emocional
  - Promoção da qualidade de vida
  - Encorajamento da movimentação rítmica

(Aldridge, 2005)

### Musicoterapia no centro de dia Dr. Carlos Garcia

- **Objetivos gerais das intervenções:**
  - Promoção de momentos de bem-estar
  - Promoção de momentos de socialização
  - Estimulação da memória e da linguagem
  - Promoção da comunicação e da expressão emocional
- **Tipos de atividades mais utilizadas com os utentes**
  - Improvisação
  - Reportório
  - Prática instrumental

### Sessões Individuais Realizadas

Sessões Individuais	Nº de sessões realizadas (até abril)
Adelina	8
Adriano	7
André	2
Fernando	12
Isabela	8
Lídia	12

Sessões individuais a implementar futuramente: Celso

### Sessões Realizadas - Grupos

Sessões de Grupo	Utentes	Utentes que já não estão nos grupos	Nº de sessões realizadas (até abril)
Grupo 1	Adriano Enlália Jorge Lúcio Mamuel	Encarnação	6
Grupo 2	Adelina Alice Arlete Isa Joaquina Luísa	Adelina Luísa	7
Grupo 3	André Fernando Isabela Lídia	André Isabela	8

### Sessões: Grupos a implementar

Grupos a implementar	Utentes
Grupo 4	Celso Francisco Lurdes
Grupo 5	Carlos José Leontina Manuel

### Sessões realizadas por utente

Utente	Sessões individuais	Sessões de Grupo	Total de sessões realizadas
Adelina	8	3	11
Alice	-	6	6
Arlete	-	6	6
Adriano	7	6	13
André	2	0	2
Estália	-	2	2
Encarnação	-	0	0
Fernando	12	8	20
Isabela	8	3	11
Ira	-	1	1
Jorge	-	1	1
Joaquina	-	6	6
Lídia	12	7	19
Lúcio	-	0	0
Luisa	-	1	1
Manuel	-	6	6

### Adelina

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Redução da dor e da ansiedade
  - Melhoria do sentimento de bem-estar
- **Estratégias a adotar**
  - Recalendarização de sessões, por forma a aumentar a frequência de contacto entre o estagiário e a utente
  - Realização de sessões com uma duração mais curta

Sessões realizadas:  
- 8 sessões individuais  
- 3 sessões de grupo

### André

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Aumento da responsividade
  - Aumento do grau de atividade e participação
  - Manutenção de vocabulário
  - Melhoria do sentimento de bem-estar

Sessões realizadas:  
- 2 sessões individuais

### Fernando

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Aumento do grau de atividade e interação
  - Preservação de memórias
  - Melhoria no sentimento de bem-estar
- **Respostas obtidas:**
  - Aumento da intencionalidade com que toca os instrumentos
  - Melhoria na expressão de pensamentos e sentimentos através da expressão corporal
  - Expressão de agrado/desagrado relativamente a várias músicas e produções musicais
    - **Ativação de memórias**
  - Aumento da responsividade
  - Participação ativa nas sessões
  - Melhorias na motricidade fina

Sessões realizadas:  
- 12 sessões individuais  
- 8 sessões de grupo

### Isabela

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Manutenção de memórias
  - Aumento de grau de atividade
  - Manutenção das capacidades vocais
- **Respostas obtidas:**
  - Expressão de agrado/desagrado relativamente a algumas músicas e produções musicais
    - **Ativação de memórias**
  - Regularização da expressão vocal: fala e canto
    - **Criação de vários momentos de diálogo musical em sessão**
  - Melhoria na intencionalidade com que a utente toca os instrumentos
  - Melhorias na motricidade fina

Sessões realizadas:  
- 8 sessões individuais  
- 3 sessões de grupo



### Lídia

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Manutenção de vocabulário
  - Melhoria do sentimento de bem-estar
  - Aumento do grau de atividade e de participação
- **Respostas obtidas:**
  - Reação da utente a um pequeno conjunto de canções
  - Momentos de tomada de iniciativa por parte da utente
  - Melhorias na motricidade fina

