



Universidades Lusíada

Júlio, Patrícia José Dias, 1992-

Musicoterapia e demência : intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados

<http://hdl.handle.net/11067/3772>

Metadados

Data de Publicação 2018-03-07

Resumo O presente documento constitui a descrição e reflexão do trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do Curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio realizou-se no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França (CSPNSPF) e tinha como objetivo realizar uma intervenção musicoterapêutica em idosos com quadros clínicos demenciais e com outras patologias crónicas, institucionalizados na Residência “Nossa Senhora da Paz”. Durante aproximadamente...

The following document constitutes the description and reflection of the work done within the intership of the Master's degree in music therapy in Lusíada University of Lisbon. The intership was done at the “Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França” (CSPNSPF) and aimed to carry out a music therapy intervention in elderly with clinical conditions characterized by dementia and several chronic pathologies, institutionalized in the Residence “Nossa Senhora da Paz”. During approxi...

Palavras Chave Musicoterapia para idosos - 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

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T08:04:16Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e demência: intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados

Realizado por:

Patrícia José Dias Júlio

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

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

Arguente:

Prof. 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

Musicoterapia e demência: intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados

Patrícia José Dias Júlio

Lisboa

Outubro 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

**Musicoterapia e demência: intervenção
musicoterapêutica em idosos institucionalizados**

Patrícia José Dias Júlio

Lisboa

Outubro 2017

Patrícia José Dias Júlio

Musicoterapia e demência: intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados

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

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

Orientador de estágio: Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira

Lisboa

Outubro 2017

Ficha Técnica

Autora	Patrícia José Dias Júlio
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientador de estágio	Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira
Título	Musicoterapia e Demência: intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados
Local	Lisboa
Ano	2017

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

JÚLIO, Patrícia José Dias, 1992-

Musicoterapia e demência : intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados / Patrícia José Dias Júlio ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Cláudio Manuel Silvério Ferreira. - 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 - FERREIRA, Cláudio Manuel Silvério, 1983-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa
2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people - Portugal - Lisbon
2. Older people - Institutional care - Portugal - Lisbon
3. Music therapy - Practice
4. Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.J85 2017

À minha mãe, por sempre acreditar nos meus sonhos

Ao meu namorado, pelo incentivo e apoio constantes.

Agradecimentos

A concretização do presente relatório de estágio só foi possível com o contributo de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de expressar o meu agradecimento e reconhecimento.

A todos os professores do mestrado de Musicoterapia, em especial à Prof.^a Doutora Teresa Leite, por me transmitir um pouco do seu grande conhecimento e experiência profissional, e por orientar os meus primeiros passos na área da Musicoterapia.

Ao meu orientador, Dr. Cláudio Ferreira, pela sua orientação durante o período do estágio, e pelo seu apoio, disponibilidade e partilha de conhecimento.

Ao Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora de Penha de França (CSPNSPF), na pessoa de Dr.^a Isabel Serras, pelo acolhimento do estágio.

A todos os idosos com quem trabalhei, pelas descobertas musicais e pela ajuda no meu crescimento profissional e pessoal.

Aos pais do meu namorado, por me cederem gentilmente a casa ao longo dos dois anos de mestrado.

Ao Fábio Guedes, por todo o apoio dado na reta final deste trabalho.

À minha família, por todo o esforço realizado para que fosse possível prosseguir e concluir os meus estudos, e pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha vida.

Resumo

O presente documento constitui a descrição e reflexão do trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do Curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio realizou-se no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França (CSPNSPF) e tinha como objetivo realizar uma intervenção musicoterapêutica em idosos com quadros clínicos demenciais e com outras patologias crónicas, institucionalizados na Residência “Nossa Senhora da Paz”. Durante aproximadamente 8 meses, foram intervencionados 11 utentes, dos quais 5 receberam sessões individuais e 6 foram divididos em dois grupos terapêuticos. O presente relatório analisa, pormenorizadamente, dois estudos de caso: o primeiro contempla o progresso terapêutico de uma utente com diagnóstico de síndrome demencial, em contexto individual e o segundo descreve uma intervenção musicoterapêutica, também, em contexto individual, de um utente acamado com o diagnóstico de síndrome demencial em estado avançado. Os resultados da intervenção musicoterapêutica foram analisados através de uma grelha de observação inicial (pré-teste) e de uma grelha de avaliação final (pós-teste), com a finalidade de medir o progresso terapêutico dos utentes. Em ambos os casos os objetivos delineados no plano terapêutico foram atingidos com sucesso. Verificou-se, em termos gerais, que a intervenção terapêutica em musicoterapia teve um impacto positivo nos idosos, quer do ponto de vista físico e mental.

Palavras-chave: Musicoterapia; Demência; Institucionalização; Idoso.

Abstract

The following document constitutes the description and reflection of the work done within the internship of the Master's degree in music therapy in Lusíada University of Lisbon. The internship was done at the “Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França” (CSPNSPF) and aimed to carry out a music therapy intervention in elderly with clinical conditions characterized by dementia and several chronic pathologies, institutionalized in the Residence “Nossa Senhora da Paz”. During approximately 8 months, 11 patients were treated, of which 5 received individual sessions and 6 were divided into two therapeutic groups. The present report analyses, in detail, two case studies: the first contemplates the therapeutic progress of a patient diagnosed with demential syndrome in an individual context and the second describes a musictherapeutic intervention, also, in the individual context, of a patient bedridden with the diagnosis of advanced demential syndrome. The results of the musictherapeutic intervention were analyzed through an initial observation test (pre-test) and a final evaluation test (post-test), in order to measure the therapeutic progress of the patients. In both cases the goals outlined in the therapeutic plan have been achieved successfully. It was found in general terms that therapeutic intervention in music therapy had a positive impact in the elderly, both physical and mental.

Keywords: Music therapy; Dementia; Institutionalization; Elderly.

Lista de Tabelas

Tabela 1	- Descrição dos utentes intervencionados individualmente.....	29
Tabela 2	- Descrição dos utentes do grupo I.....	30
Tabela 3	- Descrição dos utentes do grupo II.....	30
Tabela 4	- Agenda semanal.....	35
Tabela 5	- Plano terapêutico – Sr. ^a Maria José.....	39
Tabela 6	- Plano terapêutico – Sr. João.....	51

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- APA - American Psychiatric Association
- CATL - Centro de Atividades de Tempos Livres
- CD - Centro de Dia
- CSPNSPF - Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França
- DA - Doença de Alzheimer
- ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- ISS - Instituto da Segurança Social
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
- OMS - Organização Mundial de Saúde

Sumário

Introdução	1
Caracterização da instituição	3
Caracterização da população alvo.....	5
Enquadramento teórico	7
Envelhecimento	7
O contexto português – aspetos demográficos	9
A qualidade de vida e o Idoso	10
Patologias do Idoso	11
Demência	11
Doença de Alzheimer	13
A Institucionalização e os seus desafios para o Idoso.....	16
Musicoterapia e a Demência	18
Aspetos metodológicos da musicoterapia em idosos	22
Objetivos de estágio	27
Metodologia	29
Descrição da amostra	29
Procedimentos	30
Técnicas e/ou métodos aplicados	33
Recursos materiais.....	34
Instrumentos de avaliação	34

Agenda semanal	35
Estudos de Caso	37
Estudo de caso I.....	37
Estudo de Caso II	49
Outras Intervenções Clínicas	59
Intervenções Individuais	59
Individual I	59
Individual II.....	59
Individual III.....	60
Intervenções em Grupo	61
Grupo I.....	61
Grupo II	63
Conclusão.....	65
Reflexões Finais.....	67
Referências.....	69

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da disciplina “Seminário de estágio” do Curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio curricular realizou-se no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França (CSPNSPF), especificamente na Residência “Nossa Senhora da Paz”, ao longo do ano letivo 2016/2017.

Do seguimento das intervenções terapêuticas em musicoterapia fizeram parte 11 utentes, com idades compreendidas entre os 63 e 94 anos, divididos em 5 individuais e 2 grupos terapêuticos. A divisão foi baseada nos diagnósticos e níveis de funcionalidades de cada idoso. Assim, a amostra era caracterizada por idosos com boa autonomia física, porém com dependência funcional psicológica e idosos que do ponto de vista mental e/ou psicológico têm uma boa organização espaciotemporal, mas que são dependentes ao nível físico. A presente intervenção terapêutica em musicoterapia visa proporcionar na instituição uma intervenção terapêutica complementar à intervenção farmacológica, reduzir o isolamento social, retardar o declínio físico e cognitivo, promover a expressão emocional e melhorar a qualidade de vida dos utentes do lar.

Este relatório está organizado em três secções principais de modo a, em primeiro lugar, contextualizar o trabalho realizado através de uma revisão de literatura, em segundo lugar, mostrar a metodologia utilizada, e em terceiro lugar, apresentar a descrição e reflexão de dois estudos de caso intervencionados durante o estágio.

Caracterização da instituição

O CSPNSPF é reconhecido como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que se rege por um conjunto de valores éticos e religiosos, alicerçados nos princípios da solidariedade, dignidade e autonomia. A funcionar desde 1950, a sua principal missão reside na prestação de serviços à comunidade, especialmente às famílias mais carenciadas da freguesia da Penha de França, onde pretende colaborar para a promoção das áreas da educação, da assistência e apoio à saúde.

Para conseguir dar resposta às necessidades da comunidade e cumprir com a sua missão, o Centro Social e Paroquial dispõe atualmente de um conjunto de valências, designadamente de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Dia (CD), Residência “Nossa Senhora da Paz” - designado por Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), Jardim de Infância (JI) e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL). O Centro Social e Paroquial participa também na gestão de uma Residência de Acolhimento para Doentes provenientes da Região Autónoma dos Açores que veem a Lisboa para consultas médicas ou tratamentos hospitalares, assim como na gestão das residências “Padre Damião” destinadas a apoiar pessoas carenciadas e sem habitação.

O presente estágio curricular foi efetivado na íntegra na Residência “Nossa Senhora da Paz”. Esta valência do CPNSPF está presente num edifício de dois andares. O edifício contém duas salas de convívio, duas cozinhas, duas casas de banho públicas, os quartos dos utentes, todos eles equipados com casas-de-banho privativas, e um espaço exterior de jardim e lazer. Bem como, o gabinete de equipa técnica, o gabinete médico e de enfermagem.

A equipa técnica é constituída por um Diretor Técnico, duas Enfermeiras (ambas a tempo parcial), uma Educadora Social, uma Fisioterapeuta, um Médico e dezasseis Auxiliares da Ação Direta. A valência de lar assegura serviços de alojamento, alimentação, higiene, serviços de lavandaria e apoio psicossocial, assim como, cuidados médicos e de enfermagem.

