

Universidades Lusíada

Almeida, Michelle dos Anjos de Souza, 1985-

Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas

<http://hdl.handle.net/11067/4740>

Metadados

Data de Publicação	2018
Resumo	<p>O presente relatório enquadra teoricamente e apresenta o estágio realizado em três instituições, a Associação Perelhal Solidário, a Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia e a Associação Carapeços Solidário, com o apoio da Câmara Municipal de Barcelos. Este trabalho foi efetuado no âmbito do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada em Lisboa. Nas instituições em que decorreu o estágio, dedicadas ao apoio de população idosa do Concelho de Barcelos, foram intervencionadas individ...</p> <p>The following report presents and provides a theoretical frame for the internship conducted in three institutions: Associação Perelhal Solidário, Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia and, Associação Carapeços Solidário, with the support of the Barcelos City Council. This work was performed as part of the Master's Course in Music Therapy by Universidade Lusíada in Lisbon. In the institutions in which the internship was conducted, dedicated to the support of the elderly population of t...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia para idosos, Musicoterapia - Prática profissional, Associação Carapeços Solidário (Barcelos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia (Barcelos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Associação Perelhal Solidário (Barcelos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T05:58:09Z 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

Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas

Realizado por:

Michelle dos Anjos de Souza Almeida

Supervisionado por:

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

Orientado por:

Dr. Miguel Araújo Oliveira

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.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jimenez

Relatório aprovado em: 4 de outubro de 2019

Lisboa

2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas

Michelle dos Anjos de Souza Almeida

Lisboa

dezembro 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

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Musicoterapia

Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas

Michelle dos Anjos de Souza Almeida

Lisboa

dezembro 2018

Michelle dos Anjos de Souza Almeida

Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas

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

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

Orientador de estágio: Dr. Miguel Araújo Oliveira

Lisboa

dezembro 2018

Ficha Técnica

Autora Michelle dos Anjos de Souza Almeida
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientador de estágio Dr. Miguel Araújo Oliveira
Título Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

ALMEIDA, Michelle dos Anjos de Souza, 1985-

Estudo da aplicação da musicoterapia em patologias neurodegenerativas / Michelle dos Anjos de Souza Almeida ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Miguel Araújo Oliveira. - 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 - OLIVEIRA, Miguel Araújo, 1984-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos
2. Musicoterapia - Prática profissional
3. Associação Carapeços Solidário (Barcelos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia (Barcelos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Associação Perelhal Solidário (Barcelos, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Music therapy - Practice
3. Associação Carapeços Solidário (Barcelos, Portugal) - Study and teaching (Internship)
4. Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia (Barcelos, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Associação Perelhal Solidário (Barcelos, Portugal) - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.A46 2018

Em memória da minha avó

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os professores que fizeram parte deste percurso académico. Com todos eles aprendi coisas importantes!

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Teresa Leite pelo conhecimento académico e técnico passado, que me proporcionou um grande desenvolvimento pessoal e académico.

Gostaria de agradecer a Câmara Municipal de Barcelos por ter acolhido este estágio e pelo apoio concedido.

Às instituições participantes, o meu muito obrigada. Sem estas seria impossível que esta experiência enriquecedora tivesse ocorrido!

Gostaria de agradecer ao Dr. Nuno de Oliveira pelo seu apoio permanente e por ter estado sempre disponível para responder a todas as questões.

Queria agradecer à minha família...

À minha avó, por ter estado aqui a minha vida toda! Pelo incentivo que me deu para seguir este mestrado!

À minha mãe, por ser o meu braço direito, por ter estado do meu lado sempre, e pelo esforço...de toda uma vida!

Ao meu pai, por me ter ensinado que as pessoas podiam mudar!

Ao meu companheiro de viagem de seis anos, queria agradecer por teres estado aqui nos momentos bons e nos momentos maus....

Ao meu príncipezinho, que apesar de seres pequenino, foste extremamente forte! Estiveste sempre aqui sem pedir nada em troca!

E a todos os outros que, de muitas formas, me ajudaram a seguir em frente!

A todos, muito obrigada!

Sumário

Agradecimentos	VII
Sumário.....	IX
Resumo	XIII
Abstract.....	XV
Lista de abreviaturas	XVII
Lista de Tabelas	XIX
Lista de Figuras	XXI
Introdução.....	1
Caracterização da Instituição.....	3
Associação Perelhal Solidário.....	7
Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia	7
Associação Carapeços Solidário	8
Descrição da população alvo	9
Enquadramento conceptual.....	11
Envelhecimento	11
Abordagens neuropsicológicas de envelhecimento	14
Envelhecimento patológico.....	18
<i>Depressão</i>	19
<i>Morte e o Luto</i>	22
Doenças neurodegenerativas.....	24
Doença de Parkinson.....	26
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	26
Musicoterapia.....	33
Abordagens técnicas em musicoterapia	35
Musicoterapia Neurológica.....	38
Musicoterapia e o idoso	42
<i>Musicoterapia na doença de Parkinson</i>	43
<i>Musicoterapia no Acidente Cardiovascular (AVC)</i>	43
Objetivos de estágio	53
Metodologia.....	54
Participantes.....	54
Instrumentos de avaliação.....	56
Procedimentos.....	57
Fase de observação e integração.	57

Fase de intervenção.....	58
Fase de avaliação final	58
Recursos Materiais.....	58
Agenda Semanal	59
Estrutura das sessões.....	59
Casos de Estudo.....	63
Estudo de Caso I - A. L.....	63
Plano terapêutico	64
Avaliação inicial (1ª a 3ª sessão)	64
Plano Terapêutico	65
O desenvolvimento (4ª a 12ª sessão)	67
O final (13ª à 18 sessão).....	70
Conclusão do caso.....	71
Estudo de caso da paciente S.P.	71
Caraterização da paciente S.P.....	71
Avaliação Inicial (1ª a 6ª sessão)	71
Plano Terapêutico	73
O desenvolvimento (7ª a 23ª sessão)	74
O final (24ª a 28ª sessão)	77
Conclusão do caso.....	77
Outras intervenções clínicas	78
E. S.....	78
C. R.	79
M. P.....	80
P.R.	81
M.S. 1.....	82
M.S. 2.....	83
M.F.	84
A.M.	85
M.M.	86
S.T.....	86
R.S.	87
T.P.	88
Outras atividades.....	88
Discussão de Resultados e Conclusão	91

Reflexão Pessoal.....	93
Lista de Referências.....	95
Glossário.....	109
<u>Apêndices</u>	113
Lista de Apêndices.....	114
<u>Apêndice A</u>	115
<u>Apêndice B</u>	123
<u>Apêndice C</u>	125
<u>Apêndice D</u>	127
<u>Apêndice E</u>	129
<u>Anexos</u>	131
Lista de Anexos.....	132
<u>Anexo A</u>	134
<u>Anexo B</u>	136

Resumo

O presente relatório enquadra teoricamente e apresenta o estágio realizado em três instituições, a Associação Perelhal Solidário, a Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia e a Associação Carapeços Solidário, com o apoio da Câmara Municipal de Barcelos. Este trabalho foi efetuado no âmbito do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada em Lisboa. Nas instituições em que decorreu o estágio, dedicadas ao apoio de população idosa do Concelho de Barcelos, foram intervencionadas individualmente 14 utentes. Duas destas intervenções são apresentados como estudos de caso e as 12 intervenções restantes são descritas de forma resumida. A realidade demográfica da região acompanha a evolução registada a nível nacional e europeu em que se verifica o envelhecimento sistemático da população. Em Portugal, segundo dados do INE (2002), a população idosa duplicou (16,7%) nos últimos quarenta anos e estima-se que em 2050 a população idosa atinja os 32%. Neste contexto, o objetivo do estágio foi o de estudar o impacto da musicoterapia para retardar os efeitos do envelhecimento e para melhorar as condições física e motora, cognitiva e neurológica dos idosos. Os efeitos da terapia foram também observados ao nível da sociabilização e da melhoria dos processos de comunicação dos sujeitos intervencionados. A intervenção foi iniciada com a avaliação de cada idoso, a partir da qual se estabeleceu o plano terapêutico personalizado. O tratamento aplicado considerou sessões semanais de 45m e teve a duração de 9 meses. As sessões foram gravadas e no final do tratamento os resultados da terapia foram analisados e avaliados tendo-se verificado que os idosos intervencionados apresentavam melhorias significativas aos níveis cognitivo, motor, comunicacional e socioemocional. A avaliação inicial e final foi concretizada com recurso à grelha de avaliação Geriatric Music Therapy Assessment. As principais conclusões do trabalho realizado são que a musicoterapia

resultou em melhorias evidentes dos idosos aos níveis cognitivo, motor, comunicacional e socioemocional. Verificou-se que os pacientes melhoraram as suas capacidades de autoexpressão, autoafirmação e relacionamento com os outros e com o próprio terapeuta, com reflexos significativos na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Musicoterapia; Musicoterapia neurológica; idosos; Parkinson e Acidente Córdio Vascular

Abstract

The following report presents and provides a theoretical frame for the internship conducted in three institutions: Associação Perelhal Solidário, Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia and, Associação Carapeços Solidário, with the support of the Barcelos City Council. This work was performed as part of the Master's Course in Music Therapy by Universidade Lusíada in Lisbon. In the institutions in which the internship was conducted, dedicated to the support of the elderly population of the Barcelos Municipality, 14 patients were followed. Two of these interventions are presented as case studies and the remaining 12 are summarily described. The demographic reality of the region as the same trend as that of the national and European values in which a systematic aging of the population can be perceived. In Portugal according to the data of the National Institute of Statistics (INE, 2002), the elderly population doubled (16,7%) in the last forty years and it's estimated that by 2050 this population will reach 32%. In this scenario, the purpose of this internship was to study the impact of music therapy in delaying aging symptoms and improving physical and motor, cognitive and neurological conditions of the elderly. The effects of the therapy were also observed in the level of socialization and improved communication processes of the patients. The intervention began with the evaluation of each individual, which then served as the basis to develop a personalized therapeutic plan. The treatment was scheduled for weekly 45 minute sessions for 9 months. The sessions were recorded and in the end of this period, the results of the therapy were analyzed and assessed and a marked improvement was observed in cognitive, motor, communicational and socioemotional levels. The first and last evaluations were performed using a Geriatric Music Therapy Assessment grid. The main conclusions of the internship are that music therapy produced observable improvements in cognitive, motor, communicational and

socioemotional areas. The patients improved their ability to self-express, self-affirm and their relationships with both others and with the therapist, with significant improvements in their quality of life.

Key-Words: Music therapy; neurological music therapy; elderly; Parkinson and Cerebrovascular Accident

Lista de abreviaturas

- RAS** - Rhythmic Auditory Stimulation
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- PPA** - Primary Progressive Aphasia
- TIMP** - Therapeutic Instrumental music performance
- RAMT** - Relational Active Music Therapy
- INE** - Instituto Nacional de Estatística
- EUA** - Estados Unidos da América
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- WFMT** - World Federation of Music Therapy
- MIT** - Melodic Intonation Therapy
- SIPARI** - Singing Intonation Prosody Atmung (Breathing) Rhythm
Improvisation
- RGRM** - Ronnie Gardinier Rhythm Improvisation

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1</i> - Organizações de apoio à população em Barcelos e concelhos limítrofes.....	5
<i>Tabela 2</i> - Caraterização dos participantes.....	54
<i>Tabela 3</i> - Diagnóstico dos utentes	55
<i>Tabela 4</i> - Distribuição das horas semanais de estágio por instituição	55
<i>Tabela 5</i> - Agenda semanal	59
<i>Tabela 6</i> - Plano terapêutico A.L	66
<i>Tabela 7</i> - Plano terapêutico S.L.	74

Lista de Figuras

<i>Figura 1</i> - Índice Demográfico (Lemaire, 2012, p. 21)	12
-------------------------------------------------------------------	----

Introdução

O presente relatório tem o objetivo de apresentar o trabalho de estágio em musicoterapia realizado em três instituições para idosos do concelho de Barcelos nomeadamente, a Associação Perelhal Solidário, a Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia e a Associação Carapeços Solidário. Este estágio foi realizado no âmbito do Mestrado de Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, o estágio teve o apoio da Câmara Municipal de Barcelos, entidade responsável pela seleção das instituições onde decorreu.

O interesse da Autarquia neste estágio resultou do facto da demografia da região acompanhar a evolução registada a nível nacional e europeu ao nível do envelhecimento progressivo da população. Em Portugal, segundo dados do INEM (2002), a população idosa duplicou nos últimos quarenta anos, atingindo os 16,7%, e estima-se que em 2050 atinja 32%.

As doenças neurodegenerativas têm grande incidência nesta população como seria de esperar e, dadas as perspetivas de evolução da percentagem de idosos no total da população, o número de casos tende a aumentar progressivamente (Bella et al., 2015)

Segundo Cortès-Clemnts & Vuong (2016) em 2015, 550 milhões de pessoas estão diagnosticadas com Parkinson. A doença que surge em segundo lugar nas estatísticas das doenças neurodegenerativas é a Demência do tipo Alzheimer (Bella et al., 2015; Schiebel et al, 2017).

No entanto, para Kall et al. (2012) o AVC é a segunda causa de morte, embora esta patologia apresente diferenças entre pacientes.

As doenças neurodegenerativas apresentam vários sintomas, causando deficits aos níveis psicológico, físico, cognitivo e comunicacional, com impactos na autonomia e no relacionamento destes pacientes com o meio envolvente e os outros. Isto implica perdas

significativas de qualidade de vida para os portadores destas doenças, que se refletem sobre as famílias e sobre a sociedade em geral.

O principal tratamento das doenças neurodegenerativas consiste na administração de fármacos que reduzem alguns sintomas mas também apresentam efeitos secundários que podem ser graves (Cortès-Clements, et al., 2016).

Face a esta realidade, têm vindo a ser desenvolvidas novas abordagens para melhorar as condições gerais (físicas, psicológicas, cognitivas e comunicacionais) dos pacientes que apresentam estas patologias.

A musicoterapia tem vindo a revelar-se como uma terapia com significativos resultados junto da população idosa. Neste contexto, o objetivo do estágio foi o de aprofundar o estudo do impacto da musicoterapia para retardar os efeitos do envelhecimento e para melhorar as condições físicas e motoras, cognitiva e neurológica dos idosos. Os efeitos da terapia foram também observados ao nível da socialização e da melhoria dos processos de comunicação dos sujeitos intervencionados.

Este relatório descreve as estratégias de intervenção utilizadas, bem como a literatura que fundamenta o trabalho realizado.

A intervenção recaiu sobre um grupo de 14 idosos e foi iniciada com a avaliação de cada participante, a partir da qual se estabeleceu um plano terapêutico personalizado. O tratamento aplicado considerou sessões semanais de 45m e teve a duração de 9 meses. As sessões foram gravadas e, no final do tratamento, procedeu-se à análise e avaliação dos resultados da terapia. Dos 14 intervenientes foram selecionados dois para a realização de estudo de casos. Por fim, elaborou-se a conclusão geral do trabalho e refletiu-se sobre a importância deste estágio para a musicoterapeuta.

Caracterização da Instituição

A Câmara de Barcelos é um dos maiores municípios do distrito de Braga (378,9 Km²) e está subdividido em 61 freguesias. Possui 129.391 habitantes e uma densidade populacional de 317,74 habitantes por Km². Esta população, de acordo com os censos de 2011, é composta por 52,2% de indivíduos do sexo feminino e 47,8% do sexo masculino.

De acordo com os censos, verifica-se que o concelho de Barcelos apresenta significativas diferenças na distribuição da população por freguesia que oscila entre 1000 e 2500 habitantes, com dominância das freguesias com menos habitantes (47 com 1000 e apenas 4 com pouco mais de 2500 habitantes) (Conselho Local de Ação Social de Barcelos, 2015).

O concelho é predominantemente rural, com 40,8% de solos agrícolas e 32% de floresta. Os espaços urbanos ocupam pouco mais de 15% do território.

O índice de longevidade¹, segundo o INE (2017) é de 44,5% e em 2016 a população contava com 116,3 idosos por cada 100 jovens². Estes dados revelam um forte envelhecimento da população e o aumento significativo da esperança média de vida, que resulta de melhoramentos importantes na qualidade de vida das populações, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde, mas também no que respeita à assistência social e apoio aos idosos.

Existe no concelho uma reduzida taxa de natalidade influenciada por fatores de diversas ordens, desde a recessão económico-financeira, à tendência para a imigração da população do Minho, que atualmente afeta grupos jovens com formação elevada. Isto originou instabilidade laboral, novas formas de emprego, flexibilidade laboral e a permanência prolongada dos jovens em casa dos pais. Para além disso, verifica-se nas últimas

¹ Número de idosos com mais de 80 anos por 100 idosos.

² Prodata, <https://www.pordata.pt/Municipios>, retirado em 13 de agosto 2018.

décadas o aumento do investimento das famílias na educação académica e profissional dos jovens, o aumento do emprego feminino, bem como da idade das mulheres à data do nascimento do primeiro filho e a conseqüente redução da taxa de fecundidade. Importa salientar que, no concelho, as mulheres encontram trabalho não só nas atividades rurais e artesanais mas também nas indústrias transformadoras, em que estão presentes com particular intensidade no setor têxtil e vestuário mas também nas indústrias do calçado e da cerâmica.

A dinâmica populacional deste concelho tende para o envelhecimento crescente e verifica-se que a população idosa está fixada por todo o concelho, desde as freguesias rurais adjacentes do concelho até ao centro urbano (Barcelos e Barcelinhos).

As freguesias com maior percentagem de habitantes idosos são as de Aborim (19,3% da população), Carvalhas (18,9%), Barcelos (17,8%), Tregosa (17,6%) e Adães (16,8%). Desta população, segundo os dados do INE (2011), 42,3% vivem sozinhos ou acompanhados por outros idosos. Em números absolutos, a freguesia de Arcozelo apresenta maior número de idosos (643), seguida de Barcelos (440), Tamel de S. Veríssimo (223) e Vila Frescaíña São Martinho (201). Como se verifica pelos dados referidos, é notório o rápido crescimento da população envelhecida e dependente de terceiros.

Entre os anos de 2001 e 2016 verificou-se uma alteração significativa da taxa de envelhecimento. Em 2001 o indicador de envelhecimento apontava para os 53,2% enquanto que em 2016 este valor passou para 44,5%. A redução registada neste indicador, contudo, não significa que haja menos idosos, antes pelo contrário: dada a entrada no escalão etário dos 65 e mais anos de um elevado número de habitantes, a percentagem dos cidadãos que têm mais de 80 anos reduziu proporcionalmente.

A nível social, este concelho apresenta o índice de 1,3% de analfabetismo (INE, 2011) que afeta, sobretudo, a população mais idosa, o que apresenta problemas específicos.

O aumento significativo da população com 65 e mais anos neste concelho conduziu à criação de várias entidades para dar resposta às necessidades deste grupo etário. Estas organizações estão mais concentradas junto a linha do Cávado.

Tabela 1 – Organizações de apoio à população em Barcelos e concelhos limítrofes

Território	Capacidade de Resposta						População Residente com 65 anos ou mais (2012)	Capacidade de Resposta em Relação à população com 65 anos ou mais		
	Creche	ATL	Centro de Convívio	Centro de Dia	Lar de Idosos e Residência	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)		Serviço de Apoio Domiciliário	Lar Residencial e Lar de Idosos	Centro de Convívio e Centro de Dia
Barcelos	1133	1325	65	370	539	597	16970	3,52%	2,84%	2,56%
Braga	2406	3229	351	579	1120	838	24292	3,45%	3,88%	3,83%
Famalicão	1924	2522	123	593	651	1297	18922	6,85%	2,89%	3,78%

Fonte: PORTDATA, 2014

O “Envelhecimento ativo” é uma das problemáticas mais importantes e mais trabalhadas desde 2015 no concelho. Esta abordagem preconiza a implementação de um conjunto de medidas que têm como principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos seniores do concelho. Segundo o diagnóstico social de 2015 “o envelhecimento pode ser concebido como um processo progressivo de mudança a nível biológico, psicológico e ao nível da estrutura social das pessoas.” De acordo com o INE (2015), de uma maneira geral a população não está a envelhecer de forma uniforme. A Europa tem 20 % de população envelhecida, seguida dos EUA com 16%, da Oceânia com 13%, América Latina e Caraíbas com 8%, a Ásia com 9% e por fim a África com 5%. No entanto, as estimativas da ONU salientam que em 2050 haverá um acréscimo de 21% na população mundial com idade superior a 60 anos. Este aumento verifica-se principalmente nos países mais desenvolvidos. Portugal, juntamente com os outros países do Sul da Europa, apresenta um ritmo de envelhecimento bastante acelerado.

Segundo o INE (2015) em 1960 a taxa de envelhecimento era de 27,3 e em 2011 esta taxa atingiu os 127,8, ou seja, em 51 anos o índice de envelhecimento quase quintuplicou.

Face a esta realidade, a Câmara Municipal de Barcelos tem vindo a implementar várias medidas de prevenção com o objetivo de encontrar respostas adequadas aos diversos contextos das necessidades dos seus cidadãos seniores.

Em Janeiro de 2015 foram iniciadas uma série de avaliações que tinham como principal finalidade compreender as capacidades e necessidades comunitárias relacionadas com a problemática do envelhecimento segundo uma perspetiva interdisciplinar.

As análises realizadas permitiram à Câmara Municipal de Barcelos perceber que a sua população idosa é constituída, maioritariamente, por mulheres casadas, com filhos e baixo nível de escolarização. Estes estudos demonstraram que a maioria desta população ainda se encontra independente para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), embora alguns indivíduos se mostrem dependentes no que respeita às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Contudo, verificou-se que 28,2% dos indivíduos que integraram a amostra dos estudos apresentava défices cognitivos e 21% defrontava-se com o isolamento social que, por sua vez, originava situações de depressão (38% este grupo).