Sessões realizadas:  
- 12 sessões individuais  
- 7 sessões de grupo

### Grupo 1

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Aumento do grau de atividade e participação
  - Recuperação de memórias
  - Melhoria do sentimento de bem estar
- **Respostas obtidas:**
  - Momentos de interação dos utentes com o estagiário e com os outros elementos do grupo
  - Expressão de sentimentos e de gostos
  - Partilha de histórias de vida
  - Momentos de interação e partilha musical

Sessões realizadas: 6

### Grupo 2

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Aumento da responsividade
  - Aumento do grau de atividade e participação
  - Aumento da interação
  - Manutenção de vocabulário
- **Respostas conseguidas:**
  - Melhorias significativas no manuseamento de instrumentos
  - Estabelecimento de uma boa dinâmica grupal
  - Momentos de partilha de experiências
  - Momentos de interação interpessoal e musical
  - Expressão de sentimentos e de gostos

Sessões realizadas: 7

### Grupo 3

- **Benefícios terapêuticos esperados:**
  - Aumento da responsividade
  - Aumento do grau de atividade e participação
- **Respostas conseguidas:**
  - Melhoria na autonomia na escolha e manuseamento de instrumentos
  - Aumento da participação dos utentes em sessão
  - Expressão de sentimentos de agrado/desagrado relativamente a algum repertório e a algumas expressões musicais

Sessões realizadas: 8

### Dificuldades

Utentes	Centro de dia	Próprias
Mobilidade	Enquadramento das sessões na dinâmica do centro de dia	Falta de experiência na realização de sessões de musicoterapia
Agitação	Demora no enquadramento das auxiliares na dinâmica das sessões	Falta de experiência com esta população
Dificuldades na resposta		Repertório

### Contributo das sessões para os utentes

- **Inclusão dos utentes em mais uma atividade**
  - Especial importância para utentes como a Isabela, o Fernando ou a Lídia que habitualmente não participam muito em atividades
- **Estimulação da interação entre utentes**
  - Possível observar nas sessões de grupo
- **Melhorias da motricidade fina**
- **Manutenção de algum vocabulário e da expressão vocal**
- **Estimulação da expressão de emoções e da expressão de agrado/desagrado relativamente a algum repertório e a produções musicais**
- **Ativação de memórias**
- **Partilha de experiências de vida**

---

**Anexo H**

Guião de entrevista a cuidadores

**Guião de entrevista a realizar a cuidadores dos utentes que participam nas sessões de Musicoterapia no Centro de Dia Dr. Carlos Garcia**

O presente questionário surge no âmbito das sessões de musicoterapia nas quais têm participado alguns dos utentes que frequentam o Centro de Dia Dr. Carlos Garcia. Após algum tempo de intervenção com alguns utentes, verificou-se ser necessário obter, através da colaboração dos cuidadores, algumas informações específicas acerca da história de vida e passado musical os utentes, sendo essa a principal razão para a realização da presente entrevista. Nesta entrevista, o cuidador é convidado a partilhar o que achar pertinente acerca do utente, tendo por base as questões que vão sendo colocadas.

1. Informações do utente:
  - a. Idade
  - b. Naturalidade
  - c. Escolaridade
  - d. Profissão
  - e. Estado civil
2. Relação do utente com o centro de dia:
  - a. O que motivou a entrada do utente para o centro de dia?
  - b. Tem notado diferenças no utente desde que está no centro de dia?
  - c. De acordo com o que é a sua perceção, como foi a adaptação do utente ao centro de dia e às atividades propostas no mesmo?
3. Passado sonoro e musical do utente:

- a. Ao longo da vida do utente, houve alguma terra/país/cidade/local pela qual o mesmo tenha passado e que o tenha marcado especialmente, tanto positiva como negativamente?
  - i. Quando o utente se refere a esse local, existe alguma referência de caráter sonoro, musical ou visual?
- b. Ao longo da vida do utente, houve alguma experiência pela qual o utente tenha passado que o tenha marcado especialmente, quer positiva quer negativamente?
  - i. Quando o utente se refere a essa experiência, existe alguma referência de caráter sonoro, musical ou visual?
- c. Ao longo da vida, o utente participou em alguma experiência musical relevante (como grupos corais, ranchos folclórico, bandas filarmónicas, orquestras ou outros grupos musicais?)
  - i. Se sim, há dados ou histórias relacionados com essa experiência que saiba serem significativos para o utente?
- d. Ao longo da vida, o utente tocou algum instrumento? Há algum familiar do utente que toque?
- e. O utente possui algum instrumento musical? Se sim, qual?
- f. Música ouvida pelo utente?
  - i. Qual era a música/género musical ouvida pelo utente?
  - ii. Quais eram as músicas preferidas do utente? Alguma razão para essa preferência?
  - iii. Existe alguma música/género musical/artista que o utente rejeitasse? Se sim, porquê?

