



Universidades Lusíada

Bento, Joana Filomena Montês, 1995-

Demência na pessoa idosa institucionalizada : a música como terapia

<http://hdl.handle.net/11067/4517>

Metadados

Data de Publicação	2018
Resumo	<p>Este trabalho consiste na apresentação e na reflexão sobre o estágio de musicoterapia que, durante oito meses, se realizou no Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira, com pessoas idosas com demência. Primeiramente recolheram-se os dados, seguindo-se a seleção dos pacientes para alvo de intervenção musicoterapêutica, passando-se para a concretização das sessões de musicoterapia, tendo por base a literatura. Estas decorreram em contexto individual com 5 participantes e em contexto grupal c...</p> <p>This work consists of the presentation and the reflection about the music therapy stage that, during eight months, was realized in the Social Welfare Center of Vale de Figueira, with elderly people with dementia. First, the data were collected, followed by the selection of the patients for the intervention of music therapy, and the music therapy sessions were carried out, based on the literature. These were conducted in an individual context with 5 participants and in a group context with 7 par...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia para idosos - Portugal - Santarém, Demência - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal - Santarém, Musicoterapia - Prática profissional, Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira (Santarém, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T21:23:08Z com informação proveniente do Repositório



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Demência na pessoa idosa institucionalizada:
a música como terapia**

Realizado por:
Joana Filomena Montês Bento

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

Orientado por:
Dr.^a Joana Isabel Marques Pereira

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: 29 de Março de 2019

Lisboa

2018



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

Demência na pessoa idosa institucionalizada: a música como terapia

Joana Filomena Montês Bento

Lisboa

Outubro 2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Demência na pessoa idosa institucionalizada: a
música como terapia**

Joana Filomena Montês Bento

Lisboa

Outubro 2018

Joana Filomena Montês Bento

Demência na pessoa idosa institucionalizada: a música como terapia

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

Orientadora de estágio: Dra. Joana Isabel Marques Pereira

Lisboa

Outubro 2018

Ficha Técnica

Autora Joana Filomena Montês Bento
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dra. Joana Isabel Marques Pereira
Título Demência na pessoa idosa institucionalizada: a música como terapia
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

BENTO, Joana Filomena Montês, 1995-

Demência na pessoa idosa institucionalizada : a música como terapia / Joana Filomena Montês Bento ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Joana Isabel Marques Pereira. - Lisboa : [s.n.], 2018. - 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 - PEREIRA, Joana Isabel Marques, 1986-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos - Portugal - Santarém
2. Demência - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal - Santarém
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira (Santarém, 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 - Santarém

2. Dementia - Patients - Care - Portugal - Santarém

3. Music therapy - Practice

4. Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira (Sanatrém, 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.B46 2018

Graças ao poder da música,

Agradecimentos

Um enorme obrigada aos professores do mestrado de musicoterapia pela partilha do conhecimento que proporcionaram, pela disponibilidade em ajudar e pela orientação que deram. Obrigada à Prof^a Doutora Tânia e um especial obrigada à Prof^a Doutora Teresa Leite pela dedicação, pelo comprometimento e por ser um exemplo de uma verdadeira musicoterapeuta. Obrigada também à Catarina Graça.

Agradeço ao Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira por ter aberto as portas e me ter acolhido dentro do seu ambiente de trabalho e, principalmente, por confiarem em mim para trabalhar de perto com os seus utentes. Obrigada à Dr^a Joana Pereira que me orientou com a sua sabedoria e obrigada também aos meus pacientes, pois sem eles não seria possível concretizar este trabalho.

Um sincero obrigada à minha família pelo apoio incondicional que sempre me dá e aos meus amigos que muito me apoiam.

Tenho-vos no coração...

“A música pode tirar-nos da depressão ou levar-nos às lágrimas – é um remédio, um tónico, um sumo de laranja para os ouvidos. Mas, para muitos dos meus pacientes neurológicos, a música é ainda mais – pode fornecer acesso, mesmo quando nenhuma medicação pode, ao movimento, ao discurso, à vida. Para eles, a música não é um luxo, mas uma necessidade”.

(Oliver Sacks *apud* Espírito Santo, 2016)

Resumo

Este trabalho consiste na apresentação e na reflexão sobre o estágio de musicoterapia que, durante oito meses, se realizou no Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira, com pessoas idosas com demência.

Primeiramente recolheram-se os dados, seguindo-se a seleção dos pacientes para alvo de intervenção musicoterapêutica, passando-se para a concretização das sessões de musicoterapia, tendo por base a literatura. Estas decorreram em contexto individual com 5 participantes e em contexto grupal com 7 participantes divididos em dois grupos, um mais e um menos funcional, tendo como critério o grau de dependência física e/ou mental dos pacientes. São abordados mais aprofundadamente dois estudos de caso de duas utentes que apesar de terem uma patologia em comum, a demência, distinguem-se aos níveis físico e psicológico. Enquanto que a paciente do estudo de caso I está diagnosticada com demência, a utente do estudo de caso II manifesta uma demência não especificada.

Para avaliar a concretização dos objetivos terapêuticos procedeu-se a uma avaliação inicial e a outra final, através da observação clínica. Os resultados foram positivos, tendo-se verificado uma contribuição na preservação de competências cognitivas e motoras, visíveis pela ativação comunicativa e emocional dos pacientes.

Palavras-chave: Musicoterapia, Pessoa Idosa, Demência

Abstract

This work consists of the presentation and the reflection about the music therapy stage that, during eight months, was realized in the Social Welfare Center of Vale de Figueira, with elderly people with dementia.

First, the data were collected, followed by the selection of the patients for the intervention of music therapy, and the music therapy sessions were carried out, based on the literature. These were conducted in an individual context with 5 participants and in a group context with 7 participants divided into two groups, one more and one less functional, based on the degree of physical and / or mental dependence of the patients. Two case studies of two patients are discussed in more detail, which, although they have a common pathology, dementia, are distinguished at physical and psychological levels. While the patient in case study I is diagnosed with dementia, the patient in case study II manifests an unspecified dementia.

In order to evaluate the accomplishment of the therapeutic objectives, an initial evaluation was carried out and the final one was evaluated through clinical observation. The results were positive, with a contribution in the preservation of cognitive and motor skills, visible through the communicative and emotional activation of the patients.

Keywords: Music Therapy, Elderly Person, Dementia

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Quadro dos participantes	24
Tabela 2 - Quadro da agenda semanal	29
Tabela 3 - Plano terapêutico da D. Ana	35
Tabela 4 - Plano terapêutico da D. Zélia.....	45

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- CBESVF - Centro de Bem Estar Social de Vale Figueira
- CC - Centro de Convívio
- CD - Centro de Dia
- DA - Doença de Alzheimer
- ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

Sumário

Agradecimentos	VII
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Lista de Tabelas	XV
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XVII
Sumário	XIX
Introdução	1
Instituição.....	3
Participantes	5
Enquadramento Teórico.....	7
Envelhecimento.....	7
Envelhecimento em Portugal	8
Demência	8
Demência em Portugal.....	11
Doença de Alzheimer.....	11
Musicoterapia.....	12
Musicoterapia na Demência.....	14
Resultados da Intervenção Musicoterapêutica na Demência.....	18
Objetivos de Estágio	21
Metodologia	23
Participantes	23
Instrumentos de Avaliação e Monitorização de Resultados	24

Procedimentos.....	25
Horários e Dinâmicas da Instituição e do Estagiário.....	28
Estudo de Caso I.....	31
Identificação.....	31
Motivo de Encaminhamento para a Musicoterapia.....	31
Dados da Avaliação Inicial.....	32
Objetivos e Plano Terapêutico.....	33
Processo Terapêutico.....	36
Resultados.....	38
Discussão.....	39
Estudo de Caso II.....	41
Identificação.....	41
Motivo de Encaminhamento para a Musicoterapia.....	41
Dados da Avaliação Inicial.....	42
Objetivos e Plano Terapêutico.....	43
Processo Terapêutico.....	46
Resultados.....	47
Discussão.....	48
Outras Intervenções Clínicas.....	51
Grupo do CD.....	51
Grupo da ERPI.....	52
Utentes em Sessão Individual.....	54
Discussão das Intervenções Clínicas.....	55
Outras Atividades no Âmbito do Estágio.....	59

Conclusões Gerais e Discussão.....	61
Reflexão Final.....	63
Referências.....	65
Apêndices.....	69
Lista de Apêndices.....	71
Apêndice A.....	73
Apêndice B.....	79

Introdução

No âmbito da unidade curricular “Seminário de estágio”, do segundo ano do mestrado de musicoterapia da universidade Lusíada de Lisboa, foi elaborado este relatório de estágio académico.

Tal estágio teve como missão permitir à estagiária pôr em prática os conhecimentos que adquiriu durante o primeiro ano de mestrado. O local escolhido para estagiar foi o Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira (CBESVF), no distrito de Santarém. O mesmo decorreu entre os meses de Outubro e Junho, no ano lectivo de 2017/2018, tendo assim a duração de oito meses.

Em Portugal, a população idosa tem vindo cada vez mais a aumentar e, portanto, torna-se urgente dar resposta a esta realidade. A terceira idade é afetada por variadas problemáticas e também por diferentes patologias. As alterações cognitivas e comportamentais, a demência e, em particular, a demência de Alzheimer são uma realidade muito incidente nas pessoas idosas e também uma das principais preocupações do CBESFV, uma vez que grande parte dos seus utentes é afetada por algum tipo de demência. Como tal, foi decidido para foco deste trabalho estudar os efeitos da intervenção musicoterapêutica na pessoa idosa com demência.

Para tal, ao longo do estágio, foram realizadas várias sessões de musicoterapia com um total de 12 utentes, com idades compreendidas entre os 67 e os 97 anos. As sessões foram de cariz grupal e individual. Foram organizados grupos de intervenção musicoterapêutica, tendo como critério a funcionalidade física e psicológica dos utentes e o estado demencial destes, tendo-se formado dois grupos distintos: o Grupo do CD (mais funcional) e o Grupo da ERPI (menos funcional). O primeiro grupo englobava quatro utentes menos afetados pela demência a nível psicológico e físico, enquanto o segundo grupo continha outros três pacientes mas com um estado

demencial mais avançado. Realizaram-se ainda sessões de musicoterapia individuais com cinco pessoas, sendo que uma delas frequentou tanto sessões individuais como também participou em sessões com o Grupo da ERPI. As quatro pessoas que usufruíram somente de sessões individuais de musicoterapia foram selecionadas para este formato terapêutico dadas as suas particulares, isto é, uma pessoa estava no leito, duas sofriam de um avançado estado da Doença de Alzheimer e outra tinha um comportamento muito próprio, no qual nem era bem compreendida pelos outros utentes nem tão pouco os compreendia, acabando por se isolar.

Relativamente à estrutura do relatório, este pode ser considerado como tendo duas partes. Na primeira encontra-se a descrição da instituição, assim como dos participantes. Segue-se o enquadramento teórico no qual se abordam assuntos ligados ao envelhecimento, à demência e à doença de Alzheimer. Nesta secção aparecem ainda qual é o foco da intervenção musicoterapêutica quando se trabalha com pessoas idosas com demência, quais são as técnicas utilizadas e que resultados se podem obter recorrendo à musicoterapia. Na segunda parte é apresentada a metodologia utilizada ao longo do estágio, com a descrição e reflexão sobre dois estudos de caso selecionados a partir das intervenções realizadas que servem como exemplos do trabalho musicoterapêutico desenvolvido. Por último, há espaço para as conclusões, discussões e reflexões.

Instituição

O Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira é uma IPSS que existe há 20 anos e que apoia a população idosa, as suas famílias e a comunidade em geral da união de duas freguesias: S. Vicente do Paúl e Vale de Figueira, no distrito de Santarém. Visa ser uma instituição de referência junto da comunidade e do núcleo das IPSS, com os objetivos de melhorar a qualidade de vida das pessoas, promover a luta contra a exclusão social, intervir no desenvolvimento local e ainda diversificar os serviços prestados. Destes destacam-se a alimentação, os cuidados de higiene pessoal, o tratamento de roupas, a higiene habitacional, a fisioterapia, os cuidados médicos e de enfermagem, o apoio psicossocial, as atividades socioculturais e de estimulação cognitiva, o alojamento, o transporte, o apoio na aquisição de bens e serviços, as atividades e acompanhamento ao exterior e as ajudas técnicas. Rege-se pelos valores da confiança, da solidariedade, do humanismo, da segurança, da confidencialidade, da privacidade, da integridade e da responsabilidade social.

Esta IPSS inclui o Centro de Dia (CD), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) 7 dias por semana, a Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) e as Residências. O CD é uma resposta social com serviços de apoio à satisfação das necessidades básicas e de bem estar dos seus clientes, apoiando também nas atividades de vida diária. O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio. A ERPI é uma resposta social de utilização temporária ou permanente que responde às necessidades básicas e de bem estar dos seus clientes através de uma equipa profissional e de infraestruturas adequadas. As Residências são casas particulares situadas no recinto do CBESVF e quem lá escolhe habitar pode contar com cuidados especializados, assim como com a prestação de serviços ao nível da limpeza da casa, higiene pessoal e alimentação.

Existe ainda o chamado Centro de Convívio (CC), situado dentro do CD, que é um espaço onde a arte e os bordados são um estímulo permanente à criatividade, sendo composto por um grupo de senhoras idosas que fazem inúmeros trabalhos manuais ligados à costura.

No interior, o CBESVF inclui um ginásio destinado, principalmente, à fisioterapia, um ginásio do cérebro para trabalhar sobretudo a estimulação cognitiva e uma sala de snoezelen para trabalhar a estimulação sensorial. Há ainda uma sala para formação interna e externa, com o intuito de melhorar as qualificações das pessoas que trabalham na instituição e de outras interessadas. É nesta sala que, mensalmente, se junta um grupo de suporte para familiares e amigos de pessoas com demência.