Devido ao fenômeno do envelhecimento e à carência econômica existentes atualmente no nosso país, tem-se verificado um aumento dos pedidos de admissão nas instituições de solidariedade social, levando assim à sua lotação e conseqüente criação de listas de espera. Tendo em conta esta realidade, os novos pedidos de admissão na Residência “Nossa Senhora da Paz” são submetidos a uma lista de espera, onde ficam pendentes até à existência de uma nova vaga. Os principais motivos de institucionalização nesta unidade passam pela gradual deterioração física e mental do idoso, pela ausência ou impossibilidade de cuidados de saúde por parte dos familiares e pelo isolamento social.

O acolhimento dos novos residentes na unidade iniciasse com a apresentação do espaço físico (instalações), de toda a equipa técnica envolvente nos cuidados básicos e de saúde, das rotinas diárias e das atividades desenvolvidas na valência de lar. Os utentes desta unidade dispõem de sessões de fisioterapia que ocorrem com uma frequência de duas vezes por semana (doentes acamados) e de três vezes por semana (restantes utentes). Os dias são também contemplados com atividades desenvolvidas pela Terapeuta Ocupacional, sensivelmente no final da tarde. Existem, também, todas as semanas atividades religiosas, para as quais são convidados todos os idosos da residência e do Centro de Dia para participar.

Importante referir que os idosos desta unidade se encontravam num elevado nível de isolamento, durante a maior parte do dia. Embora partilhassem o mesmo espaço físico era visível a escassa comunicação e interação entre os idosos, sendo que apresentavam um discurso pouco assertivo e fluente. Note-se que este problema poderá estar associado aos processos demenciais e degenerativos enfrentados pela maioria dos residentes, bem como ao isolamento social a que estes estavam expostos antes da sua admissão na valência de lar. Estes dois fatores afetaram conseqüentemente as suas capacidades de interação e de relacionamento social.

Caracterização da população alvo

O estágio foi desenvolvido na Residência “Nossa Senhora da Paz”, onde residem idosos com elevados graus de dependência física, mental e/ou psicológica (aproximadamente 73%). O lar residencial acolhe, atualmente, 35 utentes com idades compreendidas entre os 63 e os 97, e engloba uma população com diferentes graus de dependência, nomeadamente idosos com boa autonomia física, porém com dependência mental; idosos que do ponto de vista mental têm uma boa organização espaciotemporal, mas que ao nível físico precisam da ajuda das auxiliares da ação direta nos cuidados primários (higiene, alimentação, etc...), bem como idosos com dependência total, ou seja, física e mental.

No domínio patológico, a residência engloba uma população heterogénea com diversas patologias e com diferentes graus de gravidade, com referência primordial à demência, especificamente à Doença de Alzheimer (DA).

Enquadramento teórico

O presente capítulo visa a uma breve revisão de literatura sobre os aspetos centrais deste trabalho.

Envelhecimento

À pouco mais de um século, o envelhecimento humano era considerado como um fenómeno patológico, mais caracterizado pelo aparecimento de doenças, cuja acumulação resultava em morte (Jr., 1995, cit. in Candeias, 2015). Este conceito tem vindo a mudar, refletindo, quer o nível de conhecimento sobre a fisiologia e anatomia humanas, quer o crescente interesse pela cultura e relações sociais de várias fases da vida (Paúl, 2005).

O envelhecimento é o termo indicativo de um processo e não um estado (Fontaine, 2000; Tortosa, 2002, cit. por Marques, 2013). Este processo natural que se inicia com a conceção da vida humana continua ao longo da vida e termina com a morte (Tortosa, 2002, cit. por Marques, 2013).

Hoje, envelhecimento é definido como um processo natural, dinâmico e progressivo de mudança e transformação das componentes biológicas, psicológicas e sociais, que com a passagem do tempo conduz à perda de adaptabilidade e funcionalidade do indivíduo (Fontaine, 2000; Osorio, 2007; Spirduso, 2005). De acordo com alguns autores, estas componentes integram características próprias assim, a biológica reflete uma fragilidade e vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade para a morte, ocorrendo modificações a nível interno, nos órgãos vitais e no metabolismo basal, e a nível externo, com o aparecimento de cabelos brancos, rugas, diminuição do tónus muscular, variações no equilíbrio, entre outros; a social é relativa aos papéis sociais e estatutos apropriados às expectativas da sociedade para este grupo etário; e a psicológica é definida pela capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência, esta adaptação pode ocorrer de forma positiva ou negativa (Carvalho & Faria, 2014; Sequeira,

2007).

A população idosa é um grupo etário heterogêneo, que apresenta variações em termos demográficos, sociais e de condições de saúde (Fonseca, 2014). Este grupo etário é composto, quer por idosos sem incapacidades severas e autónomos no seu dia-a-dia, quer por idosos que experimentam um declínio das suas funcionalidades físicas e cognitivas por consequência de um processo patológico (Fontaine, 2000).

De acordo com Fonseca (2014), à medida que envelhecem as pessoas vão se diferenciando umas das outras no que respeita à saúde e à doença. Logo, torna-se essencial distinguir o que é consequência do processo de envelhecimento “normal¹” e o que é causado por doenças e incapacidades crónicas ou típicas da velhice (Barreto, 2005; Novo, 2003 cit. por Nicolau, 2012).

Surgem, assim, dois padrões do envelhecimento: o primário e o secundário (Barreto, 2005). O envelhecimento primário refere-se ao conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que ocorre com a idade em consequência do processo de envelhecimento “normal”. O envelhecimento secundário refere-se ao conjunto de modificações causadas por patologias típicas desta faixa etária (Barreto, 2005; Candeias, 2015; Carvalho e Faria, 2014).

Neste âmbito Fonseca (2014) esclarece que envelhecimento não é sinónimo de doença, mas um declínio normal, progressivo e irreversível das funcionalidades biológicas, cognitivas e motoras do indivíduo. Este declínio funcional tem como principal consequência a fragilidade, uma condição que nos torna mais suscetíveis à doença. Quando a fragilidade se converte em doença, o tratamento deve atentar às especificidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo. No entanto, o autor ressalva, algumas doenças (como doenças

¹ Relativo às modificações biológicas universais que não são causadas por patologia ou influência ambiental.

cardiovasculares, a osteoporose, as doenças de Alzheimer e Parkinson e a diabetes tipo II), que estão associadas e dependem do envelhecimento.

O contexto português – aspetos demográficos

O envelhecimento populacional é a nova realidade das sociedades industrializadas, representando um dos fenómenos demográficos mais preocupantes do século XXI (Gomes, 2007; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011). Este fenómeno demográfico resulta do processo de transição demográfica, o qual se traduz no declínio da mortalidade seguido por uma redução na taxa de natalidade (INE, 2002; 2015).

A tendência para o envelhecimento é crescente e estima-se que em 2050 haverá mais idosos do que jovens, a nível mundial (Gomes, 2007; Sequeira, 2010). À semelhança de outros países desenvolvidos, o nosso país tem registado um aumento significativo no número de idosos (Sequeira, 2010). De acordo com o INE (2015), em 2014 o índice de envelhecimento da população era de 141 (136 em 2013), quer isto dizer que por cada 100 jovens residiam em Portugal 141 idosos (acima dos 65 anos). Também o índice de dependência de idosos aumentou continuamente em relação a 1970, passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa para 31 em 2014. A mesma fonte apurou ainda, que o índice da renovação da população em idade ativa tem vindo a diminuir, passando de 100 em 2010 para atingir 84 em 2014.

As implicações deste fenómeno demográfico observam-se em todos os níveis da nossa sociedade, principalmente nos níveis económico, social e da saúde (Oliveira, 2005). Torna-se, portanto, urgente a reflexão deste problema social e a reconsideração de questões como: a idade da reforma, os meios de subsistência, o estatuto desta faixa etária na sociedade e a qualidade de vida dos idosos (Oliveira, 2005; INE, 2002).

A qualidade de vida e o Idoso

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994, cit. por OMS, 2005), a qualidade de vida é a

“a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.” (p. 14).

Porém, tudo leva a crer que os critérios de autoavaliação da qualidade de vida não são os mesmos para o adulto jovem e para o idoso. Se pensarmos que uma boa qualidade de vida se caracteriza por um sentimento de bem-estar físico, por uma emotividade equilibrada ou por uma integração social, podemos questionar-nos se tudo isto fará sentido para as pessoas mais idosas (Cassou, 2001).

Segundo Barreto (2005), o bem-estar do idoso depende de diversos fatores, externos e internos. O grau de satisfação com a vida resulta do processo adaptativo de cada indivíduo às diversas transformações que ocorrem no processo de envelhecimento. Por outro lado, a qualidade de vida da pessoa que envelhece é naturalmente afetada pelas perdas de entes queridos e pela fragilidade afetiva inerente a esse processo. Porém o efeito perturbador desses acontecimentos vai depender do significado que o indivíduo lhes atribui e das circunstâncias da vida no momento em que eles ocorrem. O significado atribuído refletirá o conceito que o indivíduo faz de si próprio e da sua mais-valia para os outros.

O apoio social e a ajuda eficaz dos cuidadores contribuirá decisivamente para a qualidade de vida e bem-estar do idoso. Assim, a sociedade deve reconhecer o valor dos idosos dentro da mesma, propiciando o desenvolvimento de atividades promotoras de um

sentimento de utilidade e a criação de um projeto de vida que assegure conforto, segurança e dignidade, articulado e adequado às transformações próprias do envelhecimento (Jacob, 2012; Rocha, Rodrigues, Coutinho & Monteiro, 2002).

Várias pesquisas têm sido levadas a cabo no sentido de comprovar a eficácia das intervenções não farmacológicas em idosos (com e sem demência) e respectivos familiares e cuidadores na promoção da saúde. Esta caracteriza-se, também, pela procura de um envelhecimento bem-sucedido, que deve incluir a prevenção de doenças, a manutenção das competências físicas e cognitivas e o envolvimento em atividades sociais (Rivero, Canali-Prado, Vieira, & Rivero, 2013).

Patologias do Idoso

Como já foi referido anteriormente, as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem no idoso à medida que este envelhece não são sinónimo de doença, refletindo-se num processo normal do envelhecimento humano. Porém o estilo de vida que o indivíduo adota ao longo do seu ciclo de vida, a deterioração progressiva do organismo e as fragilidades pessoais, torna-o mais suscetível à doença (Sequeira, 2007).