- iv. O utente tinha o hábito de assistir a concertos? Se sim, de que tipo?
- v. Existe algum som que o utente rejeitasse? Se sim, qual? E porquê?

**Anexo I**

---

Registo global de sessões de musicoterapia realizadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia

## **Registo global de sessões de musicoterapia realizadas no centro de dia Dr. Carlos Garcia**

O presente documento contém o número de sessões de musicoterapia realizadas de janeiro a junho de 2017 e o número de avaliações realizadas no âmbito das sessões de musicoterapia.

Após cada sessão realizada, foi feita uma avaliação da mesma com base na observação dos comportamentos e respostas dos utentes, registados através das gravações de vídeo feitas durante cada sessão. Para além desta avaliação contínua, foi ainda aplicada uma grelha de observação por forma a sistematizar a avaliação do progresso dos utentes. Essa grelha foi aplicada, como instrumento de avaliação inicial, nas primeiras 5 sessões e tendo sido novamente aplicada nas últimas 5 sessões realizadas com o utente ou com o grupo (até ao final do mês de junho), sendo que a grelha de observação utilizada para avaliação das sessões individuais é diferente da grelha de observação utilizada para avaliação das sessões de grupo. Como tal, quando, ao longo deste documento, for referido o número de avaliações realizadas, o número de avaliações referido fará referência apenas à aplicação do instrumento em causa e não aos registos de observação efetuados em cada sessão. Em alguns dos casos, nos quais os utentes não puderam continuar nas sessões de musicoterapia, não foi possível aplicar as grelhas de observação em 5 sessões iniciais e nas últimas 5 sessões.

Assim sendo, apresenta-se a presente grelha na qual está a sistematização do número de sessões de musicoterapia realizadas até ao mês de junho no centro de dia, bem como o número de utentes abrangidos pelas mesmas.

Através da tabela, verifica-se um aumento do número de utentes abrangidos ao longo do tempo. Tal facto deve-se à demora que ocorreu na devolução das autorizações por parte dos cuidadores dos utentes visados para as sessões de musicoterapia, demora essa que fez com que o trabalho com alguns utentes tivesse demorado a ser iniciado.

Mês	Nº de sessões de grupo	Nº de sessões individuais	Nº de utentes abrangidos	Nº de avaliações
Janeiro	0	6	2	6
Fevereiro	1	14	5	14
Março	10	16	9	20
Abril	13	10	11	11
Maiο	14	13	12	14
Junho	10	5	12	15
Total	48	64	15	8



**Anexo J**

---

Grelha de observação desenvolvida pela musicoterapeuta Ana Esperança

**Grelha de observação**

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Moderada mente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>ATIVIDADES MUSICAIS</b>						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
<b>ATIVIDADES MOTORAS</b>						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Ativação do tónus muscular						
<b>NÍVEL EMOCIONAL</b>						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se ansioso						
Mostra motivação						
Demonstra iniciativa						
<b>ATIVIDADES COGNITIVAS</b>						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
<b>ATENÇÃO/CONTACTO</b>						
Mostra energia						
Estabelece contacto visual						
Mostra-se atento à sessão						

Versão da Categoria “Relacionamento” para os utentes em sessões individuais

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Moderada mente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>RELACIONAMENTO</b>						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta						
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta						

Versão da Categoria “Relacionamento” para os utentes em sessões de grupo

---

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>RELACIONAMENTO</b>						
<b>COM PARES</b>						
Interage verbalmente						
Interage musicalmente						