Já no exterior, existe um parque geriátrico, que tem um jardim, com espaços verdes, árvores de fruto e de flores; tem várias mesas e bancos de madeira, onde se costumam realizar atividades ao ar livre quando o tempo assim o permite, como jogos e piqueniques; e tem ainda diversas máquinas às quais é possível recorrer para fazer exercício físico. Os serviços existentes estão disponíveis tanto para os utentes e para os colaboradores, como para a comunidade em geral.

No CBESVF trabalham várias funcionárias do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, que está encarregue de tratar da canalização, eletricidade, avarias de aparelhos e outros imprevistos que por vezes possam ocorrer. Quanto à equipa técnica esta é constituída pela diretora técnica formada em serviço social, pela psicóloga clínica e orientadora deste estágio, e pela educadora social, que se encontram diariamente na instituição. A médica, duas enfermeiras e a fisioterapeuta vêm pontualmente prestar os seus serviços. Existe ainda um representante da instituição e presidente da direção.

Participantes

No geral, são pessoas com baixa ou nenhuma escolaridade, que maioritariamente se dedicavam à agricultura. Só uma minoria sabe ler e escrever.

As idades dos utentes variam entre os 67 e os 103 anos, sendo que a maior parte situa-se na faixa etária dos 80 aos 90 anos.

Na instituição existem 27 utentes em CD (incluindo as senhoras do CC), 29 utentes em SAD 7 dias, 36 utentes na ERPI e 1 utente nas Residências. Contudo, o número total de participantes é 12, sendo 4 do CD e 8 da ERPI.

A população é heterógena havendo utentes autónomos física e mentalmente; utentes autónomos fisicamente, mas não mentalmente; utentes autónomos mentalmente, mas não fisicamente; e utentes dependentes quer física quer mentalmente. Em termos de diagnóstico, a demência é a patologia mais predominante, especialmente a de tipo Alzheimer. No entanto, outras características comuns na terceira idade foram perceptíveis, nomeadamente a debilidade motora fina e grossa, os défices aos níveis auditivo, visual e comunicativo, as falhas de memória, o isolamento social e a tristeza.

Enquadramento Teórico

Envelhecimento

Os conceitos de envelhecimento que existem são vários. A Organização Mundial de Saúde (1999) definiu o envelhecimento como um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida.

A pessoa idosa é aquela que tem idade superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e idade superior a 60 anos nos países em desenvolvimento. Nos últimos anos, tem-se assistido a um considerável aumento do número de pessoas idosas. Assim, torna-se essencial promover o envelhecimento ativo que é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, tendo como objetivo aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (OMS, 2002).

Ao questionar a população idosa esta destaca várias dimensões que são importantes no decorrer do processo de envelhecimento, entre as quais as pessoas idosas costumam enfatizar as dimensões física, social, emocional e cognitiva. É principalmente a estas dimensões que os profissionais de saúde devem estar atentos, dado que se tratam das dimensões mais valorizadas pela terceira idade (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

Envelhecer é um processo biologicamente natural, contudo há que diferenciar o envelhecimento dito normal do envelhecimento patológico. Estes dois tipos de envelhecimento devem ser tidos em conta como diferentes e devem ser tratados como tal (Sequeira, 2010). O envelhecimento normal caracteriza-se pela lentificação do processo da informação e pelo esquecimento benigno e ligeiro não associado a défice

funcional, enquanto o envelhecimento patológico está associado a um défice funcional (DSM V, 2014).

Envelhecimento em Portugal

Em Portugal, o envelhecimento é uma grande preocupação para os profissionais de saúde que têm vindo a procurar formas de dar respostas mais eficientes às necessidades da terceira idade.

Assiste-se ao aumento da população idosa e, em simultâneo, ao decréscimo da natalidade, ao número crescente de mulheres com carreiras profissionais, ao aumento do número de casais divorciados, ao afastamento físico de gerações e aos avanços nas áreas da tecnologia e da medicina. Tais fatores constituem-se condições que, muitas vezes, dificultam ou, até mesmo, impedem o natural apoio à pessoa idosa que necessita da ajuda de terceiros para a realização das suas atividades de vida diária. As razões mencionadas levam à institucionalização da pessoa idosa, quer em regime parcial (centros de dia ou centros de convívio), quer em regime permanente (estruturas residenciais para idosos ou residências individuais) com o intuito de lhes possibilitar as respostas sociais mais adequadas às suas fragilidades, sejam estas leves, moderadas ou severas (Mónico, Custódio & Frazão, 2012).

Cabe aos profissionais que trabalham neste tipo de instituições a capacidade de valorizar a vida da pessoa idosa e manter a dignidade desta até à fase terminal da sua vida.

Demência

A demência é considerada como um dos maiores problemas de saúde associados à população idosa.

Trata-se de uma doença neurodegenerativa que se manifesta através de défices na função cognitiva e problemas de comportamento e caracteriza-se pela perda

progressiva da memória e de outras funções mentais, como o julgamento e a linguagem. É importante detectar precocemente os sintomas e iniciar o tratamento o mais rapidamente possível para abrandar a sua progressão e melhorar a qualidade de vida da pessoa (Solé, Mercadal-Brotons, et al., 2014).

O mais importante para o diagnóstico é avaliar se houve ou não uma alteração no desempenho diário, nas áreas profissionais, domésticas ou sociais, em relação ao que era anteriormente, sendo comum haverem também alterações de personalidade. A severidade da demência pode classificar-se em três grupos: ligeira, em que o defeito nestas capacidades é ligeiro; moderada, se o défice é de grau moderado em, pelo menos, uma destas capacidades; ou grave, se o defeito é grave em, pelo menos, uma destas capacidades. As queixas de falta de memória são muito frequentes na população idosa. O declínio cognitivo está associado à idade, mas há que distinguir entre o envelhecimento normal e o patológico. A melhor forma de o fazer é através da realização de avaliações longitudinais. Deve ter-se sempre em conta a escolaridade e o nível intelectual prévio, para além da motivação e do estado de saúde da pessoa. A avaliação das alterações psicológicas e comportamentais pode ser efetuada com o recurso a escalas. A demência é a expressão clínica de uma grande variedade de entidades patológicas. Qualquer doença neurológica ou sistémica que provoque uma alteração estrutural ou funcional do córtex cerebral, afetando as funções cognitivas, pode provocar uma síndrome demencial. Podem-se considerar dois grandes grupos: o das síndromes demenciais reversíveis, um grupo composto por doenças curáveis ou preveníveis, se identificadas e tratadas precocemente; e o das primárias ou degenerativas, consideradas irreversíveis. As reversíveis restringem-se a uma minoria de 10% e podem ser doenças endócrinas (exp. hipotiroidismo), deficiências vitamínicas (exp. ácido fólico), infeções (exp. meningites), neoplasias, hidrocéfalo de

pressão normal, hematoma subdural crônico e tóxicas. As irreversíveis podem ser a doença de Alzheimer, a demência vascular, a demência de corpos de Lewy e a demência frontotemporal. Aos quadros demenciais associam-se frequentemente perturbações do comportamento e sintomas psicopatológicos, denominados sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). Estes podem ser alterações de comportamentos difíceis de controlar, como a agitação, a agressividade, a desinibição, a agressividade ou a recusa alimentar; ou ser sintomas psicopatológicos, como o delírio de roubo, as alucinações visuais, a desconfiança ou os sintomas depressivos. Embora a demência seja considerada uma doença crônica e incapacitante, pode ser vista como tratável. As intervenções não farmacológicas têm-se revelado muito úteis no tratamento do défice cognitivo e podem ser classificadas em três grupos: abordagem cognitiva, que tem uma função informativa e de suporte; treino de memória, que é dirigido a doentes com demência ligeira; e abordagens terapêuticas (para casos mais severos) que englobam programas de atividades de estimulação (ginástica, dança), orientação para a realidade, reminiscência de memórias de vida e terapia de validação na qual se trabalha para a aceitação da realidade cognitiva do paciente (DSM V, 2014).

De acordo com Santana (2015) tanto a incidência como a prevalência da doença aumentam com a idade, sendo este o principal fator de risco para a demência. A depressão é muito comum de se encontrar na pessoa idosa institucionalizada e constitui um fator de risco para o desenvolvimento da demência. As depressões de início tardio (DIT) estão normalmente associadas às de tipo Alzheimer (DSM V, 2014).

Demência em Portugal

Se nos países estrangeiros a demência tem vindo a aumentar, por cá não é exceção.

Em Portugal, a população idosa está a aumentar e o número de casos de demência também, principalmente nos grupos etários acima dos 80 anos. Importa referir que a demência é uma patologia ainda sub-diagnosticada, pela extrapolação do número de diagnósticos efetivos da Doença de Alzheimer (Santana, et al., 2015).

No nosso país, cerca de 90 000 pessoas sofrem da demência da doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009).

Doença de Alzheimer

Existem mais de sessenta tipos de demência, sendo a mais comum a DA (Kirkland, Fortuna et al., 2014).

A DA é uma doença degenerativa que afeta o cérebro e o seu funcionamento cognitivo, incluindo sobretudo a memória. Caracteriza-se por um início lento e um declínio contínuo das habilidades cognitivas, alterações de personalidade, declínio fisiológico e perda de funcionamento social e ocupacional (Cevasco & Grant, 2003). Também ao nível da linguagem se verificam falhas, especificamente dificuldades em nomear objetos, défice na fluidez verbal, problemas de compreensão e deterioração do discurso espontâneo, considerado um discurso “vazio”, que transmite pouca ou nenhuma informação. Pessoas com DA tendem a dizer frases vazias, palavras indefinidas e repetições, tornando o discurso difícil para outra pessoa seguir, o que contribui para o isolamento social (Dassa & Amir, 2014). À medida que a doença progride, a pessoa perde a noção do espaço e do tempo, torna-se difícil comunicar e perde a autonomia para realizar as AVD. Esta doença caracteriza-se por alterações de personalidade e de comportamento, levando as pessoas a agirem de forma

desadequada e desinibida. A incompreensão dos sintomas da doença, os medos e os tabus à volta da demência e a dificuldade em comunicar, levam ao isolamento social (Alzheimer Portugal, 2009). De acordo com o DSM V (2014), a doença de Alzheimer caracteriza-se pela perda de memória de curto termo, pelo défice das funções executivas, pelas dificuldades nas atividades de vida diária, pela desorientação temporoespacial, pelo défice na linguagem e pelas alterações de personalidade.

Por estes motivos, o impacto da DA é grande para o portador de Alzheimer, para a sua família e para a sociedade que o rodeia.

Musicoterapia

Passo a passo vai-se assistindo à introdução das artes, nomeadamente da música, no tratamento de doenças.

As atividades baseadas em música que ocorrem nas instituições têm vindo a aumentar, no entanto uma coisa são as atividades nas quais se utilizam música e outra coisa é a musicoterapia, que se diferenciam, essencialmente, pelo tipo de atividade musical e pela existência de um plano terapêutico com objetivos específicos e adequados à pessoa com quem o musicoterapeuta especializado vai trabalhar (Spiro, 2010).

A musicoterapia é o uso de habilidades e elementos musicais por um musicoterapeuta credenciado para promover, manter e restaurar a saúde mental, física, emocional e espiritual. A música tem qualidades não-verbais, criativas, estruturais e emocionais. Estas são usadas na relação terapêutica para facilitar o contacto, a interação, a consciência de si próprio, a aprendizagem, a auto-expressão, a comunicação e o desenvolvimento pessoal (Kirkland, Fortuna et al., 2014). A musicoterapia é um processo terapêutico orientado por objetivos no qual o musicoterapeuta ajuda a pessoa a melhorar, a manter e a restaurar o bem-estar, através

de experiências musicais e das relações que se desenvolvem como forças dinâmicas de mudança (Bruscia, 1987).

Como a música tem o poder da reminiscência faz todo o sentido que o processo terapêutico ocorra indo ao encontro do ISO da pessoa. Segundo Benezon (1988) o Princípio de ISO é a identidade sonoro-musical que caracteriza particularmente a sonoridade da pessoa. Este conceito corresponde à existência de um ou mais sons ou de fenômenos acústicos que caracterizam e individualizam cada pessoa. Este fenômeno é formado por vivências sonoras vindas desde o período gestacional até à atualidade.

A musicoterapia é uma intervenção terapêutica dirigida a pessoas com dificuldades comunicacionais, sociais, comportamentais e emocionais. Nas sessões de musicoterapia podem utilizar-se técnicas recetivas ou ativas. Nas experiências musicais recetivas o paciente recebe a experiência musical ouvindo e respondendo verbalmente, corporalmente, musicalmente ou de outras formas. A música pode ser tocada ao vivo ou apresentada num equipamento áudio, através da improvisação musical ou de um repertório musical pré-composto. Nas experiências musicais recetivas trabalha-se a música, a discussão de letras de canções e a escuta de repertório musical significativo para a pessoa. Nas experiências musicais ativas trabalham-se aspetos físicos, emocionais, estéticos, intelectuais ou espirituais da música. Quando se tratam de técnicas ativas a utilização da música implica a participação ativa do paciente na produção sonora. Implica “fazer música” numa sessão de musicoterapia, tocando instrumentos, cantando, improvisando terapêuticamente (i.e., indo ao encontro dos aspetos particulares do paciente), construindo canções ou recriando-as. Primeiramente, o musicoterapeuta deve fazer o levantamento da história musical da pessoa a partir da anamnese musical, assim

como perceber a sua sonoridade, de modo a formar uma seleção de canções que levem à partilha de emoções e à ativação de memórias.