Nesta população a participação em atividades de lazer mostrou-se escassa e os passatempos mais comuns eram a atividade física (7,3%) e as atividades recreativas e de formação na instituição (7,2%). O mesmo estudo demonstrou que as múltiplas necessidades destes cidadãos encontravam resposta em três contextos, conforme a respetiva natureza: nos centros de dia (71,8%), nos centros de convívio (53,3%) e no acolhimento familiar (40,3%).

O estágio decorreu num conjunto de instituições de apoio aos cidadãos idosos do concelho de Barcelos selecionadas pelos responsáveis da Câmara Municipal.

Estas organizações especializadas no acolhimento e/ou apoio à população idosa do concelho têm dimensões diferentes, que variam de acordo com os serviços que prestam, com

o número de colaboradores, o tipo de procedimentos que disponibilizam e as suas posturas de serviço.

Associação Perelhal Solidário

A Associação Perelhal Solidário estabeleceu-se em Barcelos em 17 de Outubro de 2005, com a publicação em Diário da República, nº26 de 24/11/2005, III Série.

De carácter privado e de Solidariedade Social, foi reconhecida como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública em 1/06/2006.

O seu principal objetivo é o apoio à comunidade na assistência à Infância, Juventude e Terceira Idade, Invalidez e Deficiência, através do desenvolvimento e aperfeiçoamento cultural, profissional, educacional e apoio económico-social.

Ao longo de vários anos de atividade, esta Associação foi adquirindo, em função das necessidades existentes, várias outras valências como serviço de enfermagem, serviço de fisioterapia e apoio domiciliário. Todos estes serviços têm como principal objetivo a promoção da qualidade de vida dos utentes.

Atualmente, esta Associação tem capacidade para acolher 30 utentes nas suas instalações. Funciona das 7:30 às 19:30 e propicia vários serviços diferenciados como transporte, alimentação, serviços de higiene pessoal, habitacional e acompanhamento ao exterior (médico, aquisição de bens e serviços...). Está em processo de transição de Resposta Social Centro de Convívio para Centro de Dia.

Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia

A Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia foi fundada a 21 de Dezembro de 2011 e declarada IPSS a 7 de Junho de 2012.

O principal objetivo desta instituição é oferecer uma resposta social eficiente às necessidades da população mais desfavorecida da freguesia de Rio Covo Santa Eugénia e dos seus arredores.

O centro de convívio fomenta atividades várias com o intuito de promover o bem-estar do idoso sem que este seja retirado do seu contexto familiar.

Assim, esta associação propõe-se cumprir a sua finalidade através: a) da promoção da manutenção da saúde; b) da prevenção do surgimento de doenças de foro psicológico; c) da promoção da manutenção da motricidade fina, da precisão manual, da coordenação psicomotora, da atenção e da concentração; d) da prevenção do isolamento e da solidão e f) do fomento da autonomia e da autoestima.

Associação Carapeços Solidário

Associação Carapeços Solidário tem como principais valências o Serviço de Apoio Domiciliário, o Gabinete de Ação Social, o Centro de Convívio e o Centro de Dia.

O Serviço de Apoio Domiciliário tem como principal objetivo a prestação de cuidados personalizados para que os utentes se mantenham no seu lar com conforto e dignidade. Neste serviço os utentes têm acesso ao fornecimento e apoio nas refeições, a cuidados de higiene, imagem e conforto, a higiene habitacional, a tratamento de roupa, a apoio psicossocial, a atividades de animação sociocultural, a acompanhamento e transporte a consultas e a serviço de pequenas compras e reparações.

O Centro de Dia, aberto há 4 anos, tem como principal finalidade a promoção da qualidade de vida do utente. Os serviços prestados nesta valência são: a) transporte; b) alimentação; c) cuidados de higiene pessoal e imagem; d) tratamento de roupa; e) cuidados de saúde básicos; f) preparação e assistência medicamentosa; g) atividades variadas (ginástica,

piscina, boccia, animação sociocultural, passeios, convívios interinstitucionais, entre outros);

h) acompanhamento a consultas no exterior e i) apoio psicossocial.

O Gabinete de Ação Social pretende dar apoio à comunidade e resolver, ou diminuir, as necessidades dos vários utentes.

Descrição da população alvo

Estas três instituições têm como principal característica ser um centro de dia. Estas instituições apoiam entre 25 a 40 utentes. Estes têm idades compreendidas entre os 31 e os 92 anos de idade. O sexo feminino prevalece em relação ao sexo masculino. A maioria não sabe ler nem escrever e tiveram como principal atividade económica a agricultura e as lides de casa (domésticas). Todos eles padecem sem exceção de alguma doença como Diabetes, Hipertensão, Colesterol, Alzheimer, Demência, doença de Parkinson, AVC's, problemas respiratórios, aparísia, Leucemia, vários tipos de deficiência, cirrose hepática, problemas de alcoolismo, depressão, problemas de luto, doenças mentais aparentes (sem diagnóstico).

Enquadramento conceptual

Envelhecimento

A população mundial está a envelhecer. Este fenómeno verifica-se de forma generalizada, sobretudo nos Estados mais industrializados (Lemaire, P. 2012). Segundo Sequeira (2007) o envelhecimento está correlacionado com fatores biológicos, sociais e psicológicos. Os fatores biológicos estão associados ao envelhecimento orgânico que provoca alterações nos órgãos ao longo da vida, reduzindo as capacidades de autorregulação. O envelhecimento não se processa em simultâneo em todos os órgãos.

Os fatores sociais consideram o papel que o sujeito desenvolve na sociedade ao nível do estatuto e dos hábitos. Estes fatores são influenciados pela a história e a cultura do país em que os indivíduos nascem e vivem.

Por último, os fatores psicológicos são relativos às competências comportamentais de um sujeito. Ou seja, consideram o feedback do indivíduo face aos estímulos do meio envolvente. Esta resposta inclui as competências mnésicas (memória), as competências intelectuais (inteligência) e as suas motivações. Estes componentes poderão não corresponder a idade cronológica de um determinado ser humano (Fontaine, R. 2000). Assim, pode considerar-se difícil definir uma idade a partir da qual um indivíduo possa ser considerado velho (Sequeira, C. 2007).

Conforme salienta Paúl (2005) a regra geral de considerar que a partir dos 65 anos se atinge o estatuto de sénior (ou se entra nos escalões etários não ativos por limite de idade) não corresponde a uma definição rigorosa de início da velhice. No entanto, e de acordo com os vários autores, o indivíduo idoso é definido como aquele que tem idade igual ou superior a 65 anos (Sequeira, 2007; Barros de Oliveira, 2008) mas esta fronteira varia de acordo com o nível de funcionamento dos idosos.

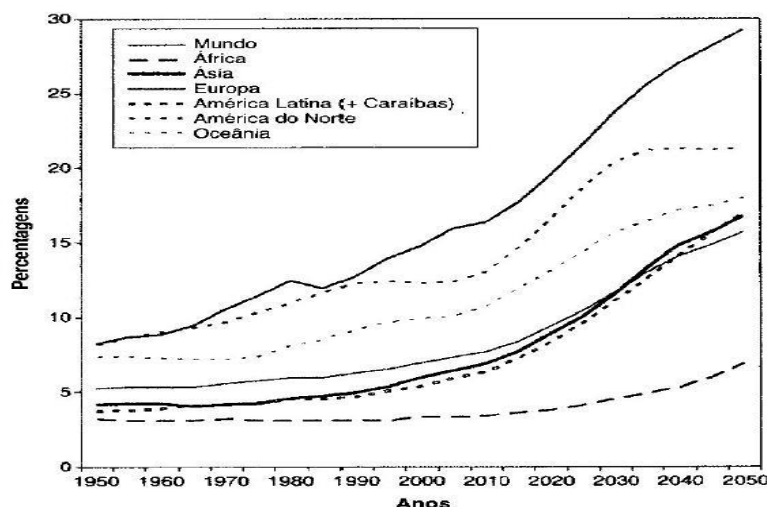


Figura 1- Índice Demográfico (Lemaire, 2012, p. 21)

De acordo com Fontaine (2000), o aumento da população foi acompanhado pelo aumento do número de pessoas idosas. Lemaire (2012) refere que em 1950, os cidadãos com 65 e mais anos atingiam 5,2% da população (130 949 000) e que os idosos com mais de 80 anos representavam 0,5 % (13 781 000). Em 2000 a população com 65 e mais anos aumenta para 6,9% (418 420 000) e os idosos com 80 e mais anos mais do que duplicam (1,1% - 69 247 000).

As projeções apontam para que em 2050 a população mundial com 65 e mais anos atinja os 380 milhões, o que representa 4,1 % do total. Este drástico aumento é devido a um conjunto de fatores entre os quais se destacam os progressos tecnológicos da medicina, a melhoria das condições sócio económicas, o aumento da esperança média de vida e a redução das taxas de natalidade (Barros de Oliveira, 2008; Lemaire, 2012).

Portugal acompanha o movimento demográfico mundial. Segundo o INE (2002) nos últimos 40 anos a população sénior duplicou. Presentemente esta população representa 16,7% da população total. Segundo as projeções, estima-se que em 2050 a população idosa

corresponda a 32 % do total. Já em 2025, os seniores atingirão os 20%, ultrapassando assim a percentagem de jovens (16%) (Barros de Oliveira, 2008).

A evolução demográfica é particularmente marcante dado que em 1960 a relação idosos/jovens era de 27 para 100 e em 2004 esta relação atingia já os 106 para 100. Esta alteração está diretamente associada, por um lado, à redução das taxas de natalidade e, por outro, ao aumento da esperança média de vida, que para as mulheres é de 80,56 e para os homens de 73,68 anos, com tendência para aumentar progressivamente.

Estes números implicam a emergência de vários problemas que, segundo Lemaire (2012) podem ser de carácter individual e social.

A compreensão do problema permite que sejam encontradas algumas respostas e é essencial que sejam adotadas várias medidas para reduzir os problemas que já estão instalados e otimizar o sistema no futuro próximo (Sequeira, 2007).

O processo de envelhecimento, de acordo com Qualls & Abeles (2000) pode ser considerado como uma “revolução” para o sujeito. Nesta fase da vida verificam-se danos inevitáveis em todos campos. Mas não é só de perdas que a velhice se sustenta.

Algumas características positivas são desenvolvidas como sabedoria, maturidade emocional e competência no uso de estratégias pró-activas, capazes de conferir significado à vida. O desenvolvimento espiritual, conforme salienta Barros de Oliveira (2008) também não está ausente desta dinâmica.

Envelhecimento saudável e ativo. O envelhecimento, contudo, não ocorre de igual forma para todos. Pode ser bem ou mal sucedido e, quer seja positivo ou negativo, o percurso varia de sujeito para sujeito.

Quando o envelhecimento ocorre de forma bem sucedida, torna-se uma fase de conquistas, de oportunidades e de realização pessoal. É quando o indivíduo consegue adaptar-

se às perdas e adotar estilos de vida que contribuam para o seu bem-estar (Afonso, 2011).

Pelo contrário, o envelhecimento é patológico quando o idoso desenvolve patologias que interferem com a sua autonomia e bem-estar físico, psicológico e social (Fontaine, 2000).

Abordagens neuropsicológicas de envelhecimento. Vários fatores contribuem para o envelhecimento do ser humano. Verificam-se mudanças anatômicas e fisiológicas no cérebro e no sistema nervoso e, segundo Fontaine (2000) e Lemaire (2012), o envelhecimento destes órgãos ocorre em vários níveis: atrofia do cérebro; surgimento de placas senis; degenerescência neurofibrilar e decréscimo da neuroplasticidade. Esta diminuição de capacidades acontece, essencialmente, devido a fatores biológicos (citológicos e neurológicos) (Barros de Oliveira, H.J. 2008), mortalidade neural, rarefação e enriquecimento dendrítico.

O cérebro humano divide-se em duas partes: 1) o córtex e 2) estruturas subcorticais. O córtex subdivide-se em quatro partes principais ou lóbulos: occipital (processamento visual); frontal (garante a planificação, a coordenação e a produção de linguagem); temporal (efetua o processamento auditivo e inclui as zonas atribuídas à compreensão da linguagem) e parietal (proporciona diversas funções como a integração sensorial e determinados tipos de processamento simbólico como o cálculo, grafia e a perceção do espaço).

As estruturas subcorticais consideram o sistema límbico (constituído pelo giro singular, pelo giro dentado, pelo giro parahipocâmpico, córtex entorrinal, hipotálamo, núcleos talâmicos anteriores, amígdala, hipocampo e substância negra; nesta zona está incluída a aprendizagem, a memória e o comportamento emocional) e os gânglios de base (compostos pelos globos pálidos, núcleos caudados e putâmen; estes gânglios têm como função o controlo dos movimentos). As mudanças em função da idade podem ocorrer no cérebro inteiro ou nos diferentes lóbulos (Lemaire, 2012).

De acordo com Qualls et al. (2000) os estudos demonstram que à medida que as pessoas envelhecem surge um aumento considerável no líquido cefalorraquidiano e um encolhimento do tecido cerebral. Deste atrofiamento resulta um decréscimo da substância branca (Fontaine, 2000).

Até ao fim da vida, o ser humano vai perdendo volume encefálico de forma constante. Pode-se verificar, segundo o mesmo autor, que a relação entre o volume do cérebro e o volume do crânio aos 55 anos é de 0,92 e aos 90 anos é de 0,83. No entanto, Fontaine (2000) afirma que esta redução é de 2% por decénio e que acontece depois do sujeito completar 50 anos.

A perda de volume e de peso cerebral origina a extinção de neurónios (Fontaine, 2000). Esta redução torna-se mais abundante no lóbulo frontal, no giro ou na protuberância frontal superior e no giro pré-central. Nesta zona perde-se 1% de volume de dois em dois anos enquanto no lóbulo temporal (giro temporal superior) e na área estriada ou córtex visual perde-se 0,28%.

O envelhecimento causa uma perda (20%) da arborização dendrítica. Estas fibras têm como principal função a transmissão de informação dos neurónios para o núcleo celular. Isto origina alguns problemas no hipocampo, o centro da memória (Lemaire, P. 2012).

O declínio cognitivo, segundo Barros de Oliveira (2008), pode ser retardado em função de vários fatores: não sofrer afeções cardiovasculares ou doenças crónicas; possuir nível de escolaridade alto; envolver-se em atividades estimulantes ao longo da vida; treinar a flexibilidade e aceitar o seu passado. Todas estas componentes, quando deterioradas, causam uma demora no processamento de informação e resposta.

A memória é um mecanismo essencial para a realização das atividades de vida diária (Fontaine, R. 2000). Qualls & Abeles (2000) declaram que a maioria dos esquemas mnésicos

são armazenados em categorias específicas mas que funcionam de forma interativa e interdependente. Para haver memória é necessário que o cérebro humano armazene, codifique e recupere a informação (Fontaine, 2000). Para que alguma informação seja retida num período de tempo longo é imprescindível que esta seja organizada em unidades multimodais (Qualls & Abeles 2000).

Segundo Barros de Oliveira (2008) existem dois tipos de memória: memória de curto prazo (memória primária, operatória e de trabalho) e memória de longo prazo. Esta última subdivide-se, segundo o mesmo autor, em sete categorias: a) memória episódica (recordação de acontecimentos pessoais datados e localizados); b) memória semântica (espécie de enciclopédia de símbolos essencialmente linguísticos); c) memória procedimental (que possibilita rotinas ou hábitos); d) memória explícita (caraterizada por ser episódica e a semântica); e) implícita (identificada por ser a procedimental); f) memória de recordação e de reconhecimento; g) memória prospetiva e h) metamemória. Existe um decréscimo da memória episódica associado ao envelhecimento (os acontecimentos recentes são mais rapidamente esquecidos do que os antigos).

No entanto a memória semântica e procedimental não sofre alterações por causa do enfraquecimento cognitivo (Lemaire, 2012). No entanto Fontaine (2000) afirma que em estudos recentes se verificou que a memória de trabalho é muito prejudicada com o avanço da idade.).

Por isso, tanto a psicologia como a musicoterapia utilizam nos métodos de observação dos vários pacientes a memória autobiográfica, utilizando o acesso à memória episódica (retenção e evocação de lembranças pessoais). Conforme Lemaire (2012) e Qualls & Abeles (2000) o maior número de lembranças corresponde aos acontecimentos vividos antes dos 20 e/ou 30 anos. A memória retém menos acontecimentos entre os 30 e os 60 anos.

O volume das lembranças volta a ampliar entre os 60 e os 70 anos com acontecimentos mais recentes. As causas para o declínio da memória são o estado emocional, o nível cultural e de habilitações, a situação socioeconómica, o stress e, principalmente, a redução do número de neurónios, relacionado com as mudanças biológicas dos lobos frontais e hipocampo.

Conforme Qualls & Abeles (2000) é primordial compreender as alterações que acontecem no cérebro para que possamos desenvolver novos métodos de intervenção.

Um dos métodos mais utilizados para trabalhar a recuperação mnemónica é a repetição. De acordo com Lemaire (2012), várias pesquisas demonstraram que a repetição de um item é uma técnica que aumenta a probabilidade de evocar esse item corretamente.

Este processo simples origina um melhor processamento de informação. Ou seja, a repetição cria imagens mentais, sobretudo se incluir o auxílio de cores, música e frases construídas pelo próprio sujeito. Esta sequência de trabalho origina uma melhor evocação. Conforme o mesmo autor, quanto mais avançada a idade do sujeito maior a dificuldade que ele demonstra para evocar. Portanto, é primordial trabalhar a memória através de vários métodos auxiliares (roteiros de deslocação, filmes, músicas, textos).

A atenção é muito importante na vida do ser humano. A atenção permite selecionar informação através da busca visual e é essencial para que haja uma conclusão da tarefa cognitiva estabelecida (atenção seletiva). Segundo Lemaire (2012) os estudos psicológicos demonstram que os seniores apresentam uma maior dificuldade em concretizar a seleção de informação.

De acordo com Lemaire (2012) a flexibilidade atencional é uma característica muito importante para a interpretação de um estímulo. A flexibilidade atencional é definida pela competência de alternar a atenção em focos diferentes. Por sua vez, atenção sustentada tem

como principal aliada a concentração. Segundo o mesmo autor, esta é a quarta função da atenção, e é determinada pelo período de tempo que o ser humano consegue estar atento para que consiga processar a informação em profundidade. A atenção também está relacionada com a capacidade do cérebro do ser humano para ficar desperto em tarefas cognitivas monótonas. E, por fim, temos a atenção preparatória que é determinada pela habilidade de progredir e conservar um processamento cognitivo ótimo. Este processamento tem de ser desenvolvido antes da realização de qualquer ato cognitivo.

Todas estas funções decaem em função do aumento da idade, o que causa grandes problemas na memória, no processamento da informação e na concentração (os indivíduos não conseguem manter-se concentrados por longos períodos de tempo). As limitações progressivas ao nível da atenção provocam enormes problemas na qualidade de vida dos seniores (Lemaire, 2012; Qualls & Abeles, 2000).

Envelhecimento patológico. De acordo com Fontaine (2000) Erik Erikson defendia que a progressão da personalidade ao longo da vida dependia essencialmente da identificação da crise e da resolução. Este processo era a sinopse entre a maturação, a aprendizagem e o crescimento (realização de tarefas específicas). O modelo de Erik Erikson descreve várias etapas que o ser humano tem que ultrapassar.

Quando o indivíduo entra no estágio da velhice, inicia o processo de tentar gerir mais uma contradição – integridade vs desespero. Aqui o sujeito vive entre a dualidade de experienciar o desejo de sentir o prazer de viver e o direito de envelhecer com dignidade a que se contrapõe o desenvolvimento contraditório do desespero. Neste polo existe o medo da morte e a frustração de não ter tempo para acabar determinadas coisas que pretendia atingir. O sujeito percebe que não pode começar de novo (Fontaine, 2000; Barros de Oliveira, 2008).

Este modelo, segundo Barros de Oliveira (2008), é importante porque explica o desenvolvimento normal e patológico da personalidade. No entanto, Stuart-Hamilton (2000) descreve, em jeito de crítica, que este modelo é reducionista e que expõe o processo de envelhecimento como um preparo para a morte, de que o ser humano é um espectador passivo (Fontaine, 2000; Barros de Oliveira, 2008).

Depressão. Todas as pessoas sofrem de depressão, de uma forma mais ou menos profunda, em alguns momentos da sua vida (Stuart-Hamilton, 2000). Os idosos, na sua generalidade, conseguem adaptar-se às mudanças e aos acontecimentos quando o seu envelhecimento é bem sucedido. No entanto, existe uma percentagem de seniores que não o conseguem fazer. Segundo Afonso (2011) é possível que tal resulte de uma sintomatologia depressiva pré-existente que influencia a vivência do sofrimento no final da vida e origina um decréscimo da qualidade de vida da população idosa (Serby & Yu, 2003). A inexistência de intervenção direcionada para estas pessoas faz com que haja uma ameaça de desenvolvimento de doenças mentais que, segundo Afonso (2011) causam deterioração mental e psicossocial do envelhecimento dito normal. Esta deterioração causa vícios nas atitudes e distúrbios futuros, o que pode ser evitado com investimento nas terapias. De facto, a falta de diagnóstico e a consequente evolução da depressão provoca o isolamento social e acelera a deterioração das capacidades físicas e psíquicas do idoso (Serby & Yu 2003).

Não é fácil chegar ao diagnóstico de depressão (Fontaine, 2000; Stuart-Hamilton, 2000; Serby & Yu, 2003; Afonso, 2011). O diagnóstico depende essencialmente do grau em que se encontre a patologia, verificando-se que os sintomas que as pessoas apresentam são vários e consistem em mudanças cognitivas e comportamentais.

A prevalência de idosos com esta patologia cria alguma falta de consenso entre os estudiosos. Segundo Afonso (2011) alguns autores afirmam que 8% a 16 % dos idosos

apresentam depressão. Por outro lado, a mesma autora descreve que existem outros autores que afirmam esta patologia afeta 22,4% dos homens a 29,7% das mulheres. Em Portugal, em 1984, o número de idosos com sintomas depressivos era alarmante (24,3%) sendo 7,6% dos casos considerados graves. Em 1993 os estudos apontavam para 50% e em 2005 os números voltaram a aumentar (54,6% a 62,9%).