---

**Anexo K**

---

Grelhas de observação preenchidas

**Adelina**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta				X		
Produz sons vocais				X		
Toca instrumentos			X			
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do tónus muscular			X			
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente					X	
Mostra-se tranquilo		X				
Mostra motivação			X			
Demonstra iniciativa			X			
<b>Atividades Cognitivas</b>						
<b>Produção verbal</b>						
Ativação de memórias				X		
Mostra-se orientado no espaço		X				
Mostra-se orientado no tempo		X				
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia			X			
Estabelece contacto visual				X		
Mostra-se atento à sessão		X				
<b>Relacionamento</b>						

Mostra disponibilidade para a sessão	X
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta	X
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta	X

## Grelha de observação final (últimas 5 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta		X				
Produz sons vocais			X			
Toca instrumentos		X				
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do tónus muscular			X			
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente					X	
Mostra-se tranquilo		X				
Mostra motivação		X				
Demonstra iniciativa			X			
<b>Atividades Cognitivas</b>						
<b>Produção verbal</b>						
Ativação de memórias			X		X	
Mostra-se orientado no espaço		X				
Mostra-se orientado no		X				

---

tempo

**Atenção/Contacto**

Mostra energia

X

Estabelece

X

contacto visual

Mostra-se atento à  
sessão

X

**Relacionamento**

Mostra

X

disponibilidade

para a sessão

Relaciona-se

X

verbalmente com o  
terapeuta

Relaciona-se

X

musicalmente com  
o terapeuta

---

**Adriano**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	<b>Nada (1)</b>	<b>Muito pouco (2)</b>	<b>Moderadamente (3)</b>	<b>Bastante (4)</b>	<b>Muito (5)</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	X					
Produz sons vocais		X				
Toca instrumentos			X			
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do tónus muscular			X			
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente		X				
Mostra-se tranquilo			X			
Mostra motivação		X				
Demonstra iniciativa	X					
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal			X			
Ativação de memórias	X					
Mostra-se orientado no espaço			X			
Mostra-se orientado no tempo			X			
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia		X				
Estabelece contacto visual			X			
Mostra-se atento à sessão				X		
<b>Relacionamento</b>						



Mostra disponibilidade para a sessão	X	
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta		X
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta	X	

Grelha de observação final (últimas 2 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	X					
Produz sons vocais	X					
Toca instrumentos		X				
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos		X				
Uso da motricidade fina		X				
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular		X				
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente		X				
Mostra-se tranquilo				X		
Mostra motivação	X					
Demonstra iniciativa	X					
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias	X					
Mostra-se orientado no espaço				X		
Mostra-se orientado no				X		

---

tempo

**Atenção/Contacto**

Mostra energia X

Estabelece X

contacto visual

Mostra-se atento à X

sessão

**Relacionamento**

Mostra X

disponibilidade

para a sessão

Relaciona-se X

verbalmente com o

terapeuta

Relaciona-se X

musicalmente com

o terapeuta

---

**André**

Grelha de observação inicial (primeiras 2 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	X					
Produz sons vocais				X		
Toca instrumentos				X		
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos				X		
Uso da motricidade fina				X		
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do tónus muscular				X		
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente				X		
Mostra-se tranquilo		X				
Mostra motivação			X			
Demonstra iniciativa			X			
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias	X					
Mostra-se orientado no espaço		X				
Mostra-se orientado no tempo		X				
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia				X		
Estabelece contacto visual			X			
Mostra-se atento à sessão			X			
<b>Relacionamento</b>						

---

Mostra disponibilidade para a sessão	X	
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta		X
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta	X	

---

Grelha de observação final: não aplicada.