Musicoterapia na Demência

No caso do paciente com demência ter a memória comprometida é importante questionar aos familiares e cuidadores quais as músicas que fazem parte da sua história. O uso da música ajuda no control dos sintomas associados à demência, podendo aliviar os problemas de sono e diminuir a agitação. Saber quais são as músicas da pessoas idosa com demência prende-se com o facto de estas ativarem memórias e pensamentos que conferem segurança ao paciente quando este não compreende ou não aceita o mundo que o rodeia (Bruscia, 1988).

Atividades musicais como cantar, tocar instrumentos, ouvir música, dançar ou fazer simples movimentos acompanhando a música, compôr, improvisar e fazer jogos musicais fazem parte da intervenção musicoterapêutica. Cantar é uma técnica extremamente importante em musicoterapia, pois permite ao terapeuta criar um ponto de contacto com o paciente, e no caso das sessões de musicoterapia em grupo, cria pontos de ligação entre os vários elementos do grupo, sendo uma ligação íntima e com significado. Cantar é uma tarefa relativamente simples e fácil de desempenhar para um paciente com demência, proporcionando-lhe conforto, segurança, emoções positivas e diminuição da ansiedade. Cantar recorrendo às canções da história da pessoa permite explorar o passado desta e o contexto cultural no qual cresceu. Assim, o musicoterapeuta consegue trabalhar o paciente como um todo mesmo que haja uma desintegração do passado, do presente e do futuro. É uma forma de recordar o seu passado e aspetos da sua identidade. Também a improvisação musicoterapêutica é uma ótima forma de estimular a cognição e trabalhar a linguagem, uma vez que permite a avaliação da intencionalidade, da atenção, da concentração, da memória e

da perseverança da pessoa no desempenho de uma tarefa. Uma avaliação musicoterapêutica indica como o paciente ouve, experiencia musicalmente e responde à música, sempre dentro das suas capacidades, fornecendo ao musicoterapeuta informações sobre a condição de saúde do paciente, as suas limitações, as suas experiências musicais e necessidades terapêuticas. A música demonstra ter importância quanto a criar um relacionamento significativo com as pessoas com síndrome demencial (Aldridge, 2000).

A música tem a capacidade de proporcionar ao paciente com demência o sentimento de realização, de brincar com as palavras e de confortar tanto o paciente como o seu cuidador. Tem ainda o poder de recuperar recordações e provocar afetos que aparentemente se encontram esquecidos. A musicoterapia também tem um contributo importante na avaliação psicológica de pessoas idosas, pois, a partir do movimento, da improvisação instrumental e vocal e da audição de música, o terapeuta consegue identificar capacidades e limitações do paciente aos níveis comportamental, comunicacional (verbal e não verbal), afetivo, sensorial, da percepção sensoriomotora e da memória (de longo e de curto prazo). Através da musicoterapia é possível avaliar ainda competências como a motricidade fina e grossa, a orientação espaciotemporal, a motivação e a noção da realidade. Existem quatro atividades musicais que podem fazer parte das técnicas ativas de musicoterapia e que fazem parte do tratamento: cantar, tocar instrumentos, dançar e compôr. Nos cuidados paliativos, o canto acompanhado de um instrumento proporciona momentos de contacto humano e de consolo (Aldridge, 2002).

Bruscia (2000) afirma que a musicoterapia é um processo que requer planeamento no qual importa a relação com a música e não a estética da mesma. Muitas vezes a musicoterapia é confundida com a educação musical, no entanto, trata-

se de coisas diferentes. Enquanto a educação musical é direcionada para a aquisição de competências musicais seguindo regras musicais estipuladas, sendo os objetivos educativos, na musicoterapia existe uma intencionalidade terapêutica por detrás das atividades musicais que o musicoterapeuta qualificado desenvolve com a pessoa.

Cantar é uma técnica muito utilizada com a população idosa. O ato de cantar tem muitos benefícios, nomeadamente o desenvolvimento do hemisfério direito, que é uma estrutura cerebral importante no que toca à (re)construção do discurso e à (re)articulação de palavras e sons. Cantar permite levar à indução e reverberação do som. Também promove a oxigenação e o relaxamento aumentando, assim, o bem-estar da pessoa (Lesta & Petocz, 2006).

O repertório musical adequado aos pacientes é uma ferramenta que os musicoterapeutas devem recolher, construir e ter sempre em conta ao longo de toda a sua profissão. Assim sendo, estes precisam de adquirir competências musicais que lhes permitam trabalhar diferentes repertórios musicais em vários settings terapêuticos. No caso dos idosos, à semelhança das outras populações, é fundamental que os musicoterapeutas aprendam o repertório musical associado à pessoa idosa. Para esta população o repertório é, de certo modo, limitado e as canções selecionadas pelos musicoterapeutas e escolhidas pelos pacientes devem ser da preferência musical destes últimos. De acordo com os mesmos, as canções escolhidas estão associadas ao início da idade adulta, isto é, dos 18 aos 25 anos de idade. Sendo o repertório musical carregado de significado emocional, possibilita o musicoterapeuta a trabalhar a conexão com o paciente e até mesmo a conexão entre pacientes, através do contacto ocular e de vocalizações significativas para os indivíduos (VanWeelden, Juchniewicz, & Cevasco, 2008).

A composição musical é outra técnica musicoterapêutica. Esta técnica estimula a fluidez de pensamentos e a expressão de sentimentos. Ao desenvolver a prática da composição esta técnica traz variados efeitos terapêuticos e benefícios para a pessoa, nomeadamente a expressão criativa da linguagem e da música; o facto da composição musical ser menos ameaçadora e mais descontraída do que a escrita comum; a criação de oportunidades para aumentar o bem-estar e a felicidade; a compreensão da letra da música que leva ao acompanhamento de canções; a escolha da dimensão da música e da linguística; a oportunidade de aconselhamento musical e linguístico; o conforto em relação à melodia da canção; a construção da expressão linguística, musical e emocional; a expressão de sentimentos através da escrita da lírica; e o orgulho da pessoa pela música que criou com o musicoterapeuta. A composição inclui o preenchimento de espaços em branco, a reescrita de canções, a variação musical, a escrita de letras, a construção de melodias e a improvisação de músicas através da narração da letra ou dos instrumentos musicais (Hong, & Choi, 2011).

Nas sessões de musicoterapia utilizam-se instrumentos musicais, incluindo a voz, assim como outras formas ou objetos que produzam música (o corpo como instrumento: bater palmas, bater nas pernas, bater com um pé no chão para marcar o ritmo; ou um tampo de uma mesa, por exemplo). No decorrer das sessões, os musicoterapeutas devem incentivar os seus pacientes a explorar a voz, os vários instrumentos musicais e as outras formas de musicalidade possíveis existentes no setting terapêutico (Mcdermott et al., 2014).

Resultados da Intervenção Musicoterapêutica na Demência

A estimulação da plasticidade cerebral, como o treino da memória, tem-se revelado não só muito saudável para uma pessoa pertencente a uma qualquer faixa etária, mas principalmente para ajudar a preservar as capacidades das pessoas portadoras de demência.

Existem muitos casos nos quais as pessoas com demência ou perda de memória continuam a reconhecer músicas antigas que lhes são familiares e, por vezes, dançam ou têm vontade de o fazer “como antigamente” o que sugere que a música é uma porta aberta para comunicar através da reminiscência. Também nos casos nos quais existe uma deterioração da linguagem verbal as competências musicais mantêm-se (Aldridge, 1992).

A pessoa idosa com demência vai gradualmente perdendo o controlo de si própria, tornando-se uma pessoa deslocada do meio onde vive e com necessidade de segurança e vinculação. Ocorre a diminuição da capacidade de reter nova informação e o paciente vai perdendo a noção da presença das figuras de vinculação. Realizar atividades musicais em grupo que envolvam movimento (como a dança) estimulam a resposta da população idosa ao movimento, a tomar a iniciativa e a participarem, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, promovendo um espaço mais acolhedor, no qual está presente a socialização, a redução da agitação e dos sentimentos de solidão, da tristeza e da baixa autoestima. A dança em grupo melhora e mantém o desempenho cognitivo, emocional e motor e aumenta as interações entre os pacientes, combatendo o isolamento. Estas atividades em grupo também promovem a participação verbal, aumentam o tempo de permanência nas atividades, melhoram as respostas afetivas e estimulam a memória. As canções servem como veículo de expressão entre as pessoas e despertam sentimentos íntimos, fortes e

possíveis de serem partilhados através da experiência de partilha musical. Quanto a cantar em sessões de musicoterapia individual, esta atividade promove a interação entre o musicoterapeuta e o paciente, mas a um nível mais pessoal e abre espaço a que o paciente se expresse livremente (Aldridge, 2005).

A musicoterapia tem revelado resultados positivos em pacientes com problemas neurológicos. Há casos de pessoas com demência que só estavam em si quando cantavam ou tocavam instrumentos musicais. A musicoterapia pode ser uma terapia muito eficaz para pacientes com Alzheimer ou outros tipos de demência, uma vez que ajuda a combater os efeitos degenerativos associados à patologia (Sacks, 2007).

É usual recorrer-se à medicação no combate à demência. No entanto, os fármacos nem sempre são a solução mais saudável, sendo a musicoterapia uma boa alternativa. A musicoterapia previne e ajuda a reduzir os sintomas neuropsiquiátricos, como a agitação, a depressão, a apatia, a ansiedade, as alucinações, as ilusões, a irritabilidade, a euforia, a desinibição, o comportamento motor anormal e os distúrbios alimentares; assim como os sintomas cognitivos, tais como a perda de memória, a dificuldade em aprender nova informação, a afasia, a apraxia, a agnosia, os défices executivos, a orientação, a atenção, o cálculo e a cognição espacial. Assim, retarda a deterioração cognitiva. (Chu, et al., 2013).

As sessões de musicoterapia permitem alterar comportamentos intrapsíquicos e dinâmicas interpessoais, pois nelas desenvolvem-se interações relacionais, partilham-se experiências musicais, aprendizagens, momentos de mobilização, de expressão e de organização (Raglio, et al., 2012).

Wall e Duffy (2010) demonstraram efeitos positivos de intervenções musicoterapêuticas, nomeadamente a diminuição de problemas de comportamento

(choros contínuos, gritos, agitação) que são típicos das fases mais avançadas da doença. A musicoterapia também pode facilitar a participação ativa em atividades terapêuticas, promovendo o bem-estar emocional. Atividades como cantar, tocar instrumentos, dançar, ouvir músicas, compor e fazer jogos musicais visam estimular e aprimorar as diferentes áreas funcional, física, cognitiva e social das pessoas idosas. Ouvir música é considerada uma experiência agradável por pessoas idosas e promove o relaxamento, assim como diminuiu a ansiedade. As atividades musicais (quer passivas quer ativas) podem afetar a percepção que as pessoas idosas têm da sua qualidade de vida, valorizando dimensões como a física, a psicológica e a social em atividades musicais.

A combinação da musicoterapia com os cuidados espirituais revelou diminuir os problemas comportamentais, acalmando, tornando mais sociáveis e menos agitadas as pessoas com demência, satisfazendo as suas necessidades psicológicas de conforto, identidade, amor, inclusão social, ocupação e apego, aspectos que contribuem para o bem-estar geral (Kirkland, Fortuna et al., 2014).

A música permite que as pessoas idosas interajam entre si, partilhem aspectos das suas vidas e tenham uma oportunidade para se ligar à espiritualidade (Solé, Mercadal-Brotons, et al., 2014).

Objetivos de Estágio

O estágio em musicoterapia traz para a instituição uma nova forma de terapia, através do recurso à música e aos seus elementos (como o ritmo, a melodia, a harmonia) criando uma relação musical entre terapeuta e utente(s). Através das sessões de musicoterapia, o musicoterapeuta trabalha, a partir da sonoridade e da musicalidade de cada pessoa, as dimensões cognitiva, emocional, comportamental, física, sensorial e espiritual.

De um modo geral, os objetivos do estágio são reduzir o isolamento social, facilitando a comunicação e provendo a participação social, a expressão emocional e o relacionamento inter e intrapessoal; e preservar competências, estimulando o funcionamento físico e cognitivo da pessoa idosa com demência.

A utilidade musicoterapêutica na instituição passa por contribuir para a melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar dos utentes que estão no CD e na ERPI, proporcionando na instituição uma intervenção complementar à farmacológica, que inclua a vertente criativa e que leve à participação ativa dos utentes.

Metodologia

Participantes

O núcleo de utentes selecionados para usufruírem de sessões de musicoterapia perfazem um total de 12 pessoas, sendo 5 do sexo masculino e 7 do sexo feminino.

Os nomes mencionados neste relatório são fictícios. Quatro pessoas tiveram sessões de musicoterapia individuais: o Sr. Leonel, o Sr. Rodrigo, a D. Cecília e a D. Zélia. Sete tiveram sessões de musicoterapia em grupo. No grupo dos utentes mais funcionais aos níveis físico e psicológico, o Grupo do CD, ficaram o Sr. Fábio, o Sr. Mário, a D. Maria e a D. Margarida. No grupo dos utentes menos funcionais, o Grupo da ERPI, foi constituído pela D. Fátima, a D. Carmo e o Sr. Ricardo. A D. Ana teve inicialmente sessões individuais passando depois a integrar o Grupo da ERPI.

Na página seguinte encontra-se uma tabela que contém os dados de cada participante, sendo estes o nome, o sexo, a idade, o diagnóstico, o tempo de institucionalização (TI), a idade em que entraram para a instituição (IEI) e algumas observações. A D. Ana e a D. Zélia serão os dois estudos de caso apresentados neste trabalho a nível mais detalhado e encontram-se representados na tabela a “Bold”.