Existem vários fatores que pode fazer com que esta doença progrida, entre os quais se salientam as condições médicas, os problemas relacionais e as perdas familiares (Figueira, 2014). Os fatores psicossociais são primordiais para a compreensão das manifestações da depressão. Estes podem ser 1) variáveis demográficas – sexo, idade; raça; 2) acontecimentos precoces – educação, episódios negativos na infância; 3) acontecimentos de vida – ocupação, rendimento e estado civil; 4) integração social – filiação religiosa, participação em organizações, vizinhança; 5) fatores de vulnerabilidade – stressores crónicos relacionados com problemas financeiros, responsabilidade de cuidar, problemas crónicos e fatores protetores, como o apoio social; 6) fatores psicossociais de risco - estilos de *coping* e agentes que causam a depressão como reforma, morte de amigos, viuvez, doenças e perdas) (Stuart-Hamilton, 2000; Serby & Yu, 2003; Afonso, 2011).

No geral e clinicamente, a depressão manifesta-se em vários domínios, como o afetivo/emocional, o cognitivo, o somático motor e o comportamental, cujos sintomas estão discriminados no Quadro 5.

Quadro 5 – Aspectos clínicos de síndrome depressiva

Sintomas afetivos/ Emocionais	Sintomas cognitivos	Sintomas somáticos	Sintomas motores e comportamentais
------------------------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Desânimo • Ansiedade • Irritabilidade • Alterações da reatividade emocional (labilidade/anestesia afetiva) • Apatia • Perda de interesse • Anedonia 	<ul style="list-style-type: none"> • Lentificação • Carater negativo • Pensamento monotemático • Perda da autoestima • Desesperança • Ideação (delirante) de culpa, ruína e hipocondria • Ideação suicida • Défice de atenção/concentração • Queixas mnésicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Astenia • Insónia/Hipersónia • Alterações do apetite (anorexia/aumento e perda (perda/aumento) • Queixas álgicas • Perturbações gastrointestinais • Disfunção sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações psicomotoras (inibição/agitação) • Isolamento social • Tentativas de suicídio
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Manual de Psiquiatria clínica

A depressão nesta etapa da vida desenvolve-se a par com outras patologias do foro médico e também por efeito secundário de outros tratamentos (Stuart-Hamilton, 2000; Afonso, 2011). Vários estudos demonstram que existe correlação entre a depressão e as outras doenças, tais como as doenças crónicas, doença de Parkinson, acidentes cardiovasculares, doença de Huntington, epilepsia entre outras. Os sintomas depressivos têm maior prevalência nas doenças cardiovasculares, mais precisamente nos casos de défice visual (Afonso, 2011).

Assim, podemos afirmar que o diagnóstico é realizado através da interpretação dos vários sinais e sintomas. Por este motivo, é importante analisar como estes se desenvolvem ao longo do tempo e qual é o seu impacto na vida do sujeito (Figueira, 2014).

Além da administração de medicamentos, tem sido utilizado outras terapias complementares, terapias cognitivas, para atuar sobre esta patologia.

A morte, segundo Fontaine (2000) é o fim natural da vida. Todos os seres vivos estão condenados a morrer. Nascer é morrer (Barros de Oliveira, 2008). No entanto, nesta idade os seniores sentem que estão mais perto de morrer (doença e/ou morte de familiares) (Fontaine, 2000). Barros de Oliveira (2008) considera que a morte pode ser classificada como a) um organizador de tempo: a partir de uma certa idade começa-se a contar o tempo que resta

(embora isso não aconteça com todas as pessoas); b) punição do mal feito (visão desenvolvida na criança e no adulto); c) transição para uma vida melhor e imortal (este pensamento depende da religião, do género e de outros fatores) e d) perda de novas experiências (este pensamento resulta da idade, da etnia e de outros fatores).

Morte e o Luto. A morte pode ser concebida a nível físico, psicológico, espiritual. De acordo com Barros de Oliveira (2008), esta temática desencadeia problemas médicos, penais, éticos e religiosos.

Para que o ser humano consiga ter um envelhecimento bem-sucedido é necessário (capacidade de recuperar das várias adversidades da vida). Barros de Oliveira (2008) explica que nos últimos anos tem havido um desenvolvimento dos conceitos de velhice e morte. Isto trouxe pontos negativos (medo de ser vítima de violência; a nível pessoal, medo de ficar suspenso entre a vida e morte devido a evolução da tecnologia e da medicina) e pontos positivos (o envelhecimento e a morte tornam-se conceitos menos marginalizados e mais aceites na sociedade). No entanto, Lawton (2001) defende que o estudo da tanatologia passa por aceitar o respeito da qualidade vs quantidade (género específico de tratamentos e de contexto).

De acordo Kubler-Ross, E. (1974) existe um padrão específico de reações psicológicas que o ser humano percorre à medida que a morte se aproxima. O primeiro é a fase inicial prevalece o choque e a tristeza. A pessoa sente-se confusa, desenvolve vários sentimentos como solidão, tristeza e incredulidade (Barros de Oliveira, H.J. 2008). Segundo a autora, esta fase é uma fase de negação, em que o indivíduo desenvolve uma atitude defensiva em relação à morte. Neste estágio desenvolve-se a depressão (tristeza e choro). Segundo Fontaine (2000), 80% das pessoas sentem tristeza e/ou melancolia, um terço desenvolve incredulidade e 25 % nega o acontecimento. A segunda fase é a fase intermédia,

caraterizada por sentimentos de culpa ou de busca de razões (Barros de Oliveira, 2008; Fontaine, 2000). Kubler-Ross, E. (1974) afirma que esta fase é uma fase bastante difícil para quem rodeia o doente. O doente sente raiva e fica bastante agressivo. A etapa seguinte, de negociação, é a fase menos conhecida, mas de extrema importância para o doente. Nesta fase o paciente tenta negociar para ter mais tempo de vida deixando por isso o sentimento de raiva para trás. Na quarta fase, o paciente já hospitalizado desenvolve depressão (sentimentos de negação já são inexistentes nesta fase). Nesta etapa, conforme Kubler-Ross, E. (1974) os familiares e os profissionais devem recorrer a atuações diferentes. Por fim, cresce no sujeito o sentimento de aceitação. Segundo Kubler-Ross, E. (1974) o doente “baixa as armas” e a comunicação verbal é quase nula.

A palavra luto vem do verbo latino *lugere* que significa chorar. Nojo (termo oficial - situação odiosa) é um acontecimento extremamente doloroso. Tem como significado a perda de alguém querido (conjugue, mãe, pai, filhos...). O luto manifesta-se através da depressão, da solidão ou simplesmente do vestir-se de negro (Barros de Oliveira, 2008; Fontaine, 2000). Barros de Oliveira (2008) afirma que o primeiro autor a escrever sobre o luto foi Freud.

Atualmente, as abordagens para explicar o luto apresentam uma perspectiva mais cognitivista que considera diversos estádios. Vários autores estudaram esta temática. Bowlby, por exemplo, explica que o luto tem 5 fases: entorpecimento (choque que pode vir acompanhado de desespero ou de raiva); compaixão (desejo e busca da pessoa perdida); desorganização; desespero e reorganização. Por sua vez, Sanders afirma que o luto tem as seguintes fases: choque; percepção de perda; conservação e retraimento; cicatrização e renovação (Barros de Oliveira, 2008).

Pode-se concluir que os autores estudados, no geral, concordam que a primeira fase do luto corresponde à fase da impotência, da descrença e da impressão que a perda não é real.

O segundo estágio é a tentativa de reaver a pessoa perdida e terceira etapa é o desenvolvimento de sentimentos negativos para originar a citação do acontecimento (último passo). No entanto, há autores que descredibilizam estas etapas porque os indivíduos não só manifestam o luto normal como podem apresentar o desenvolvimento de sintomas de luto patológico. Podem também ocorrer outras formas de luto como os lutos antecipados na sequência de uma doença prolongada e o luto em resultado de um suicídio (que origina choque repentino, sentimentos de culpa e raiva).

Perante uma situação de luto mal resolvida ou patológico é necessário recorrer a terapias que possam conduzir o idoso por um processo de cura que lhe permita atingir uma boa qualidade de vida (Fontaine, 2000; Barros de Oliveira, 2008).

Doenças neurodegenerativas

Doença de Parkinson. Parkinson é uma doença neurodegenerativa. Esta patologia afeta um grande número de idosos (Caspi, et al., 1999; Zhang, et al., 2017) e, segundo Cortès-Clemnts & Vuong (2016) em 2015, 550 milhões de pessoas sofriam desta patologia, que em paralelo com a Demência do tipo Alzheimer, é a doença com mais incidência entre a população idosa (Bella, et al., 2015; Schiebel, et al, 2017).

Esta patologia, clinicamente, é caracterizada pelo desenvolvimento da bradiquinesia (*bradykinesia*), de tremores enquanto o sujeito se encontra em repouso (*resting tremor*), de rigidez muscular (*cogwheel rigidity*) e de aumento de uma postura corporal deficitária (Rizzonelli et al., 2017; Zhang et al., 2017).

Patologicamente, esta doença faz com que haja uma grande perda de neurónios pigmentados na zona da substância negra ou substância nigra (Caspi et al, 1999). Por isso estes doentes desenvolvem uma insuficiência nos gânglios basais (Rizzonelli et al., 2017). Esta insuficiência causa vários problemas ao nível da coordenação motora como rigidez,

deficiência na postura e no balanço, tremores, perda e lentidão de movimentos voluntários (Thaut, H. M. et al, 2014; Cortès-Clements et al., 2016). De acordo com Ulbricht (2011) esta perda de neurónios é devida essencialmente à falta de dopamina.

Esta perda faz com que haja uma regressão nas mensagens do cérebro para o sistema motor. Por isso estes doentes apresentam movimentos muito lentos em resposta aos estímulos que recebem do meio. Os gânglios basais têm como principal função o desenvolvimento da coordenação motora, dos comportamentos de rotina, das emoções e das cognições (Cevarolo, 2014). As implicações desta patologia não se restringem à função motora, causando também problemas a nível psiquiátrico e de desordens neurovegetativas. Conforme Zhang, et al. (2017) os sintomas neuropsiquiátricos são depressão, ansiedade, deficiência cognitiva, disfunção automática e demência (Docu, 2012; Bella, et al., 2015; Aguiar, et al., 2016). Por sua vez, os sintomas neurovegetativos que se desenvolvem são redução do controlo do sistema urinário, disfunções sexuais, problemas com o sono, problemas de mastigação e problemas de pele (Ulbricht, 2011; Zhang et al., 2017).

A fala também fica bastante comprometida. Conforme Haneishi (2001) 70% dos pacientes diagnosticados com Parkinson sofrem de problemas como a fala arrastada, gaguez e perda do controlo muscular, originando uma diminuição da amplitude vocal, dificuldade com o desenvolvimento do tom e grau de articulação anormal. Em suma, todos estes sintomas provocam “uma fala vagarosa, monótona com problemas a nível da respiração e a nível da articulação” (Cortès-Clements, et al., 2016).

Todos estes sintomas implicam que os sujeitos diagnosticados com Parkinson's sofram uma grande perda de qualidade de vida (Thaut, et al., 2014; Morris et al., 2017).

Existem vários tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para a doença de Parkinson (Zhang et al., 2017). Um dos principais é o uso de Levodopa. Contudo, este

medicamento ao longo dos anos (5 a 10 anos) origina vários efeitos secundários (Cortès-Clements et al., 2016). Mesmo assim, de acordo com Benatru, Vaugoyeau, & Azulay (2008), a levodopa não funciona em estágios mais avançados da patologia. Nestes estágios o corpo desenvolve *festination* (festinação) e *freezing* (congelamento). Conforme Nombela et al. (2013a) os fármacos melhoram vários aspetos desta doença mas a marcha é um elemento que resiste aos tratamentos farmacológicos. Por isso, a resposta a esta medicação não é satisfatória (Zhang et al., 2017).

A marcha é um desafio para os vários médicos e terapeutas que trabalham com pacientes que desenvolvem esta patologia. Com esta desordem as quedas são um aspeto bastante preocupante. Verifica-se que entre 60% e 70% dos doentes sofrem de quedas e 50% destas são repetidas (Bella et al., 2015; Morris et al., 2017).

Face a estes fatores, é fundamental o desenvolvimento de outros tratamentos não farmacológicos como a musicoterapia, a dançaterapia e a fisioterapia (Docu, 2012; Nombela, et al., 2013b; Zhang, et al., 2017). Morris, et al. (2017) consideram que a multidisciplinaridade é uma forma excelente de tratar esta doença.

Acidente Vascular Cerebral (AVC). O AVC é uma patologia que causa elevada mortalidade. Segundo Kall, et al. (2012) o AVC é uma patologia bastante heterogénea e é a segunda causa de morte. Esta doença origina deficiência e perda de competências cognitivas a longo prazo (Richman, et al., 2016).

De acordo com Van Wijck, et al. (2012) e com a Organização Mundial de Saúde, o Acidente Cardiovascular é definido como uma “disfunção neurológica aguda de origem vascular com ocorrência súbita (em segundos) ou menos rápida (em horas) de sintomas e sinais correspondentes ao envolvimento de áreas primordiais do cérebro.”

Esta patologia afeta 15 milhões de pessoas por ano, verificando-se que cinco milhões ficam com sequelas permanentes.

De acordo com a Associação Portuguesa de AVC (2009) existem dois tipos de AVC. O mais comum, o isquémico (um coágulo bloqueia a artéria que leva o sangue para o cérebro), pode ser ocasionado por: a) trombose cerebral (coágulo de sangue que se forma numa artéria principal em direção cerebral); b) embolia cerebral (um bloqueio é causado pelo coágulo, bolha de gordura (embolismo) que se forma num vaso sanguíneo para o cérebro); c) bloqueio nos pequenos vasos sanguíneos da parte mais profunda do cérebro.

O AVC hemorrágico consiste num derrame. O vaso sanguíneo rebenta originando uma hemorragia cerebral. Este tipo de AVC pode ser provocado por uma hemorragia intracerebral (um vaso sanguíneo rebenta dentro do cérebro) ou por uma hemorragia subaracnóide (um vaso sanguíneo sangra na superfície, entre a área do cérebro e o crânio - espaço subaracnóide). Estas hemorragias resultam em deficiências que podem ser psicológicas, cognitivas, físicas e/ou sociais (Kall, et al., 2012). Conforme Pfeiffer, et al., (2015) as consequências cognitivas são bastante comuns neste problema. Os deficits na cognição atingem: a) a orientação, b) a concentração, c) a velocidade de memória e de processamento de informação, d) a percepção espacial, e) as funções executivas e f) o comportamento psicossocial. A nível físico, segundo Street, et al. (2017) 80 % dos casos de AVC'S resultam em paralisia dos membros superiores (braços) e na metade destes casos esta é permanente após três meses (Van Wijck, et al., 2012). A coordenação motora grossa e fina também são atingidas nesta patologia (Scholz, et al., 2015; Raglio, et al., 2016). A marcha sofre uma grande alteração e os seus principais elementos (cadência, velocidade e o comprimento da passada) também ficam bastante alterados (Hayden, Clair & Johnson, 2009). A incapacidade

psicológica, provocada por esta patologia, resulta em desenvolvimento de depressão e de ansiedade (Supnet, et al., 2016).

Segundo estes autores, 32,9% a 35,9% dos pacientes diagnosticados com esta patologia sofrem de depressão e 21% a 28% sofrem de ansiedade, o que origina mudanças de humor (Sarkamo & Soto, 2012). Mas, de acordo com Tamplin, et al. (2013), os pacientes que desenvolvem a depressão depois do AVC rondam os 14%-46%. A depressão e a ansiedade geram outras consequências pois, conforme Tamplin, et al. (2013) referem, estas patologias dificultam a participação em atividades sociais devido à falta de motivação e à falta de confiança. Estes problemas provocam uma sobrecarga enorme para as famílias e a redução da qualidade de vida dos pacientes (Van Wijck et al., 2012; Raglio et al., 2016). A fala fica também bastante comprometida. Segundo a Associação AVC (2009) um terço da população que sofre desta patologia desenvolve problemas na comunicação.

A comunicação, segundo Tamplin, et al. (2013) é a base dos relacionamentos sociais. É esta que mantém e determina os relacionamentos entre os seres humanos. Por isso, perder a capacidade de comunicar pode ser devastador tanto para o paciente como para a sua família. Depois de um AVC, a zona danificada que causa o problema de linguagem situa-se no hemisfério esquerdo. As lesões situadas neste hemisfério podem afetar a capacidade de falar, compreender, ler e escrever. Quando as lesões estão situadas no hemisfério direito, podem restringir a comunicação.

Os pacientes diagnosticados com esta patologia perdem a capacidade de controlar os movimentos cruciais. A lesão no hemisfério direito afeta a memória e a coerência da linguagem (Associação AVC, 2009). De acordo com Johanson (2011) a organização cerebral na linguagem combina a estruturas corticais e a substância branca. Algumas dessas organizações podem ser unilaterais e bilaterais. O nível de danos na linguagem é determinado

através das lesões unilaterais do cérebro. Conforme Raglio, et al. (2015) um terço destes pacientes desenvolve afasia. Esta patologia pode alterar as várias áreas da comunicação como o falar, o perceber, o ler e o escrever. Segundo Pedersen, Vinter & Olsen (2004), 34% dos pacientes que sobrevivem ao acidente cardiovascular desenvolvem algum tipo de afasia. A afasia é uma deficiência na produção de linguagem e/ou na sua compreensão e pode assumir várias formas. Desenvolve-se devido a uma lesão cerebral, que ocorre depois de um AVC, de um tumor cerebral, uma lesão na cabeça, de uma infeção ou de demência (Horowitz, 2013). Conforme Johansson (2011), a afasia ou a disfasia pode ser causada por uma lesão cortical e/ou uma destruição nos tratos da substância branca originando, assim, uma falha de conexão nas várias áreas da linguagem. Quando a comunicação com o paciente é inexistente, é impossível definir se a afasia é, ou não, uma afasia severa (National Aphasia Association). No início, os doentes com esta perturbação apresentam comportamentos e competências cognitivas inalteradas. Por isso podemos concluir que a PPA é provocada pelo desenvolvimento das doenças neurodegenerativas (degeneração do lobo frontal e Alzheimer). Os primeiros sintomas desta patologia são diversificados (variam de pessoa para pessoa). Mas as primeiras evidências da PPA são as dificuldades em encontrar palavras, em fazer nomeações. Noutros doentes a linguagem escrita fica bastante afetada. A afasia progressiva primária é uma consequência da deterioração do tecido cerebral importante para o desenvolvimento da comunicação. No processo de degeneração surge mais tardiamente a perda de memória. Com o avanço desta patologia os sintomas vão-se agravando. A PPA manifesta-se após os 65 anos de idade tanto no sexo feminino como no masculino. Os pacientes que desenvolvem esta perturbação são independentes e autónomos (National Aphasia Association,2018).

Independentemente do tipo de sequelas que resultam do AVC, as consequências são sempre nefastas para o doente e para a sua família, tanto mais que, de acordo com Johansson (2011), 5% a 10% dos pacientes diagnosticados com esta patologia apresentam problemas em desenvolver atividades de lazer e relações familiares.

Neste contexto, a reabilitação pós AVC é muito importante e pode incidir sobre em vários aspetos como a comunicação (Raglio, et al 2016), as capacidades físicas e motoras (Rodriguez-Fornells, et al 2012; Galinska, 2015), as competências cognitivas (Pfeiffer, et al., 2015) e a vida emocional (Sarkamo et al., 2012).

Kall, et al., (2012) recomendam que os vários tratamentos de reabilitação comecem ao longo do primeiro ano. No entanto, Johansson (2011) afirma que a reabilitação deve começar nos primeiros dias ou nas primeiras semanas depois de um AVC. Os resultados da reabilitação dependem essencialmente do método, da intensidade, da frequência e do diagnóstico precoce (Kim et al., 2011). Supnet et al (2016) afirmam que ouvir musica até 6 meses depois de um acidente cardiovascular faz com que o volume da matéria cinzenta cresça e se verifique uma reorganização nas áreas frontais do cérebro. A reabilitação deverá ser realizada através da utilização da multidisciplinaridade terapêutica. De acordo Kim, et al. (2011) e Pfeiffer & Sabe (2015) diferentes abordagens e técnicas como a fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, neuropsicologia, neuropsiquiatria e musicoterapia melhoram as funções cognitivas, motoras e psicológicas. No entanto, Amnengual, et al. (2013) afirmam que as psicoterapias capazes de ajudar na reabilitação do AVC são um pouco limitadas.

A musicoterapia, por seu turno, é uma intervenção que apresenta efeitos positivos em doentes com AVC apresentando, também, a vantagem de se tratar de uma terapia não invasiva, que não recorre a medicação e vai de encontro às necessidades do paciente (Supnet, et al., 2016).

Musicoterapia

A música inspira várias experiências de natureza sensorial, motora, cognitiva e emocional no cérebro, originando respostas fisiológicas e mentais por parte deste órgão (Caspi, et al 1999). Desde sempre a música acompanha o ser humano. Este canta, ouve, dança e toca. A música é muito valorizada devido à sua forte capacidade de induzir e/ou regular emoções, de oferecer prazer e conforto e aliviar o stress. Com a música é possível trabalhar a regulação do humor nos adolescentes e nos seniores e reduzir os sentimentos negativos como a solidão e estimular a autoestima e a independência, bem como melhorar as capacidades físicas e mentais. Por estes motivos, pode-se afirmar que a música produz um grande impacto emocional na vida das pessoas e em todas as idades (Sarkamo, et al., 2012).

De acordo com a *World Federation of Music Therapy* (WFMT), a musicoterapia usa a música e os seus elementos (melodia, harmonia e ritmo) a nível profissional. Esta terapia desenvolve-se em vários *settings* (médicos, educacionais, quotidianos...) e tem como principal objetivo potencializar a qualidade de vida através da melhoria da saúde física, social, comunicativa, emocional, intelectual e espiritual.