**Fernando**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	<b>Nada (1)</b>	<b>Muito pouco (2)</b>	<b>Moderadamente (3)</b>	<b>Bastante (4)</b>	<b>Muito (5)</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	X					
Produz sons vocais	X					
Toca instrumentos				X		
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular			X			
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente			X			
Mostra-se tranquilo			X			
Mostra motivação			X			
Demonstra iniciativa			X			
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal	X					
Ativação de memórias		X				
Mostra-se orientado no espaço			X			
Mostra-se orientado no tempo			X			
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia			X			
Estabelece contacto visual			X			
Mostra-se atento à sessão			X			
<b>Relacionamento</b>						

Mostra disponibilidade para a sessão				X		
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta	X					
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta				X		

Grelha de observação final (últimas 5 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	X					
Produz sons vocais		X				
Toca instrumentos					X	
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos				X		
Uso da motricidade fina					X	
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do tónus muscular				X		
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente				X		
Mostra-se tranquilo			X			
Mostra motivação					X	
Demonstra iniciativa				X		
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal	X					
Ativação de memórias			X			
Mostra-se orientado no espaço			X			
Mostra-se orientado no				X		

tempo

**Atenção/Contacto**

Mostra energia

X

Estabelece

X

contacto visual

Mostra-se atento à

X

sessão

**Relacionamento**

Mostra

X

disponibilidade

para a sessão

Relaciona-se

X

verbalmente com o

terapeuta

Relaciona-se

X

musicalmente com

o terapeuta

---

**Isabela**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta				X		
Produz sons vocais				X		
Toca instrumentos	X					
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular		X				
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente			X			
Mostra-se tranquilo			X			
Mostra motivação				X		
Demonstra iniciativa				X		
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias			X			
Mostra-se orientado no espaço			X			
Mostra-se orientado no tempo			X			
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia			X			
Estabelece contacto visual				X		
Mostra-se atento à sessão			X			
<b>Relacionamento</b>						



Mostra disponibilidade para a sessão					X	
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta					X	
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta			X			

Grelha de observação final (últimas 2 sessões)

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta					X	
Produz sons vocais					X	
Toca instrumentos		X				
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular			X			
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente				X		
Mostra-se tranquilo			X			
Mostra motivação				X		
Demonstra iniciativa				X		
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias			X			
Mostra-se orientado no espaço			X			
Mostra-se orientado no			X			

---

tempo

**Atenção/Contacto**

Mostra energia

X

Estabelece

X

contacto visual

Mostra-se atento à

X

sessão

**Relacionamento**

Mostra

X

disponibilidade

para a sessão

Relaciona-se

X

verbalmente com o

terapeuta

Relaciona-se

X

musicalmente com

o terapeuta

---

**Lídia**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	<b>Nada (1)</b>	<b>Muito pouco (2)</b>	<b>Moderadamente (3)</b>	<b>Bastante (4)</b>	<b>Muito (5)</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	X					
Produz sons vocais			X			
Toca instrumentos		X				
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos		X				
Uso da motricidade fina		X				
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular		X				
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente				X		
Mostra-se tranquilo				X		
Mostra motivação				X		
Demonstra iniciativa		X				
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias		X				
Mostra-se orientado no espaço	X					
Mostra-se orientado no tempo	X					
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia				X		
Estabelece contacto visual		X				
Mostra-se atento à sessão		X				
<b>Relacionamento</b>						

---

Mostra disponibilidade para a sessão		X
Relaciona-se verbalmente com o terapeuta		X
Relaciona-se musicalmente com o terapeuta	X	

---

Grelha de observação final (últimas 5 sessões)

---

	Nada (1)	Muito pouco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Muito (5)	Não se aplica
<b>Atividades musicais</b>						
Canta		X				
Produz sons vocais			X			
Toca instrumentos			X			
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular			X			
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente			X			
Mostra-se tranquilo			X			
Mostra motivação			X			
Demonstra iniciativa		X				
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal			X			
Ativação de memórias			X			
Mostra-se orientado no espaço	X					
Mostra-se orientado no	X					