Tabela 1

Quadro dos participantes

NOME	SEXO	IDADE	DIAGNÓSTICO	TI	IEI	OBSERVAÇÕES
Sr. Rodrigo	M	81	Demência de Alzheimer	4 anos	77	Estava na ERPI e faleceu
Sr. Leonel	M	95	Demência não especificada	4 anos	91	Estava na ERPI e faleceu.
Sr. Ricardo	M	86	Demência não especificada	4 anos	82	Estava na ERPI
Sr. Fábio	M	67	Demência por etilismo crônico	7 anos	60	Estava no CD
Sr. Mário	M	79	Demência de Alzheimer	1 ano	78	Estava no CD
D. Cecília	F	90	Demência de Alzheimer	4 anos	86	Estava na ERPI e faleceu
D. Zélia	F	76	Demência não especificada	4 anos	72	Estava na ERPI
D. Ana	F	81	Demência de Alzheimer	3 anos	78	Estava na ERPI
D. Carmo	F	80	Demência não especificada	1 ano	79	Estava na ERPI
D. Fátima	F	97	Demência não especificada	4 anos	93	Estava na ERPI
D. Maria	F	73	Demência (provavelmente Alzheimer)	1 ano	72	Estava no CD
D. Margarida	F	84	Demência não especificada	1 ano	83	Estava no CD

Instrumentos de Avaliação e Monitorização de Resultados

Para fazer a avaliação e monitorização dos resultados musicoterapêuticos foi necessário recorrer a instrumentos da psicologia e da musicoterapia.

A nível da psicologia, aquando da consulta dos processos clínicos prévia à intervenção musicoterapêutica foi possível ver para alguns utentes o diagnóstico que lhes estava associado. Também a orientadora de estágio, enquanto psicóloga, foi uma fonte de informação e apoio relativamente ao estado psicológico dos utentes. A nível da musicoterapia, a estagiária recorreu a um instrumento de avaliação geriátrica, o Geriatric Music Therapy Assessment. Este instrumento foi adaptado e aplicado pela estagiária como pré-teste, em Janeiro, no início da intervenção musicoterapêutica e em Junho, como pós-teste, no final. Assim foi possível averiguar quais as diferenças que ocorreram nas pessoas idosas que usufruíram da musicoterapia.

Deste modo, a avaliação musicoterapêutica escolhida foi de natureza qualitativa, de observação direta e participante (pois a sonoridade do musicoterapeuta acaba sempre por estar presente numa relação musicoterapêutica) e contínua, tendo ocorrido ao longo de todo o processo interventivo.

Procedimentos

Nesta secção é feita a descrição de como a estagiária procedeu à intervenção terapêutica em musicoterapia, inerente ao estágio académico.

O estágio de musicoterapia decorreu entre os meses de Outubro e Junho de 2017/2018 no CBESVF, em Santarém.

O primeiro contacto com a instituição ocorreu em Julho de 2017, mês em que a estagiária se deslocou ao local de estágio para participar numa reunião com a equipa técnica, estando presentes o Sr. Presidente, a Diretora técnica de serviço social e a técnica de educação social. Após a reunião, a equipa técnica acompanhou a estagiária numa visita guiada pela instituição, dando a conhecer os vários espaços da mesma, nomeadamente as salas de convívio do CD e da ERPI, os quartos dos utentes, os refeitórios, o ginásio, os gabinetes das técnicas, a sala de Snoezelen, um espaço interior e exterior onde se costumam realizar festas temáticas e o parque geriátrico.

No mês de Setembro, durante as manhãs, a estagiária fez voluntariado na instituição. A orientadora de estágio propôs que fossem realizadas atividades musicais no sentido de a estagiária se dar a conhecer aos utentes e começar a interagir com eles. Esta proposta foi aceite e realizada através de uma atividade que consistia em pôr música a tocar para os utentes ouvirem, cantarem, dançarem e discutirem as emoções que as canções suscitaram em cada um deles. Fazer voluntariado permitiu à estagiária aproximar-se e conhecer melhor os utentes e as suas particularidades.

De Outubro a Dezembro, foi a fase da recolha de dados dos utentes. Foi permitida a consulta de todos os processos clínicos, a livre circulação da estagiária por toda a instituição e a participação em atividades de outras profissionais (acompanhamento musical de sessões de snoezelen, passeios pelo parque geriátrico, gerontomotricidade) de modo a estar à vontade para passar tempo informal e conhecer mais de perto os utentes. Também as visitas por parte dos familiares, que costumam ocorrer à tarde, possibilitaram tanto recolher informações mais pessoais e específicas sobre os utentes como dar-lhes a conhecer o que é a musicoterapia e o que faz um musicoterapeuta. Esta primeira fase serviu também para selecionar os utentes que seriam encaminhados para a musicoterapia, tendo como critérios a patologia mais predominante a demência, as (in)capacidades funcionais dos utentes e o interesse destes em ter sessões de musicoterapia. Foram criados dois grupos terapêuticos. Um grupo com utentes mais funcionais, o grupo do CD, e outro com utentes menos funcionais, o grupo da ERPI, aos níveis psicológico e físico. Outros utentes foram selecionados para sessões de musicoterapia individual pelo facto de estarem acamados ou por estarem já numa fase muito avançada da doença.

Em Janeiro ocorreu a fase em que se deu início às sessões de musicoterapia. Nesse mês realizou-se a avaliação inicial ou pré-teste dos utentes em musicoterapia, através do preenchimento de uma grelha de avaliação geriátrica adaptada de um instrumento de avaliação fornecido pela supervisora de estágio e pela observação do comportamento e do contacto direto com os utentes. A estagiária deu início à elaboração dos objetivos e do plano terapêutico para cada paciente, tendo em conta a sua patologia, características funcionais e necessidades específicas de cada um.

Em Fevereiro passou-se para a fase da implementação da intervenção musicoterapêutica que foi decorrendo até Maio. Nas sessões musicoterapêuticas

foram realizadas variadas atividades musicais e técnicas musicoterapêuticas ativas e passivas. Das atividades musicais destacam-se cantar, tocar instrumentos, ouvir música, criar e recriar letras de canções, discutir experiências musicais e fazer jogos musicais. Dentro das técnicas da musicoterapia ativas salientam-se a improvisação vocal e instrumental; a recriação de canções, com reprodução e interpretação das mesmas; a construção de canções, com composição e criação das mesmas, tendo como base melódica um tema da preferência e do conhecimento do paciente; a análise de letras de músicas, relacionando-as com aspectos pessoais e importantes para os pacientes; e a estimulação do discurso através do preenchimento por parte do utente de espaços em branco nas canções. Das técnicas passivas podem mencionar-se o treino da atenção através do recurso à audição de canções; a audição musical orientada; a interpretação de letras; e a expressão de emoções e pensamentos pessoais inerentes às canções. A conjugação de técnicas ativas e passivas e a realização de atividades musicais devem ser integradas, de modo a trabalhar de forma holística o paciente. Naturalmente, quanto mais variada for a estimulação, mais será propício ocorrerem alterações no estado da pessoa com demência. Assim, a estagiária tentou sempre proporcionar aos pacientes um setting musicoterapêutico adequado às suas necessidades físicas e psicológicas e dar-lhes um espaço terapêutico no qual pudessem utilizar a arte, a música, como forma de se libertarem e de se sentirem à vontade para comunicarem e partilharem o que quisessem. Para preparar o setting musicoterapêutico foi necessário recorrer a vários materiais, sendo estes uma sala isolada e sem distrações; utilizou-se como instrumento harmónico um teclado e, por vezes, uma guitarra; diversos instrumentos de percussão simples (clavas, caixa chinesa, guizeira); o telemóvel para consultar músicas na rede social youtube; um

ipad para fazer a gravação em vídeo das sessões; e folhas de papel com o repertório musical recolhido e as letras das canções.

Em Junho ocorreu a fase final do estágio e, como tal, a fase final das intervenções musicoterapêuticas, tendo-se realizado a cada um dos utentes um pós-teste ou uma avaliação final para aferir os resultados.

Horários e Dinâmicas da Instituição e do Estagiário

A agenda semanal da estagiária na instituição passava por segundas e quartas-feiras das 10h às 17h, com cerca de meia hora de almoço, normalmente das 13h30min às 14h.

Durante as manhãs decorriam as sessões de grupo e à tarde as sessões individuais, pois de manhã não havia visitas, sendo mais fácil juntar os membros dos grupos. Contudo, devido às limpezas na sala destinada à musicoterapia, por vezes as sessões de grupo passavam para a tarde e decorriam de manhã as sessões individuais. Ao longo do ano, infelizmente, foram falecendo alguns utentes, nomeadamente três pacientes que usufruíam da musicoterapia. Como tal, foi necessário ajustar o horário das sessões de musicoterapia.

Quando não estavam a ocorrer sessões de musicoterapia, a estagiária participava em diversas atividades realizadas na instituição (ginástica, missa, comunhão, artes manuais) e ajudava no que fosse preciso (acompanhar os utentes da sala de convívio até ao refeitório, dar-lhes água se sozinhos não conseguissem chegar até ela).

Os inícios das manhãs destinavam-se a preparar os materiais necessários para as sessões musicoterapêuticas, montar o setting terapêutico e levar os utentes até à sala da musicoterapia. Os finais das tardes eram reservados para fazer os registos das sessões e de ocorrências desse dia que fossem pertinentes.

Na página seguinte pode ver-se o horário das sessões de musicoterapia concebido pela estagiária tendo em conta os horários da instituição.

Tabela 2

Quadro da agenda semanal

Horas	Segundas-feiras	Quartas-feiras
10:30 – 11:30	Grupo “socialização musical”: Sr. Fábio, Sr. Mário, D. Maria e D. Margarida	Grupo “memória musical”: Sr. Ricardo, D. Fátima, D. Carmo (e D. Ana)
11:45 – 12:15	Individual: Zélia	Individual: Célia
14:30 – 15	Individual: Ana	Individual: Rodrigo
15:15 – 15:45	Individual: Leonel	

Estudo de Caso I

Identificação

A D. Ana tem 81 anos, é natural de Vale de Figueira, onde sempre viveu. A paciente revelou que trabalhava no campo e que sempre gostou muito de animais, de música e de cantar. Cantava muito quando era nova. O seu pai foi preso político em Peniche e, por isso, teve de crescer apenas com a sua mãe com quem desenvolveu uma grande ligação. Casou e teve um filho que teve problemas de toxicod dependência e que nunca se tornou independente financeiramente, o que até hoje é uma grande preocupação para esta senhora.

A D^a Ana entrou para o CD há 3 anos com o marido. Segundo as funcionárias contaram à estagiária, o casal dava-se muito mal havendo registos de agressões entre eles. A D^a Ana ficou viúva poucos meses antes da estagiária entrar para a instituição e a partir daí o seu estado de saúde foi-se degradando visivelmente. Foi-lhe diagnosticada demência de tipo Alzheimer e a estagiária acompanhou o progresso de deterioração do estado de saúde da paciente, que só em 2018 conseguiu vaga na ERPI.

Motivo de Encaminhamento para a Musicoterapia

Quando a estagiária entrou para a instituição a utente estava no CD, já sem o marido; andava triste e já não tinha vontade de participar nas atividades que se realizavam; isolava-se dos outros utentes, dando passeios no exterior; chorava facilmente e preferia estar sossegada na sua cadeira a ver a televisão da sala ou então a dormir.

Quando a D^a Ana entrou para o CD era muito ativa e ligada às artes. Fazia variados trabalhos manuais, desenhava muito e bem (era talentosa segundo os outros utentes) e adorava participar em todas as atividades, principalmente as que envolviam

música. Uma vez que a utente era um dos casos mais graves de demência, encontrando-se num avançado estado da doença de Alzheimer e sendo uma pessoa com interesse pela música, achou-se importante que a mesma pudesse usufruir da musicoterapia prevendo-se a ocorrência de resultados positivos para a paciente.

Dadas as circunstâncias e depois de se confirmar com a paciente a aceitação em frequentar sessões de musicoterapia, esta foi uma das utentes com demência selecionadas. A estagiária achou melhor as sessões serem de natureza individual dado o choro frágil, a fragilidade, a desmotivação e o isolamento manifestados pela utente.

Dados da Avaliação Inicial

No período de tempo inicial durante o qual a estagiária passou tempo informal com a utente esta pôde aperceber-se de alguns sinais da problemática clínica da mesma.

A D. Ana muitas vezes falava como se a sua mãe e o seu marido ainda estivessem vivos, por exemplo, dizia “Tenho de perguntar ao meu marido se posso ir consigo” (para a sessão de musicoterapia). Falava sobre o passado como se fosse o momento presente. A utente falava sobre os seus vizinhos e familiares e quando a estagiária lhe dizia que não os conhecia a utente ficava muito admirada, dizendo que lá na “terra” todos se conhecem, demonstrando que não compreende que a estagiária é uma pessoa que vem de outro local e que está na instituição enquanto musicoterapeuta e não como uma vizinha que veio fazer uma visita. A utente dizia palavras soltas e fora do contexto, ficava a olhar para o vazio ou distraia-se com o que se passava à sua volta (o comboio a passar ou uma mosca a voar) ou então focava-se num ponto do vazio e ficava a olhar para ele. Contudo, quando outros a chamavam à razão, por vezes conseguia perceber que estava enganada e aí a utente respondia “Ai! Já estou a

ficar tonta...”, demonstrando-se confusa. Estes sinais evidenciam o declínio da memória, da orientação e do juízo, assim como o surgimento de estado confusional.

Tendo em conta a grelha de avaliação geriátrica, a estagiária avaliou a paciente relativamente aos domínios musicais expressivo e recetivo, comportamental e psicossocial, motor, cognitivo e mnésico. Os domínios nos quais a paciente mostrou maiores fragilidades foram o comportamental e psicossocial, o cognitivo e o mnésico. Assim, as principais áreas destacadas para alvo de tratamento foram a comunicação expressiva e a interação, na categoria das capacidades sociais e, na categoria das capacidades cognitivo-comportamentais, foram a memória, a orientação, a atenção, a conclusão de tarefa e o comportamento inapropriado.