Durante o período de estágio, verificou-se que a população alvo partilhava várias patologias crónicas (diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, venosas e respiratórias, entre outras), contudo a demência foi a mais verificada e constitui uma das maiores problemáticas associadas ao envelhecimento, tornando-se assim pertinente o seu estudo.

Demência

O termo demência é o mais utilizado para designar o conjunto de perturbações cerebrais que inclui várias manifestações clínicas: doença de Alzheimer, demência vascular, demência por corpos Lewy, demência mista, demência frontotemporal e doença de Creutzfeldt-Jakob (Fonseca, 2014).

A demência pode ser verificada em qualquer pessoa, porém é mais comum em indivíduos com idade superior a 65 anos, caracterizando-se por uma condição adquirida do funcionamento cognitivo. A sua evolução dá-se inevitavelmente no sentido da redução progressiva ou perda das capacidades cognitivas, do desenvolvimento de sintomas psicológicos, comportamentais e neurológicos e da perda de autonomia, repercutindo-se nas atividades diárias e na vida social do idoso (Alzheimer Portugal, s.d.; American Psychiatric Association (APA), 2014; Carvalho & Faria, 2014; Fonseca, 2014; Sequeira, 2007; 2010).

Os autores Barreto (2005) e Carvalho & Faria (2014) explicam que a demência não diz respeito a uma única doença, mas sim a um síndrome (um conjunto de sintomas que constituem o quadro demencial). Este síndrome decorre de uma doença cerebral, de natureza crónica ou progressiva, onde há a perturbação de várias funções corticais superiores, onde se incluem a memória, o pensamento, a capacidade de aprendizagem, o cálculo, a linguagem, a orientação e o julgamento (Carvalho & Faria, 2014).

A característica principal de uma demência é o desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos como: a *afasia*, a *agnosia* e a *apraxia*. A *afasia* refere-se à perda completa das capacidades da linguagem; a *agnosia* diz respeito à incapacidade de reconhecer a forma ou função dos objetos e das pessoas e a *apraxia* ocorre quando o processamento motor cortical é afetado e surge uma dificuldade para desempenhar funções voluntárias (Ridder, 2005, cit. por Ramos, 2012)

No Manual de Diagnóstico DSM-5 os critérios de diagnóstico para a demência são descritos da seguinte forma: quando se verificar “evidências de declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social)” (p. 605), com base na preocupação do indivíduo ou do clínico de que existe um declínio significativo na função cognitiva (APA, 2014). Esta

condição pode ser verificada quando os défices cognitivos estão associados à limitação da realização independente das atividades da vida diária, com uma duração no mínimo de seis meses (Sequeira, 2007; Fontaine, 2000).

A inexistência de uma forma de prevenção ou cura para a maioria das demências é uma realidade, contudo um diagnóstico médico precoce da doença permite o acesso ao apoio e a informações importantes, tanto para o doente como para os seus cuidadores, e acesso a medicação necessária no abrandamento do seu progresso e na amenização de alguns sintomas (Alzheimer Portugal, s.d.).

Para um diagnóstico rigoroso é importante ter em conta um conjunto de fatores: a história clínica, o exame do estado mental, a avaliação do comportamento diário, a avaliação laboratorial e a avaliação através de testes neuro psicológicos. A uniformização dos critérios de diagnóstico ao nível das várias demências é necessária para a obtenção de critérios mais rigorosos sobre a sua prevalência e a incidência (Sequeira, 2007).

De acordo com os dados da OMS (cit. por Fonseca, 2014), estima-se que existam no mundo 35,6 milhões de pessoas com demência, representando a DA mais de 60% de todas as demências. Em Portugal existem atualmente 90.000 pessoas com DA, tratando-se da principal causa de dependência de idosos, de sobrecarga para as famílias, cuidadores e sistemas de saúde e segurança social (APA, 2014; Fonseca, 2014).

Doença de Alzheimer

A DA é uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível, marcada por um início insidioso e uma progressão gradual do défice num ou mais domínios cognitivos, nomeadamente, um declínio da memória e da aprendizagem e de pelo menos um outro domínio cognitivo: *afasia*, *apraxia* e *agnosia* (APA, 2014; Souza & Teixeira, 2013). Em termos neuropatológicos, esta doença caracteriza-se pela morte neuronal em determinadas partes do cérebro e pelo aparecimento de tranças fibrilares e placas senis que dificultam a

comunicação entre as células nervosas, provocando alterações ao nível do funcionamento geral da pessoa (Alzheimer Portugal, s.d.; Carvalho & Faria, 2014; Sequeira, 2007; 2010).

Um diagnóstico precoce da DA é essencial para um controlo o mais eficaz possível dos sintomas cognitivos e comportamentais. Estes sintomas acarretam implicações para a vida dos doentes e dos seus respetivos cuidadores (Fonseca, 2014). Um diagnóstico 100% exato da DA só é possível no exame *post-mortem*, através da análise dos tecidos cerebrais do indivíduo (Spar & La Rue, 2005 cit. por Candeias, 2015). Atualmente, um diagnóstico da doença pode ser conseguido com uma grande precisão na sua fase inicial, recorrendo à história clínica, onde se regista o início e a progressão da doença, e a um exame físico e neurológico rigoroso (Fonseca, 2014).

O desenvolvimento da DA, embora de evolução lenta e progressiva, pode ser dividido em três fases: fase inicial, fase avançada e fase terminal (Barreto, 2005).

Na fase inicial da doença os défices de memória são os mais evidentes, nomeadamente, a perda de memória a curto prazo. O indivíduo começa a revelar dificuldades de orientação em relação ao tempo e ao espaço, perdendo-se em ambientes familiares (na sua habitação ou rua onde mora) e apresentando uma noção reduzida do mês e ano em que se encontra. A comunicação verbal vai sofrendo alterações, no sentido em que o discurso torna-se impreciso e o pensamento cada vez mais concreto, existindo uma tendência para a utilização de frases mais curtas e simples. É frequente o aparecimento de outros défices cognitivos como a capacidade de atenção e concentração, que afetam a espontaneidade e continuidade da ação, e a capacidade de resolução, na medida em que o indivíduo confunde o dinheiro e apresenta dificuldades na tomada de decisão. Ainda nesta fase vão surgindo, de forma gradual, alterações da personalidade como: o egocentrismo, a apatia, havendo um desinteresse por atividades anteriormente apreciadas, e um comportamento desinibido, demonstrado através de uma familiaridade indevida com estranhos. As alterações no humor do

indivíduo são manifestadas através da ansiedade e insegurança, tornando-se pessimista, o que conseqüentemente poderá dar origem a estados depressivos (Carvalho & Faria, 2014; Instituto da Segurança Social (ISS), 2005).

Na fase avançada da doença os sintomas tornam-se progressivamente mais evidentes e restritivos, levando à perda da autonomia (Figueiredo, 2007). Assim, nesta fase o indivíduo apresenta *apraxia* e *agnosia*, limitando-o no reconhecimento de rostos, objetos e lugares e na identificação de sons e cheiros, que conseqüentemente torna-o mais ausente e confuso. A *afasia* agrava-se nesta fase, perdendo-se gradualmente a capacidade de comunicar verbalmente (Carvalho & Faria; Figueiredo, 2007; ISS, 2005). Esta fase é marcada, também, pelas alterações comportamentais, entre as quais: as alucinações e delírios, a agitação, a agressividade, as perturbações do sono, a perda da noção de higiene e a deambulação (ISS, 2005). Com a evolução da doença o indivíduo torna-se cada vez mais agitado, manifestando um comportamento hostil, com períodos de agressividade, gritos e também violência. A deambulação integra uma das formas de agitação, onde o indivíduo desloca-se continuamente pela casa sem objetivo ou razão aparente (Carvalho & Faria, 2014).

A fase terminal caracteriza-se pela inatividade e dependência total do indivíduo. A memória a longo prazo do indivíduo encontra-se, agora, muito deteriorada e a linguagem fica reduzida a simples frases ou mesmo a palavras isoladas até à sua perda total (Ramos, 2012). Nesta fase final do processo demencial perde-se os reflexos de marcha, estabelece-se um estado de apatia e de prostração, permanecendo-se grande parte do dia na cama (Carvalho & Faria, 2014; ISS, 2005; Sequeira, 2007). Contudo, apesar da gravidade dos sintomas apresentados, o indivíduo preserva a capacidade de resposta ao toque e a vozes familiares (ISS, 2005).

Atualmente não existe forma de prevenir ou curar as demências, contudo com recurso à intervenção farmacológica pode-se retardar a progressão da doença e estabilizar as

perturbações cognitivas e psicocomportamentais. Recorre-se, normalmente, a inibidores de colinesterase, que reduzem a destruição de acetilcolina (componente químico encontrado no cérebro) (Carvalho & Faria, 2014; Fonseca, 2014). A utilização destes fármacos exige uma decisão ponderada devido às repercussões dos sintomas psiquiátricos e comportamentais e ao risco dos efeitos adversos dos medicamentos, tornando-se vital o recurso a tratamentos não-farmacológicos, nomeadamente, na gestão dos sintomas comportamentais (Carvalho & Faria, 2014; Serra, L., et al. 2010).

De acordo com vários autores Carvalho & Faria (2014), Figueiredo (2007) e Spar & La Rue (2005 cit. por Marques, 2013), as causas que constituem este problema multifatorial não são totalmente conhecidas, contudo tem havido um esforço crescente para identificar os fatores de risco que contribuem para o seu aparecimento, entre os quais: a idade avançada, o sexo feminino e os fatores genéticos, ambientais e ao nível educacional.

A Institucionalização e os seus desafios para o Idoso

O envelhecimento populacional que se verifica por todo o mundo, constitui um fenómeno que representa uma das mais notáveis mudanças demográficas na história da humanidade (Figueiredo 2007). Devido a esse fenómeno, houve a necessidade da sociedade civil se organizar para criar condições para acolher o número crescente de idosos. Uma das respostas criadas foram as instituições, cujo papel fundamental é a prestação de serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas, que visam abranger ambos os aspetos sociais e de cuidados de saúde (Jacob, 2012).

Na nossa sociedade existem idosos que têm a capacidade de cuidar de si próprios, contudo o aumento da esperança de vida implica um aumento da necessidade de apoio e assistência. Quando essa necessidade se torna uma realidade, a estatística demonstra ser a família, um pouco por toda a Europa, a assumir o papel de prestação de cuidados (Figueiredo, 2007). Todavia, estes cuidados informais acarretam uma sobrecarga física, psicológica e

social para os cuidadores e a institucionalização é, muitas vezes, consequência da falta de ajudas eficazes destinadas aos cuidadores informais, sendo estes obrigados a recorrer às instituições de apoio aos idosos (Paúl, 2012).