Através da pesquisa, da prática, da educação e da formação clínica, esta terapia fundamenta-se em padrões profissionais de acordo com os vários contextos (cultural, social e político) (Babikian et al., 2013). De acordo com Bruscia (2014), uma das principais dificuldades é definir o conceito de musicoterapia. Esta terapia tem como principal preocupação ir ao encontro das necessidades do paciente (Supnet, et al 2016) e cria uma parceria criativa e ativa entre o paciente e o musicoterapeuta. Isto facilita o desenvolvimento de objetivos psicológicos, emocionais e fisiológicos (Babikian, et al., 2013).

Segundo Zhang et al. (2017) a musicoterapia é uma terapia não verbal que desenvolve a comunicação quando esta é limitada e/ou inexistente.

Nestas sessões as duas partes intervenientes – paciente e musicoterapeuta, são elementos ativos neste processo, utilizam instrumentos (tocar), a voz (cantar) e a audição (Galinska, 2015). Trata-se de uma terapia não farmacológica (Supnet et al., 2016), não invasiva, segura e económica (Nombela et al., 2013a; Cortès-Clements, et al., 2016).

Hsu, et al. (2015) consideram que os principais objetivos das intervenções de musicoterapia são promover a estimulação cognitiva e gerir os sintomas não cognitivos como a agitação, a depressão e a ansiedade.

A musicoterapia é uma importante estratégia para prevenir os sintomas neuropsiquiátricos como a agitação, a depressão, a apatia, a ansiedade, as alucinações, a irritabilidade, as ilusões, a euforia, a desinibição, o comportamento motor anormal (Altenmuler, et al., 2009; Galinska, 2015), os distúrbios alimentares (Raglio, et al., 2015) e o sintomas cognitivos como perda de memória (dificuldade em aprender novas informações), afasia (Docu, 2012; Raglio, et al., 2015), apraxia, agnosia, défices executivos, atenção, cálculo e cognição espacial (Amin, 2016; Zhang, et al., 2017).

As sessões de musicoterapia no idoso melhoram os índices de melatonina originando o decréscimo da agitação, da depressão e da ansiedade, promovem o relaxamento (Supnet, et al., 2016), a atenção, a interação social, as competências de linguagem verbal e não verbal (Hsu, et al., 2015; Raglio, et al., 2017), as respostas emocionais, os movimentos (Bruer, et al., 2007; Gómez-Romero, et al., 2014;), a reminiscência (Lesta, 2007) a motivação e a mudança do humor (Tamplin, et al., 2013), promovendo também o retardar da deterioração cognitiva (Sarkamo, 2012; Zhang, et al., 2017). De acordo com Supnet, et al. (2016) esta terapia também melhora os comportamentos sociais, como a interação entre pacientes, cuidadores e familiares. Estes autores também afirmam que a musicoterapia é benéfica para os pacientes que estão num estado crítico com uma doença cardiovascular (situação cirúrgica) e nos

doentes que estão a ser ventilados mecanicamente. Segundo o autor, esta terapia reduz a dor, a agitação e a ansiedade, originando, por isso, um decréscimo na toma de narcóticos.

Abordagens técnicas em musicoterapia. Nas várias intervenções realizadas durante este estágio foram utilizados vários instrumentos musicais e várias técnicas para o desenvolvimento de uma prática específica de experiências sonoras e musicais. Os instrumentos utilizados foram a guitarra e instrumentos de percussão e a voz. As técnicas aplicadas foram a improvisação, a composição, recriação musical, canto, dança, TIMP e RAMT. O uso de instrumentos e de técnicas dependeram dos quadros clínicos dos utentes e das suas respetivas identidades sonoras.

A improvisação é uma técnica que desenvolve a comunicação não verbal entre pares. É uma abordagem expansiva entre a reprodutividade e a exploração. Este diálogo permite a comunicação terapeuta/paciente e/ou terapeuta/grupo. Nesta técnica, a comunicação pode ser desenvolvida através do *turn-taking* (diálogo em que uma parte espera que a outra parte tenha acabado dando, assim, a vez a outra pessoa) e do *free-floating dialogue* (diálogo livre sem tópico – as duas partes tocam em simultâneo).

Os musicoterapeutas, nas suas sessões, devem encorajar os pacientes a explorar os vários instrumentos musicais existentes naquele *setting* e devem também encorajar o uso da voz (McDermott, Orrel & Ridder, 2013). Segundo Schiebel & March (2017), o uso da voz ajuda os pacientes a desenvolver a interação social e a linguagem, bem como fomenta a mudança de humor. O uso da voz também melhora a postura, a respiração, os movimentos faciais (Haneishi, 2001), a articulação, a fonação e ressonância (sonoridade). Beneficia igualmente o sistema cardiovascular e o sistema respiratório (Cortès-Clements, 2016). Por outro lado, a utilização dos instrumentos promove a reabilitação do sistema motor (Raglio, et al., 2017). Segundo Amnengual, et al. (2013) a manipulação de vários instrumentos promove a melhoria do sistema motor grosso e fino.

Cantar é outra técnica utilizada nas sessões de musicoterapia com idosos. Cantar desenvolve a estrutura do hemisfério direito. Este desenvolvimento é positivo, porque auxilia na reconstrução do discurso, fomenta a articulação e o ritmo. Lestas & Petocz (2007) consideram que o ato de cantar tem o poder de indução e de reverberação. Cantar promove, por sua vez, a oxigenação e o relaxamento, aumentando o bem-estar geral dos pacientes. Além de tudo, a utilização de algum repertório (palavras, emoções e situações) poderá ser um ótimo exercício de memória. Com esta técnica é possível trabalhar também a conexão entre os indivíduos (contato ocular, vocalizações significativas) (Ahn, et al., 2012).

Musical Life Review é um modelo terapêutico que permite fazer a revisão da vida com auxílio da música. Este modelo permite preparar o idoso para a morte através da análise do processo de vida do paciente, a partir do trabalho sobre quatro elementos: 1) estímulo – música como estímulo para a memória; 2) tema – tópico escolhido para a narrativa; 3) reação – reações do paciente à sessão e 4) evolução – determinação do valor que o paciente atribui ao processo.

Esta técnica admite trabalhar os vários sentimentos expostos através do canto, com músicas familiares, e da audição musical. Através do *Musical Life Review*, o doente pode reorganizar-se, expressar-se e satisfazer as suas necessidades espirituais (Otera, Horike & Sato, 2013).

O repertório, de acordo com a Associação Americana de Musicoterapia (AMTA, 2003), é uma das competências que os musicoterapeutas devem desenvolver ao longo de todo o exercício da profissão. Por isso, é importante que adquiram as competências necessárias para trabalhar o repertório adequado nos vários *settings*. O repertório utilizado nesta população remonta frequentemente ao início da sua idade adulta (18 a 25 anos) (Van Weelden, Juchniewicz & Cevasco, 2008).

Conforme Lemaire (2012) e Qualls & Abeles (2000), o maior número de lembranças equivale aos acontecimentos vividos antes dos 20 e/ou 30 anos. Por isso, as músicas usadas na terapia são, frequentemente, as músicas familiares (músicas preferidas) dos pacientes. De acordo com Van Wijck, et al., (2012) os pacientes que escutam o seu repertório preferido durante a terapia relatam que têm menos dor. Este repertório origina uma maior motivação e um maior compromisso para com as terapias. A motivação e o compromisso com a terapia, estimulados pelo uso do seu repertório musical preferido, estimulam a fala (cantar alguns excertos e ou música completa) (Sarkamo, 2012).

Segundo Heiderscheit & Madson (2015) o reportório é um método de intervenção, utilizado em *settings* clínicos. Tem como principal objetivo alterar o humor do paciente. De acordo com Michel & Pinson (2005, in Heiderscheit & Madson, 2015) é um processo que ajusta a música ao humor do paciente, originando, assim, uma alteração positiva. Segundo Seibert, E. (2015) o reportório apoia-se no iso musical do utente, que corresponde à sua identidade sonora, ou seja, ao conjunto de músicas que potencia a mudança de humor no indivíduo. A mesma autora reafirma que o iso musical pode ser utilizado pelo musicoterapeuta como processo em que a música é usada para alterar o humor através do conforto e da ligação entre o paciente e a música. Por sua vez Wigram, Pedersen & Bonde (2002, in Heiderscheit & Madson, 2015) explicam que o Iso principal é um método que seleciona a música de acordo com o humor do paciente. De forma gradual, este processo permite a mudança de comportamento pelo reajustar do humor do paciente. Brewer e Campbell (1991, in Heiderscheit & Madson, 2015) referem que este método é intuitivo e natural. Este processo permite uma mudança de ritmo e a alteração é arrastada para o ânimo atual do paciente. A posteriori, o musicoterapeuta, de forma gradual, altera o ritmo na direção desejada.

A composição estimula os pensamentos e a expressão de sentimentos. Com o desenvolvimento desta prática, a composição tem vários efeitos terapêuticos: reduz a insegurança pois a composição musical é menos ameaçadora que a escrita normal; cria oportunidades para aumentar o sentimento de felicidade; aumenta a confiança através do processo de criação na elaboração e escolha da música e da lírica; oferece conforto inesperado em relação à melodia da canção e estimula o processo de expressão de sentimentos através de escrita da lírica.

A composição inclui *filling-in-the-blanks* (preencher os espaços em branco), *rewriting lyrics* (reescrever letras), *making variations of songs* (variação musical), *creating raps* (criação de raps), *writing lyrics* (escrever letras), *making melodies* (fazer melodias) e *making improvised songs through narration or with musical instruments* (improvisação de músicas através da narração ou do uso de instrumentos musicais) (Hong & Choi, 2011).

Por sua vez Wigram (in Ridder & Gummesen, 2015) especifica que existem três técnicas que devem ser desenvolvidas pelos musicoterapeutas: *mirroring* (espelhar – o musicoterapeuta imita o que o paciente produz musical, expressiva e corporalmente), *matching* (combinar, unir - tocar de forma idêntica, combinando o estilo e a qualidade) e *empathic improvisation* (improvisação empática – o musicoterapeuta liga-se emocionalmente ao seu paciente).

Musicoterapia Neurológica. Thaut & Hoemberg (2014) afirmam que a música influencia o cérebro e esta influencia estimula o complexo cognitivo, afetivo e o processo sensorio motor. Múltiplas pesquisas realizadas confirmam que a música é uma linguagem que deve ser utilizada para treinar e reeducar o cérebro lesionado. Assim, pode-se considerar que a musicoterapia neurológica pode ser usada para beneficiar o paciente a nível cognitivo, afetivo, sensorial, comunicativo (linguagem) e motor (o funcionar da marcha e estimular competências motoras

grossas dos membros superiores e inferiores) (Raglio, et al., 2017). A musicoterapia é baseada em modelos neurocientíficos de percepção e produção musical e fundamenta-se na influência da música nas mudanças não musicais do cérebro. As técnicas que utiliza são padronizadas em terminologia e na aplicação e são adaptáveis às necessidades de cada paciente (Pfeiffer & Sabe, 2015). Tendo como fundamentação os resultados de investigação científica, os seus objetivos são direcionados para metas terapêuticas não musicais. Os musicoterapeutas, além de serem formados nesta terapia, têm de ter conhecimentos nas áreas de neuroanatomia e fisiologia, neuropatologia, (re)habilitação de funções cognitivas, motoras e comunicativas e terminologia médica (Baker & Tamplin, 2006).

Segundo Kall, et al. (2012) a musicoterapia neurológica baseia-se no modelo da neurociência da percepção e da produção musical. A influência musical provoca mudanças funcionais no cérebro e no comportamento e esta terapêutica permite que haja benefícios cognitivos, sensoriais e motores (Pfeiffer & Sabe, 2015).

Esta terapia pode ser utilizada em pacientes com as seguintes patologias: 1) acidente cardiovascular (AVC); 2) traumatismo cranioencefálico; 3) doença de Parkinson; 4) esclerose múltipla; 5) distrofia muscular; 6) doença de Alzheimer; 7) demência; 8) doença de Huntington; 9) paralisia cerebral; 10) autismo; 11) deficiência visual e 12) atrasos no desenvolvimento. Neste campo relativamente novo, os musicoterapeutas trabalham para que haja uma recuperação funcional nos seus pacientes.

Quando a reabilitação é precoce, origina um aumento da matéria cinzenta, reorganiza as áreas frontais do cérebro (Supnet, et al., 2016) e permite a reorganização neural no córtex sensorio motor (Amnengual, et al., 2013), possibilitando assim a o aumento ou recuperação da plasticidade cerebral. De acordo com Johansson (2011) a plasticidade cerebral é um

conceito bastante plano e acontece quando o cérebro do paciente com lesões cerebrais consegue se adaptar-se à pressão ambiental, às experiências e aos desafios.

Fornells-Rodriguez et al. (2012) afirmam que existem evidências na literatura de que, depois de uma lesão cerebral, o cérebro consegue seguir um novo caminho, reformular-se e renovar-se através de novas conexões neurais. Segundo o autor, estas novas conexões são criadas através da música (aprendizagem, audição e performance). O treino musical, por sua vez, origina rápidas mudanças em várias áreas do cérebro. A música, potencia as emoções, o que torna a musicoterapia um importante recurso na investigação destas e da sua correlação com o sistema nervoso (neurónios) (Koelsch, 2014).

Os investigadores descobriram que a superficial amígdala tem um papel primordial para que exista esta correlação (música-emoções). Por isso a música provoca reações várias nos vários componentes da emoção (sentimento e estimulação fisiológica), na expressão da emoção (alegria e tristeza) e nas ações (dançar, cantar, tocar, bater os pés e as mãos). Depois do som passar pelo sistema auditivo, é encaminhado ao córtex cerebral onde as mensagens sonoras são interpretadas e armazenadas (Barnett-Cowan, 2013). O processamento do som, segundo Koelsch (2014), provoca sensações auditivas e respostas musculares. Esta estimulação ajuda o ser humano a mover-se conforme o ritmo musical. Desse modo, podemos afirmar que os sistemas cerebrais filogeneticamente antigos (sistema límbico) provocam as reações viscerais à música. No entanto, o mesmo autor reconhece que o sistema prosencéfalo (parte mais rostral e frontal do cérebro) favorece o desenvolvimento de experiências emocionais através da utilização da música.

Os vários estudos demonstram que a música pode fortalecer experiências emocionais em resposta a melodias consonantes e dissonantes (música feliz/triste e alegria ou medo). Ou

seja, nas várias regiões cerebrais³ existe um conjunto de alterações quando estas respondem à música.

Assim, pode-se concluir que a música tem um caráter social porque está relacionada diretamente com a comunicação verbal e não verbal e fomenta o contato social individual e em grupo, impedindo o isolamento social, que provoca danos no hipocampo e redução de neurónios, desenvolvendo a cognição social (córtex frontomediano anterior, lobos temporais e sulco temporal superior).

A musicoterapia, como foi já referido, também consegue trabalhar a coordenação motora através da sincronização do movimento com o *beat* musical. As várias perturbações psiquiátricas, como a ansiedade patológica, stress pós-traumático, doença de Parkinson, esquizofrenia e as doenças neurodegenerativas resultam de várias anomalias estruturais no sistema límbico e paralímbico (amígdala, hipocampo, tálamo medial, área de accubens, córtex caudado e cingulado). Antonietti (2009) afirma que é a emoção que origina a aprendizagem de algo. Por isso a música é tão importante na área da neuroreabilitação. Por outro lado, Fornells-Rodriguez et al. (2012) defende que para haver reabilitação e plasticidade cerebral é necessária a ocorrência de quatro fatores: 1) a repetição massiva de exercícios; 2) o reforço auditivo imediato para apoiar o exercício; 3) adaptar o exercício à necessidade do paciente e 4) usar a música de forma a aumentar a motivação originando, assim, impacto emocional. A consequência da ocorrência destes quatro fatores é a aprendizagem de uma nova habilidade.

A musicoterapia apresenta, pois, resultados benéficos para a regeneração do cérebro.

³ As várias regiões cerebrais são constituídas por grupos de núcleos superficiais e laterobasais da amígdala, a formação hipocampal, o estriado ventral direito - núcleo accumbens - expandindo-se para o pálido ventral, para a cabeça do núcleo caudado esquerdo, o córtex auditivo, a área motora pré-suplementar (SMA), o córtex cingulado e o córtex orbitofrontal.

Musicoterapia e o idoso. Bunt & Stige (2014) afirmam que o idoso atravessa várias etapas e Wigran, Pedersen & Bonde (2002) consideram que a adaptação a esta fase da vida pode ser muito complicada. A população idosa vê-se, com frequência, obrigada a integrar-se em novos ambientes, como lares ou centros de dia, o que os obriga a criar novas rotinas. Por outro lado, vêm-se confrontados com a necessidade de comunicar com pessoas até aí desconhecidas que, por vezes, invadem o seu espaço. Ocasionalmente estes espaços dispõem de profissionais que nem sempre estão presentes quando os utentes mais precisam. Por vezes, acresce a estas mudanças o desenvolvimento de doenças cerebrais degenerativas, que se agravam progressivamente. Cada sénior é, por isso, um caso pelo que o trabalho com estas pessoas implica a adaptação a grupos não homogêneos. Há várias formas de desenvolver as técnicas da musicoterapia com esta população.

Com a população idosa a musicoterapia é utilizada essencialmente como terapia de reabilitação e na maioria dos casos acompanha a progressão da velhice e das doenças a ela associadas, focando-se na satisfação das necessidades emocionais e sociais do idoso. No entanto, existem casos em que a reabilitação é feita apenas por seis meses ou apenas uma ou duas vezes (Bright, 1993).

Os principais objetivos desta terapia para esta população são: a) relaxamento; b) estimulação física; c) estimulação social; d) estimulação cognitiva; e) controlo de comportamento e f) desenvolvimento da comunicação e interação (Wigran, Pedersen & Bonde, 2002).

De acordo com Bright (1993) as patologias desenvolvidas por estes pacientes podem ser divididas entre problemas psiquiátricos e problemas orgânicos. Estes quadros clínicos justificam o desenvolvimento da musicoterapia individual.

Os vários estudos têm vindo a demonstrar que a musicoterapia é benéfica para a população sénior. Esta consegue melhorar a atenção, regular o nível de excitação, promover a diversão, fomentar a comunicação paciente/terapeuta e terapeuta/paciente, diminuir os sintomas patológicos, criar estímulos físicos e o emocionais, auxiliar na gestão da dor e aliviar o stress e a tensão (Bunt & Stige, 2014).

Musicoterapia na doença de Parkinson. O desenvolvimento da marcha nos pacientes com Parkinson foi relatado por Von Wilzebemn em 1942, quando observou que os pacientes com Parkinson não desenvolviam os sintomas (congelamento) quando dançavam (Thaut, et al., 2014).

Daqui surgiu a técnica designada como Rhythmic Auditory Stimulation (RAS).

Segundo o mesmo autor esta técnica é bastante simples e tem como objetivo principal melhorar a marcha. O RAS consiste no desenvolvimento de um batimento a partir do metrónomo ou do uso de uma estrutura musical complexa. Esta técnica pode usar simplesmente uma componente de cada vez ou usar as duas em simultâneo (Thaut et al., 2014). Rizzonelli, et al. (2017) indicaram que a estrutura musical de uma peça deve ter um compasso binário ou quaternário e que a música deve estar sincronizada com o movimento para que esta técnica possa atingir os resultados esperados. A sincronização só ocorre, segundo Thaut, et al. (2014), quando existe uma aprendizagem ao nível cognitivo.

Esta aprendizagem divide-se em três fases. A primeira é a fase cognitiva (motor verbal). Nesta etapa é importante perceber o que é necessário ser feito através da interpretação de instruções verbais. Neste estágio, o paciente tem uma performance esforçada e vagarosa. O êxito desta fase depende essencialmente da clareza e da complexidade das instruções dadas, pelo que é fundamental o desenvolvimento de tarefas simples e repetitivas. A segunda fase é chamada de associativa. Este estágio é caracterizado por uma aprendizagem

motora vagarosa durante a qual o musicoterapeuta começa a perceber melhorias graduais, subtis e duradouras. Esta etapa pode demorar dias ou semanas. A terceira fase é definida pela autonomia. Esta é desenvolvida através da aprendizagem e da associação ao longo de um período de tempo considerável. A performance do paciente é mais rápida, mais fácil e muito mais precisa. O paciente é cada vez mais eficiente e por isso consegue que os movimentos sejam coordenados pelo sistema motor (Marinelle, et al., 2017).

Os resultados da aplicação da musicoterapia nos pacientes com Parkinson permite afirmar que esta prática pode influenciar positivamente vários aspetos da marcha - cadência, extensão da passada e a velocidade da marcha (Rizzonelli, et al., 2017; Schiebel, et al., 2017). Os vários estudos indicam que esta técnica é muito importante porque funciona como uma espécie de cronómetro para a gânglia basilar. Estudos realizados a partir de neuro-imagens ao encéfalo referem uma mudança durante a estimulação pelo movimento através do RAS, originando um aumento da neuroplasticidade.

No entanto, e de acordo com Nombela, et al. (2013) as pesquisas realizadas nem sempre descrevem os benefícios da musicoterapia no treino da marcha. É importante frisar que os efeitos negativos do RAS foram notórios quando o estímulo musical diminui 20 % em relação a velocidade usada.

Portanto, esta técnica tem como principal objetivo fomentar o desenvolvimento da marcha em todas os seus componentes, fazendo com que seja mais rápida. Este aspeto é muito importante porque melhora o quotidiano dos doentes com esta patologia (evolução no aperfeiçoamento das atividades do dia-a-dia) (Docu, 2012).

No entanto, existem vários estudos que não corroboram este aumento. Segundo Thaut et al. (2014), o estudo de Nieuwboer et al. (2007) refere que esta técnica não melhora a qualidade de vida do paciente com a doença de Parkinson.

Esta técnica musicoterapêutica pode ser utilizada em vários tipos de patologia como AVC, traumatismo tranioencefálico, esclerose múltipla, paralisia cerebral e em pacientes com problemas ortopédicos, pois reduz os fatores que tornam o andar pouco seguro e produtivo, melhora a postura corporal, a velocidade e cadência da marcha e ativa as extremidades musculares durante a marcha.