Foram identificados três problemas. Em primeiro, o facto de ser uma pessoa muito queixosa demonstrou estar em desconforto emocional. Em segundo, o isolamento social. Em terceiro, a deterioração mnésica.

Na ERPI encontrava-se também institucionalizada a sua cunhada, a D. Carmo, de quem é muito próxima e que se preocupa muito com ela e acarinha-a. Esta também sofre de demência e faz parte do grupo da ERPI.

Objetivos e Plano Terapêutico

A D. Ana sofria de demência associada à DA em estado avançado, pelo que foi urgente intervir em termos da preservação das capacidades e da retardação do seu estado de saúde.

Foram definidos três objetivos terapêuticos como forma de atenuar os problemas identificados. Um dos objetivos centrais foi diminuir o desconforto emocional e a ansiedade. Para tal, recorreu-se à apreciação musical e partilha emocional sobre letras de canções.

Visou-se combater o problema do isolamento social, fomentando laços afetivos, estimulando a interação com outras pessoas e trabalhando competências de integração num grupo. Assim, procedeu-se à integração da D. Ana no Grupo dos utentes menos funcionais que se revelou crucial.

Tornou-se ainda pertinente retardar a deterioração mnésica, através de atividades musicais que ajudassem a manter memórias de canções, ajudar a paciente a manter um vocabulário simples e a estimular a sua participação vocal. Deste modo, o canto de canções significativas para a paciente foi a técnica utilizada, sendo mais cantada a canção “Olhos castanhos”, de Francisco José.

Na página seguinte pode consultar-se a tabela de registo do plano terapêutico realizado com base nas necessidades da D. Ana.

Tabela 3

Plano terapêutico da D. Ana

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: D. Ana

IDADE: 81 anos INÍCIO DO TRATAMENTO: Janeiro de 2018

DIAGNÓSTICO: Demência da Doença de Alzheimer

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS: Institucionalizada há 3 anos. Tem vindo a piorar o seu estado de saúde.

PROBLEMA Nº 1: Muito queixosa (de dores, de frio, da vida no geral).

OBJECTIVO: Diminuir o desconforto emocional.

SUB-OBJECTIVOS:

Promover o relaxamento.	Dar apoio emocional.	Diminuir a ansiedade.
-------------------------	----------------------	-----------------------

PROBLEMA Nº 2: Isolamento social.

OBJECTIVO: Combater o isolamento social.

SUB-OBJECTIVOS:

Fomentar laços afetivos.	Estimular a interação com outras pessoas.	Trabalhar competências de integração num grupo (pois passa a maior parte do tempo na sala de convívio).
--------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROBLEMA Nº 3: Deterioração mnésica.

OBJECTIVO: Retardar a deterioração mnésica.

SUB-OBJECTIVOS:

Manter memórias de canções.	Manter vocabulário simples.	Estimular a participação vocal em atividades musicais.
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------------------------

Processo Terapêutico

A D. Ana foi um caso particular, uma vez que foi a única pessoa que frequentou sessões de natureza individual e grupal.

Inicialmente, a D^a Ana foi seguida individualmente por estar fragilizada devido à doença. Contudo, numa sessão com o grupo da ERPI, a D. Carmo (sua cunhada) pediu para a D^a Ana também participar na sessão. A estagiária anuiu e verificou que a D^a Ana dava mais respostas em grupo do que individualmente. Assim sendo, a D. Ana passou a integrar o grupo da ERPI, o que se verificou ser muito benéfico para ambas as pacientes, mas principalmente para a D. Ana, pois a sua cunhada ajuda-a muito, interage com ela, incentiva-a a cantar e a experimentar instrumentos e dá-lhe apoio emocional através da sua presença. De Janeiro a Fevereiro, a D. Ana teve 3 sessões de musicoterapia individuais. A partir de Fevereiro passou a integrar o grupo da ERPI tendo participado em 11 sessões de musicoterapia em grupo.

A intervenção musicoterapêutica da D. Ana poderá ser descrita em quatro fases. Cada fase corresponde a momentos diferentes da abordagem musicoterapêutica por parte da estagiária tendo em conta os diferentes estados de saúde da paciente.

A primeira fase correspondeu às 1^a e 2^a sessões individuais. Nesta fase a estagiária introduziu a D. Ana no setting musicoterapêutico, demonstrou-lhe o que é a musicoterapia e o tipo de atividades que iriam decorrer nas sessões. Fez-se o levantamento de dados e a avaliação inicial da utente. Nesta avaliação, houve alguns aspetos que se destacaram, nomeadamente a D. Ana revelou ter um discurso limitado e incoerente. Por vezes a estagiária conseguia que a paciente cantasse com ela a canção “o mar enrola na areia”, mas rapidamente se aborrecia. A paciente mostrou-se curiosa com os instrumentos musicais e explorou-os por iniciativa própria,

nomeadamente as clavas, tentando preencher com uma delas os buracos da caixa chinesa. Sem sucesso, acabava por desistir e ficava a olhar para o vazio. Dado que a paciente falava pouco, a estagiária começou por falar mais com ela, conversando sobre os seus gostos, como forma de descobrir maneiras de a motivar a participar nas atividades.

A segunda fase foi desde a 3^a à 11^a sessão de grupo com o grupo da ERPI. Nestas sessões foram usadas estratégias terapêuticas, nomeadamente ouvir música, apreciação musical com partilha verbal, canções e repertório pré-composto, adaptação e composição de canções, improvisação vocal e instrumental, assim como dança e movimento. Esta fase caracteriza-se pelo surgimento de algumas respostas musicais dadas pela utente de forma autónoma.

A terceira fase decorreu desde a 12^a à 18^a sessões de musicoterapia. Nesta fase a utente teve simultaneamente sessões em grupo e individuais. Ter introduzido a utente num grupo no qual estava presente a sua cunhada, possibilitou uma ligação aos outros elementos e ao desenvolvimento de uma compreensão e de um respeito da parte destes que, anteriormente à musicoterapia, não acontecia.

A quarta fase correspondeu às 19^a e 20^a sessões individuais. Nesta fase, as feridas que apareceram nos pés da utente durante o mês de Maio alastraram-se de tal forma que a paciente passou a estar acamada. Assim, estas duas sessões foram realizadas no quarto da mesma. O principal instrumento utilizado foi a voz para fazer o canto dirigido, tendo com principal objetivo combater o estado depressivo da D. Ana por se encontrar em tal situação.

A quinta e última fase correspondeu à 21^a e última sessão de grupo. A utente melhorou e a médica permitiu o levantamento da paciente da cama, passando esta para uma cadeira de rodas.

Todas as sessões eram iniciadas com uma canção do olá e encerradas com uma canção do adeus cuja letra foi escrita pela estagiária.

Resultados

Denotam-se algumas mudanças na paciente após a intervenção musicoterapêutica. A intervenção musicoterapêutica foi sobretudo incidente aos níveis emocional e cognitivo. Observaram-se melhorias nas capacidades sociais e cognitivas.

Relativamente ao primeiro problema, apesar de continuar queixosa no início das sessões, a paciente ia acalmando, estando visivelmente mais relaxada e menos ansiosa. Por exemplo, durante as sessões de musicoterapia deixou de ser necessário manter a paciente presa à cadeira por uma liga, pois esta já não estava irrequieta e com vontade de se levantar e ir embora; deixou de dizer que tinha de abandonar a sessão para ir fazer o almoço para a mãe (já falecida); e começou a aceitar ir para as sessões de musicoterapia sem colocar qualquer entrave como “o meu marido pode não gostar que eu vá cantar”.

Quanto ao segundo problema, foi possível reduzir o isolamento social, na medida em que aumentaram as relações sociais e afetuosas entre a paciente e os outros que a rodeavam. A música passou a ser vista como um veículo de comunicação e ligação emocional, quando não era possível comunicar verbalmente. A título exemplificativo, a D. Carmo quando não conseguia ter uma conversa com a sua cunhada, cantava para ela e esta cantava-lhe de volta. Assim, estabeleceu-se a ligação que se começava a perder entre as cunhadas.

No que toca ao terceiro problema do combate à deterioração mnésica, foi notoriamente visível o crescente interesse da paciente em participar vocalmente em atividades musicais e em partilhar as suas memórias verbalmente, interagindo cada

vez mais com a estagiária e com os outros elementos do grupo. Recordar-se de letras de canções fazia-a lembrar-se de memórias antigas e querer partilhá-las. Por exemplo, bastava a estagiária começar a cantar a música “Olhos castanhos”, de Francisco José, para logo a paciente continuar a cantar, tornando-se solista e respeitando os tempos da música. Apesar de continuar a usar frases soltas e palavras inventadas pela própria, está mais comunicativa.

Discussão

As mudanças que se puderam verificar na D. Ana ao longo da intervenção musicoterapêutica podem ser explicadas à luz da teoria.

Foram observadas alterações na paciente aos níveis emocional, social e mnésico. A paciente através de várias atividades ligadas ao canto tirou partido da musicoterapia. Tal como afirmado por Aldridge (2000) o canto é uma atividade musical com muitos benefícios, os quais foram visíveis ao longo das sessões de musicoterapia. Cantar permitiu à estagiária criar pontos de contacto com a paciente e, aquando das sessões em grupo, criar um ambiente terapêutico íntimo e significativo para os utentes. Lesta e Petocz (2006) tinham indicado benefícios provenientes da musicoterapia, nomeadamente o relaxamento e o aumento do bem-estar que se verificou na D. Ana segundo palavras da própria.

A estagiária ter criado um repertório musical com significado emocional e ao gosto da utente serviu de veículo para a ativação de memórias e para a partilha de emoções, tal como Bruscia (1988) tinha referido. A utilização de um repertório musical significativo para a D. Ana revelou-se importante quanto à ligação entre a estagiária e a paciente, através do contacto ocular que aos poucos e poucos se foi estabelecendo e através das vocalizações significativas que se foram criando dentro

do grupo terapêutico, tal como verificado noutro estudo por VanWeelden, Juchniewicz e Cevalco (2008).

Estudo de Caso II

Identificação

A D. Zélia tinha à data 76 anos e é oriunda de São Vicente do Paul. Cresceu no seio de uma família numerosa e devido a um atraso cognitivo nunca trabalhou efetivamente. Ajudava a mãe nas tarefas domésticas e em atividades ligadas à costura. A paciente revelou gostar de animais, de música, de passear, de fazer exercício físico, de se deitar e de se levantar cedo. Gosta da rotina e é muito religiosa. Gosta de cantar mas “baixinho e só para Nosso Senhor”. Aos 14 anos foi internada num hospital psiquiátrico onde ficou vários anos. Já adulta mudou para casa de uns familiares e lá viveu com a ajuda dos mesmos.

Com o aproximar da terceira idade, os familiares colocaram-na no CBESVF em 2014, na ERPI, onde passou a morar. Não casou nem teve filhos. Muitas vezes desabafou que ninguém a visita, apesar de ter esperança que um dia os seus familiares a venham ver e falava muito de um cão de que gostava muito, o Tim Tim. Há cerca de um ano, foi-lhe diagnosticada síndrome demencial.

Motivo de Encaminhamento para a Musicoterapia

A D. Zélia sofre de síndrome demencial e suspeita-se que terá esquizofrenia desde jovem apesar de a estagiária não ter visto nenhum documento com este diagnóstico.

Quando a estagiária entrou para a instituição em Setembro (no mês em que fez voluntariado) a utente mostrou-se curiosa para a conhecer, mas sempre com um ar desconfiado, que segundo outros profissionais lhe é característico. Isolava-se dos outros utentes, dando passeios no exterior, pois a maior parte destes não compreende as suas limitações, chamando-lhe “maluca” e “tonta”. Para evitar estar com os utentes

da ERPI a D^a Zélia passava muito tempo no CD a conviver com as senhoras do CC que são muito acolhedoras para ela.

A D^a Zélia demonstrava precisar de muita atenção, de carinho e que lhe deem reforço positivo (exp. todos os dias a utente fazia a sua cama e depois vinha buscar as técnicas para lhes mostrar o que tinha feito). Dado que nem sempre é fácil incluir esta utente nas atividades, pois quando há desacatos a utente acaba por se ir embora e não desfrutar das mesmas, achou-se importante que a utente pudesse usufruir da musicoterapia, em regime individual.

Esta utente, quando entrou para a ERPI tinha problemas de mobilidade, tendo feito fisioterapia e conseguido voltar a andar sem quaisquer dificuldades. Para se manter assim a própria diz que todos os dias vai ao parque geriátrico fazer exercício físico, revelando ser muito ativa. Foi uma pessoa muito participativa nas tarefas que lhe foram sugeridas.

Dadas as circunstâncias e depois de se confirmar com a paciente a aceitação em frequentar sessões de musicoterapia, esta foi uma das utentes com demência selecionadas para ter sessões individuais.

Dados da Avaliação Inicial

A D. Zélia revelava problemas na fala, nomeadamente na articulação de palavras e não conseguia reproduzir corretamente algumas palavras que ouve. Por exemplo, em vez de pronunciar o nome “Neuza” a paciente dizia “Neuzia”. Mostrava-se muito intrusiva ao falar com alguém, isto é, falava para a estagiária ou para outra pessoa com a cara muito próxima da outra pessoa enquanto a agarrava com muita força na mão ou a puxava pelo ombro até a pessoa se curvar ao seu tamanho. Não sabia respeitar o espaço do outro. Era difícil manter um discurso dois-a-dois, pois à D. Zélia só interessava o assunto que a própria falava e se a outra pessoa tentasse mudar

de assunto era como se ela não a ouvisse ou ignorasse. Era preciso tocar nela e insistir muito para que se concentrasse e ouvisse a outra pessoa, sendo até impossível, por vezes. Fazia muitas queixas às técnicas dos utentes que diziam mal dela e fazia-o de forma muito agressiva, dizendo asneiras e fazendo gestos bruscos. Quanto à resposta que dava a quem a tratava dessa forma ou se ia embora ou então ralhava com eles, mas de nada servia. Por vezes ameaçava-os de que lhes batia, mas a estagiária não tem conhecimento de que tenha ocorrido qualquer agressão. A utente falava muito sobre os seus familiares e das saudades que tem deles. Mostrava-se triste por não a visitarem. Adorava contar histórias sobre o seu passado e falar sobre o seu dia-a-dia na instituição. Ao contrário dos outros utentes, a D. Zélia parece feliz por residir na ERPI.