Os principais fatores que motivam a institucionalização de um idoso, para além da sobrecarga sentida pelo cuidador informal, incluem: os distúrbios emocionais ou no pensamento, a doença física que requer supervisão ou cuidados de enfermagem, o indivíduo que se torna incontrolável em casa devido a comportamentos potencialmente nocivos, o comportamento prejudicial a si mesmo e/ou a outros e os fatores ambientais, tais como, quando viver independentemente torna-se inviável ou quando não existe um cuidador informal (Peters, 2000). Sempre que um idoso é entregue aos cuidados de saúde de uma instituição durante o dia ou parte dele, considera-se que o idoso está institucionalizado. Quando essa institucionalização é feita 24 horas por dia, numa instituição, passa a se designar de idoso institucionalizado residente (Figueiredo, 2007).

Os idosos institucionalizados possuem um autoconceito mais baixo e um índice mais elevado de depressão do que os idosos que vivem na sua própria casa e vêem a institucionalização como um pronúncio de morte, fazendo-se acompanhar de sentimentos de rejeição, medo, culpa e resistência. O “sentimento de perda” figura uma das maiores problemáticas associadas ao processo de mudança para a instituição e representa para o idoso a privação de independência, a falta do seu lar e dos seus bens pessoais, a ausência de privacidade, da atmosfera familiar e das suas rotinas e a perda de relações sociais. Estas perdas podem influenciar negativamente o seu autoconceito e autoestima e terão um impacto geral no funcionamento do idoso (Paúl, 2012; Peters, 2000).

Em termos gerais, é importante que o idoso institucionalizado conserve as referências de tempo e espaço, mantenha as suas capacidades funcionais e autonomia durante o máximo

de tempo possível, evite as perturbações do comportamento relacionadas com um ambiente não adaptado e conserve a sua dignidade (Peters, 2000).

De acordo com Sequeira (2010) e Touchon & Portet (2002), é necessário encontrar soluções para esta fase de adaptação e reorganização da vida pessoal do idoso. Ao longo dos anos, verificou-se um aumento do desenvolvimento de abordagens e intervenções terapêuticas, que se ajustam às alterações intrínsecas do processo de institucionalização e permitem a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Neste âmbito, as intervenções terapêuticas mais utilizadas são: a estimulação sensorial, a orientação para a realidade, a validação, a reminiscência, a revisão de vida e a musicoterapia.

Musicoterapia e a Demência

“A musicoterapia é a utilização profissional da música e dos seus elementos em contextos médicos, educativos e quotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional e espiritual” (WFMT, 2011).

A participação ativa na música detém uma forte influência na saúde e no bem-estar das pessoas em geral devido ao seu papel motivacional e emocional. Os resultados positivos da musicoterapia na saúde são ganhos naturais adquiridos através das experiências musicais e interações sociais, desencadeando processos de ativação do cérebro que libertam dopamina (Wheeler, 2017).

Os idosos institucionalizados constituem um grupo heterogéneo dentro de uma mesma instituição. Nesta, podemos encontrar idosos com idades díspares, apresentando experiências de vida e personalidades muito diferentes. Também, as alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e emocionais, associadas ao processo de envelhecimento, podem não ocorrer ao mesmo tempo, com a mesma velocidade e/ou severidade em todos os indivíduos. Desse

modo, encontram-se nas instituições idosos com necessidades e níveis de funcionalidade muito diferentes.

Ao somar a todas estas alterações o idoso institucionalizado lida, também, com um conjunto de perdas intrínsecas ao processo de institucionalização e tem de se adaptar às novas rotinas, novas pessoas e a um ambiente totalmente formatado. Estas mudanças podem ter repercussões ao nível da autoestima e do autoconceito do idoso, bem como no seu comportamento, que muitas vezes se traduz na falta de iniciativa, interesse e apatia, conduzindo a uma deterioração física e cognitiva (Peters, 2000; Wigram, Peterson & Bonde, 2002 cit. por Candeias, 2015). A música, estando intrinsecamente ligada às experiências vividas do idoso, pode ser estruturada no sentido de motivar a sua participação e aumentar a sua autoestima, devolvendo-lhe as suas capacidades de comunicação e de interação entre pares (Peters, 2000).

A musicoterapia, em idosos institucionalizados apresenta-se como intervenção terapêutica dotada de experiências musicais flexíveis e acessíveis para os mais variados níveis de capacidade e participação, podendo se adaptar facilmente a todos os idosos, sejam eles, autónomos, semiautónomos ou dependentes, ao nível físico e/ou mental. A musicoterapia pode, então, através de experiências musicais e de um plano terapêutico personalizado às suas necessidades individuais, maximizar as oportunidades de interação e relacionamento social e melhorar as capacidades físicas, mentais, sociais e emocionais do idoso. Ouvir música, tocar instrumentos, cantar ou vocalizar sons, improvisar utilizando voz e/ou instrumentos, discutir ou reescrever de letras de música, são algumas das experiências musicais utilizadas em idosos institucionalizados (Peters, 2000; Wall & Duffy, 2010).

Nas institucionalizações residenciais encontramos idosos diagnosticados com diferentes défices cognitivos (Peters, 2000). A demência, principalmente a DA é uma patologia caracterizada pela acentuada deterioração das competências cognitivas como, a

memória, pensamento e linguagem, evoluindo no sentido de um comprometimento cognitivo, motor e linguístico. Essas manifestações dificultam as capacidades de comunicação e de interação social do indivíduo, levando-o a um estado ansioso e depressivo (Cunha, 1999).

O neurologista Sacks (2007) defende que em doentes com demência a musicoterapia continua a ser possível, porque algumas capacidades cognitivas como a percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música sobrevivem na nossa base neural até mesmo depois de todas as outras formas de memória terem desaparecido. O mesmo autor esclarece, assim, que a aplicação da musicoterapia em idosos com demência pode ser uma importante ferramenta terapêutica de recuperação de emoções, faculdades cognitivas, pensamentos e memórias, com o objetivo de estimular e despertar o *self* sobrevivente do indivíduo. A intenção é enriquecer e ampliar a existência, dar liberdade, estabilidade, organização e foco (Sacks, 2007; Wheeler, 2017). Estas afirmações são corroboradas por uma revisão de literatura, onde os autores Hernández, Marcos & Corral (2012) demonstraram que a música não só tem a capacidade de enriquecer e ampliar o sentido do *self*, mas também contribui para o abrandamento da deterioração da memória autobiográfica e para a recuperação de uma visão positiva da vida.

De acordo com a literatura revista a musicoterapia, em idosos institucionalizados com demência, tem como principais objetivos melhorar a comunicação verbal e não-verbal, promover a socialização e a manutenção e/ou tratamento dos sintomas provenientes das alterações cognitivas, emocionais e comportamentais associadas à demência (Chu, H., et al. 2013; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede, & House, 2010; Serra, L., et al. 2010; Sung, H., Lee, W., Li, T., & Watson R. 2012; Wall & Duffy, 2010). Desta forma, o trabalho da musicoterapia em doentes que sofrem de demência centra-se principalmente em quatro categorias ou funções da música, como a função avaliativa, a função regulativa, a função estimulativa e a função comunicativa.

A música, como função avaliativa, permite aceder a diferentes áreas da funcionalidade do idoso, que não são acessíveis com outros instrumentos de medição. A improvisação terapêutica possibilita uma avaliação da intencionalidade, atenção, concentração, fluência e perseverança no contexto. A informação expressa musicalmente, de forma livre, pelo utente é suscetível de ser analisada e tida em conta como um elemento de diagnóstico intelectual, emocional ou clínico (Aldridge, 2000; Blasco, 2002; Hernández, 2011). A musicoterapia possibilita ainda uma avaliação psicológica do idoso, permitindo identificar as suas capacidades e limitações nos domínios comportamental, comunicativo, afetivo, sensorial, perceptivo sensoriomotor e da memória. A audição musical, o movimento e a improvisação instrumental e vocal, são algumas das experiências musicais utilizadas para o efeito (Aldridge, 1992).

A função reguladora da música é uma ferramenta importante na gestão dos sintomas comportamentais em idosos com demência, verificando-se uma melhoria ao nível da sua qualidade de vida e dos seus familiares e cuidadores (Aldridge, 2000; Peters, 2000). Nas fases mais avançadas da DA verifica-se um conjunto de alterações comportamentais, como depressão, ansiedade, medo, agitação, agressividade, alucinações e delírios, perturbações do sono e deambulação, que acompanham a deterioração cognitiva do doente (Aldridge, 2000; ISS, 2005). Estudos recentes sugerem que o uso da música em contexto terapêutico contribui para a redução do comportamento agitado (agressividade e deambulação) do doente (Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede, & House, 2010; Serra, L., et al. 2010), para a diminuição da ansiedade e estados depressivos e no abrandamento da deterioração cognitiva (Chu, H., et al. 2013). As evidências apontam, também, para a audição musical, o canto e a execução de instrumentos, como as experiências musicais com mais eficácia na gestão e redução de alguns problemas psicológicos e comportamentais associados à demência (Sung, H., Lee, W., Li, T., & Watson R., 2012).

A função estimulativa da música, na funcionalidade cognitiva, tem como principais objetivos a manutenção da saúde mental e a reabilitação cognitiva. Como já foi referido anteriormente a deterioração cognitiva é uma das principais e primeiras características da demência, onde podemos encontrar sintomas como a amnésia, apraxia, afasia e agnosia. O preenchimento de espaços em branco na música, a discussão de letras de músicas e escolha de músicas ou de instrumentos são algumas das experiências musicais que visam a recuperação da memória, o aumento da atenção e compreensão e a resolução de problemas, promovendo as oportunidades de escolha e a tomada de decisão (Peters, 2000). De acordo com Aldridge (2005), a música pode também estimular respostas em idosos apáticos ou com sintomas depressivos.

A música, como função comunicativa, permite a expressão e a comunicação de doentes com demência, porque a combinação entre a música e o som, de forma improvisada, facultam um modo mais acessível de comunicar. De acordo com Hernández (2011), a voz humana é um dos instrumentos mais íntimos e pessoais para a expressão e comunicação emocional. Esta é utilizada no canto e na expressão verbal, permitindo improvisar com grande facilidade e versatilidade. Note-se que a expressão de sons é um recurso essencial de musicalidade comunicativa que é preservado nos estágios mais severos da demência, quando a comunicação através das palavras deixa de ser possível (Aldridge, 2000).