É importante frisar que esta técnica, segundo Nombela, et al. (2013) é mais eficaz em doentes com Parkinson mais severo.

Cantar desenvolve o potencial emocional e cognitivo. Caspi, et al. (1999) salientam que o ato de cantar melhora o discurso, promove o relaxamento, a respiração e a postura. A melhoria deste último elemento é de extrema importância para os pacientes com Parkinson porque os ajuda a contrariar a tendência para se manterem curvados. Naturalmente, com o aperfeiçoamento destas posições deficitárias, a respiração e a produção de discurso também melhora. Enquanto o paciente vocaliza, os músculos faciais movem-se, melhorando assim os sintomas de hipocinesia (hypokinesia). Cantar desenvolve o sistema nervoso e beneficia o sistema cognitivo. Esta melhoria deve-se essencialmente ao facto do movimento, a percepção e a ação trabalharem de forma integrada (Cortès-Clements, et al., 2016).

Segundo Haneishi (2001) o ato de cantar, em conjugação com o ritmo, melhora o discurso e beneficia o sistema respiratório e fonador. Acima de tudo ajuda os pacientes com Parkinson a aceitarem os tratamentos. De acordo com Cortès-Clements, et al. (2016) a Associação Europeia de Doentes com Parkinson, no ano de 2014, reconheceu que cantar promove qualidade de vida nestes pacientes. Esta técnica ajuda a conservar as suas vozes, aumenta o seu volume, melhora a diction, controla a velocidade vocal, favorece a postura e a fluidez da fala. Cantar em grupo ou individualmente modifica o humor, melhora a atividade social e a autoconfiança (Caspi, et al., 1999; Schiebel, et al., 2017).

A dança é outra técnica utilizada nos doentes com Parkinson embora os resultados ainda sejam controversos (Aguiar, Rocha & Morris, 2016). Esta pode ser realizada individualmente ou em grupo, favorecendo essencialmente a marcha, a força e o equilíbrio (Thaut, et al., 2014), o que contribui para prevenir as quedas nestes pacientes (Horowitz, 2013).

De acordo com Aguiar, Rocha & Morris (2016), dançar desenvolve a consciência corporal, o bem-estar e o controlo de movimentos a partir da utilização de pistas, de estratégias cognitivas e da criatividade. Mas, acima de tudo, segundo (Thaut, et al., 2014), dançar desenvolve novas competências que criam liberdade de movimentos em doentes com Parkinson, permitindo o aumento da neuroplasticidade cerebral.

Vários estudos indicam que a dança é muito importante porque desenvolve o equilíbrio e a perda de equilíbrio é um sintoma resistente à medicação (Grimbegen; Munneke & Bloem, 2004; Kattenstroth et al., 2010). Segundo Thaut, et al. (2014) o ato de bailar melhora a atividade cerebral originando, por isso, o desenvolvimento automático da marcha e a velocidades desta. Por todos estes motivos, o exercício físico regular associado à dança, nestes pacientes tem um efeito neuroprotetor e aumenta a regulação do sistema nervoso, permitindo assim o abrandamento do progresso da doença.

A musicoterapia é considerada uma terapia bastante importante no tratamento desta patologia devido aos vários benefícios que traz (Cortès-Clements et al., 2016) e pelo facto de não apresentar qualquer efeito secundário (Ulbricht, C. 2011). Nombela et al. (2013b) referem que 100% dos utentes com Parkinson, e que têm contato com a música, referem uma mudança positiva dos sintomas. A musicoterapia atua sobre os mais variados aspetos, do cognitivo ao emocional, passando pelo físico e social (Schiebel & March, 2017). De acordo com Zhang et al. (2017) a musicoterapia tem um poder especial porque comunica de uma

forma não verbal, sendo por isso mais fácil estabelecer a comunicação entre o terapeuta e o paciente. Contudo, segundo o mesmo autor, pode-se considerar ambíguo o poder “curativo” da música. A musicoterapia, nos sujeitos com Parkinson moderado, atua a vários níveis: melhora a marcha, com o auxílio do método RAS (Rhythmic Auditory Stimulation), e a velocidade da marcha (Docu, 2012; Thaut et al., 2014; Aguiar et al., 2016; Zhang et al., 2017), bem como estimula os movimentos, através do ritmo, e fomenta a melhoria da bradaquinésia.

Nos restantes estágios de Parkinson a musicoterapia beneficia a fala e a voz, através das canções e dos vários exercícios utilizados nas sessões e melhora o humor. Os vários estudos relatam que a musicoterapia não tem um efeito significativo na rigidez (Schiebel, et al., 2017). Através da música consegue-se diminuir os sintomas neuropsiquiátricos como a agitação e a ansiedade e beneficiar a comunicação (Caspi, et al., 1999). Todos estes efeitos positivos traduzem numa melhoria significativa da cognição, da criatividade e da qualidade de vida dos pacientes (Thaut, et al., 2014; Aguiar, et al., 2016; Zhang, et al., 2017).

Os resultados dos vários estudos sugerem que a musicoterapia é benéfica até um mês depois da intervenção (Bella et al., 2015). No entanto existem estudos que relatam numa deterioração dos sintomas de após seis semanas de intervenção (Nieuwboer & Giladi, 2008; Thaut, et al., 2014). De acordo com Aguiar, Rocha & Morris (2016) os estudos indicam que a musicoterapia melhora a performance da marcha (comprimento e na velocidade) originando por isso uma melhor qualidade de vida (Rizzonelli, et al., 2017). Contudo, Schiebel, et al. (2017) afirma que a musicoterapia não tem um efeito significativo na rigidez, na cadência e no progresso da função motora (Thaut, et al., 2014; Zhang, et al., 2017). De acordo com os vários autores, existe uma necessidade em estudar a resposta individual dos doentes com Parkinson ao nível dos estímulos neurológicos (Nombella, et al., 2013) e compreender

melhor o processo motor para que se possa desenvolver bases sólidas para novos métodos (Marinelle, et al., 2017).

Musicoterapia no Acidente Cardiovascular (AVC). A Performance Terapêutica Instrumental (Therapeutic Instrumental Music Performance- TIMP), segundo Street, et al. (2017), é uma técnica que utiliza os instrumentos musicais para estimular e recuperar padrões de movimento. Os instrumentos são escolhidos pelo musicoterapeuta e vão ter uma determinada função no setting terapêutico (reforçar o trabalho de amplitude, de movimento e de resistência, de força, de destreza de dedos, coordenação de movimentos e movimentos funcionais da mão).

No decorrer da musicoterapia, os instrumentos não são colocados de maneira dita tradicional. Estes são colocados de forma a colmatar as necessidades do paciente.

Raglio, et al. (2017) apresentam a técnica Relational Active Music Therapy (RAMT) que tem como principais objetivos melhorar o psicológico do paciente, através do desenvolvimento da comunicação e dos aspetos relacionais, e aprimorar as habilidades da coordenação fina e grossa, trabalhando principalmente as extremidades superiores. As sessões de musicoterapia são livres, havendo, por isso, interações espontâneas entre o musicoterapeuta e os seus pacientes. São manipulados instrumentos rítmicos melódicos em sessões não verbais. Durante estas sessões, o musicoterapeuta estimula o paciente a tocar de uma forma ativa. Estas performances desenvolvem as competências motoras e as partilhas emocionais. Em função disso, este tipo de técnica facilita a expressão, a modulação e possibilita a comunicação e a reabilitação motora.

A *Rhythmic Auditory Stimulation (RAS)* é uma técnica utilizada também no AVC. Segundo Hayden et al. (2009) o ritmo facilita os movimentos nos doentes com esta patologia. Este ajuda no processamento das informações auditivas de forma a ajudar no controle motor.

É um processo consciente e pré-consciente. De acordo com Thaut et al. (2014) o AVC apresenta várias consequências na marcha, comprometendo a cadência, a velocidade e o comprimento da passada).

O RAS pode auxiliar na melhoria da hipotonia (diminuição do estado normal de firmeza ou elasticidade de um órgão ou de um tecido – hipotonia generalizada: hipotonia muscular), na espasticidade (hipertonia dos músculos, acompanhada de rigidez e de exagero de reflexos) e na hemiparesia (paralisia leve que atinge um lado do corpo) dos membros superiores e inferiores. Esta técnica contribui para melhorar a) o arrastar do dedo durante a fase de balanço da marcha, b) coordenação motora (padrões de movimentos limitado), c) equilíbrio postural e controlo do tronco, d) contraturas e amplitude articular limitada, e) comprimento da passada regular entre a esquerda e a direita, f) redução do peso do lado afetado e por fim a redução do balanço do braço e do salto unilateral do calcanhar.

Os resultados dos vários estudos sugerem que a musicoterapia é benéfica até 4 semanas depois de cessar o tratamento (Johansson, 2011). No entanto o mesmo autor relata que se a terapia foi realizada nos primeiros 5-15 dias, este tratamento pode ter um efeito duradouro (1 ano depois). Isto acontece porque existe uma mudança no cérebro o que permite concluir que um diagnóstico precoce ajuda a uma reabilitação com maior êxito (treino de atenção, musical e cognitivo) (Kim, et al., 2011; Raglio, et al 2015).

A musicoterapia deverá ser benéfica para pacientes diagnosticados com afasia e com deficits motores (Horowitz, 2013; Street, et al., 2017; Richman, et al., 2018) originando uma melhor qualidade de vida (Kall et al., 2013; Richman et al., 2018). A musicoterapia favorece a expressão da linguagem através da utilização dos componentes melódicos (Richman, et al., 2018). Também ajuda a restabelecer a cognição causando uma melhoria no humor, no que se refere a sentimentos negativos (Richman, et al., 2018), nos deficits de atenção, na memória,

na função executiva e na aprendizagem de novas informações (Raglio, et al 2017). Em função dos resultados da musicoterapia os sintomas de depressão, de ansiedade e de stress decaem.

Tudo isto auxilia na melhoria das medidas fisiológicas (ex: frequência cardíaca e pressão sanguínea) e dos marcadores hormonais (ex: cortisol) (Sarkamo, et al., 2012). A nível psicológico a musicoterapia é favorável ao decréscimo da ansiedade e da depressão (Scholz et al., 2015; Raglio et al., 2017). Esta terapia facilita, assim, a comunicação verbal e não verbal paciente/musicoterapeuta e/ou paciente/paciente (Kall et al., 2013; Tamplin et al., 2013; Raglio, et al., 2017).

Segundo estes últimos autores, a musicoterapia é uma terapia muito importante ao nível do aumento da confiança e da motivação no suporte de pares. A nível motor este tratamento origina uma grande melhoria na aprendizagem motora. A mudança da plasticidade cerebral, devido ao uso da música, traz grandes benefícios para a progressão movimentos dos membros superiores e inferiores (coordenação grossa e fina) (Scholz, et al., 2015). Segundo Fujioka, et al. (2012) e Richman, et al. (2018) as habilidades motoras como agarrar, alcançar, apertar e fletir o ombro e o cotovelo saem beneficiadas com este tratamento. Por outro lado, e de acordo com Hayden, et al. (2009), os efeitos do RAS não são muito claros embora haja melhorias (estatisticamente não relevantes) na cadência, na velocidade, no comprimento da passada e na postura. Por outro lado, os mesmos autores apresentam resultados estatisticamente relevantes na postura dos membros.

De acordo com os vários autores existe uma necessidade em compreender o papel do feedback auditivo ou proprioceptivo na aprendizagem motora (Rodriguez-Fornells, et al., 2012).

É importante, também, segundo Street, et al. (2017), perceber os dados sobre a qualidade de vida, a avaliação económica deste tipo de tratamento e a evolução dos pacientes,

sem ignorar os resultados já alcançados. Ao nível da investigação futura, os autores afirmam que é importante estudar os grupos, principalmente a sua interação social e a sua exposição à música (Tamplin et al., 2013). Por sua vez, Altenmuler et al. (2009) entendem que é importante estudar qual a duração, frequência e o género musical que é necessário adotar para que haja melhorias significativas e estabilidade para os pacientes (Supnet, et al., 2016), nas várias atividades do quotidiano (Kim, S. D. et al 2011). Por fim, e não menos importante, Hayden, et al. (2009) defendem que deveria ser realizado um estudo em larga escala para validar os vários resultados já obtidos e compreender se o RAS acelera, e em que medida, a recuperação da marcha no doente diagnosticado com AVC.

O estágio constitui uma parte essencial do processo de formação, que permite ao futuro terapeuta experimentar técnicas, compreender as patologias que perturbam os pacientes e a forma de planejar e executar planos terapêuticos que possam, de facto, melhorar a qualidade de vida desses mesmos pacientes, bem como melhorar a sua relação com familiares e amigos. Mais do que enquadrar a aprendizagem, o estágio torna-se um período de descoberta: descoberta das peculiaridades e especificidades de cada técnica, descoberta dos impactos que cada uma delas tem sobre os pacientes e sobre o próprio terapeuta, os processos que conduzem a recuperações, ou as recusas de participação que negam, a quem as assume, a possibilidade de alcançar as melhoras que de facto deseja.

O percurso revela-se um desafio constante, o terapeuta e o paciente surpreendem-se numa relação que pode decorrer mesmo sem palavras mas que é tão intensa como se fosse enquadrada por um conhecimento íntimo. E cada etapa do percurso se torna única, desenrola-se em pequenas vitórias no movimento que se executou, ou na rima que se conseguiu articular... É neste processo que o paciente encontra melhoras, altera o humor, aumenta a sua alegria de viver ou autoestima. Mas é também através dele que o terapeuta encontra a dimensão das exigências com que se confronta e define o seu compromisso para com a sua profissão.

Objetivos de estágio

Os objetivos gerais das sessões de musicoterapia nas instituições em que o estágio decorreu foram: a) proporcionar nas instituições uma intervenção terapêutica complementar nos casos de patologia; b) estimular a participação social do idoso; c) melhorar as condições físicas e cognitivas dos pacientes; d) desenvolver a sua expressão pessoal e motora; e) promover a comunicação e g) promover a autoestima.

Metodologia

Neste capítulo serão descritas as características metodológicas da intervenção levada a cabo ao longo deste estágio, bem como os procedimentos necessários à implementação e desenvolvimento do mesmo.

Participantes

Ao longo deste estágio foram acompanhados catorze utentes com idades compreendidas entre os 46 e os 81 anos de idade, sendo quatro do sexo masculino e nove do sexo feminino. Na tabela 2 são apresentadas as características principais destes participantes. De modo a preservar a identidade dos intervenientes estes serão identificados através de iniciais de nomes fictícios.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes

Nome	Sexo	Idade à data da intervenção	Admissão na instituição
A.L.	Masculino	81 anos	Última quinzena de Outubro de 2017
E. S.	Feminino	76 anos	17-10-2005
S. P.	Feminino	92 anos	01-07-2014
C. R.	Masculino	46 anos	17-10-2005
M. P.	Feminino	62 anos	05-01- 2015
P. R.	Masculino	70 anos	03-09-2015
M. R.	Feminino	70 anos	S/I
M. S.	Feminino	S/I	01-06-2015
M. F.	Masculino	60 anos	06-03-2015
A. M.	Feminino	79 anos	02-11-2017
M.M	Feminino	78 anos	Julho de 2015
S.T	Feminino	S/I	Desde o início da Associação
R.S.	Feminino	S/I	Janeiro de 2018
T.P.	Feminino	S/I	Desde o início da associação

Legenda: S/I – Sem Informação

Diversos utentes haviam sido, à data do início do estágio diagnosticados com doenças neurológicas (Parkinson, AVC, meningite, demência e paralisia cerebral) e com problemas de foro psicológico (luto), de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 - Diagnóstico dos utentes

Nome	Diagnóstico
A. L.	Parkinson
E. S.	AVC
S. P.	AVC (desde 30 de Janeiro de 2011)
C. R.	Paralisia Cerebral
M. P.	Meningite
P. R.	Meningite
M. R.	Parkinson
M. S.	Demência
M. F.	AVC
A. M.	Depressão
M.M.	AVC
S.T.	Luto
R.S.	S/I
T.P.	S/I

Legenda: S/I – Sem informação

As sessões de musicoterapia desenvolvidas no âmbito deste estágio, que iniciou em 27 de Outubro de 2017 e terminou a 10 de Julho de 2018, foram de carácter individual e com a duração de 30 a 45 minutos cada. Procedeu-se, também, à gravação das sessões para análise posterior.

Por semana foram realizadas, em média, 19 horas de estágio, distribuídas pelas 3 instituições em que este decorreu, como se observa na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das horas semanais de estágio por instituição

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:00	Perelhal	Perelhal		Carapeços
10:00	Perelhal	Perelhal		Carapeços
11:00	Perelhal	Perelhal		Carapeços
12:00				
13:00		Perelhal	Sta Eugénia	Carapeços
14:00		Perelhal	Sta Eugénia	Carapeços
15:00		Sta Eugénia	Carapeços	Carapeços
16:00		Sta Eugénia	Carapeços	Carapeços

Estas intervenções tiveram como principais objetivos fomentar o desenvolvimento cognitivo, motor, comunicativo, criativo e social do idoso.

A abordagem mais utilizada nas sessões de musicoterapia foi a *Relational Active Music Therapy Approach* (RAMT). Esta abordagem tem como principal objetivo promover a saúde mental do doente através dos aspetos relacionais e favorecer a melhoria do sistema motor fino e grosso. Estas sessões foram livres, havendo interação entre o musicoterapeuta e o utente.

Instrumentos de avaliação

A intervenção clínica neste estágio baseou-se em dois elementos. A avaliação quantitativa (realizada no início e no final da intervenção) e os elementos de observação clínica recolhidos ao longo das sessões durante todo o processo. Como já foi referido anteriormente a avaliação teve lugar em dois momentos, o início e o término do estágio, tendo sido aplicada a grelha de avaliação *Geriatric Music Therapy Assessment* (Hintz, 2000) (Apêndice A). Esta avaliação foi traduzida para português visto que os seus dados foram utilizados como indicadores clínicos, não sendo por isso, realizado um tratamento estatístico. Esta avaliação, de carácter quantitativo, está dividida em cinco itens principais: 1) competência expressiva e musical (vocal e instrumental); 2) competências musicais recetivas; 3) competências comportamentais e psicossociais; 4) competências cognitivas e motoras (controlo motor fino e grosso) e 5) cognição e memória.

Durante o estágio a musicoterapeuta debruçou-se mais sobre as competências cognitivas e motoras (controlo fino e grosso) e a cognição e memória. Estes itens foram mais trabalhados devido às necessidades existentes nas instituições, embora não tenham sido deixados de lado os outros pontos.

No caso do paciente C. R., devido à sua idade, não foi utilizada esta avaliação, tendo-se utilizado alguns elementos da avaliação de perturbações do desenvolvimento.

Procedimentos

O estágio iniciou-se no dia vinte e sete de Outubro de dois mil e dezassete com uma reunião com a Vereadora Maria Armandina Saleiro. Nesta reunião a estagiária foi informada de que o período de estágio seria repartido por três instituições: a Associação Perelhal Solidário, a Associação Humanitária de Rio Covo Sta Eugénia e a Associação Carapeços Solidário. O estágio propriamente dito iniciou na segunda-feira seguinte (trinta de Outubro de dois mil dezassete), na Associação Perelhal Solidário. No dia seguinte, a estagiária conheceu a Associação Humanitária de Rio Covo Sta Eugénia e no dia sete de Novembro, a última instituição, a Associação Carapeços Solidário. Nesta fase inicial, foi explicado aos responsáveis pelas instituições e aos seus utentes que as sessões seriam gravadas com seguintes os objetivos: 1º) permitir a supervisão de estágio, realizada às sextas-feiras na Universidade Lusíada; 2º) auxiliar a estagiária na análise do trabalho realizado e na escrita do relatório final. Foi explicado, também, que o anonimato de cada utente seria rigorosamente respeitado.

O estágio decorreu em três fases distintas: a fase de observação e integração, a fase de intervenção e a fase de avaliação final.

Fase de observação e integração. A primeira fase teve a duração aproximada de um mês, durante o qual foram feitas observações informais do quotidiano dos utentes das instituições em que decorreu o estágio. Ao longo desse processo, a estagiária estabeleceu quem seria objeto das sessões de musicoterapia.

Os pacientes selecionados foram os idosos que demonstravam menor competência para a realização das várias tarefas do quotidiano e que demonstravam gosto pela música (participavam nesta atividade com mais empenho). Esta escolha foi feita durante as sessões de grupo através da observação do comportamento dos participantes.

Ao longo desta primeira fase, a estagiária conheceu os profissionais que desenvolviam atividade nas Associações, compreendeu a dinâmica de cada um dentro de cada instituição e as características das próprias instituições.

Fase de intervenção. A segunda fase decorreu entre Dezembro de dois mil e dezassete e Julho de dois mil e dezoito, consistindo no período de tempo mais extenso, que começou com uma avaliação prévia dos utentes selecionados e continuou com a intervenção terapêutica em regime de sessões individuais com frequência semanal.

Fase de avaliação final. Esta fase considerou as últimas quatro semanas do estágio e, neste período, procedeu-se à avaliação final do trabalho realizado, com recurso aos vários instrumentos de avaliação utilizados anteriormente. Esta avaliação permitiu estabelecer se houve ou não mudanças nos vários parâmetros apresentados pelos pacientes no início da terapia e em que medida os vários objetivos propostos haviam sido atingidos. Ao longo deste período, a estagiária obteve o feedback tanto dos profissionais das instituições como dos pacientes e informou estes últimos de que o estágio estava a terminar e que as sessões de musicoterapia chegariam ao fim.

Recursos Materiais

Ao longo deste estágio foram utilizados como recursos materiais uma câmara de filmar (Storex HD-720) e um telemóvel (iPhone 6).

A nível instrumental foram utilizados maracas, xilofones, pandeiretas, triângulos, guizos e uma guitarra. O piano não pode ser considerado pois seria necessário transportá-lo de instituição em instituição, para além de que mais tarde se verificou não haver nas próprias salas espaço suficiente.