Tendo em conta a grelha de avaliação geriátrica a estagiária avaliou a paciente relativamente aos domínios musicais expressivo e receptivo, comportamental e psicossocial, motor, cognitivo e mnésico. Os domínios nos quais a paciente mostrou maiores fragilidades foram o expressivo, o recetivo e o comportamental e psicossocial. Assim, as principais áreas destacadas para alvo de tratamento foram a comunicação expressiva e recetiva e a interação, na categoria das capacidades sociais. Na categoria das capacidades cognitivo-comportamentais foram a atenção, a conclusão de tarefa e a transição. Acrescenta-se ainda que a estagiária não teve conhecimento de quaisquer outras avaliações formais que possam ter sido feitas à paciente por outros profissionais de saúde.

Objetivos e Plano Terapêutico

A D. Zélia sofria de síndrome demencial e suspeita-se que tenha esquizofrenia desde jovem. Esta situação trouxe-lhe dificuldades de interação com os restantes utentes e problemas do foro emocional, cognitivo e comportamental.

Foram identificados três problemas. O primeiro prende-se com a dificuldade demonstrada pela paciente em pronunciar corretamente as palavras, sendo necessário promover a fluência verbal. Para tal aumentou-se a produção vocal durante as atividades musicais, a produção verbal adequada durante as canções e a produção verbal fluída em interação com a estagiária.

O segundo problema diz respeito à instabilidade emocional, sendo necessário fazer com que a paciente aprenda a lidar com as suas emoções. Para tal tentou-se aumentar momentos nos quais a utente manifestou um estado afetivo estável e positivo.

Quanto ao terceiro problema inerente ao baixo controlo dos impulsos e à invasão do espaço do outro, o objetivo foi promover a disponibilidade da utente para criar novas ligações, diminuir a desconfiança e respeitar o espaço dos outros. Para tal, fomentaram-se momentos de interação entre a paciente e a estagiária nos quais era a paciente a tomar a iniciativa, mas de forma adequada, controlando os impulsos corporais e respeitando o espaço pessoal e o tempo da estagiária a falar.

Na página seguinte pode consultar-se a tabela de registo do plano terapêutico realizado com base nas necessidades da D. Zélia.

Tabela 4

Plano terapêutico da D. Zélia

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: D. Zélia

IDADE: 76 anos INÍCIO DO TRATAMENTO: Janeiro de 2018

DIAGNÓSTICO: Síndrome demencial

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS: Institucionalizada há 4 anos.		
PROBLEMA Nº 1: Dificuldade em pronunciar algumas palavras corretamente.		
OBJECTIVO: Promover a fluência verbal.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a produção vocal durante as atividades musicais.	Aumentar a produção verbal adequada durante uma canção.	Aumentar a produção verbal fluída em interação com a estagiária.
PROBLEMA Nº 2: Instabilidade emocional.		
OBJECTIVO: Melhorar a estabilidade emocional.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a duração de um mesmo estado afetivo.	Aumentar a frequência de momentos de um estado afetivo neutro.	Aumentar a ocorrência de estados afetivos positivos.
PROBLEMA Nº 3: Baixo controlo dos impulsos (invasão do espaço do outro, toque corporal evasivo).		
OBJECTIVO: Promover a disponibilidade para a presença e relação com os outros.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Diminuir a ocorrência de comportamentos rejeitantes ou de desconfiança perante os outros.	Aumentar a ocorrência do envolvimento da paciente numa interação dois-a-dois.	Promover a ocorrência de iniciativa verbal adequada.

Processo Terapêutico

A D. Zélia foi um caso especial, uma vez que foi uma das pacientes que mais gostou e aderiu à musicoterapia estando sempre motivada para as sessões. Perguntava frequentemente quando era o dia em que a “Joana da música” iria à instituição, até perceber com a ocorrência das sessões que as mesmas eram às segundas e quartas-feiras e nesses dias passou a esperar a estagiária à entrada da instituição.

Ao todo esta paciente teve 16 sessões de musicoterapia. Pode-se dividir a intervenção musicoterapêutica da D. Zélia em três fases. Cada fase corresponde a momentos diferentes da abordagem musicoterapêutica por parte da estagiária e também a diferentes evoluções por parte da paciente. Note-se que todas as sessões eram iniciadas com uma canção do olá e encerradas com uma canção do adeus cuja letra foi escrita pela estagiária.

A primeira fase correspondeu às 1ª e 2ª sessões individuais. Nesta fase a estagiária introduziu a D. Zélia no setting musicoterapêutico, demonstrou-lhe o que é a musicoterapia e o tipo de atividades que iriam decorrer nas sessões. Esta fase correspondeu ao levantamento de dados e à avaliação inicial da utente. Houve alguns aspetos que se destacaram. A D. Zélia ficou muito curiosa para ver os instrumentos musicais e para que serviam, mas não quis tocar em nenhum nem cantar, afirmando que “Deus Nosso Senhor não gosta que se faça barulho”, pelo que as primeiras sessões foram sobretudo conversação.

A segunda fase foi desde a 3ª à 15ª sessão. Nesta fase a paciente já quis experimentar os instrumentos e aderir às atividades musicais desenvolvidas. Nestas sessões foram usadas estratégias musicoterapêuticas, nomeadamente ouvir música, apreciação musical com partilha verbal, canções e repertório pré-composto, adaptação e composição de canções, improvisação vocal e instrumental, assim como dança e

movimento. Nesta fase foi-se desenvolvendo uma clara relação de proximidade entre a estagiária e a utente, o que permitiu desenvolver as atividades musicais que mais correspondiam às necessidades da utente, seguindo o repertório musical sugerido pela mesma. A D. Zélia gostava muito de tocar o triângulo na canção “Ó Malhão” e cantava a canção “Os olhos da Marianita” quando a estagiária a tocava no teclado. Demonstrou ser uma pessoa com iniciativa e interessada na musicoterapia, pois todas as vezes que tinha sessão vinha com novas sugestões de músicas.

A terceira fase correspondeu ao mês de Junho e incluiu a 16ª e última sessão. Dadas algumas dificuldades de compreensão e aceitação da realidade manifestadas pela utente, a fase da despedida foi difícil. Foi necessário ir dizendo aos poucos que o tempo do estágio ia chegar ao fim e com ele o fim da musicoterapia.

Resultados

Denotam-se algumas mudanças na paciente após a intervenção musicoterapêutica.

Relativamente ao primeiro problema, a D. Zélia começou a pronunciar melhor algumas palavras que ia treinando com a estagiária através da repetição dos sons das palavras ao cantar. A estagiária ia pronunciando algumas palavras que a paciente demonstrava dificuldade em expressar e de seguida a D. Zélia repetia-as. Este exercício era repetido até a paciente pronunciar corretamente a palavra.

Quanto ao segundo problema, a utente passou a estar mais estável emocionalmente, pelo menos, após as sessões de musicoterapia. A estagiária juntamente com a utente trabalhou uma canção chamada “Olha o Tim Tim”, inventada pela paciente. Esta canção fazia a D. Zélia recordar-se do cão de que tanto gostava, acabando assim por relaxar.

No que toca ao terceiro problema, foi possível verificar que em alguns momentos de explosão de zanga e de raiva a paciente conseguia acalmar-se e perceber que há gestos que não são apropriados. Em muitas das sessões a D. Zélia desabafava as maldades que os outros pacientes lhe diziam e nessa situação trabalhou-se com a utente formas de lidar com essa raiva e zanga a partir de exercícios de dinâmicas musicais nos quais a paciente utilizou os instrumentos para descarregar as suas emoções. Deste modo foi possível assistir a uma aprendizagem por parte da paciente sobre lidar com as suas emoções e a conter os seus impulsos.

Discussão

As mudanças que se puderam verificar na D. Zélia ao longo da intervenção musicoterapêutica podem ser explicadas à luz da teoria.

A sessões de musicoterapia eram para a utente um momento de prazer, num espaço de confiança e de partilha. As sessões de musicoterapia foram marcadas pela relação terapêutica, participação e muita partilha musical e verbal. Esta paciente é uma pessoa que precisa de ser ouvida e valorizada. Sofre de isolamento social, porque apesar de se movimentar bem e passar muito tempo ao pé de outras pessoas, ao contrário dos funcionários e técnicos, a maior parte dos utentes não compreende a(s) sua(s) patologias, insultando-a e afastando-a. Como tal, para esta paciente, a música é um veículo de libertação da zanga e da raiva demonstradas por ela devido ao que sofre no exterior.

Foi escolhida uma abordagem musicoterapêutica adequada à D. Zélia que revelou resultados. A estagiária criou um repertório musical com significado pessoal e ao gosto da utente, o que serviu de veículo para a ativação de memórias e para a partilha de emoções, tal como Bruscia (1988) tinha referido. Lesta e Petocz (2006) tinham indicado benefícios provenientes da musicoterapia, nomeadamente a

reconstrução do discurso e a rearticulação de palavras e sons, o que se verificou na D. Zélia através da forma como passou a dizer corretamente algumas palavras que a anteriormente à musicoterapia não dizia. Tal como Aldridge (2000) referiu, a improvisação musicoterapêutica é uma ótima forma de estimular a cognição e de trabalhar a linguagem, pois permite avaliar a intencionalidade, a atenção, a concentração, a memória e a perseverança no desempenho de uma tarefa. Tal foi confirmado. A composição musical foi uma técnica que estimulou a fluidez de pensamentos e a expressão de sentimentos por parte da paciente, tal como tinha sido referido por Hong e Choi (2011). Compôr trouxe efeitos terapêuticos como a expressão criativa da linguagem e da música, sendo menos ameaçador e mais descontraído do que escrever ou falar sobre determinado assunto. Através da composição criaram-se momentos de bem-estar e felicidade. O facto da paciente compreender a letra da canção que compôs uma vez que ajudou a escrevê-la fez com que fosse mais participativa e fê-la sentir-se mais confortável em relação à melodia (o que acontecia com a minoria das músicas que cantava, pois normalmente sabia a letra mas não acertava a melodia ao cantar). Foi autónoma na expressão musical e emocional, tendo apenas sido ajudada pela estagiária na expressão linguística. Naturalmente, teve orgulho pela música que criou com a estagiária, o que ainda fortaleceu o laço entre as duas.

Outras Intervenções Clínicas

Para além dos dois estudos de caso já abordados, o trabalho musicoterapêutico estendeu-se a mais dez pessoas.

Foram selecionados quatro utentes do CD para constituírem o grupo do CD. Estes foram o Sr. Fábio, o Sr. Mário, a D. Maria e a D. Margarida. Outros três utentes da ERPI constituíram o grupo da ERPI, sendo estes o Sr. Ricardo, a D^a Fátima e a D^a Carmo. O Sr. Rodrigo, o Sr. Leonel e a D. Célia tiveram sessões individuais.

Nesta secção será feito um breve apanhado sobre os dados dos pacientes, a abordagem terapêutica que lhes foi feita, os resultados que se obtiveram a partir da intervenção musicoterapêutica e, no final, uma conclusão geral sobre os resultados.

Grupo do CD

O Sr. Fábio era o utente mais novo da instituição, com 67 anos. Tinha diagnóstico de demência por etilismo crónico. Entrou para o CD há 7 anos, com 60 anos. Demonstrava ter problemas de esquecimento, inclusive de letras de canções. Pedia à estagiária que as escrevesse em papel para depois as decorar. Assim fazia e na sessão seguinte já sabia a letra de cor. Queria sempre ser o cantor principal.

O Sr. Mário tinha 79 anos. Tinha diagnóstico de demência de tipo Alzheimer. Entrou há 1 ano no CD, com 78 anos, quando lhe foi diagnosticada a patologia. Faltavam-lhe as palavras quando queria falar e, por vezes, aplicava palavras fora do contexto. Contudo, não desistia de comunicar com os outros utentes, que faziam um esforço para o perceber. Era o mais falador da sessão e o que mais gostava de experimentar os instrumentos musicais.

A D. Maria tinha 73 anos. Tinha diagnóstico de demência mista, por vezes verificavam-se estados de depressão e desconfiava-se que fosse demência de tipo Alzheimer. Entrou no CD há 1 ano, com 72 anos. Era uma utente reservada, mais

ouvinte do que faladora, mas participativa quando o assunto ou a atividade decorrente eram do seu interesse.

A D. Margarida tem 84 anos. Tem diagnóstico de demência não especificada. Entrou no CD há 1 ano, com 83 anos.

Este grupo é constituído por utentes com algum tipo de demência e foram considerados mais funcionais a nível físico e psicológico do que os elementos do grupo da ERPI, uma vez que ainda apresentavam um considerável grau de autonomia. Num total de 15 sessões musicoterapêuticas, foi possível desenvolver um trabalho musicoterapêutico no qual se focaram principalmente os domínios comportamental e psicossocial, assim como o cognitivo e o mnésico. Foram principalmente realizadas atividades de exploração musical através do canto e da experimentação instrumental, com partilha verbal. O que os próprios destacaram como tendo gostado mais foi a alegria pelo convívio e a melhoria da sensação de bem-estar.