---

---

tempo

**Atenção/Contacto**

Mostra energia X

Estabelece X

contacto visual

Mostra-se atento à X

sessão

**Relacionamento**

Mostra X

disponibilidade

para a sessão

Relaciona-se X

verbalmente com o

terapeuta

Relaciona-se X

musicalmente com

o terapeuta

---

**Grupo 1**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	<b>Adriano</b>	<b>Eulália</b>	<b>Jorge</b>	<b>Lúcio</b>	<b>Manuel</b>
<b>Atividades musicais</b>					
Canta	2	5	2	1	4
Produz sons vocais	3	5	4	3	5
Toca instrumentos	2	3	4	3	5
<b>Atividades Motoras</b>					
Executa movimentos	2	4	4	3	4
Uso da motricidade fina	2	4	4	2	4
Uso da motricidade grossa	3	5	4	3	5
Ativação do tónus muscular	2	4	4	3	4
<b>Nível Emocional</b>					
Manifesta-se expressivamente	2	4	3	3	4
Mostra-se tranquilo	3	3	3	3	4
Mostra motivação	2	4	3	3	4
Demonstra iniciativa	1	5	3	2	4
<b>Atividades Cognitivas</b>					
Produção verbal	3	4	4	2	4
Ativação de memórias	1	3	1	2	3
Mostra-se orientado no espaço	3	3	3	3	5
Mostra-se orientado no tempo	3	3	3	3	5
<b>Atenção/Contacto</b>					
Mostra energia	2	4	3	2	4
Estabelece contacto visual	2	5	3	2	4
Mostra-se atento à sessão	2	5	4	2	5
<b>Relacionamento</b>					
Mostra disponibilidade	2	5	3	5	5

para a sessão					
Interage verbalmente	2	5	3	2	4
Interage musicalmente	2	5	4	3	5

Grelha de observação final (últimas 5 sessões)

	<b>Adriano</b>	<b>Eulália</b>	<b>Jorge</b>	<b>Lúcio</b>	<b>Manuel</b>
<b>Atividades musicais</b>					
Canta	2	5	4	3	5
Produz sons vocais	2	5	4	3	5
Toca instrumentos	2	4	4	4	5
<b>Atividades Motoras</b>					
Executa movimentos	2	4	4	4	4
Uso da motricidade fina	2	4	4	4	4
Uso da motricidade grossa	3	5	4	4	5
Ativação do tónus muscular	2	4	4	3	4
<b>Nível Emocional</b>					
Manifesta-se expressivamente	2	4	4	4	4
Mostra-se tranquilo	3	4	3	4	4
Mostra motivação	2	5	3	4	4
Demonstra iniciativa	1	5	4	4	4
<b>Atividades Cognitivas</b>					
Produção verbal	3	4	4	3	4
Ativação de memórias	1	4	3	3	4
Mostra-se orientado no espaço	3	3	3	3	5
Mostra-se orientado no tempo	3	3	3	3	5
<b>Atenção/Contacto</b>					
Mostra energia	2	4	4	3	4
Estabelece contacto visual	2	5	4	4	5
Mostra-se atento à	2	5	4	4	5

---

sessão					
<b>Relacionamento</b>					
Mostra disponibilidade para a sessão	2	5	3	5	5
Interage verbalmente	2	5	3	3	4
Interage musicalmente	2	5	5	4	5

---



**Grupo 2**

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	<b>Adelina</b>	<b>Alice</b>	<b>Arlete</b>	<b>Isa</b>	<b>Joaquina</b>	<b>Luisa</b>
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	3	2	3	1	3	1
Produz sons vocais	3	3	3	2	3	4
Toca instrumentos	3	3	3	1	3	1
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos	3	3	3	1	3	2
Uso da motricidade fina	3	3	3	2	3	3
Uso da motricidade grossa	3	3	3	1	3	3
Ativação do tónus muscular	3	2	3	2	3	3
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente	4	4	4	1	3	5
Mostra-se tranquilo	2	3	3	3	4	1
Mostra motivação	2	5	5	1	4	1
Demonstra iniciativa	2	3	4	1	4	1
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal	4	3	3	1	4	3
Ativação de memórias	4	3	4	1	3	1
Mostra-se orientado no espaço	2	3	3	3	3	3
Mostra-se orientado no tempo	2	3	3	3	3	3
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia	3	3	3	1	3	3
Estabelece contacto visual	4	4	4	2	4	4
Mostra-se atento à sessão	2	3	4	1	4	3
<b>Relacionamento</b>						
Mostra disponibilidade	2	5	5	1	5	1

para a sessão						
Interage verbalmente	4	4	4	1	4	5
Interage musicalmente	2	3	4	1	4	1

Grelha de observação final (últimas 5 sessões)