Foi usado outro tipo de equipamentos como cadeiras, arcos, bolas e bolas anti-stress.

A estagiária recorreu, também, a um livro com músicas tradicionais e um caderno com cifras musicais.

Agenda Semanal

O estágio nas três instituições decorreu às segundas-feiras, terças-feiras, quintas-feiras e sextas-feiras, como se apresenta na Tabela 5.

As sessões de musicoterapia foram organizadas de acordo com os horários disponíveis das instituições e de acordo com o bem-estar dos pacientes intervencionados.

Tabela 5 - Agenda semanal

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:00-10:15	Preparação do setting musicoterapêutico	Preparação do setting musicoterapêutico		Preparação do setting musicoterapêutico
9:15-10:15	P. R.	M. P.		R.S.
10:15-11:00	M. R.	S. P.		T.P.
11:15 –12:00	C. R.			
13:00 –13:15			Preparação do setting musicoterapêutico	
13:15 –14:00		E. S.	A. M.	Carapeços
14:15 –15:00		M. S.	Sta Eugénia	Carapeços
15:00 –15:15		Preparação do Setting musicoterapêutico	Preparação do setting musicoterapêutico	Carapeços
15:15 –16:00		A. L.	S.T.	Carapeços
16:00 –17:00		M. F.		

Estrutura das sessões

As sessões de musicoterapia, apesar de serem alvo de cuidadosa preparação, decorriam de forma fluída e não muito diretiva, privilegiando a espontaneidade e a criatividade como fatores de envolvimento do utente nas propostas sonoras e musicais da terapeuta. Quando estes aspetos estavam presentes nas sessões, estas decorriam mais fluidas, sendo mais fácil ir de encontro à identidade musical (iso) e pessoal dos pacientes.

As sessões começavam com a uma canção de acolhimento que dava as boas-vindas ao utente ao espaço e ao tempo da sessão. Esta canção foi composta pela estagiária e apresentava uma melodia estruturada, que podia ser alterada de acordo com o estado de humor do paciente, dando origem a variações da base rítmica, da linha melódica e até da letra.

Quando era possível, desenvolvia-se a técnica RAS (rhythmic auditory simulation) por 15 minutos. Esta estrutura de sessão foi estabelecida porque os idosos tinham que se deslocar da sala de convívio para a sala em que tinha lugar a musicoterapia. Nesta deslocação a estagiária cantava a música do Olá, fazendo as mudanças que fossem necessárias (como já foi referido anteriormente). Para estimular a concentração, a mudança de humor e a motivação, a estagiária cantava, em seguida, as músicas correspondentes ao *iso* musical de cada um.

O repertório musical escolhido correspondia à idade sonora de cada paciente. Desta forma a musicoterapeuta pretendia envolver o paciente na sessão. Esta prática, concretizada no início e no final de cada sessão, era muito importante e tinha como principais objetivos normalizar os padrões da marcha (cadência, velocidade, comprimento da passada), desenvolver a mobilidade e aumentar a força muscular. Depois de trabalhar o RAS, o paciente era levado para a sala onde se realizava uma outra parte da sessão, na qual eram desenvolvidas várias abordagens terapêuticas como Performance Terapêutica Instrumental (Therapeutic instrumental music performance- TIMP). Com este método a terapeuta pretendia exercitar e estimular os padrões de movimento. Os instrumentos utilizados eram escolhidos pela estagiária, e não eram utilizados de uma maneira tradicional, ganhando assim uma nova função no setting musicoterapêutico. Os principais objetivos desta abordagem eram reforçar a) o trabalho de amplitude; b) o movimento, resistência e força; c) a destreza de dedos; e d) a coordenação de movimentos funcionais da mão. Neste contexto, também era

utilizado a Relational Active Music Therapy (RAMT) com objetivo de melhorar o estado psicológico do paciente. Com esta terapêutica a estagiária pretendia aprimorar as características relacionais dos pacientes através do desenvolvimento de uma relação espontânea entre paciente e terapeuta. Com o cantar, a musicoterapeuta pretendia melhorar a aptidão emocional e cognitiva, tendo como principais finalidades a) a melhoria do discurso e b) promover o relaxamento, a respiração e a postura.

A dança foi um elemento muito presente nas várias sessões, com a qual a estagiária pretendia trabalhar a coordenação motora, a consciência corporal e o bem-estar.

Nestas sessões também foram desenvolvidas várias outras técnicas. A aplicação destas técnicas tinha como objetivo fomentar a expressão de sentimentos e do EU dos pacientes (orgulho pessoal).

Ao longo do período em que decorreu a terapia, a estagiária aliava estas abordagens e estas técnicas com alguns exercícios de reabilitação ensinados pela fisioterapeuta Ana Loureiro.

As diversas abordagens e técnicas eram aplicadas ao longo das sessões, sendo selecionadas para cada sessão as adequadas às necessidades dos pacientes e aos níveis de desenvolvimento que iam atingindo do longo do tempo.

No final das sessões, durante o retorno dos pacientes para a sala de convívio, a estagiária cantava a canção do adeus e desenvolvia, mais uma vez, a técnica do RAS.

Casos de Estudo

Estudo de Caso I - A. L.

A. L. tem 81 anos e frequentava o Centro de Dia de Rio Covo Santa Eugénia (Associação Humanitária de Santa Eugénia) desde a última quinzena de Outubro de 2017. Frequentou o Ensino Básico (antigo ensino primário/1º ciclo) e trabalhou como ajudante de pedreiro durante toda a sua vida ativa, reformando-se aos 65 anos. Tem casa própria, onde mora há 47 anos.

De acordo com a sua ficha de caracterização individual, foram apontados três motivos para a sua presença no centro dia: o diagnóstico de Doença de Parkinson e suas implicações, a necessidade de estimulação cognitiva e social, e ainda as dificuldades já expressas pela sua cuidadora, a esposa, que também passou a frequentar o Centro de Dia.

Além daquela patologia, este utente tinha um diagnóstico de hipertensão. De acordo com a sua prescrição médica, estava medicado para a hipertensão, para Parkinson e para dormir. A.L. apresentava um discurso lúcido e coerente, boa audição/visão e boa orientação espaço-temporal, não se registando quaisquer problemas com os aparelhos digestivo e urinário. Apesar disso, A.L. não é completamente autónomo, precisando de ajuda parcial nas várias atividades quotidianas (alimentação, higiene pessoal e ir à casa de banho) e ajuda total para administrar os medicamentos e gerir o dinheiro.

Devido à Doença de Parkinson, A.L. apresenta inicialmente padrões de marcha deficitária, dificuldade na alternância dos membros inferiores, dificuldades em falar, falhas de memórias mais ou menos frequentes e humor depressivo, com irritabilidade.

O A.L. não fazia qualquer atividade física, estava a realizar fisioterapia e aguardava a marcação de rastreio para a terapia da fala.

Plano terapêutico. O tratamento de A.L. considerou um total de 18 sessões e decorreu em três fases: a) avaliação inicial (1^o a 3^a sessão); 2) desenvolvimento (4^a a 12^a sessão) e 3) final (13^a a 18^a sessão).

Avaliação inicial (1^a a 3^a sessão). Nas primeiras três sessões, A.L. veio motivado. Numa primeira conversa, ele falou da sua patologia e manifestou preocupação em relação às dificuldades com a marcha que era bastante deficitária e o tornava dependente de ajuda humana ou de uma bengala.

A sua marcha era bastante insegura, irregular, com passos curtos e arrastados, apresentava problemas na transferência locomotora e demonstrava dificuldades nos movimentos com os membros superiores. Nesta fase de avaliação inicial, a motricidade revelou-se a área mais afetada.

No que respeitava ao discurso, este era coerente em termos de conteúdo, embora o paciente demonstrasse dificuldades na dição, o que tornava o discurso por vezes pouco claro. Ao longo da avaliação o paciente também apresentou algumas alterações cognitivas, como falhas de memória e falhas de atenção (distraindo-se facilmente com o meio em redor). Num primeiro momento, A.L. demonstrou alguma dificuldade em cantar e tocar simultaneamente, distraindo-se facilmente. Mostrou falhas de memória, confundindo letras e melodias.

No que diz respeito à abordagem terapêutica, houve nas primeiras sessões a intenção de criar um ambiente seguro para o paciente, de forma a estabelecer uma relação terapêutica segura.

Para o fazer sentir-se seguro, era essencial ir de encontro ao seu iso musical.

Com esse objetivo, a musicoterapeuta utilizou o repertório de que ele gosta (música tradicional portuguesa) e explorou o repertório da fase inicial da sua idade adulta. Este repertório (Malhão, Malhão; Tia Anica de Loulé, A Machadinha, etc.) tornou-se importante

nas primeiras sessões porque era com estas músicas que a musicoterapeuta conseguia regular o humor e a motivação do paciente. Ao cantar este repertório, A.L. acelerava muito quando cantava as letras não respeitando a cadência frásica e as suas pausas.

Nas sessões iniciais, A.L. demonstrou intencionalidade dado que durante as sessões ele trocava os instrumentos conforme a sua preferência.

A nível instrumental mantinha uma cadência acelerada com movimentos de pequena amplitude. Pode-se afirmar que o paciente desenvolvia movimentos espásticos repetitivos (tensão e relaxamento), originando movimentos com bastante esforço quando manipulava os vários instrumentos.

Embora os doentes com a patologia de A.L. tendam a apresentar problemas a nível motor como a rigidez, a deficiência na postura e no balanço, tremores e lentidão nos movimentos voluntários, este paciente manifestava um apurado impulso criativo: quando não sabia a letra da canção, inventava e exprimia muitas vezes a sua felicidade quando o fazia. É importante frisar que no momento da avaliação houve sempre contacto ocular paciente/musicoterapeuta.

Plano Terapêutico. Após a avaliação final, foi estabelecido um plano terapêutico apresentado na Tabela 6. Dos vários problemas identificados, foram escolhidos três como objetivos da intervenção.

O primeiro problema é referente à alteração cognitiva desenvolvida pelo paciente. De acordo com a avaliação, e como já foi referido anteriormente, A.L. apresentava várias alterações cognitivas como a) falhas de memória (não ser capaz de cantar músicas sem confundir letras e ou melodias) e falhas de atenção (não ser capaz de cantar e tocar instrumentos simultaneamente). O segundo problema é a deficiência motora e o terceiro problema tem a haver com o comprometimento de competências comunicacionais.

Fase às observações, foi definido o plano terapêutico apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 - Plano terapêutico A.L

Problema nº1: Alteração das capacidades cognitivas		
Objetivo: Diminuir a alteração das capacidades cognitivas (memória)		
Sub-objetivos		
Ser capaz de cantar até ao fim, e de forma coerente, canções familiares (Iso Musical)	Ser capaz de cantar canções e tocar instrumentos de percussão simultaneamente	Ser capaz de lembrar/ contar histórias de modo coerente associadas ao seu repertório musical
Problema nº2: Dificuldade na expressão motora		
Objetivo: Reduzir e alterar os padrões dos membros dos membros inferiores		
Sub-objetivos		
Aumentar o tamanho da passada (amplitude, movimento, resistência, destreza, coordenação e movimento)	Desenvolver a velocidade	Tornar os movimentos mais fluidos
Problema nº3: Melhorar as competências de comunicação		
Objetivo: Promover o desenvolvimento da comunicação (respeitar regras, melhorar dicção e respiração)		
Sub-objetivos		
Deverá conseguir cantar mais lentamente as canções do seu Iso	Deverá conseguir cantar a letra respeitando a cadência da frase	Deverá conseguir cantar as músicas do seu Iso respeitando as pausas musicais

O desenvolvimento (4ª a 12ª sessão). Depois de identificados os três problemas iniciais, foi iniciado o trabalho de uma forma estruturada. A estratégia terapêutica foi integrar a música com o uso simultâneo dos membros, através de sequências simples de movimentos com auxílio de vários materiais (instrumentos, incluindo instrumentos de percussão e bolas anti-stress) com o objetivo de sincronizar o movimento com o beat musical. Nestas sessões foram trabalhados repertório e temas que, de alguma forma, despertavam emoções no paciente. Os temas abordados foram família, morte e luto.

Na 4ª sessão foi trabalhado o tema família. A escolha do tema resultou do facto de A.L. celebrar, nessa altura, o aniversário de casamento. Assim, a musicoterapeuta foi colocando algumas questões sobre a sua família mais próxima (nomes e idades). A. L. mostrou algumas falhas de memória, originando por vezes algumas confusões. Assim decidiu-se, em conjunto, compor uma letra sobre a família. Melodicamente não foi utilizado nenhum tipo de melodia conhecida. A melodia foi cantada da forma como o paciente sentia, fomentando o desenvolvimento de uma expressão única e fluída. A musicoterapeuta apenas acompanhou esta produção com alguns acordes de guitarra.

Ainda nesta sessão, foi visível uma melhoria nos movimentos dos membros superiores. A nível sonoro musical foram iniciadas, nesta sessão, as batidas regulares e começou também a respeitar os términos das frases (fazendo pausas).

A 5ª sessão foi um marco no processo terapêutico, e desenvolveu-se em torno da reflexão sobre um evento crucial da vida do paciente. Esta sessão teve como tema central a morte. Foi A.L. que no primeiro momento quis conversar sobre o tema. Desta forma, pode-se afirmar que o paciente sentiu que estava num ambiente seguro. E assim a relação entre terapeuta/cliente foi sendo construída.

A partir deste acontecimento, A.L. começa a desenvolver uma certa resistência à terapia. Assim inicia um processo de amplificação dos sintomas de depressão, recorrentes em pacientes com Parkinson de acordo com a literatura.

Na sessão seguinte, o paciente continuou a responder às sessões. No entanto, os sintomas depressivos continuaram a ampliar e apresentava-se bastante cabisbaixo. A musicoterapeuta tem como principal função criar uma ligação com utente através da música. Por isso começou por utilizar as canções familiares, tentando obter uma resposta do paciente. A partir desta abordagem, A.L. começou a responder com batimentos cada vez mais assertivos, respeitando a cadência frásica e as pausas no final de cada frase. Começou, assim, a responder às perguntas musicais da terapeuta e tornou-se evidente que ele próprio começava a compreender que, para haver diálogo, pelo menos duas pessoas têm que intervir.

Esta sessão, mesmo com os problemas evidenciados, decorreu de forma muito positiva tendo-se registado melhorias nos problemas sobre os quais a musicoterapeuta devia intervir: a marcha começou a ganhar uma nova forma, a velocidade, a cadência e os movimentos tornam-se mais eficazes e mais fluidos. Nesta altura a musicoterapeuta observou que o utente tocava um ritmo regular enquanto cantava e a sua comunicação melhorou bastante, tornando-se muito mais compreensível.

Na sétima sessão, os sintomas depressivos aprofundaram-se. A.L. começou a chorar quando a musicoterapeuta o foi buscar para dar início ao RAS. Na tentativa de trabalhar aquele luto tão sofrido, a musicoterapeuta decide ajudá-lo a compor uma música para a sua irmã Teresa (apêndice B) que faleceu de uma forma bastante repentina. Esta sessão foi abruptamente interrompida porque o paciente começou a sentir-se mal. A musicoterapeuta percebeu a partir deste acontecimento que continuar a trabalhar este luto traria um sofrimento muito grande para o utente.

Nas sessões subsequentes (8^a, 9^a e 10^a) o paciente continuou a mostrar várias melhorias: a) batimentos mais precisos, b) movimentos mais fluidos, c) marcha com uma passada mais larga e com aumento de velocidade, embora só durante alguns minutos; d) começou a ouvir o outro; e) já respeitava a cadência frásica; f) cantava mais lentamente, respeitando as pausas.

Nessa mesma sessão, introduziram-se as clavas e a técnica de espelho e A.L. começou a tocar pandeireta com as duas mãos abertas.

Até esta sessão, a musicoterapeuta conseguiu, através do seu repertório, mudar o estado de espírito do paciente.

Contudo, na sessão seguinte, verificou-se uma grande alteração. A.L. toma conhecimento da existência de problemas de saúde graves com a sua neta e com a sua nora (cancro). Quando explicou o que se passava à musicoterapeuta, esta denotou uma grande melhoria na dição do paciente pois o seu discurso era mais compreensível e coerente. No entanto, a sua marcha mostrou-se mais debilitada e a sua voz mais monocórdica. A partir desta sessão o utente começou a desviar o olhar, não olhando diretamente para a terapeuta.

Na sessão seguinte (12^a sessão) o utente começou a demonstrar que não queria continuar com a musicoterapia. Apesar da rejeição, a musicoterapeuta considerou que seria proveitoso para o paciente continuar as sessões e para o motivar a musicoterapeuta introduziu mais uma canção no seu repertório e o xilofone que veio dar um novo alento à sessão.

Com este novo instrumento o paciente explorou o seu lado melódico. A sessão terminou com duas improvisações realizadas por A.L. No entanto, a musicoterapeuta denotou que a sua amplitude vocal se apresentava cada vez mais baixa. O seu registo era cada vez mais grave e impercetível.

O final (13ª à 18 sessão). A partir da 13ª sessão verificou-se uma resistência cada vez maior por parte do paciente que começa a recusar interagir com a musicoterapeuta. Este mostrava-se pouco responsivo aos vários estímulos. Depois da sessão, a musicoterapeuta resolve falar com a assistente social que a informa que A.L. tinha começado a apresentar problemas de incontinência. Este problema constituía um grande transtorno para o paciente.

Nas sessões seguintes a musicoterapeuta pode observar que a amplitude vocal tinha diminuído bastante e que o paciente se apresentava sem reação a quaisquer tipos de estímulos. Mostrava, também, um agravamento das condições cognitivas (falhas de memória, começou a confundir letras e melodias) e a nível motor a marcha estava cada vez mais debilitada e começou a cair com mais frequência.

Os músculos do paciente começaram a ficar mais duros e tocar e cantar ao mesmo tempo já não era muito exequível.

A nível comunicacional, deixou de ouvir a musicoterapeuta, não respeitando as cadências frásicas e as pausas (acelerando a nível musical). Simultaneamente, A.L. C deixou de apresentar uma dição inteligível.

Na última sessão, a musicoterapeuta trabalhou com a música preferida do paciente, o “Ferreiro”, numa última tentativa de o conseguir estimular, o que se revelou em vão. Face a esta situação, a musicoterapeuta compreendeu que não podia fazer mais nada e informou o paciente que as sessões de musicoterapia ficavam concluídas.

De acordo com informações recolhidas junto da equipa da instituição, veio a verificar-se um reinício de consumos de álcool por parte do AL, o que poderá estar associado à regressão registada.

Um mês e duas semanas depois, A.L. pediu para recomeçar a musicoterapia. Assim foi realizada a última sessão que estava prevista.

Conclusão do caso. Depois de observadas as sessões de musicoterapia realizadas, a musicoterapeuta verificou que numa primeira fase se desenvolveu a ligação entre a terapeuta e o paciente, em que a música é utilizada como elo de ligação. Numa segunda fase surgiram os primeiros sucessos surgem e traduzem-se em melhorias significativas de carácter motor, cognitivo e comunicacional. Por fim, surgem sinais de resistência à terapia, que provocam que esta seja finalizada antes de concluído o período inicialmente estabelecido.

Apesar do desfecho menos positivo deste caso, os objetivos foram atingidos, tendo-se verificado melhorias significativas a nível cognitivo, motor e comunicacional, conforme observado pela terapeuta e relatadas também pela sua mulher e pela assistente social.

Estudo de caso da paciente S.P.

Caraterização da paciente S.P. A paciente S.P., com 76 anos, teve um acidente cardiovascular (AVC) no dia 30 de Janeiro de 2011.

Frequentava a Associação Perelhal Solidário desde que esta foi fundada (01/07/2014). Segundo a filha, esta utente não frequentava de forma regular esta instituição pois à quinta-feira ia sempre à feira da vila. S.P. tinha como principal característica ser independente e era muito boa em trabalhos manuais, costura e cozinha.

Depois do AVC a paciente foi direccionada para cuidados paliativos. Por vergonha, S.P. no início não queria voltar para a Associação porque sentia embaraço por se sentir limitada (não conseguia fazer nada, na sua opinião).

Avaliação Inicial (1ª a 6ª sessão). Como principais sintomas a utente apresentava problemas na fala, que não era fluida, e, por vezes, não conseguia expressar o que sentia, desistindo rapidamente quando não conseguia.

Durante as primeiras sessões de musicoterapia, S.P. manifestou falhas de memória e dificuldades na orientação espaço temporal. A nível motor S. P. apresentava dificuldades de

locomoção, deslocando-se em cadeira de rodas. Demonstrava também bastante dificuldade em mexer o membro superior esquerdo e tinha o membro superior direito paralisado.

A paciente teve acesso a 28 sessões de musicoterapia. Estas realizaram-se às terças-feiras das 10:15 às 11:00.

Tendo em conta a estrutura prevista para as várias sessões, a intervenção junto desta paciente foi dividida em três fases: avaliação inicial (1^o a 6^a sessão devido à falta de resposta inicial por parte da paciente), desenvolvimento (7^a a 23^a sessão) e final (24^a a 28^a sessão).

Nas primeiras sessões, S.P. foi muito pouco responsiva aos vários estímulos musicais e nas primeiras sessões manteve quase sempre os olhos fechados, tentando sempre manifestar-se no final de cada sessão (Gosto! Gostei!).

A musicoterapeuta, nas primeiras três sessões, teve como principal preocupação desenvolver a relação terapêutica. Na quarta sessão foi transmitido à musicoterapeuta, pela sua filha da paciente, que esta também gostava de fado e por isso foram incluídas no iso musical “Lisboa menina e moça” e “Quando eu era pequenina”.

Ao trabalhar este repertório, contudo, a musicoterapeuta obteve reações pouco favoráveis controversas por parte da paciente. Por isso, o repertório mais utilizado apenas incluiu as músicas tradicionais. Com este repertório a musicoterapeuta conseguia acalmá-la e torná-la mais responsiva aos estímulos da música. Inicialmente, quando a musicoterapeuta conseguia acompanhar a paciente nos tratamentos de fisioterapia, S. P. ficava mais calma e fazia os vários exercícios que, até aí, se recusava executar.