Aspetos metodológicos da musicoterapia em idosos

A música é um elemento essencial de expressão individual e coletiva, que reflete o contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido (Cunha, 2003 cit. por Cunha s.d.). De acordo com o Benenzon (1988), para que sejam criados canais de comunicação entre o terapeuta e o paciente é necessário encarar a existência de um som, um conjunto de sons ou de fenómenos acústicos e de movimentos internos que caracterizam cada ser humano, desde o período gestacional até à atualidade. Ao realizar o levantamento do repertório cultural e

afetivo do doente, o musicoterapeuta pode criar uma seleção de músicas, proporcionando-lhe um ambiente familiar que facilite a estimulação da memória, a produção de reminiscências e a consciência de si e do meio. Como o doente com demência pode ter a memória comprometida, é essencial procurar com os cuidadores ou com os familiares quais as músicas que fazem parte da sua história. (Aldridge, 2000; Cunha, 2003 cit. por Cunha s.d.).

As aplicações clínicas da musicoterapia na demência baseiam-se, principalmente na reabilitação neurológica e na abordagem centrada na pessoa, onde estão enraizadas as tradições humanistas e psicodinâmicas (Wheeler, 2017).

A musicoterapia humanista refere-se a um espaço psicoterapêutico onde o desenvolvimento pessoal e transpessoal através do som e da música é facilitado, baseando-se nos princípios do respeito, aceitação, empatia e congruência. A abordagem humanista, na musicoterapia, manifesta-se através de métodos como, a *Musicoterapia Criativa* ou *Método Nordoff-Robbins*, onde se procura a relação centrada na música, auxiliando o paciente a superar as suas inabilidades através do suporte musical e experiências que mobilizam recursos criativos para o bem-estar; e o *Método GIM de Bonny*, em que o paciente experiencia imagens em resposta a uma sequência de músicas clássicas gravadas, enquanto dialoga com o terapeuta (Blasco, 2002). Em termos gerais, os métodos da musicoterapia humanista, procuram a criação de uma relação, onde o terapeuta oferece uma experiência na qual o utente é livre para crescer, aceitando primeiramente a informação musical ou não musical escolhida pelo paciente e depois auxiliando-o a expressar musicalmente e/ou verbalmente as suas experiências internas (Wheeler, 2017).

As técnicas musicoterapêuticas no campo da demência podem ser aplicadas de forma recetiva e/ou ativa, individualmente ou em grupo. As técnicas recetivas promovem a escuta musical de uma música, tocada ao vivo ou gravada, escolhida pelo e para o utente. Por sua vez, as técnicas ativas integram uma componente performativa, onde o musicoterapeuta e o

utente “fazem música” juntos, seja esta pré-composta ou improvisada. Cantar, tocar instrumentos, improvisação terapêutica, composição de canções (letra e música), recriação de canções, dança, jogos musicais são algumas técnicas ativas da musicoterapia. As experiências musicais, referidas anteriormente, ganham um cariz terapêutico quando existe uma avaliação individual das necessidades do utente, uma delineação dos objetivos específicos e um plano terapêutico que o auxilie a usufruir da intervenção musical para melhorar a sua funcionalidade em áreas não-musicais (Aldridge, 2000; Hanser, 2000).

Durante o estágio no lar “Nossa Senhora da Paz”, as técnicas mais utilizadas nas intervenções musicoterapêuticas foram as seguintes: a recriação, a audição, a improvisação e a reminiscência, tornando-se assim pertinente o seu estudo.

A recriação inclui atividades musicais como: a utilização de instrumentos para acompanhar uma gravação ou música ao vivo, o canto e a participação em jogos musicais de pergunta e resposta através da produção de padrões rítmicos e melódicos. Esta técnica ativa permite a estimulação das capacidades sensório-motoras e a melhoria da memória, atenção e orientação, promovendo em simultâneo a interação e integração do grupo (Bruscia, 2000; Filadelfo, 2010).

A audição musical pode ser realizada com uma gravação ou música ao vivo. Por sua vez, o idoso ouve a música e responde de forma silenciosa, verbalmente ou através da escrita, expressão corporal ou desenho. Esta técnica recetiva tem como objetivos principais: promover a recetividade, evocar estados afetivos, estimular ou relaxar e recuperar a memória (Bruscia, 2000); Filadelfo, 2010).

Na improvisação, o terapeuta e o utente improvisam em conjunto através da voz, de sons corporais ou percussão, criando uma melodia, um ritmo ou uma canção. Os resultados da improvisação musical são um produto musical, com uma identidade estética, expressão e um significado interpessoal próprios (Gardstrom, 2007, cit. in Ramos, 2012). Abrir os canais

de comunicação verbal e não-verbal comunicação, estimular a autoexpressão, desenvolver a capacidade de relação interpessoal, promover a criatividade, a liberdade de expressão e a espontaneidade na ação, são alguns dos objetivos da improvisação (Aldridge, 2000).

A técnica da reminiscência, em musicoterapia, promove a recordação e partilha de eventos significativos da vida do idoso, a ativação de memórias, a expressão de sentimentos e a reconciliação e a resolução de conflitos internos e permite a evasão, quer isto dizer, que procura atribuir significado ao presente através de uma revisão de vida (Peters, 2000). A revisão de vida é um importante veículo de emoções, que se ligam a determinadas fases da vida, permitindo olhar para as histórias e sonoridades do passado e estabelecer um sentido ao seu presente. Para o seu efeito é necessária a seleção das canções familiares e significativas do seu percurso de vida do idoso, que posteriormente são discutidas e trabalhadas em terapia (Peters, 2000). Relativamente à ativação da memória, um estudo recente (Haj, Fasotti e Allain, 2012) revelou que as memórias autobiográficas evocadas por canções familiares apresentavam mais conteúdo emocional e maior impacto no humor, verificando-se, ainda, que a sua recuperação era mais rápida comparativamente à ausência de som. Outro estudo (Haj, Clément, Fasotti, & Allain, 2013) sugere, ainda, que é possível uma melhoria das características linguísticas das narrações de memórias autobiográficas após a exposição à música. As evidências deste estudo apontam para um discurso com menos palavras vazias de significado, com melhor complexidade gramatical e com maior densidade proposicional.

Objetivos de estágio

Com base na revisão de literatura realizada no âmbito deste estágio e nas necessidades e características observadas nos utentes da «Residência Nossa Senhora da Paz», foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- (1) Proporcionar na instituição uma intervenção terapêutica complementar à intervenção farmacológica
- (2) Reduzir o isolamento social
- (3) Retardar o declínio físico e cognitivo
- (4) Proporcionar a expressão emocional
- (5) Melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados

Metodologia

Nesta secção estão descritos: a amostra, os procedimentos, as técnicas e os métodos utilizados em musicoterapia e os instrumentos ou métodos de avaliação do progresso clínico dos utentes intervencionados. Por último, será apresentada a agenda semanal da estagiária na Residência “Nossa Senhora da Paz”.

Descrição da amostra

Ao longo do período de estágio, as intervenções musicoterapêuticas foram aplicadas a onze utentes, oito do sexo feminino (F) e três do sexo masculino (M), com idades compreendidas entre os 63 e os 94 anos. Na tabela 1 descreve-se a informação específica dos utentes intervencionados individualmente. Na tabela 2 e 3, respetivamente, apresenta-se a informação específica dos elementos constituintes do Grupo I e do Grupo II. Optou-se, devido a questões de confidencialidade, por utilizar nomes fictícios. Na última coluna é indicado o número total de sessões de cada utente intervencionado.

Tabela 1

Descrição dos Utentes intervencionados individualmente

Nome	Sexo	Idade	Tempo de permanência na Instituição	Sessões
António	M	67	1 Ano	(15)
João	M	74	6 Anos e 10 Meses	(25)
Madalena	F	93	11 Meses	(7)
Maria José	F	89	9 Meses	(20)
Rui	M	63	1 Ano e 4 Meses	(15)

Tabela 2

Descrição dos utentes do Grupo I

Nome	Sexo	Idade	Tempo de permanência na Instituição	Sessões
Deolinda	F	94	1 Ano e 5 Meses	(16)
Fátima	F	75	9 Meses	(12)
Isabel	F	83	9 Meses	(16)
Margarida	F	86	2 Anos	(16)

Tabela 3

Descrição dos utentes do Grupo II

Nome	Sexo	Idade	Tempo de permanência na Instituição	Sessões
Maria Teresa	F	86	3 Anos e 5 Meses	(10)
Zulmira	F	83	2 Anos	(10)

Procedimentos

O trabalho levado a cabo neste estágio curricular desenvolveu-se em várias fases: fase de observação, fase de seleção e fase da intervenção.

Fase de observação

A fase de observação direta que precedeu o início da intervenção musicoterapêutica principiou-se no dia 31 de Outubro de 2016, durante aproximadamente 5 semanas, nas quais a estagiária teve a oportunidade de conhecer a equipa técnica integrante da unidade de idosos, entender as rotinas dos utentes e acompanhá-los nas atividades desenvolvidas pela instituição. Foi também possibilitado o acesso aos cardex terapêuticos, versão reduzida do processo clínico onde a equipa multidisciplinar pode consultar o plano terapêutico dos utentes em

intervenção, o que facilitou o processo de identificação e seleção dos utentes com maior necessidade de uma intervenção musicoterapêutica.

Este período inicial permitiu, também, que a estagiária passasse algum tempo informal com os utentes, ouvindo as suas histórias, descobrindo a identidade sonoro-musical (ISO) de cada um e conhecendo o mais possível as suas realidades. Foi também elaborada pela estagiária a Ficha de Anamnese (ver anexo A), onde estão registadas as informações pessoais e as preferências musicais dos utentes, e a Ficha Informativa (ver anexo B) através da qual os utentes e familiares esclareciam questões relacionadas com a Musicoterapia, assim como: a definição de musicoterapia, o papel do musicoterapeuta e as áreas de atuação da Musicoterapia na Geriatria. Foram ainda disponibilizadas a Declaração de Consentimento (ver anexo C) e a Autorização Vídeo-Áudio (ver anexo D), que os utentes ou responsáveis legais tiveram que assinar, caso concordassem, autorizando assim a sua participação e a captação vídeo-áudio nas sessões de Musicoterapia.

Fase de seleção

Durante aproximadamente 2 semanas foi possível identificar e selecionar os utentes que careciam de acompanhamento musicoterapêutico. Tendo em conta que não seria possível intervir com os 35 utentes do lar, devido a questões pessoais ou por indisponibilidade dos mesmos, procedeu-se à seleção dos utentes. A referida divisão teve como base os seus diagnósticos e níveis de funcionalidade.