Grupo da ERPI

O Sr. Ricardo tinha 86 anos. Tinha diagnóstico de demência não especificada. Estava na ERPI há 4 anos, tendo entrado com 82 anos. Era muito participativo e interessado em todas as atividades sugeridas pela estagiária. Gostava sempre de cantar e, apesar de não saber tocar nenhum instrumento, tentava tocar todos os instrumentos que se encontravam disponíveis e com bastante assertividade, por vezes, até levando os outros elementos do grupo a queixarem-se por causa do barulho. Nessas circunstâncias a estagiária tentava criar um ambiente musical menos sonoro recorrendo a vocalizos ou a algum instrumento.

A D. Fátima tinha 97 anos. Tinha diagnóstico de demência não especificada. Estava na ERPI há 4 anos, tendo entrado com 93 anos. Era uma pessoa que nas primeiras sessões só gostava de ficar a assistir à dinâmica do grupo. Por vezes até

adormecia, depois voltava a acordar e sorria. Dizia sempre que estava muito cansada e com sono (provavelmente devido à medicação). Contudo, com o passar das sessões, foi participando algumas vezes, mas só quando era incentivada a fazê-lo e não durante muito tempo, entrando gradualmente na dinâmica do grupo. Nunca cantou, mas chegou a experimentar alguns instrumentos simples como a guizeira.

A D. Carmo tem 80 anos e diagnóstico de demência não especificada. Estava na ERPI há 1 ano, tendo entrado com 79 anos. Veio de uma outra instituição residencial para idosos com o marido, devido a ambos provocarem conflitos com os outros utentes. Em muitas sessões mostrou-se depressiva e desabafava os problemas que tinha com o marido. Todos a ouviam e davam a sua opinião e apoio. Depois passava-se para a parte musical que era dominada por ela e pelo Sr. Ricardo, principalmente a nível vocal. Ambos tinham sido durante a sua juventude cantores de Revista em Lisboa e como tal, gostavam muito de cantar e ainda tinham uma bonita voz. Ora cantavam à vez, ora faziam duetos, enquanto a estagiária acompanhava instrumentalmente.

Com catorze sessões de musicoterapia, este foi o grupo mais desafiante a vários níveis. Por ser um grupo constituído por pessoas pouco funcionais, a atividade que se conseguia desenvolver era pouca, havendo muitas distrações (ou precisavam de ir à casa-de-banho ou precisavam de beber água ou a sala estava fria demais ou simplesmente estavam tão ensonados, provavelmente devido à medicação, que se tornava difícil realizar uma atividade efetivamente). Também o facto de estarem em cadeiras de rodas, tornou mais complicado e demorado o início das sessões. Assim, optou-se por experimentar fazer pequenos exercícios e tentar ir progredindo. De um modo geral, verificou-se coesão grupal e muita comunicação verbal e também

musical. O foco principal da intervenção neste grupo foi combater o avanço da demência, manter a mobilidade e estimular a cognição dos utentes.

Utentes em Sessão Individual

Passando para os utentes em sessão individual, os três casos que serão apresentados de seguida correspondem a pacientes cujo estado demencial já estava bastante avançado. Os três pacientes acabaram por falecer.

O Sr. Rodrigo tinha 81 anos, diagnóstico de DA em estado muito avançado. Estava na ERPI há 4 anos, tendo entrado com 77 anos. A sua esposa tornou-se voluntária no lar para ser sua cuidadora diária. Apesar de toda a disponibilidade e apoio por parte da sua esposa, este paciente não podia de todo estar em casa porque era já completamente dependente para tudo. Fez apenas duas sessões de musicoterapia, porque acabou por falecer. Nessas duas sessões, que contaram com a presença e participação da esposa do paciente, objectivou-se que o trabalho musicoterapêutico fomentasse a relação e comunicação entre o casal, dado que o paciente estava sempre deitado numa cadeira, com os olhos fechados e sem falar. Apenas coçava o rosto de vez em quando. As duas sessões feitas permitiram criar um tempo e um espaço dedicado somente ao paciente e à relação já tão dificultada entre ele e a mulher, dado o estado avançado da doença. Nesta intervenção utilizou-se a audição musical como abordagem e shakers ovais como instrumentos musicais em momentos de interação entre o casal guiados pela estagiária.

O Sr. Leonel entrou para a ERPI aos 91 anos, com diagnóstico de demência não especificada, onde permaneceu 4 anos até falecer. Quando iniciou as sessões de musicoterapia tinha 95 anos e estava no leito em fim de vida. Consequentemente, estava muito isolado, não tendo quase nenhum contacto com ninguém. Foi encaminhado para a musicoterapia no sentido de se trabalhar a comunicação, a

aceitação da presença de outros e a expressão de emoções. Nesta intervenção musicoterapêutica utilizou-se principalmente o canto dirigido e dar a mão ao paciente. Assistiu-se ao declínio das capacidades que o utente ainda possuía, como falar algumas palavras e direcionar ou manter o contacto ocular com a estagiária quando abordado. Contudo, foi possível perceber pela atenção demonstrada no olhar do paciente, pelo facto de este estender a sua mão à estagiária e pelo seu sorriso que gostava da companhia e do momento de terapia e partilha musical.

A D. Célia tinha 90 anos e diagnóstico de DA em estado avançado. Estava institucionalizada há 4 anos, tendo entrado com 86 anos. Fez dez sessões de musicoterapia, mas em Março acabou por falecer. Foi um processo de avanços e retrocessos. Ao princípio não sabia identificar ninguém, depois, ao fim de algum tempo, já identificava a estagiária de musicoterapia, relacionando-a à música. Meses mais tarde voltou a não conseguir identificar a estagiária. Foi possível estabelecer uma relação terapêutica, com muita partilha verbal e apreciação musical.

Discussão das Intervenções Clínicas

Em modo de conclusão, houve questões comuns a todas as intervenções musicoterapêuticas e outras que foram particulares.

Tal como Aldridge (2000) referiu, cantar demonstrou ser uma tarefa relativamente simples de desempenhar por uma pessoa com demência, proporcionando-lhe conforto, segurança, emoções positivas e diminuição da ansiedade. Cantar as canções que fizeram parte da história de vida destes utentes permitiu explorar as histórias de vida dos mesmos e trabalhar cada pessoa como um ser holístico, com um passado, um presente e um futuro e com uma identidade própria. A esta identidade da pessoa está inerente o ISO ou a identidade sonoro-musical da pessoa, um conceito de Benezon (1988) o qual foi tido em conta pela

estagiária. Como tal, a estagiária criou para cada grupo musicoterapêutico, assim como para cada pessoa em regime de sessão individual um repertório musical. Bruscia (1988) mencionou alguns benefícios da musicoterapia que se vieram a confirmar como o alívio de problemas de sono, a diminuição da agitação e o sentimento de conforto. Estes benefícios foram referidos como sentidos pelos próprios pacientes. Outra questão muito importante foi recorrer aos familiares, aos cuidadores e a outros profissionais de saúde como fonte de informação sobre os pacientes dado que devido à demência, naturalmente têm problemas mnésicos e de linguagem e nem sempre a informação que os próprios fornecem à estagiária corresponde à verdade. Aldridge (2002) abordou a música como uma forma de fazer com que as pessoas recuperem recordações, provocando-lhes afetos que aparentemente se encontravam esquecidos. Tal verificou-se em todos os pacientes. Foi também notório o contributo que a musicoterapia teve na avaliação psicológica dos utentes, pois a estagiária conseguiu identificar capacidades e limitações dos pacientes, assim como a evolução dos mesmos aos níveis comportamental, comunicacional (verbal e não verbal), afetivo, sensorial, da perceção sensório-motora, da memória (de longo e de curto-prazo), competências como a motricidade fina e grossa, orientação espaciotemporal, motivação e noção da realidade. Estes foram os aspetos comuns a todas as intervenções musicoterapêuticas.

No caso particular do Sr. Leonel, que se encontrava no leito em fim de vida, o canto acompanhado de um instrumento demonstrou proporcionar momentos de contacto humano e de consolo, tal como Bruscia (2002) tinha referido.

Outro caso particular foi o do Sr. Rodrigo, que tendo apenas usufruído de duas sessões de musicoterapia individuais, foi possível criar através da música um

ambiente de conforto para o próprio e para a sua esposa, sua cuidadora. Esta foi uma das funções da música mencionadas por Aldridge (2002).

Em suma, através destes casos foi possível aprender que a musicoterapia é adequada e útil para a pessoa idosa com demência. Foi perceptível que o musicoterapeuta utilizando a música como um meio de comunicação para chegar à pessoa idosa e usando-a como ferramenta terapêutica, consegue obter resultados positivos para o paciente.

Outras Atividades no Âmbito do Estágio

No dia 11 de Novembro de 2017 a estagiária e a orientadora de estágio participaram no workshop “Utilização da música com pessoas com demência” que decorreu na Associação Alzheimer, em Lisboa, e foi apresentado pela musicoterapeuta Dra Gabriela Nicolau.

No dia 16 de Dezembro de 2017 realizou-se a Festa de Natal do CBESVF que contou com o apoio da estagiária e com a preparação de uma atividade musical para apresentar às famílias dos utentes que consistiu em cantar e tocar a música “ A todos um bom Natal”, de Lúcia Carvalho, tendo-se recriado a letra, cantado e tocado com os utentes.

No dia 16 de Fevereiro de 2018 a estagiária deslocou-se à Casa do Alecrim, em Cascais, para assistir a uma sessão de musicoterapia intergeracional dada pela musicoterapeuta Dr^a Gabriela Nicolau. Esta iniciativa teve como motivação duas atividades musicais dinamizadas pela estagiária que vieram a ocorrer no dia 21 de Março de 2018 no infantário e escola primária de Vale de Figueira e no dia 22 de Março de 2018 na escola primária de São Vicente do Paúl. Ainda em Fevereiro foi criado um panfleto intitulado “Musicoterapia com a pessoa idosa” com o intuito de divulgar a mais pessoas o que é a musicoterapia, para que serve e como é utilizada com a população idosa.

No dia 20 de Maio de 2018 a estagiária participou na Festa das Sopas realizada pela instituição. Surgiu a oportunidade de criar na entrada para o evento um pequeno espaço dedicado à musicoterapia. Em tal espaço foi afixado uma cartaz intitulado “A musicoterapia com a pessoa idosa”, uma recriação do panfleto criado em Fevereiro, mas mais completo em termos de informação, e foram expostos, em cima de um tapete, os instrumentos utilizados nas sessões de musicoterapia. Esta

exposição teve como principal objetivo divulgar para os familiares e amigos dos utentes assim como para outros curiosos a área da musicoterapia e a sua utilidade.

No dia 26 de Maio de 2018 a estagiária e a orientadora de estágio foram ao XI Encontro de Musicoterapia realizado na universidade Lusíada de Lisboa. À tarde, a estagiária participou no workshop “Dança sénior e psicomotricidade”, dirigido pela Dr^a Ana Santos, originando a ideia de se recrear um momento de dança e psicomotricidade com os utentes da ERPI e do CD no local de estágio. Tal atividade ocorreu no dia 20 de Junho de 2018.

No dia 25 de Junho de 2018 realizou-se no CBESVF a Festa dos Santos Populares, na qual a estagiária participou através da recreação da letra da canção “Cheira bem, cheira a Lisboa” de Amália Rodrigues. A música “Cheira bem, cheira a Vale Figueira” foi apresentada aos utentes e cantada juntamente com os funcionários da instituição.

Conclusões Gerais e Discussão

Considerando os objetivos gerais propostos para o estágio: reduzir o isolamento social, facilitando a comunicação e provendo a participação social, a expressão emocional e o relacionamento inter e intrapessoal; e preservar competências, estimulando o funcionamento físico e cognitivo da pessoa idosa com demência, considera-se que houve sucesso, dentro do que é possível melhorar em pessoas com vários tipos de demência e ainda para mais em pessoas com demência de Alzheimer em estado muito avançado. A intervenção musicoterapêutica promoveu a participação social da pessoa idosa tanto dentro como fora da sala da musicoterapia, promoveu melhorias no funcionamento físico e cognitivo, na produção verbal e na comunicação. Pessoas idosas que se encontravam menos reativas demonstraram um aumento da ativação ao longo das sessões musicoterapêuticas.

Sem dúvida que a musicoterapia foi uma mais valia para os utentes da instituição que dela puderam usufruir, pois contribuiu para a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos utentes. Como os próprios testemunharam: “Gosto de estar aqui (nas sessões de musicoterapia) pelo convívio”, disseram o Sr. Mário e o Sr. Fábio; “Ai que linda! Ai que linda a música (...) Quando me vou embora daqui (das sessões de musicoterapia) tenho pena” e “Eu gosto muito disto”, disse o Sr. Ricardo); “Ela precisa disto (das sessões de musicoterapia)” disse a D. Carmo sobre a cunhada D. Ana. As pessoas selecionadas para a musicoterapia, puderam descobrir a musicalidade e a sonoridade que há dentro delas e com isso trabalhar, juntamente com a estagiária, as suas dimensões cognitiva, emocional, comportamental, física, sensorial e espiritual.

Tal como indica a literatura na área e como se pôde verificar durante o estágio, a musicoterapia promove a vinculação, o relacionamento significativo, aumenta a

fluência verbal, a espontaneidade do discurso, a comunicação, a ativação física e emocional, o contacto humano, o conforto, o sentimento de realização e de segurança, a memória, a auto-expressão e a ativação do tónus muscular.

É ainda fundamental destacar que este estágio causou impacto nos profissionais que trabalham na instituição, sensibilizando-os para a valorização da musicoterapia, especialmente no que toca à intervenção musicoterapêutica com pessoas idosas.

Reflexão Final

Este estágio foi o primeiro que realizei e, como tal, trouxe-me grandes desafios, mas também grandes aprendizagens.