	Adelina	Alice	Arlete	Isa	Joaquina	Luisa
<b>Atividades musicais</b>						
Canta	-	4	4	3	4	-
Produz sons vocais	-	3	3	3	3	-
Toca instrumentos	-	4	5	2	5	-
<b>Atividades Motoras</b>						
Executa movimentos	-	3	4	2	4	-
Uso da motricidade fina	-	3	3	2	4	-
Uso da motricidade grossa	-	3	3	1	3	-
Ativação do tónus muscular	-	3	4	2	4	-
<b>Nível Emocional</b>						
Manifesta-se expressivamente	-	4	5	3	4	-
Mostra-se tranquilo	-	3	4	3	4	-
Mostra motivação	-	5	5	4	5	-
Demonstra iniciativa	-	4	4	3	4	-
<b>Atividades Cognitivas</b>						
Produção verbal	-	4	4	3	4	-
Ativação de memórias	-	4	4	3	4	-
Mostra-se orientado no espaço	-	3	3	3	3	-
Mostra-se orientado no tempo	-	3	3	3	3	-
<b>Atenção/Contacto</b>						
Mostra energia	-	4	4	3	4	-
Estabelece contacto visual	-	4	4	3	4	-
Mostra-se atento à	-	4	4	3	4	-

sessão						
<b>Relacionamento</b>						
Mostra disponibilidade para a sessão	-	5	5	3	5	-
Interage verbalmente	-	4	4	3	5	-
Interage musicalmente	-	4	4	3	4	-

### Grupo 3

Grelha de observação inicial (primeiras 5 sessões)

	André	Fernando	Isabela	Lídia
<b>Atividades musicais</b>				
Canta	-	1	2	1
Produz sons vocais	-	1	3	2
Toca instrumentos	-	3	2	2
<b>Atividades Motoras</b>				
Executa movimentos	-	3	2	2
Uso da motricidade fina	-	3	3	3
Uso da motricidade grossa	-	2	2	3
Ativação do tónus muscular	-	3	2	3
<b>Nível Emocional</b>				
Manifesta-se expressivamente	-	2	3	3
Mostra-se tranquilo	-	3	3	3
Mostra motivação	-	3	3	3
Demonstra iniciativa	-	3	2	2
<b>Atividades Cognitivas</b>				
Produção verbal	-	1	2	3
Ativação de memórias	-	1	1	1
Mostra-se orientado no espaço	-	1	1	1

Mostra-se orientado no tempo	-	1	1	1
<b>Atenção/Contacto</b>				
Mostra energia	-	3	3	2
Estabelece contacto visual	-	4	3	2
Mostra-se atento à sessão	-	3	3	2
<b>Relacionamento</b>				
Mostra disponibilidade para a sessão	-	4	3	2
Interage verbalmente	-	1	2	2
Interage musicalmente		2	2	2

Grelha de observação final (últimas 5 sessões)

	<b>André</b>	<b>Fernando</b>	<b>Isabela</b>	<b>Lídia</b>
<b>Atividades musicais</b>				
Canta	-	1	-	1
Produz sons vocais	-	2	-	3
Toca instrumentos	-	4	-	3
<b>Atividades Motoras</b>				
Executa movimentos	-	3	-	3
Uso da motricidade fina	-	4	-	3
Uso da motricidade grossa	-	2	-	3
Ativação do tónus muscular	-	3	-	3
<b>Nível Emocional</b>				
Manifesta-se expressivamente	-	4	-	3
Mostra-se tranquilo	-	4	-	4
Mostra motivação	-	4	-	4
Demonstra iniciativa	-	4	-	3
<b>Atividades Cognitivas</b>				
Produção verbal	-	1	-	3
Ativação de	-	3	-	2

---

memórias					
Mostra-se		-	1	-	1
orientado	no				
espaço					
Mostra-se		-	1	-	1
orientado	no				
tempo					
<b>Atenção/Contacto</b>					
Mostra energia		-	4	-	3
Estabelece		-	4	-	4
contacto visual					
Mostra-se atento à		-	3	-	3
sessão					
<b>Relacionamento</b>					
Mostra		-	4	-	3
disponibilidade					
para a sessão					
Interage		-	1	-	3
verbalmente					
Interage			4	-	3
musicalmente					

---