Foram, também, aqui definidos os utentes que receberiam tratamento individual e os que seriam intervencionados em grupo. A ideia de intervir em grupo surgiu do objetivo de fomentar a socialização, a partilha de interesses e a comunicação (de forma verbal ou não-verbal). Assim, organizou-se 6 dos utentes em dois grupos de intervenção: o Grupo I e o Grupo II.

O Grupo I era composto por quatro idosos, dependentes tanto a nível físico como mental, dois diagnosticados com Síndrome Demencial em estado moderado e dois com Doença de Alzheimer. O Grupo II era inicialmente constituído por três idosos, que apesar de apresentarem-se independentes ao nível cognitivo, demonstravam alguma dependência física. No entanto, devido a questões pessoais, o grupo passou a ser composto por dois elementos, tendo o outro elemento começado a ser intervencionado individualmente.

Dos onze idosos selecionados, os restantes cinco idosos foram acompanhados de forma individual por apresentarem quadros demenciais em estado avançado ou por estarem acamados. Todo o processo de seleção foi acompanhado e supervisionado pelo orientador de estágio, o qual detém um maior conhecimento acerca do estado físico e mental dos utentes.

Após estas duas 2 semanas de seleção existiu uma pausa de aproximadamente 1 semana para as férias de Natal, retomando-se o estágio no início de Janeiro.

Fase de intervenção

Com início dia 2 de Janeiro de 2017, a fase de intervenção durou aproximadamente 6 meses. Nas primeiras sessões, individualmente e em grupo, a estagiária explicou o que iria acontecer, quais as atividades musicais que poderiam vir a ser desenvolvidas e a assiduidade das sessões. Foi criado um horário tanto para as intervenções individuais como em grupo permitindo, assim, ajustar a disponibilidade de todos os utentes para que não houvesse períodos muito longos de ausência. As intervenções ocorriam semanalmente, as sessões de grupo tinham uma duração de aproximadamente 45 minutos e as sessões individuais duravam aproximadamente 30 minutos.

A estrutura das sessões era previamente organizada pela estagiária. Contudo, durante o decurso das mesmas, surgiu a necessidade de alterar a planificação inicial para que fosse possível ajustar a intervenção terapêutica às necessidades dos utentes. Todas as sessões foram

sujeitas à captação vídeo-áudio de forma a registar toda a informação, permitindo assim uma análise mais minuciosa.

Na fase de intervenção, a estagiária aplicou, aos utentes, uma grelha de observação para avaliar os seus progressos terapêuticos. Este procedimento foi repetido nas cinco sessões iniciais e nas cinco sessões finais, de forma individual. Esta grelha de observação está descrita, mais detalhadamente, no tópico *Instrumentos de avaliação*.

Técnicas e/ou métodos aplicados

Os métodos da musicoterapia aplicados neste estágio concentram-se na abordagem humanista, ou seja, na intervenção terapêutica centrada na pessoa. Como já foi referido, a musicoterapia humanista procura a criação de uma relação terapêutica entre o terapeuta e o utente. Durante a relação terapêutica, o terapeuta oferece uma experiência na qual o utente é livre para crescer auxiliando-o, na manifestação das suas experiências internas. Assim, as intervenções terapêuticas desenvolvidas ao longo do estágio tiveram como base a teoria humanista (Wheeler, 2017).

Durante as intervenções terapêuticas individuais foram utilizadas técnicas recetivas e ativas. As técnicas ativas incluíam: tocar instrumentos, cantar, improvisação livre, construção e recriação de canções. Nas intervenções em grupo as técnicas recetivas incidiram na discussão e interpretação de letras e em técnicas de reminiscência.

A improvisação livre é uma técnica ativa, em que a informação expressa musicalmente pelo utente é suscetível de ser analisada e utilizada como um elemento de diagnóstico intelectual, emocional ou clínico. Segundo Bruscia (1998), esta técnica é indicada para promover a criatividade, espontaneidade, a liberdade de expressão e fortalecimento da identidade.

Estas técnicas musicoterapêuticas permitem a estimulação e a avaliação de várias áreas de funcionalidade do idoso, proporcionando-lhe uma intervenção e avaliação de progresso mais abrangente.

Recursos materiais

Os recursos materiais como a guitarra, instrumentos de percussão (guizeiras, reco-reco, clavas, bloco de dois sons, caixa chinesa, maracas, pandeireta, castanholas, tamborim), o xilofone e o leitor de CD's foram necessários para que as intervenções musicais fossem passíveis de serem realizadas. Nas sessões, recorreu-se também a outros tipos de materiais e recursos audiovisuais como a câmara de filmar e o computador portátil.

Instrumentos de avaliação

Para avaliar o progresso terapêutico do utente a estagiária elaborou uma grelha de observação (ver anexo E). Este instrumento de avaliação é uma adaptação do *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP), elaborado por Baxter, Berghofer, MacEwan, Nelson, Peters, & Roberts (2007). A estagiária optou por esta versão por considerar que avalia múltiplas áreas da funcionalidade do idoso, que julga serem relevantes para o utente e passíveis de tratamento ou manutenção. Contudo, foi necessária uma adaptação da versão original alcançando um maior ajuste à realidade, situação e necessidades dos utentes da Residência “Nossa Senhora da Paz”.

A grelha de observação adaptada avalia o progresso terapêutico do utente em 5 principais categorias: a *Cognição e Memória*; a *Expressão Instrumental*; a *Expressão Vocal*; a *Área Emocional* e a *Área Psicossocial*. Estas categorias são desenvolvidas em vários itens suscetíveis de uma avaliação, respetivamente: nunca (NC), algumas vezes (AV), frequentemente (F) e sempre (S).

Na primeira categoria, *Cognição e Memória*, pretendeu-se, através dos sete itens constituintes, avaliar as capacidades cognitivas e de memória do utente com apoio no plano

sonoro e musical. A segunda e terceira categorias, a *Expressão Instrumental* e a *Expressão Vocal*, respetivamente, referem-se à participação musical do utente na intervenção terapêutica de forma instrumental ou vocal. Ambas têm quatro itens de avaliação e são categorias essenciais para o musicoterapeuta, pois através delas consegue aceder a áreas de funcionalidade que não são acessíveis com outros instrumentos de medição. Na quarta categoria, *Área Emocional*, pretendeu-se avaliar, ao longo de sete itens de avaliação, características como: a iniciativa, a frequência dos sentimentos positivos e negativos e a existência da ativação de memórias. Por último, a quinta categoria, *Área Psicossocial*, com nove itens de avaliação, refere-se ao interesse e à disponibilidade do utente para a interação, à comunicação (de forma verbal ou não verbal) e à capacidade de seguir direções simples ou complexas.

Agenda semanal

Apresenta-se, em seguida, a agenda semanal relativa ao período de estágio, de Novembro de 2016 a Junho de 2017.

Tabela 4

Agenda semanal

DIAS DA SEMANA	HORÁRIO	ATIVIDADES
Segunda-feira	15h00 – 20h00	Sessão de Musicoterapia Individual (Sr. João); Sessão de Musicoterapia Individual (Sr. ^a Maria José).
Terça-feira	15h00 – 20h00	Sessão de Musicoterapia com Grupo I; Sessão de Musicoterapia Individual (Sr. António).
Quinta-feira	15h00 – 20h00	Sessão de Musicoterapia com Grupo II; Sessão de Musicoterapia Individual (Sr. Rui).

Conclusão

Ao longo do presente relatório, pretendeu-se mostrar de forma clara como decorreu o estágio curricular no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França, concretamente na Residência “Nossa Senhora da Paz”.

Numa fase precoce do estágio, a estagiária foi confrontada com uma realidade patente na maioria dos lares residenciais em todo o mundo, onde encontramos idosos com diversos défices cognitivos, como afirma o autor Wall & Duffy (2010).

A valência do lar de idosos era constituída por uma população heterogénea, que apresentava elevados graus de dependência física e mental. Somando ao referido anteriormente, estes idosos lidavam também, com um conjunto de perdas intrínsecas ao processo de institucionalização. Estas perdas podem ter repercussões ao nível da autoestima e do autoconceito do idoso, bem como no seu comportamento, que muitas vezes se traduz na falta de iniciativa, interesse e apatia, conduzindo a uma deterioração física e cognitiva. Estes pontos são referidos por vários autores, como Peters (2000), Paúl (2012) e Pereira (2012), que afirmam a necessidade de se desenvolverem abordagens e intervenções terapêuticas que se ajustem às alterações intrínsecas do processo de institucionalização e permitam a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Após o término deste estágio curricular, analisados os resultados obtidos e revista a literatura (Peters, 2000; Aldridge 2000, 2005; Wheeler, 2017; Wall & Duffy, 2010; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede, & House, 2010), é possível afirmar que a musicoterapia é uma intervenção terapêutica eficaz na melhoria das capacidades físicas, mentais, sociais e emocionais do idoso institucionalizado e na promoção da comunicação (verbal e não-verbal), maximizando as oportunidades de interação e relacionamento social. No idoso com demência a manutenção e/ou tratamento dos sintomas psicocomportamentais pode ser obtida através da musicoterapia.

Verificou-se, também, que ao aliar as técnicas musicoterapêuticas (ouvir música, tocar instrumentos, cantar, improvisar e discutir ou reescrever letras de música) às músicas da ISO dos idosos intervencionados foi possível desencadear-se emoções e associações aparentemente esquecidas na demência, reabrindo assim os acessos a estados de humor, recordações e pensamentos (Aldridge, 2000; Peters, 2000; Sacks, 2007; Wheeler, 2017).

Em termos gerais o impacto da intervenção musicoterapêutica na Residência “Nossa Senhora da Paz” foi significativo, conseguindo-se alcançar mudanças na vida dos idosos intervencionados. Após a intervenção terapêutica observou-se um aumento ao nível da comunicação e da relação entre os idosos, que se refletiu através de conversas mais constantes nas salas de convívio.

Os resultados das grelhas de observação, em ambos os estudos de caso, tiveram uma função analítica e não estatística, uma vez que se pretendia registar o progresso terapêutico do utente durante a intervenção musicoterapêutica, o que se verificou com o cumprimento dos objetivos de estágio propostos inicialmente.

Reflexões Finais

Nos anos que antecederam este curso de mestrado desenvolvi um forte interesse e alguma experiência a participar num projeto de dança inclusiva com crianças e jovens portadores de deficiência. No primeiro ano do curso de mestrado esta seria, então, a área de aplicação da musicoterapia sobre a qual pretendia adquirir conhecimentos teóricos e práticos específicos e posteriormente intervir. Neste sentido, intervir com idosos institucionalizados nunca foi a minha primeira opção, porém, a realização de vários trabalhos académicos, no âmbito de cada unidade curricular, abriu-me novos horizontes relativamente às áreas de aplicação da musicoterapia e despertou-me um especial interesse pela intervenção musicoterapêutica na Demência.