Durante o estágio foi possível adquirir novas aprendizagens, nomeadamente perceber que fazer parte do funcionamento de uma instituição é um trabalho exigente para o qual é preciso dedicação, persistência, gestão do tempo e definição de prioridades. Outro aspecto aprendido foi que apesar da importância de saber o diagnóstico de um paciente, mais importante ainda é passar tempo com ele, para o conhecer e perceber realmente quais são as suas necessidades sem se ser guiado por um “rótulo” (o diagnóstico). Estar com os utentes não é só bom para eles, mas também para quem está com eles. A população idosa, em específico, tem sempre muitas histórias verídicas e vivenciadas, experiências pessoais para partilhar, que enchem os técnicos (pessoas mais novas) de aprendizagens sobre a vida em geral e abrem espaço para a reflexão. Em termos de dificuldades, a que mais senti foi perceber que tinha de pôr de parte as minhas emoções para poder ser terapeuta. Aprendi que é muito importante conseguir gerir o que sinto, não deixando que afete os pacientes. Enquanto terapeuta é fundamental saber pôr-me no lugar da outra pessoa, isto é, ser empática, de modo a perceber quais são as necessidades da pessoa para assim a puder ajudar.

Sinto-me pronta para agarrar o desafio de dar os primeiros passos como musicoterapeuta, a nível profissional, mantendo-me sempre disponível para aprender mais e melhorar enquanto pessoa e enquanto profissional.

Referências

- Aldridge, D. & Aldridge, G. (1992). Two epistemologies: music therapy and medicine in the treatment of dementia. *The Arts in Psychotherapy, 19*, 243-255.
- Aldridge, D. (2000). *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (2002). *Music Therapy in Dementia Care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (2005). *Music Therapy and neurological rehabilitation: performing health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano nacional de intervenção Alzheimer: trabalho preparatório para a conferência “doença de alzheimer: que políticas”*. Obtido em maio de 2018, de [https://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20\(in%20Portuguese\).pdf](https://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20(in%20Portuguese).pdf).
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do context não-verbal*. S. Paulo: Summus Editorial.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers
- Castro-Caldas, A. (2005). O Cérebro e as suas funções. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 1-10). Lisboa: Lidel.
- Cavasco, A. M. & Grant, R. E. (2003). Comparison of Different Methods for Eliciting Exercise-to-Music for Clients with Alzheimer`s Disease. *Journal of Music Therapy, 40*(1), 41-55.
- Chu, H., Yang, Y. C., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, Y. T., O`Brien, P. A. & Chou, R. K. (2014). The impacto f Group Music Therapy on Depression and Gognitive in

- Elderly Persons in Dementia: A Controlled Study Biological Research.
Nursing, 16(2), 209-27. Doi:10.1177/1099800413485410.
- Cupertino, A.P.F.B., Rosa, F.H.M. & Ribeiro, P.C.C. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86.
- Dassa, A. & Amir, D. (2014). The Role of Singing Familiar Songs in Encouraging Conversation among People with Middle to Late Stage Alzheimer`s Disease. *Journal of Music Therapy*, 51(2), 131-148.
- DSM-5 (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Espírito Santo, R. (2019). *Cinco frases e cinco livros de Oliver Sacks*. Obtido em junho de 2018, de <https://blog.estantevirtual.com.br/2016/06/02/livros-de-oliver-sacks/>.
- Hintz, M.R. (January 2000). Geriatric Music Therapy Clinical Assessment: Assessment of Music Skills And Related Behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31–40.
- Hong, I. S. & Choi, M. J. (2011). Songwriting functions of the aged with dementia. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 221-228. Doi:10.1016/j.aip.2011.07.002.
- Kirkland, K., Fortuna, M. C. *et al.* (2014). Music with Dementia: A Mixed-Methods Study. *Canadian Journal of Music Therapy*, 20(1), 10-35.
- Lesta, B. & Petocz, P. (2006). Familiar Group Singing: Adressing Mood and Social Behaviour of Residents with Dementia Displaying Sundowning. *Australia Journal of Music Therapy*, 17, 1-14.
- McDermott, O., Orrel, M. & Ridder, M. H. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers,

- staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18(2), 706-716.
- Doi:<http://dx-doi.org/10.1080/13607863.2013.875124>.
- Mónico, L. S. M., Custódio, J. R. A. & Frazão, A. A. (2012). The Informal Caregiver of Dependent Elderly: Levels of Burden and Related Variables. *Internacional Journal of Development and Educational Psychology*, 2(1), 149-160.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Conceito de Envelhecimento*. Obtido em abril de 2018, de <http://www.gerontouivali:worldpress.com/conceito-de-idoso>.
- Raglio, A., Belleli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A. R., Farina, E., ... Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72(4), 305-310. Doi:10.1016/j.maturitas.2012.05.01.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Prevalência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(2), 182-188.
- Solé, C., Mercadal-Brotons, Melissa *et al.* (2014). Effects of Group Music Therapy on Quality of Life, Affect and Participation in People with Varying Levels of Dementia. *Journal of Music Therapy*, 51(1), 103-120.
- VanWeelden, K., Juchniewicz, J. & Cevasco, A. M. (2008). Music Therapy Students` Recognition of People Song Repertoire for Geriatric Clients. *Journal of Music Therapy*, XLV(4), 443-456.
- Wall, M. & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108-113.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Grelha de avaliação geriátrica da D. Ana.

Apêndice B - Grelha de avaliação geriátrica da D. Zélia.

APÊNDICE A

Grelha de avaliação geriátrica da D. Ana

Avaliação de musicoterapia geriátrica

Nome: D. Ana Data de nascimento: 17/02/1937
 Religião: Católica Etnia: Caucasiana Estado civil: Viúva
 Natureza da incapacidade: Demência da Doença de Alzheimer
 Preferência musical: Música popular portuguesa e fado

Domínios

Musical Expressivo	Motor
Musical Recetivo	Cognição e Memória
Comportamental/Psicosocial	

Áreas alvo de tratamento

CAPACIDADES MUSICAIS	CAPACIDADES SOCIAIS	CAPACIDADES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	CAPACIDADES MOTORAS/FÍSICAS
vocal	comunicação expressiva (x)	memória (x)	mobilidade (x)
Instrumental (X)	comunicação receptiva	orientação (x)	coordenação
ritmo (x)	interação (x)	atenção (x)	resistência
discriminação	autoestima/confiança	conclusão de tarefa (x)	propriocepção
conjunto	expressão criativa	transição	motricidade fina
criatividade	cooperação	comportamento inapropriado (x)	motricidade grossa

Recomendações de objetivos musicoterapêuticos:

Trabalhar o isolamento social e os comportamentos inapropriados (levantar a camisola em frente às outras pessoas).

Encaminhamento recomendado:

Sessão individual (x)	Reminiscência (x)	Cantar junto (x)
Estimulação sensorial	Banda de ritmo	Coro
Orientação para a realidade	Apreciação musical (x)	Outro: Tocar junto (x)

Avaliado por: Joana Bento

Data: Junho 2018

Nome: D. Ana

Capacidades musicais expressivas

Capacidades musicais receptivas

VOCAL	Identifica a fonte de som (x)
Vocaliza em resposta à música (x)	Discrimina o tom
Corresponde ao canto afinado (x)	Identifica a direção da sequência de 2 tons (cantada ou tocada) (x)
Canta intervalos melódicos com precisão (x)	Identifica a direção da sequência de 3 tons (cantada ou tocada) (x)
Canta uma canção familiar com acompanhamento (x)	Discrimina um ritmo simples
Canta uma canção familiar de forma independente (x)	Discrimina um ritmo complexo
INSTRUMENTAL	Discrimina dinâmicas (x)
Corresponde a uma batida constante	Discrimina duração
Toca em sincronia com acompanhamento	Discrimina timbre / instrumento
Improvisa ritmicamente	Discrimina uma melodia simples
Toca um padrão ostinato simples	Identifica o título de uma canção familiar quando é dada a letra (x)
Mantém-se a tocar de forma independente	Identifica o título de uma canção quando é dada apenas a melodia
Comentários:	

Capacidades comportamentais / psicossociais

Envolve-se com o terapeuta (x)	Usa instrumentos / materiais apropriadamente
Aceita limites / estrutura (x)	Comunica com palavras soltas (x)
Tolera transições (x)	Comunica com frases soltas (x)
Participa em tarefas apropriadamente (x)	Comunica com frases (x)
Mantém contacto ocular apropriado	Inicia interação
Segue direções simples (x)	Pede ajuda quando precisa
Segue direções complexas	Expressa preferência / escolhe
Demonstra afeto apropriadamente (x)	
Comentários:	

Capacidades motoras e cognitivas

MOTRICIDADE FINA	COGNIÇÃO E MEMÓRIA
Instrumentos percussão / baquetas (x)	Recorda o próprio nome (x)
Demonstra independência do dedo (x)	Recorda o nome de pessoas familiares (x)
Toca a tecla ou barra individual do instrumento (x)	Recorda a melodia de canções familiares (x)
Demonstra coordenação olho-mão adequada (x)	Recorda a letra de canções familiares (x)
Cruza a linha média	Recorda o nome dos instrumentos
MOTRICIDADE GROSSA	Recorda a última tarefa musical ou canção
Demonstra controlo da extremidade superior	Recorda a primeira tarefa musical ou canção
Consciência espacial adequada	Permanece na tarefa pela duração (x)
Demonstra direcionalidade (x)	Começa e acaba nos tempos certos (x)
Mobilidade independente	Mantém sincronia com outra pessoa
Demonstra coordenação adequada	Capacidade para reconhecer erros e autocorrigir-se
Comentários:	

APÊNDICE B

Grelha de avaliação geriátrica da D. Zélia

Avaliação de musicoterapia geriátrica

Nome: D. Zélia Data de nascimento: 19/04/1941
 Religião: Católica Etnia: Caucasiana Estado civil: Solteira
 Natureza da incapacidade: Síndrome demencial
 Preferência musical: Música popular portuguesa e canções religiosas

Domínios

Musical Expressivo	Motor
Musical Receptivo	Cognição e Memória
Comportamental/Psicossocial	

Áreas alvo de tratamento

CAPACIDADES MUSICAIS	CAPACIDADES SOCIAIS	CAPACIDADES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	CAPACIDADES MOTORAS/FÍSICAS
vocal (x)	comunicação expressiva (x)	memória	mobilidade
instrumental (X)	comunicação recetiva (x)	orientação	coordenação
ritmo (x)	interação (x)	atenção (x)	resistência
discriminação (x)	autoestima/confiança	conclusão de tarefa (x)	proprioceção
conjunto	expressão criativa	transição (x)	motricidade fina
criatividade	cooperação	comportamento inapropriado (x)	motricidade grossa

Recomendações de objetivos musicoterapêuticos:

Trabalhar o isolamento social, os comportamentos inapropriados (ser intrusiva) e conter a agressividade.

Encaminhamento recomendado:

Sessão individual (x)	Reminiscência (x)	Cantar junto (x)
Estimulação sensorial	Banda de ritmo	Coro
Orientação para a realidade (x)	Apreciação musical (x)	Outro: Tocar junto (x)

Avaliado por: Joana Bento

Data: Junho 2018

Nome: D. Zélia

Capacidades musicais expressivas

Capacidades musicais receptivas

VOCAL	Identifica a fonte de som (x)
Vocaliza em resposta à música (x)	Discrimina o tom
Corresponde ao canto afinado	Identifica a direção da sequência de 2 tons (cantada ou tocada)
Canta intervalos melódicos com precisão	Identifica a direção da sequência de 3 tons (cantada ou tocada)
Canta uma canção familiar com acompanhamento (x)	Discrimina um ritmo simples
Canta uma canção familiar de forma independente (x)	Discrimina um ritmo complexo
INSTRUMENTAL	Discrimina dinâmicas
Corresponde a uma batida constante	Discrimina duração (x)
Toca em sincronia com acompanhamento	Discrimina timbre / instrumento
Improvisa ritmicamente	Discrimina uma melodia simples
Toca um padrão ostinato simples	Identifica o título de uma canção familiar quando é dada a letra
Mantém-se a tocar de forma independente (x)	Identifica o título de uma canção quando é dada apenas a melodia
Comentários:	

Capacidades comportamentais / psicossociais

Envolve-se com o terapeuta (x)	Usa instrumentos / materiais apropriadamente (x)
Aceita limites / estrutura	Comunica com palavras soltas
Tolera transições	Comunica com frases soltas (x)
Participa em tarefas apropriadamente (x)	Comunica com frases (x)
Mantém contacto ocular apropriado	Inicia interação (x)
Segue direções simples (x)	Pede ajuda quando precisa (x)
Segue direções complexas	Expressa preferência / escolhe (x)
Demonstra afeto apropriadamente (x)	
Comentários:	

Capacidades motoras e cognitivas

MOTRICIDADE FINA	COGNIÇÃO E MEMÓRIA
Instrumentos percussão / baquetas (x)	Recorda o próprio nome (x)
Demonstra independência do dedo (x)	Recorda o nome de pessoas familiares (x)
Toca a tecla ou barra individual do instrumento (x)	Recorda a melodia de canções familiares (x)
Demonstra coordenação olho-mão adequada (x)	Recorda a letra de canções familiares (x)
Cruza a linha média	Recorda o nome dos instrumentos
MOTRICIDADE GROSSA	Recorda a última tarefa musical ou canção (x)
Demonstra controlo da extremidade superior	Recorda a primeira tarefa musical ou canção (x)
Consciência espacial adequada (x)	Permanece na tarefa pela duração
Demonstra direcionalidade (x)	Começa e acaba nos tempos certos
Mobilidade independente (x)	Mantém sincronia com outra pessoa
Demonstra coordenação adequada	Capacidade para reconhecer erros e autocorrigir-se
Comentários:	