Esta reação ia de encontro ao que Van Wijck, et al. (2012) afirmam no sentido dos utentes que escutam o seu repertório preferido sentem menos dor e, por isso, este origina uma maior motivação e um maior compromisso para com a terapia.

A avaliação propriamente dita só foi executada a partir da terceira sessão devido à reduzida reação inicial da paciente.

Plano Terapêutico Após a avaliação, foi estabelecido para esta paciente o plano terapêutico representado na Tabela 7. Dos vários problemas identificados, foram selecionados como objetivo da intervenção três em relação aos quais se estabeleceram objetivos.

O primeiro problema relacionava-se, essencialmente, com as alterações cognitivas. De acordo com a avaliação, S. P. apresentava várias alterações cognitivas como falhas de memória. Para colmatar esta falha foram trabalhadas várias técnicas e/ou métodos como a) deixar espaços em branco para que o paciente os possa preencher; b) reconhecimento do repertório do seu iso musical; c) cantar as músicas do seu iso na sua totalidade.

O segundo problema selecionado referia-se aos problemas de paralisia dos membros superiores, que era uma consequência da patologia da paciente.

Nesse sentido foram abordados técnicas e métodos como TIMP (Therapeutic Instrumental music performance) e RAMT (Relational Active Music Therapy).

O terceiro problema estava relacionado com as dificuldades de dicção. Para as minorar foram usadas como técnicas e métodos terapêuticos RAMT (Relational Active Music Therapy) e o canto que melhoram o discurso, promovem o relaxamento, a respiração e a postura. Naturalmente, com o aperfeiçoamento das posturas deficitárias, a respiração e a produção de discurso também melhoraram.

Foi utilizada também a técnica de composição *filling-in-the-blanks* (preenchimento de espaços em branco).

Tabela 7 - Plano terapêutico S.P.

Problema nº1: Alteração das capacidades cognitivas (memória)		
Objetivo: Diminuir a alteração das capacidades cognitivas		
Sub-objetivos		
Ser capaz de cantar e de preencher espaços em branco das canções do seu Iso Musical	Ser capaz de reconhecer as canções do seu Iso Musical	Ser capaz de cantar canções completas do seu Iso Musical
Problema nº2: Dificuldade linguística		
Objetivo: Promover a fluidez verbal		
Sub-objetivos		
Cantar uma canção completa de forma perceptível	Ser capaz de exprimir/descrever histórias /sentimentos	Aumentar a amplitude vocal
Problema nº3: Dificuldade na mobilidade		
Objetivo: Aumentar a mobilidade dos membros superiores		
Sub-objetivos		
Ser capaz de passar e Agarrar uma bola	Ser capaz de tocar uma pandeireta sozinha	Aumentar a amplitude dos movimentos dos membros superiores

O desenvolvimento (7ª a 23ª sessão). A partir da sétima sessão, S. P. começou a ficar cada vez mais responsiva. Já cantava algumas frases inteiras e a sua amplitude vocal oscilava entre o volume mais baixo e o mais alto. Nesta sessão a utente começou a movimentar-se. É importante referir que ao longo deste tempo, S. P. não gostava muito de ir à fisioterapia e queixava-se de ter dores durante os tratamentos (chorava). Portanto, para ela, movimentar o pé (batida) foi um progresso assinalável. A partir desta sessão, com a ajuda da fisioterapeuta, foram inseridos no seu plano de tratamento exercícios motores tanto para os membros superiores como inferiores (com auxílio de instrumentos e bolas).

Nesta sessão, pela primeira vez, concretizou-se a tentativa de tocar pandeireta (com ajuda da musicoterapeuta).

Na sessão seguinte, S. P. começou a ter iniciativa para conversar mas esta ação tornava-se num ato muito difícil de concretizar devido a existência de falhas de conexão nas várias áreas da linguagem. A partir desta fase, estas tentativas começaram a ser usuais no início e fim das sessões.

A nível musical, S. P. começou a cantar vários versos de algumas músicas. Nesta nona sessão, a musicoterapeuta começou a fazer os exercícios que a fisioterapeuta recomendou e que foram muito bem recebidos pela paciente que declarou que estes não a incomodavam e que não causavam dor.

Na décima sessão, pela primeira vez, S. P. respondeu à música do olá articulando a expressão “Bom dia!” e mostrou-se cada vez mais melódica e responsiva musicalmente.

Cantava cada vez mais (estrofes inteiras) e tinha mais iniciativa para conversar. Pode-se verificar nesta sessão que o tempo de resposta era cada vez menor.

Na 11ª sessão, S. P. estava mais cansada, embora tivesse trabalhado afincadamente, tendo conseguido tocar algumas batidas sozinha.

A 12ª sessão teve como principal objetivo modificar o estado de ansiedade em que a paciente se encontrava. O stress fora causado, essencialmente, pela visita da paciente à enfermagem. Contudo, quando a paciente entrou na sala de musicoterapeuta, bastou o primeiro acorde para a sua respiração se alterar.

Nas sessões seguintes (13ª, 14ª e 15ª sessões), a paciente apresentou-se mais triste e mais apática, chegando mesmo a chorar antes da sessão. A principal finalidade destas sessões consiste em mudar positivamente o estado de espírito dos pacientes pelo que foram deixados de lado (nestas três sessões) os exercícios motores para haver uma concentração na necessidade principal da paciente, que mostrava ser de natureza psicológica.

Na 16ª sessão S. P. continua um pouco apagada mas mostra-se mais responsiva. A musicoterapeuta utilizou a técnica *filling-in-the-blanks* (preencher espaços em branco).

A terapeuta, nesta sessão inseriu mais um instrumento musical: o xilofone. A paciente agarrou a baqueta e juntas, paciente e terapeuta, exploraram a sonoridade deste instrumento. Foi inserido também um fado de Amália Rodrigues. Durante a sessão a utente disse à musicoterapeuta que caiu. S. P. comunicava, ainda, com frases curtas mas de forma eficaz.

Nas sessões posteriores (17ª, 18ª, 19ª e 20ª) a paciente apresentou uma dicção cada vez melhor e maior amplitude vocal (afirmou que não dormiu; que dormiu mal), chegando a estruturar o discurso com duas frases. Gradualmente começou a cantar e tocar instrumentos, embora as batidas ainda não fossem precisas nem em grande número. Até à 23ª sessão foi dando pequenos passos e a sua auto-estima ao longo deste tempo também foi aumentando.

O final (24^a a 28^a sessão). As últimas sessões foram voltadas para avaliação. De acordo com a avaliação realizada, todos os objetivos propostos foram atingidos gradualmente. A utente mostrou um interesse progressivo nas sessões de musicoterapia e ficou mais responsiva aos vários estímulos musicais. Até ao final destas sessões S. P. desenvolveu a iniciativa e, assim, conseguia de uma forma direta e eficaz expressar os seus sentimentos ou contar momentos do seu quotidiano. A nível melódico, já cantarolava quadras musicais melhorando assim a dição e a amplitude vocal. A nível físico, o trabalho desenvolvido com os membros superiores resultou no aumento da mobilidade do braço esquerdo (o que não estava paralisado), com o qual já agarrava a bola, segurava-a e passava-a para a musicoterapeuta várias vezes durante a sessão. O espaço de tempo entre o agarrar a bola e o passar foi ficando um pouco menor a cada sessão. Ao longo das sessões de musicoterapia a paciente manteve-se progressivamente mais acordada, desenvolvendo também o contacto ocular entre ela e a musicoterapeuta.

Conclusão do caso. Os objetivos propostos para a terapia de S. P. foram atingidos de uma forma gradual. Ao longo das várias sessões registaram-se pequenas vitórias e alguns retrocessos. Verificaram-se melhorias significativas a nível cognitivo, motor e da fala. De acordo com a filha da paciente, esta andava mais bem disposta, mais animada, falava mais e também estava mais acordada. Importa referir que, apesar destas sessões serem semi-estruturadas, eram muito repetitivas para que o utente chegasse ao objetivo principal subjacente: a plasticidade cerebral.

Os resultados alcançados com a paciente foram, como se tornou evidente, benéficos aos níveis cognitivo, físico e verbal.

Outras intervenções clínicas

E. S.

E.S. frequentava a Associação Perelhal desde a fundação desta organização, em resultado do seu AVC. Morava com o filho, com a nora e com os seus netos e tem 76 anos. Foi dito à musicoterapeuta que participava muito pouco nas várias atividades. A musicoterapeuta conheceu-a na fisioterapia. E.S. sentia muitas dores quando fazia os vários exercícios e a clínica, a Dra Ana Loureiro, facilitou a relação paciente/musicoterapeuta no contexto fitoterapêutico, de forma a inserir música. A partir desse momento E.S. fazia todos os exercícios e acusava menos dor. A partir desta experiência, a paciente começou a participar em sessões de musicoterapia. As suas sessões realizavam-se às terças-feiras das 13:00 às 13:45 e completou 22 sessões.

O AVC provocou-lhe a paralisia permanente no braço esquerdo mas o outro braço mexia relativamente bem. A nível dos membros inferiores a perna esquerda também se encontrava bastante debilitada, originando assim uma marcha (cadência, velocidade e passada) com alguns problemas. A paciente mantinha uma postura débil (inclinada para à frente). A nível cognitivo, manifestava falhas de memória (confundia letras com as melodias), tinha um discurso pouco claro (dição) e não respeitava os tempos nem as respirações musicais. As suas sessões foram divididas em três fases, como foi a prática adotada durante o estágio.

Na avaliação final, E.S. apresentou melhorias significativas em todas as áreas. A nível motor melhorou bastante a cadência e a velocidade da marcha. A postura corporal também beneficiou. No final da terapia já não acelerava, respeitando tempo, pausas e cadência musicais e a sua dição tornou-se mais clara porque começou a falar mais devagar.

Manteve-se motivada em todas as sessões e a musicoterapia mostrou-se bastante benéfica para esta paciente.

C. R.

C. R. frequentava a Associação Perelhal Solidário desde a fundação desta associação. Sofria de paralisia cerebral (problemas no parto) e era um utente regular deste espaço porque o seu pai, que sofre de Parkinson, também o frequentava.

C. R. interagia pouco com as pessoas, pouco ou nada falava, mexia os braços mas deslocava-se sempre em cadeira de rodas. O utente frequentava a fisioterapia noutra espaço. Teve acesso a 23 sessões de musicoterapia. Os principais objetivos definidos para este utente foram o desenvolvimento da iniciativa e a consciência do outro.

O paciente adorava a guitarra. Este instrumento, além de dar apoio harmónico e melódico nas sessões, ganhou uma importância muito grande para desenvolver a iniciativa deste paciente (quero e não quero de uma forma lúdica).

Ao longo das sessões, a musicoterapeuta conseguiu desenvolver uma relação terapêutica com o utente. Este facto observava-se no esticar a mão (cumprimento) que realizava quando a musicoterapeuta chegava para o levar para a sala onde decorriam as sessões.

Por algumas vezes, C. R. conseguiu responder com respostas muito curtas (Sim!). Já na fase final do tratamento, ele já mexia a perna com uma batida relativamente certa, acompanhando a música, e vocalizava cada vez mais. Imitava a vocalização da terapeuta quando esta começava a vocalizar e, por seu turno, a musicoterapeuta imitava as suas vocalizações. Estas tornaram-se também cada vez mais complexas (notas em conjunto de forma ascendente e descendente). A nível instrumental a musicoterapeuta foi conseguindo gradualmente introduzir alguns instrumentos nas sessões.

A evolução alcançada permite concluir que a musicoterapia teve efeitos muito positivos neste paciente, aumentando a sua autonomia, mobilidade e concentração.

M. P.

M. P. tem 62 anos e foi diagnosticada com meningite. M. P. frequentava a Associação Perelhal Solidário desde o dia cinco de Janeiro de 2015. É solteira e vai mudando o seu local de residência a cada mês, passando da casa de um irmão, para a casa do irmão seguinte. A utente teve acesso a 26 sessões. Os principais objetivos eram o trabalho de postura e a consciência do outro.

A doença provocou-lhe alguns défices cognitivos ao nível da fala (uso de vocabulário próprio, comunicando com os outros utentes dessa forma), ao nível da motricidade (apresentava uma marcha deficitária, dando passos muito pequenos) e ao nível da postura (desequilibrada e inclinada para à frente). Para além disso, mantinha pouco contacto ocular, não demonstrava intencionalidade e tinha dificuldades na expressão emocional (muitas vezes rindo quando não devia fazê-lo e vice versa).

A nível musical, M. P. apresentava padrões rítmicos e melódicos muito repetitivos mas, no entanto, começou a conseguir expressar-se e improvisar de uma forma bastante mais livre (em relação aos outros utentes).

As sessões de musicoterapia com esta utente foram semiestruturadas.

Com esta paciente, a musicoterapeuta trabalhou essencialmente a postura do tronco, a expressão de emoções, a comunicação e a existência do outro (contacto ocular, saber que existe uma outra pessoa para haver uma relação). A questão emocional nesta utente é muito importante porque ela vive sempre em mudança (de casa em casa) o que constituía um fator negativo com reflexos comportamentais e psicológicos. De facto, a utente demonstrava uma grande instabilidade emocional, indo muitas vezes do choro ao riso numa rápida sequência.

A situação emocional e psicológica de M.P. conduziu à necessidade de replanear as sessões todos os meses. Muitas vezes, a utente só ouvia a música que a musicoterapeuta cantava, sendo pouco responsiva e, por vezes, demonstrando frustração e raiva. Estes comportamentos intensificaram-se quando soube que a família queria colocá-la num lar.

Apesar da situação familiar de M.P., +a musicoterapia teve impacto benéfico para esta utente que conseguiu começar a exprimir-se tanto a nível vocal (“Estou triste!”) como instrumental, quando desenvolvia as improvisações.

Durante as várias sessões, a musicoterapeuta conseguiu, mesmo que por breves instantes, que a postura do tronco fosse a correta. A nível de comunicação começou a ter mais contacto ocular, e muitas vezes utilizando algumas palavras corretas para comunicar com a terapeuta (“A porta é de madeira.”). No entanto, dadas as condições emocionais de M.P., a musicoterapeuta concentrou-se em criar um ambiente seguro, dar conforto e conter os sentimentos mais negativos da paciente através do uso das canções familiares (iso musical).

P.R.

P.R. começou a frequentar a Associação Perelhal Solidário no dia três de Setembro de 2015. Tinha 70 anos, era solteiro mas muito acompanhado pela sua família. Falava muito nos irmãos e nos sobrinhos e aos fins-de-semana acompanhava a sua família em vários eventos.

P. R. estava diagnosticado com meningite. Esta patologia causa atrasos cognitivos, e problemas motores e comunicacionais.

A terapia para este utente teve como principais objetivos o desenvolvimento da coordenação motora e o desenvolvimento da autoestima.

O paciente esteve sempre muito motivado para o tratamento e teve acesso a 24 sessões de musicoterapia. Estas sessões eram semiestructuras e a musicoterapeuta trabalhou

essencialmente a coordenação motora. Com ajuda da fisioterapeuta, Dra Ana Loureiro, a musicoterapeuta conseguiu realizar alguns exercícios para atingir o objetivo proposto.

Nestas sessões, além dos instrumentos musicais, foram utilizados os arcos, bolas anti stress e bolas normais. A junção do exercício e bola motivou o paciente e atuou sobre a coordenação motora.

Todos os objetivos foram cumpridos com este utente. Na fase de avaliação final este utente já conseguia agarrar a bola quando esta lhe era atirada (centro, lado direito e lado esquerdo) e a sua marcha era menos descoordenada, mesmo usando por vezes alguns obstáculos). No que respeitava à fala, no final das sessões, conseguiu compreender que tinha que fazer uma pausa entre as palavras para que os outros o pudessem entender, começando também a respeitar o tempo do outro quando este estava a falar. As suas batidas tornaram-se mais precisas, acompanhando o ritmo musical. Quer na improvisação rítmica como na melódica começou a desenvolver novos ritmos e novas sequências de notas.

M.S. 1

A paciente M.S. tinha 70 anos, sofria de Parkinson e frequentava a Associação Perelhal devido, precisamente, ao seu diagnóstico. A sua família mostrava-se bastante coesa e marido era quem tratava dela.

M. S. Apresentava-se como uma senhora muito cuidadosa com a sua aparência, meiga mas também muito ansiosa. Teve acesso a 22 sessões de musicoterapia.

Na comunicação, esta paciente desenvolvia algum contacto visual. A nível musical não respeitava a cadência frásica nem os tempos e acelerava o ritmo bastante muitas vezes, não tendo em consideração a participação de uma outra pessoa.

Os principais objetivos foram melhorar a marcha e estimular a memória.

De acordo com a avaliação final, os objetivos propostos foram alcançados.

No entanto, os sintomas de depressão mantiveram-se ao longo de toda a terapia, sem acusar melhoras.

M.S. 2

M.S. tinha 69 anos e começou a frequentar as sessões de musicoterapia no dia 1 de Junho de 2018.

Por razões ligadas à instituição, a paciente teve acesso a 5 sessões de musicoterapia.

O principal objetivo definido para esta utente foi a estimulação da memória.

Nas cinco sessões realizadas, ficou evidente que, muitas vezes, não compreendia de imediato instruções simples (p.ex: “por favor, sente-se na cadeira”) e demonstrava sofrer de grandes falhas de memória.

M.S. não cantava todas as músicas do repertório tradicional porque não se lembrava da letra mas cantarolava a melodia. Às vezes, a musicoterapeuta entendia que ela tentava lembrar-se das letras mas não conseguia.

Na segunda sessão a musicoterapeuta começou por cantar as músicas do repertório tradicional e M.S. tirou os chinelos e começou a dançar. E assim dançou nas sessões seguintes.

Esta paciente apresentou melhoria ao longo das sessões, tendo começado a cantar alguns versos e algumas estrofes musicais.

Na última sessão, M.S. desabafou com a musicoterapeuta: “Não conte nada do que se passa aqui porque eles não vão compreender!”. Não houve disponibilidade para trabalhar mais tempo com esta paciente mas as poucas sessões que teve trouxeram-lhe felicidade, bem-estar e qualidade de vida. Porque no interior das quatro paredes da sala e durante os quarenta e cinco minutos da sessão de terapia, M.S. sentiu-se livre.

M.F.

M.F. começou a frequentar a Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia no dia 20 de Fevereiro de 2018. Este utente teve três AVC'S em nove anos, tendo sido o último o mais grave. Este paciente tinha 60 anos e fora artesão. A principal razão que o fez ir para esta associação foi a ginástica, visto que tinha terminado a fisioterapia e necessitava de manter a prática de exercícios físicos.

Este paciente, para além de começar a fazer ginástica também iniciou a musicoterapia.

A grande preocupação de M.F. era a nível motor pois considerava que tinha bastantes limitações. Face a esta situação, a musicoterapeuta começou a trabalhar a reabilitação motora. No entanto, de acordo com as observações e com a avaliação realizada, as falhas de memória eram consideráveis. M.F. apresentava um discurso coeso mas quando queria explicar algo que lhe tinha acontecido ou lembrar o repertório de que gostava, a memória falhava.

Assim, o principal objetivo definido para este utente foi estimular a memória.

A musicoterapeuta verificou que o paciente não apreciava o repertório dito tradicional e que, aos poucos, durante a sessão, se foi recordando de algumas músicas de que gostava: Rolling Stones e Jim Morison. Contudo, só se lembrava de pequenas partes das músicas. A musicoterapeuta procurou algo que pudesse despertar a memória do paciente, pelo que procurou e trouxe para as sessões repertório dos músicos que o utente mencionou. Até que, no meio de uma sessão, surgiu uma memória que estava há muito tempo esquecida, uma memória de luta, de greves. E, assim, o paciente redescobriu que gostava de música de intervenção.

A partir desta lembrança, as memórias foram emergindo e o paciente começou a cantar músicas inteiras de Fausto, Zeca Afonso e outros. E assim se iniciou o processo de trabalhar a letra das canções, verso por verso e estrofe por estrofe.

A musicoterapeuta, depois desta fase, começou a trabalhar a improvisação. Cada momento de improvisação tinha um tema relacionado com as músicas e o paciente continuava a descrever momentos e expressar sentimentos.

Pode-se considerar que a musicoterapia foi extremamente benéfica para despertar memórias que permitiram ao paciente reconstruir a sua história. Esta construção trouxe-lhe segurança e autonomia fazendo com que após 12 sessões ele tivesse manifestado vontade de voltar a trabalhar.

A.M.

A.M. frequentava a Associação de Rio Covo Santa Eugénia desde o dia 2 de Novembro de 2017 e começou a fazê-lo porque ficou sozinha e estava a lutar contra uma depressão. Frequentar a Associação contribuiu para minimizar vários sintomas como a vontade de estar na cama o dia todo ou comer em demasia.

Tomou a iniciativa de pedir ajuda à musicoterapeuta quando fez um ano de aniversário da morte do marido.

A.M. teve acesso a 14 sessões de musicoterapia e o principal objetivo desta utente foi trabalhar o luto.

As 14 sessões permitiram trabalhar sentimentos negativos, ao mesmo tempo que a musicoterapeuta criava um ambiente seguro, de forma a promover a abertura da paciente.

Na antepenúltima sessão a letra da canção (apêndice C) estava criada. Nas últimas três sessões, a musicoterapeuta teve como principal objetivo que ela cantasse, o que se revelou complicado porque inicialmente a paciente só lia e chorava. Quando conseguiu cantar foi uma catarse. Na última sessão A.M. disse à musicoterapeuta que sabia que sofria de depressão e que queria ajuda de um outro profissional que desse continuação ao trabalho desenvolvido nas sessões.

As sessões de musicoterapia foram benéficas para esta utente e verificou-se que quando se atingiu o final da terapia A.M. estava mais segura e mais feliz porque tinha resolvido mudar os seus comportamentos e pedira ajuda para esse efeito.

M.M.

M.M. frequentava a Associação de Rio Covo Santa Eugénia desde Julho de 2015.

Esta paciente tinha 70 anos, era casada e sofreu um acidente cardiovascular.