A realização deste estágio curricular propiciou-me um crescente conhecimento teórico e uma importante experiência prática específica. Por um lado, exigiu-me uma profunda revisão de literatura e reflexão sobre a população idosa, as suas características e as técnicas de intervenção da musicoterapia em idosos portadores de patologias demenciais e degenerativas. Por outro lado, permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos apreendidos, de forma direta e atendendo, o mais possível, às necessidades específicas de cada idoso.

O início do estágio foi pautado pelo medo de falhar, algum nervosismo e muita incerteza sobre ‘o quê’ e ‘como’ iria concretizar tudo o que aprendi no primeiro ano de mestrado. Considero que a fase de observação, especialmente, o tempo que despendi em conversas informais com os idosos foi fundamental para a organização do meu trabalho e permitiu conhecer as necessidades, os interesses e as preferências musicais de cada idoso. Inicialmente houve muita resistência por parte de alguns idosos, que optaram por não frequentar as sessões de musicoterapia devido a preferirem permanecer na sala de convívio durante todo o dia. Esta situação foi gerida da melhor forma, sendo que o convite ficou sempre em aberto caso mudassem de ideia.

Quando ocorreu o início das intervenções, o meu maior desafio foi ‘despir-me’ de inseguranças, descentralizando-me de mim para me focar no outro. Essas inseguranças não me conferiam uma postura terapêutica pelo que foi necessário adquirir uma maior prática instrumental e uma maior compreensão do processo de interpretação e análise dos comportamentos que ocorriam nas sessões.

Considero que as aulas de guitarra, que frequentava nos tempos livres, concederam-me uma maior confiança e segurança, ao nível musical. A maior dificuldade sentida na interpretação de algumas reações e comportamentos apresentados por alguns utentes mais demenciados foi sendo ultrapassada com a orientação da Prof.^a Teresa Leite, durante as reuniões de supervisão, e com a revisão de literatura que me clarificou e me fez agir com mais segurança, tornando as minhas decisões mais acertadas. No entanto, considero que a experiência ativa foi fundamental devido a estar intervir com uma população de natureza heterogénea, sendo imprevisível saber como agir em todos os momentos com todas as pessoas.

Este estágio ensinou-me, progressivamente, o que é ser musicoterapeuta. Descobri que ser musicoterapeuta é mais do que trabalhar com a música. É uma constante procura por um equilíbrio entre a teoria e a prática, mas também um ‘agir por instinto’, procurando respostas na literatura sempre que surge alguma dúvida ou dificuldade.

Sinto que esta experiência enriquecedora de desenvolvimento pessoal e profissional teve um papel fundamental na progressão das minhas capacidades enquanto futura musicoterapeuta. Hoje considero estar melhor preparada e com uma bagagem mais ampla e aprofundada de conhecimento e competências para o desempenho desta prática profissional que tanto me apaixona, sentindo-me com uma maior capacidade para enfrentar diferentes contextos e realidades na área da Musicoterapia.

Referências

- Aldridge, D. (2000). *Music Therapy in dementia care: more new voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (2005). *Case Study Designs in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Alzheimer Portugal. (s.d.). *Demência*. Obtido em 17 de Outubro de 2017, de Alzheimer Portugal: www.alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia
- American Music Therapy Association. (2005). *What is Music Therapy?* Obtido em 17 de Junho de 2017, de American Music Therapy Association: <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXV, 289-302.
- Baxter, H. T., Berghofer, J. A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. London: UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus.
- Blasco, S. P. (2002). *Compêndio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Candeias, A. R. (2015). *Música para a vida: musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados*. (Relatório de Estágio). Universidade Lusíada de Lisboa.
- Carvalho, A., & Faria, S. (2014). Demência nos Idosos. Em A. M. Fonseca, *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de*

- Intervenção* (pp. 10-24). ADRAVE - Agência de Desenvolvimento Regional do Vale da Ave.
- Cassou, B. (2001). Medir a qualidade de vida numa idade avançada. *Servir*, XLIX(5), 237-238.
- Chu, H., Yang, C., Lin, Y., Ou, K., Lee, T., O'Brien, A. P., & Chou, K. (2013). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research for Nursing*, 1-9.
- Cunha, R. (s.d.). Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer. Obtido em 17 de Maio de 2017, de <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica2/rosemyriamcunha.pdf>
- Dassa, A., & Amir, D. (2014). The Role of Singing Familiar Song in Encouraging Conversation among People with Middle to Late Stage Alzheimer's Disease. *Journal of Music Therapy*, 1-17.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filadelfo, L. (2008). Musicoterapia para a 3ª idade. Obtido em 17 de Maio de 2017, de <http://www.triada.com.br/bem-estar-e-saude/terapias/aq169-183-1158-1musicoterapia-para-a-3-idade.html>
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. Em C. Paúl, & O. Ribeiro (Edits.), *Manual de Gerontologia* (pp. 95-105). Lisboa: LIDEL.
- Fonseca, A. M. (2014). *Cuidados e demência na terceira idade - manual prático*. ADRAVE - Agência de Desenvolvimento Regional do Vale da Ave.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Gomes, S. F. (2007). *Gerontologia e Psicossociologia do Envelhecimento: Intervenção social na terceira idade*. Obtido em 20 de Janeiro de 2017, de Universidade Fernando Pessoa: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/681/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Dr-Sergio-FranciscoCostaGomes.pdf>
- Haj, E. M., Fasotti, L., & Allain, P. (2012). The involuntary nature of music-evoked autobiographical memories in Alzheimer's disease. *Consciousness and Cognition, XI*, 238-246.
- Hanser, S. B. (2000). An introduction to music therapy. Em *The new music therapist's handbook* (pp. 1-21). Boston: Berklee Press.
- Hernández, L. A. (2011). *Terapias Artístico-Creativas*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Hernández, L. A., Marcos, M. T., & Corral, B. S. (2012). *Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas com Alzheimer y otras demências*. Madrid: IMSERSO.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, XXV*, 756-763.
- Instituto da Segurança Social. (2005). *Situação social dos Doentes de Alzheimer: um estudo exploratório*. Fundação Montepio Geral.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Obtido em 25 de Março de 2017, de Instituto Nacional de Estatística: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Resultados Provisórios*. Obtido em 17 de Maio de 2017, de Instituto Nacional de Estatística: www.ine.pt/scipts/flex_provisorios/Main.html

Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Obtido em 20 de Fevereiro de 2017, de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. Em F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 129-147). Viseu: PsicoSoma.

Marques, M. H. (2013). *Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer*. (Relatório de Estágio). Universidade Lusíada de Lisboa.

Nicolau, M. (2012). *Musicoterapia e bem-estar psicológico em idosos em contexto institucional: um estudo de caso*. (Relatório de Estágio). Universidade Lusíada de Lisboa.

Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.

Osorio, A. R. (2007). Os Idosos e a sociedade actual. Em A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas* (pp. 11-23). Lisboa: Instituto Piaget.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Em C. Paúl, & A. M. Fonseca (Edits.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. Em C. Paúl, & O. Ribeiro (Edits.), *Manual de Gerontologia*. (pp. 1-17). Lisboa: LIDEL.

- Pereira, F. (2012). A institucionalização do idoso. Em F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 149-162). Viseu: PsicoSoma.
- Peters, J. S. (2000). *Music therapy: an introduction*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, Ltd.
- Pinson, J. (2013). *Involving senior citizens in group music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ramos, J. C. (2012). *A influência da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida em idosos institucionalizados*. (Relatório de Estágio). Universidade Lusíada de Lisboa.
- Ridder, H. M., & Gummesen, E. (2015). The use of extemporizing in music therapy to facilitate communication in a person with dementia: An explorative case study. *Australian Journal of Music Therapy*, XVI, 6-29.
- Rivero, T. S., Canali-Prado, F., Vieira, V. L., & Rivero, A. (2013). Aspectos psicossociais do envelhecimento. Em L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza (Edits.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 64-77). Porto Alegre: Artmed.
- Robarts, J. (2006). Music Therapy with sexually abused children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, II(11), pp. 249-269. doi:10.1177/135910450606141
- Rocha, A., Rodrigues, M., Coutinho, A., & Monteiro, C. (2002). Qualidade de Vida do Idoso: Áreas de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Revista Sinais Vitais*, XLIII, 47-50.
- Sacks, O. (2007). *Musicofilia: histórias sobre a música e o cérebro*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.

- Serra, L. R., Castillo, I. C., Fernández-Calvo, B., Campos, F., & Castro, F. (2010). Effects of Music Therapy on Behavioural and Psychological Symptoms of Alzheimer Type Dementia [Article in Portuguese]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, II*, 873-881.
- Souza, L. C., & Teixeira, A. L. (2013). Envelhecimento patológico do sistema nervoso. Em L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & R. M. Consenza (Edits.), *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional* (pp. 100-114). Porto Alegre: Artmed.
- Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Spiro, N. (2010). Music and dementia: observing effects and searching for underlying theories. *Aging & Mental Health, 14*(8), pp. 891-899.
- Sung, H. C., Lee, W., Li, T. L., & Watson, R. (2012). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric, XXVII*, 621-627.
- Touchon, J., & Portet, F. (2002). *Guia prático da Doença de Alzheimer* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of Music Therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing, XIX*(2), 108-113. doi:10.12968/2010.19.2.4629
- WFMT. (2011). *What is music therapy?* Obtido em 17 de Maio de 2017, de <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Wheeler, B. L. (2017). *Music Therapy Handbook*. New York: Guilford Press.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, XXIII*.

Wigram, T. (2012). Developing creative improvisation skills in music therapy: The tools for imaginative music making. Em D. Hargreaves, D. Miell, & R. MacDonald (Edits.), *Musical Imaginations: Multidisciplinary perspectives on creativity, performance, and perception* (pp. 429-450). Oxford: Oxford University Press.

ANEXOS

Lista de anexos

- Anexo A** - Ficha da anamnese
- Anexo B** - Ficha informativa
- Anexo C** - Declaração de consentimento
- Anexo D** - Autorização de captação vídeo-áudio
- Anexo E** - Grelha de observação
- Anexo F** - Grelha de observação inicial (Maria José)
- Anexo G** - Grelha de observação final (Maria José)
- Anexo H** - Grelha de observação inicial (João)
- Anexo I** - Grelha de observação final (João)

ANEXO A

Ficha da anamnese

Ficha da anamnese

Nome: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Filhos: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Data de Institucionalização: _____

Motivo: _____

Patologias: _____

Gosta de música? _____

Costuma ouvir música? _____

Canções preferidas? _____

Observações: _____

ANEXO B

Ficha informativa

Ficha informativa

O que é a musicoterapia?

Segundo a *World Federation of Music Therapy* (2011), a musicoterapia é “a utilização profissional da música e dos seus elementos em contextos médicos, educativos e quotidianos, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional e espiritual”.

Qual é o papel do musicoterapeuta?

Em musicoterapia, o utente é a figura central da terapia e participante ativo no processo, o que irá promover a sua própria mudança. O terapeuta é um facilitador da ação do utente, auxiliando-o na sua evolução e aprendizagem. Essa evolução ocorre dentro de uma estrutura criativa, num clima de envolvimento entre utente e terapeuta em que a sessão é vivida momento a momento, no “aqui e agora”. Para um processo terapêutico efetivo, o terapeuta tem de ser um entendedor empático do utente no seu todo, incluindo os seus impulsos, conexões e mudanças de humor, devendo estar incondicionalmente ligado a ele (Bruscia, 1998; Robarts, 2006 cit. in Candeias, 2015).

Musicoterapia aplicada em geriatria

As sessões de musicoterapia na área da geriatria visam a estimulação de diferentes áreas da funcionalidade física, cognitiva, social e emocional do idoso, através de atividades como: cantar, tocar instrumentos musicais, movimento com música, composição, improvisação e jogos musicais. A nível físico, a musicoterapia revela resultados positivos no que concerne à ativação do tónus muscular e à estimulação do movimento. A nível cognitivo, esta intervenção tem sido utilizada com sucesso na estimulação da linguagem, memória a curto e longo prazo, e atenção. Ao nível social a musicoterapia promove interações sociais a nível verbal e não-verbal, estimula a participação e promove a iniciativa (Candeias, 2015).

Tomei conhecimento,

ANEXO C

Declaração de consentimento

Declaração de consentimento

Lisboa, _____ de _____ de _____

Eu, _____ portador(a) do
Cartão de Cidadão / BI nº _____ e data de nascimento a
_____/_____/_____, compreendi o propósito da Musicoterapia e
aceito participar de livre e espontânea vontade nas respetivas sessões, avaliação e
diagnóstico.

Assinatura

ANEXO D

Autorização de captação vídeo-áudio

Autorização de captação vídeo-áudio

Lisboa, _____ de _____ de _____

Eu, _____, familiar / guardião legal do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação Vídeo/Áudio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

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

O Próprio ou o(a) Responsável Legal,

Assinatura

Nome Legível

ANEXO E

Grelha de observação

Grelha de observação

Categorias	Comportamentos	Avaliação			
		N	AV	F	S
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome				
	Recorda o nome dos outros participantes				
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar				
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar				
	Sabe o nome dos instrumentos				
	Permaneça na atividade				
	Começa e acaba a atividade no tempo correto				
Expressão Instrumental	Manipula corretamente os instrumentos				
	Toca um instrumento independentemente				
	Canta uma música e acompanha com um instrumento				
	Imita padrões rítmicos simples				
Expressão Vocal	Vocaliza em resposta à música				
	Vocaliza independentemente				
	Canta canções do seu repertório familiar				
	Imita vocalizações simples				
Área Emocional	Demonstra iniciativa na interação				
	Demonstra ansiedade				
	Demonstra ativação de memórias				
	Manifesta sentimentos negativos				
	Manifesta sentimentos positivos				

Área Emocional	Chora
	Sorri

Área Psicossocial	Manifesta disponibilidade para a relação
	Participa apropriadamente na sessão
	Capacidade para seguir direções simples
	Capacidade para seguir direções complexas
	Expressa preferência / Decisão de escolha
	Reage a momentos de silêncio e de pausa
	Interage musicalmente
	Interage verbalmente
	Mostra disponibilidade para a sessão

Nunca = (N); Algumas vezes = (AV); Frequentemente = (F); Sempre = (S)

ANEXO F

Grelha de observação inicial (Maria José)

Grelha de observação inicial

Nome: Maria José

Avaliação inicial: Da 1ª à 5ª sessão

Data: 23/01/2017 a 20/02/2017

Categorias	Comportamentos	Avaliação			
		N	AV	F	S
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome			X	
	Recorda o nome dos outros participantes	X			
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar		X		
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar			X	
	Sabe o nome dos instrumentos	X			
	Permanece na atividade		X		
	Começa e acaba a atividade no tempo correto		X		
Expressão Instrumental	Manipula corretamente os instrumentos		X		
	Toca um instrumento independentemente		X		
	Canta uma música e acompanha com um instrumento	X			
	Imita padrões rítmicos simples		X		
Expressão Vocal	Vocaliza em resposta à música		X		
	Vocaliza independentemente	X			
	Canta canções do seu repertório familiar		X		
	Imita vocalizações simples	X			
Área Emocional	Demonstra iniciativa na interação		X		
	Demonstra ansiedade			X	
	Demonstra ativação de memórias		X		

	Manifesta sentimentos negativos		X
Área Emocional	Manifesta sentimentos positivos		X
	Chora	X	
	Sorri		X
	Manifesta disponibilidade para a relação		X
	Participa apropriadamente na sessão		X
	Capacidade para seguir direções simples		X
	Capacidade para seguir direções complexas	X	
Área Psicossocial	Expressa preferência / Decisão de escolha		X
	Reage a momentos de silêncio e de pausa		X
	Interage musicalmente		X
	Interage verbalmente		X
	Mostra disponibilidade para a sessão		X

Nunca = (N); Algumas vezes = (AV); Frequentemente = (F); Sempre = (S)

ANEXO G

Grelha de observação final (Maria José)

Grelha de observação final

Nome: Maria José

Avaliação final: Da 16ª à 20ª sessão

Data: 29/05/2017 a 26/06/2017

Categorias	Comportamentos	Avaliação			
		N	AV	F	S
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome				X
	Recorda o nome dos outros participantes	X			
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar		X		
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar			X	
	Sabe o nome dos instrumentos	X			
	Permaneça na atividade			X	
	Começa e acaba a atividade no tempo correto			X	
Expressão Instrumental	Manipula corretamente os instrumentos			X	
	Toca um instrumento independentemente		X		
	Canta uma música e acompanha com um instrumento		X		
Expressão Vocal	Imita padrões rítmicos simples		X		
	Vocaliza em resposta à música		X		
	Vocaliza independentemente		X		
	Canta canções do seu repertório familiar		X		
Área Emocional	Imita vocalizações simples		X		
	Demonstra iniciativa na interação		X		
	Demonstra ansiedade		X		
	Demonstra ativação de memórias				X

	Manifesta sentimentos negativos	X	
Área Emocional	Manifesta sentimentos positivos		X
	Chora	X	
	Sorri		X
	Manifesta disponibilidade para a relação		X
	Participa apropriadamente na sessão	X	
	Capacidade para seguir direções simples		X
	Capacidade para seguir direções complexas	X	
Área Psicossocial	Expressa preferência / Decisão de escolha	X	
	Reage a momentos de silêncio e de pausa		X
	Interage musicalmente		X
	Interage verbalmente		X
	Mostra disponibilidade para a sessão		X

Nunca = (N); Algumas vezes = (AV); Frequentemente = (F); Sempre = (S)

ANEXO H

Grelha de observação inicial (Sr. João)

Grelha de observação inicial

Nome: João

Avaliação inicial: Da 1ª à 5ª sessão

Data: 19/01/2017 a 13/02/2017

Categorias	Comportamentos	Avaliação			
		N	AV	F	S
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome				X
	Recorda o nome dos outros participantes		X		
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar			X	
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar			X	
	Sabe o nome dos instrumentos		X		
	Permanece na atividade		X		
	Começa e acaba a atividade no tempo correto		X		
Expressão Instrumental	Manipula corretamente os instrumentos			X	
	Toca um instrumento independentemente		X		
	Canta uma música e acompanha com um instrumento		X		
	Imita padrões rítmicos simples				X
Expressão Vocal	Vocaliza em resposta à música			X	
	Vocaliza independentemente		X		
	Canta canções do seu repertório familiar			X	
	Imita vocalizações simples			X	
Área Emocional	Demonstra iniciativa na interação		X		
	Demonstra ansiedade			X	
	Demonstra ativação de memórias			X	

	Manifesta sentimentos negativos		X
	Manifesta sentimentos positivos		X
Área Emocional	Chora	X	
	Sorri	X	
	Manifesta disponibilidade para a relação		X
	Participa apropriadamente na sessão		X
	Capacidade para seguir direções simples		X
	Capacidade para seguir direções complexas	X	
Área Psicossocial	Expressa preferência / Decisão de escolha	X	
	Reage a momentos de silêncio e de pausa	X	
	Interage musicalmente		X
	Interage verbalmente	X	
	Mostra disponibilidade para a sessão		X

Nunca = (N); Algumas vezes = (AV); Frequentemente = (F); Sempre = (S)

ANEXO I

Grelha de observação final (João)

Grelha de observação final

Nome: João

Avaliação final: Da 21^a à 25^a sessão

Data: 01/06/2017 a 29/06/2017

Categorias	Comportamentos	Avaliação			
		N	AV	F	S
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome				X
	Recorda o nome dos outros participantes		X		
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar				X
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar				X
	Sabe o nome dos instrumentos		X		
	Permanece na atividade			X	
	Começa e acaba a atividade no tempo correto			X	
Expressão Instrumental	Manipula corretamente os instrumentos		X		
	Toca um instrumento independentemente			X	
	Canta uma música e acompanha com um instrumento		X		
	Imita padrões rítmicos simples				X
Expressão Vocal	Vocaliza em resposta à música				X
	Vocaliza independentemente			X	
	Canta canções do seu repertório familiar				X
	Imita vocalizações simples				X
Área Emocional	Demonstra iniciativa na interação		X		
	Demonstra ansiedade		X		
	Demonstra ativação de memórias				X

	Manifesta sentimentos negativos	X	
Área Emocional	Manifesta sentimentos positivos	X	
	Chora	X	
	Sorri	X	
	Manifesta disponibilidade para a relação	X	
	Participa apropriadamente na sessão		X
	Capacidade para seguir direções simples		X
	Capacidade para seguir direções complexas	X	
Área Psicossocial	Expressa preferência / Decisão de escolha	X	
	Reage a momentos de silêncio e de pausa		X
	Interage musicalmente		X
	Interage verbalmente	X	
	Mostra disponibilidade para a sessão	X	

Nunca = (N); Algumas vezes = (AV); Frequentemente = (F); Sempre = (S)