Ao longo das sessões de musicoterapia manteve-se sempre motivada e empenhada no tratamento.

Esta paciente teve acesso a 22 sessões de musicoterapia, que tiveram como principais objetivos a sua reabilitação motora e a melhoria da sua memória

A avaliação final demonstrou haver melhorias a nível cognitivo e a nível motor. A marcha melhorou embora ainda se cansasse muito. A amplitude do braço esquerdo alterou consideravelmente e, embora no final das sessões ainda demonstrasse alguma dificuldade, a paciente já conseguia passar a bola de uma mão para a outra.

S.T.

S.T. frequenta a Associação Carapeços Solidário desde a sua fundação. As sessões individuais começaram no dia 20 de Fevereiro de 2018 e começaram nesta altura porque a Associação anteriormente só estava aberta de tarde, o que não permitia um trabalho individual. Assim, esta utente só teve acesso a 14 sessões.

Esta utente desenvolveu um luto prolongado e crónico, sofrendo de uma angústia tremenda em resultado da morte do seu filho.

O objetivo principal das sessões foi criar um ambiente seguro e propício para que a paciente se sentisse confortável em trabalhar o luto de 41 anos.

Foi complexo trabalhar este luto porque envolveu sentimentos muito intrincados como tristeza, raiva e mágoa. Para atingir este objetivo foi utilizada a composição. Assim. Criou-se a letra (apêndice D) e a utente cantou-a como a sentiu várias vezes.

A musicoterapia foi bastante benéfica para esta utente, como se pode observar na avaliação final em que a utente demonstrou ser capaz de expressar os seus sentimentos com tristeza mas já sem mágoa ou raiva.

R.S.

R.S. frequentava a Associação Carapeços Solidário desde Janeiro de 2018 para combater a solidão, dado que vivia sozinha. As sessões individuais começaram no dia 20 de Fevereiro de 2018 porque a associação, até essa data, só estava aberta de tarde, o que não permitia a realização de trabalho individual. Esta paciente teve acesso a 14 sessões.

R.S. manifestava algumas falhas de memória e demonstrava alguma confusão quando falava de familiares (por ex: confundia alguns acontecimentos realizados pelo pai e pelo filho).

Apesar de não ter qualquer diagnóstico, esta utente sofria de visões, ouvia “coisas”, e desenvolvia cismas em relação a outras pessoas.

O principal objetivo para esta utente foi promover o seu bem estar a nível psicológico.

As sessões foram muito complexas e na maior partes das vezes R.S. acusava uma mudança de humor durante as sessões que a deixavam bem disposta durante o resto do dia.

Pode-se afirmar que a musicoterapia foi benéfica para esta utente, ajudando-a ao nível da estabilização do humor mas, no entanto, foi difícil criar um plano de intervenção para utente dado não haver um diagnóstico dos seus problemas psicológicos. Ficou como resultado que a utente, após a conclusão das sessões de musicoterapia, foi encaminhada para um especialista.

T.P.

A paciente frequentava a Associação Carapeços Solidário desde a sua fundação. Era uma pessoa muito bem-disposta, muito motivada e empenhada mas com vários problemas em casa, pois muitas vezes era mal tratada. Ir para esta Associação era sair do mau ambiente doméstico. As sessões começaram no dia 20 de Fevereiro de 2018 porque a associação anteriormente só estava aberta de tarde o que não permitia a realização de trabalho individual. Assim esta utente teve acesso a 14 sessões.

A avaliação permitiu detetar pequenas falhas de memória, normais para a sua idade. A nível motor T.P. recorria a muletas para andar. Quando movimentava as pernas nas sessões de musicoterapia manifestava dor.

As sessões de musicoterapia foram orientadas para o objetivo de trabalhar sentimentos negativos (como o sofrimento, a desilusão, a mágoa, a raiva...), a reabilitação motora e o controlo da dor quando eram realizados exercícios para as pernas.

No caso desta paciente, a musicoterapia foi claramente benéfica dado que ela, acima de tudo, manifestou sentimentos de autoconfiança e esperança de que a sua vida poderia melhorar no futuro.

Outras atividades

Na Associação de Rio Covo Santa Eugénia foi solicitado o envolvimento da musicoterapeuta numa atividade particular, a de terminar a escrita do hino da Associação (apêndice E). Inicialmente a proposta parecia fácil de concretizar visto que a letra já estava escrita e a melodia já estava escolhida. Esta atividade transformou-se em algo trabalhoso, mas que obteve bons resultados.

O trabalho foi realizado em várias sessões de grupo e foi permitida a participação de todas as pessoas. Esta atividade trouxe um novo dinamismo e companheirismo ao grupo.

Estas sessões promoveram a atenção, a interação social e as competências verbais e não verbais dos utentes participantes das sessões de musicoterapia que, em conjunto com a musicoterapeuta, trabalharam neste hino durante cinco sessões porque a música estava escolhida mas a letra que tinha sido escrita não correspondia com a melodia, pelo que teve de ser refeita. Este tipo de exercício (*rewritings lyrics* - reescrever letras) originou um bem-estar muito grande entre os intervenientes.

Discussão de Resultados e Conclusão

O estágio realizado nas instituições Associação Perelhal Solidário, Associação Humanitária de Rio Covo Santa Eugénia e Associação Carapeços Solidário teve como finalidade a reabilitação dos pacientes.

Os objetivos das várias intervenções individuais pretendiam essencialmente melhorar os vários sintomas patológicos e promover a autoestima dos pacientes promovendo com isso a melhoria da qualidade de vida destes utentes.

Todos os pacientes, de alguma forma, beneficiaram com as sessões de musicoterapia pois todos eles apresentaram alterações positivas nas suas capacidades cognitivas, motoras, comunicacionais e psicológicas. Tornou-se notório, na maioria dos casos, que a musicoterapia poderia ter obtido ainda melhores resultados ou um impacto mais profundo se tivesse sido realizado um trabalho terapêutico interdisciplinar, que teria sido possível sobretudo porque havia outros terapeutas nas associações.

A musicoterapeuta trabalhou, essencialmente, os sentimentos negativos, a solidão, a autoestima, o ser competente e o ser independente de acordo com as patologias apresentadas por cada paciente. Verificou-se que os pacientes melhoraram as suas capacidades de autoexpressão, autoafirmação e relacionamento com os outros e com o próprio terapeuta, com reflexos significativos na sua qualidade de vida.

Estas conclusões corroboram a literatura estudada, que suporta que a musicoterapia é aumenta a confiança, a motivação e o suporte de pares, facilita a comunicação verbal e não verbal entre o paciente e aqueles que o rodeiam.

É importante frisar que existem poucos instrumentos de avaliação quantitativa orientados para estudos de musicoterapia.

Assim pode-se concluir que os resultados atingidos só foram possíveis através da utilização de várias abordagens musicoterapêuticas, mas que só a abordagem relacional (RAMT) permitiu que as sessões fossem livres, gerando interações espontâneas entre pacientes e terapeuta, o que é fundamental no contexto da musicoterapia, sendo a relação terapêutica o mais importante e a música o elo de ligação entre os intervenientes.

Reflexão Pessoal

Quando terminei este estágio senti uma sensação de dever cumprido. Apesar de sentir a satisfação de ver mais uma fase do percurso acadêmico terminada, senti também um vazio por deixar os utentes quando ainda havia trabalho a realizar e mais resultados a atingir.

Este estágio revelou-se muito complexo, porque deu origem a sentimentos que tive que aprender a gerir, para que pudesse exercer com a maior competência a missão de que estava incumbida.

Aprendi que não é fácil trabalhar com a população idosa mas que qualquer melhoria, por seja ínfima que seja, é vista como extraordinária tanto pelos pacientes como pela própria terapeuta.

Apesar de na vida dos mais idosos a morte estar presente no horizonte, existe em cada vida um pouco de magia, de esperança num futuro melhor.

Descobri que gosto da área da reabilitação! Descobri que gosto de ler, de investigar e de chegar a conclusões.

Por outro lado, compreendi que a musicoterapia é vista como lúdica, orientada apenas para o relaxamento e o entretenimento. Devido a esta atitude, na maioria dos casos, a melhoria dos pacientes não foi encarada como um resultado alcançado pela musicoterapia nem que os pacientes beneficiariam bastante com a continuidade do tratamento e/ou da associação deste a outras terapias.

A maior dificuldade encontrada foi o acesso à informação dos pacientes. Esta falta de informação trouxe alguns percalços no desenvolvimento do trabalho, tendo impedido que se concretizasse a tentativa de promover a multidisciplinaridade na intervenção realizada.

Apesar das dificuldades, os resultados alcançados foram muito animadores quer pelos efeitos alcançados ao nível das melhorias registadas nos pacientes, quer na confiança que

desenvolvi no potencial da musicoterapia para fomentar o bem estar dos pacientes e na capacidade pessoal para encarar os desafios futuros que o exercício da musicoterapia certamente trará.

Lista de Referências

- Afonso, R.M. (2011). *Reminiscência como Técnica de Intervenção Psicológica em Pessoas Idosas*. Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia
- Aguiar, C. P. L., Rocha, P. & Morris, M. (2016). Therapeutic Dancing for Parkinson's Disease. *International Journal of Gerontology*. 10(2), 64-70 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.02.002>
- Ahn, N. S. & Sato, A. (2012). Music Therapy for dementia. *Maturitas*, 71, 6-7
- Altenmuler, E. Marco-Pallares, J., Munte, F.T. & Schneider, S. (2009). Neural Reorganization Underlies Improvement in Stroke-induced Motor Dysfunction by Music-supported Therapy. *The Neuroscience and Music III- Disorders and Plasticity: Annals of the New York Academy of Sciences* 1169, 395-405 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04580.x
- Amin, J. & Holmes, C. (2016). Demência. *Psychiatrics Disorders*
- Amnengual, L. J., Rojo N., Veciana de las Heras, M., Marco-Pallarès, J., Grau-Sánchez, J., Scheneider, S., Vaquero, L., Jucadella, M., Montero, J., Mohammadi, B., Rublo, F., Rueda, N., Duarte, E., Grau, C., Altenmuller, E., Munte, F.T. & Rodriguez-Fornellis, A. (2013). Sensorimotor Plasticity after Music-Supported Therapy in Chronic Stroke Patients Revealed by Transcranial Magnetic Stimulation. *PLOS ONE*, 8(4) DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061883>
- Angelaki, D. E. & Cullem, K. E. (2008). Vestibular system: the many facets of a multimodal sense. *Annual Review Neuroscience*, 31 DOI: 10.1146/annurev.neuro.31.060407.125555

- Antonietti, A. (2009). Why Is Music Effective in Rehabilitation?. *Studies in health technology informatics*, 145, 179-94
- Associação Médica Americana. (2018). Associação Médica Americana. Descarregado em <https://www.ama-assn.org/> em 28-07-2018
- Associação Portuguesa de AVC. (2009). Associação Portuguesa de AVC. Descarregado em <https://associacaoavc.pt/Informacao/Menu1/Page3.php> em 12-08-2018
- Associação Portuguesa de doentes com Parkinson. (2012). Associação Portuguesa de doentes com Parkinson. Descarregado de <http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=642e92efb79421734881b53e1e1b18b6> em 7-7-2018
- Babikian, T., Zeltzer, L., Tachdjian, V, Henry, L., Javanfard, E., Tucci, L., Goodarzi, M. & Tachdjian, R. (2013). Music as Medicine: A Review and Historical Perspective. *Alternative and Complementary Therapies*. 19(5) DOI: <https://doi.org/10.1089/act.2013.19510>
- Baker, F. & Tamplin, J. (2006). *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation A Clinician's Manual*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Barnett-Cowan, M. (2013). Vestibular perception is slow: a review. *Multisensory research* 26(4), 387-403
- Barros de Oliveira, H.J. (2008) *Psicologia do Envelhecimento e do idoso* (3ª ed.). Porto: Livpsic- Edições de Psicologia
- Barros de Oliveira, H.J.(2008). *Psicologia do Idoso Temas complementares*. Porto:Livpsic- Edições de Psicologia
- Bella, S. D., Benoit, C.E., Farrugia, N., Schwartze, M., Kotz, A.S. (2015). Effects of musically cued gait training in Parkinson's disease: beyond a motor benefit. *Annals of*

- the new york academy of sciences. The neurosciences and Music V 1337, 77-85 DOI: 10.1111/nyas.12651.*
- Benatru, I., Vaugoyeau, M. & Azulay, J.P. (2008). Gait and Postural disorders in Parkinson's disease. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 38(6), 459-465 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2008.07.006>
- Blackburn, R., Burns, M. A. & Bradshaw, T. (2014). Music Therapy for service users with dementia. *Psychiatrics and Mental Health Nursing*, 21(10), 879-888
- Bright, R. (1993). *La Musicoterapia en el Tratamiento Geriátrico: Una Nueva Visión*. Buenos Aires: Ed. Bonum
- Brown, A. L., Bruin, N., Doan, J., Suchowersky, O. & Hu, Bin. (2010). Obstacle crossing among people with Parkinson disease is influenced by concurrent music. *Journal of rehabilitation Research & Development*, 47(3), 225-232
- Bruer, A. R., Spitzngel, E. & Cloninger, R. (2007). The temporal Limits of Cognitive Change form Music Therapy in Elderly with Dementia – Like Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Music Therapy*, 44(4), 308-28
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy (3ª ed.)*. USA: Barcelona Publishers
- Bunt, L. & Stige, B. (2014). *Music Therapy - An art Beyond words(2ªed)*. London: Routledge
- Capecci, M., Cevarolo, G. M., Monsù, M. A., Sordoni, E., Andreneli, E. & Biagio, Di L. (2014). Gait and balance training in advanced Parkinson's disease: Comparative study of three methods. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(S1) DOI: 10.1016/j.rehab.2014.03.1208
- Caspi, O. & Thomson, C. (1999). Parkinson's Disease: "Don't Became your disease!". *Integrative Medicine*. 2(1), 37-42 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1096-2190\(99\)00006-2](https://doi.org/10.1016/S1096-2190(99)00006-2)

- Cevarolo, M.G. (2014). The power of rhythm in the rehabilitation of gait impairment in Parkinson's disease. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 57(1), 361 DOI: 10.1016/j.rehab.2014.03.1206
- Chu, H., Yang, Y.C., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, Y.T., O'Brien, P.A. & Chou, R. K. (2014). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons with dementia: A controlled Study Biological Research. *Nursing*, 16(2), 209-27 DOI: 10.1177/1099800413485410
- Conselho local de ação social de Barcelos. (2015). Diagnóstico social. *Câmara Municipal de Barcelos*
- Cortès-Clements, A. & Vuong, V. (2016). The Potencial of Music for Persons with Parkinson's Disease. *Music and health/musique et santé*. 57(3), 34
- Cortès-Clements, A. (2012). Neurologic Music Therapy: Music to influence and Potentially Change the Brain. *Music and Healing, Canadian Music Educator*
- Docu, A. A. (2012). Parkinson's Disease And Influence Of Music in Their Rehabilitation. *Ovidius University Annals, Series Physical Education and*
- Figueira, M.L., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria clínica*. Lisboa: LIDEL
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fontenelle, F. L. & Mendlowicz. (2017). Manual de psicopatologia descritiva e semiologia psiquiátrica. Rio de Janeiro: Revinter
- Fornells-Rodriguez, A., Rojo, N., Amengual, L. J., Ripollés, P., Altenmuller, E. & Munte, F. T. (2012). The involvement of audio-motor coupling in the music-supported therapy applied to stroke patients. *Annals of the New York Academy of Science* 1252, 282-93 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06425.x.

- Fujioka, T., Ween E. J., Jamali, S., Stuss, T.D. & Ross, B.(2012). Changes in neuromagnetic beta-band oscillation after music-supported stroke rehabilitation. *Annals of the New York Academy of Sciences, The Neurosciences and Music IV: Learning and Memory*, 294-304 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06436.x
- Galinska, E. (2015). Music Therapy in neurological rehabilitation settings. *Psychiatria Polska*, 49(4), 835-46 DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/25557>
- Gillen, G. (2015). *Stroke Rehabilitation. A Function- Based Approach* (4^a ed.). Missouri: Elsevier
- Gómez-Romero, M. Jiménez- Palomares, M., Rodrigues- Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido- Ardila, M. E. (2014). Benefícios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurologia*, 32(4), 253-263 DOI: <http://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
- Grimbegen, Y. A. M., Munneke, M. & Bloem, B. R.(2004). Falls in Parkinson's disease. *Current Opinion in Neurilogy*. 17(4), 405-15 DOI: 10.1097/01.wco.0000137530.68867.93
- Haneishi, E. (2001). Effects of a Music Therapy Voice Protocol on Speech Intelligibility, Vocal Acoustic Measures, and Mood of Individuals with Parkinson's Disease. *Journal of Music Therapy*. 38(4), 273-290
- Hayden, R., Clair, A. A. & Johnson G. (2009). The effect of rhythmic auditory stimulation (RAS) on physical Therapy outcomes for patients in gait training following stroke : A feasibility study. *International Journal of Neuroscience*.119(12), 2183-95 DOI: 10.3109/00207450903152609

- Heiderscheit, A. & Madson, A. (2015). Use of the Iso Principle as a Central Method in Mood Management: A music Psychotherapy Clinical Case Study. *Music Therapy Perspectives*. 33(1), 45-52 DOI: <https://10.1093/mtp/miu042>
- Hintz, R. M. (2000). Geriatric Music Therapy Clinical Assessment: Assessment of Music Skills And Related Behaviours. *Music Therapy Perspectives* 18(1), 31- 40 DOI: <http://dx-doi..org/10.1093/mtp/18-1.31>
- Holm, R.P. & Peterson, J. R. (2008). Moving to the sound of Music. *South Dakota medicine: the journal of the South Dakota State Medical Association* 61(5), 189
- Hong, I.S. & Choi, J.M.(2011). Songwriting oriented activities improve the cognitive functions of the aged with dementia. *The Arts in Psychotherapy*. 38(4), 221-228 DOI: <http://doi.org/10.1016/j.aip.2011.07.002>
- Horowitz, S. (2013). The Healing Power of Music and Dance. *Alternative Complementary Therapie*. 19(5), 265-269 DOI: 10.1089/act.2013.1950
- Hsu, H.M., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner & Miller, O. H.(2015). Individual music Therapy neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibly study. *BMC Geriatrics*, 15(84) DOI: 10.1186/s12877-015-0082-4
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatística Censitárias e de População do INE
- Instituto Nacional de Estatística (2005). *Dia Internacional do Idoso* (informação à comunicação social a 28 de Setembro de 2005). Lisboa: INE

- Johansson, B. B.(2011).Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurol Scand.*123(3)
- Jungblut, M. (2011). SIPARI – Singing Intonation Prosody Atmung (Braething) Rhythm Improvisation. Descarregado em <http://www.sipari.com/> consultado em 7-9-2018
- Kall, B.L., Lundgren-Nilsson, A., Blomstrand, C., Pekna, M., Pekny, M.(2012). The effects of a rhythm and music-based therapy program and therapeutic riding in late recovery phase following stroke: a study protocol for a three-armed randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 21(12), 141 DOI: 10.1186/1471-2377-12-141
- Kattenstroth, J. C., Kolankowska, I., Kalisch, T. & Dinse, R. H. (2010). Superior sensory, motor and cognitive performance in elderly individuals with multi-year dancing activities. *Frontiers in Aging Neuroscience* 2, 31 DOI: 10.3389/fnagi.2010.00031
- Kim, S. D., Choi, H. J., Im, Sang-Hee, Jung, J. K., Cha, A. Y., Chul, O. J. & Yoon, H. Y. (2011). Effects of Music Therapy on Mood in Stroke Patients. *Yonsei Medical Journal* 52(6), 977-981 DOI: 10.3349/ymj.2011.52.6.977
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience* 15, 170-180
- Kubler-Ross, E. (1974). *Questions and answers on death and dying* [ed. ut.: Questions and answer on death and dying. New York: Touchstone,1974]
- Laureys, S., Gosseries, O. & Tononi, G. (2015). *The Neurology of Consciousness* (2ª end.). USA: Elsevier
- Lemaire, P. & Bherer, L. (2012). *Psicologia do Envelhecimento. Uma perspectiva Cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget

- Lesta, B. & Petocz, P. (2007). Familiar Group Singing: Addressing Mood and Social Behaviour of Residents with Dementia Displaying Sundowning. *Australian Journal of Music Therapy*, 17, 1-14
- Marinelle, L., Quartarone, A., Hallet, M., Frazzitta, G. & Ghilardi, F.M. (2017). The many facets of motor learning and their relevance for Parkinson's disease. *Clinical Neurophysiology* 128(7), 1127-1141 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.03.042>
- McDermott, O., Orrel, M. & Ridder, M. H. (2013). 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/10.1080/137863.2013.875124>
- Mclaughlin, S. F. (2006). *Introduction to language*. USA
- Morris, M. E., Taylor, F. N., Watts, J. J., Evans, A., Horne, M., Kempster, P., Danoudis, M., Meginley, J., Martin, C., & Menz, B. H. (2017). A home program of strength training, movement strategy training and education did not prevent falls in people with Parkinson's disease: a randomised trial. *Journal of physiotherapy* 63(2), 84-100 DOI: 10.1016/j.phys.2017.02.015
- National Aphasia Association. (2018). Aphasia definitions. Descarregado em <https://www.aphasia.org/aphasia-definitions/> em 1-9-2018
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2017). Tremor Fact Sheet. Descarregado de <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Tremor-Fact-Sheet> consultado em 5-4-2018
- Nieuwboer, A. & Giladi, N. (2008). The challenge of evaluating freezing of gait in patients with Parkinson's disease. *British Journal of Neurosurgery*, 22(1), 516-18 DOI: <https://doi.org/10.1080/02688690802448376>

Nombela, C., Hughes, E. L., Owen, M. A. & Grahn, A. J. (2013^a). Into the groove: influence Parkinson's disease? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 37(10), 2564-2570

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neurobiorev.2013.08.003>

Nombela, C., Rae, L.C., Grahn, A.J., Barker, A.R., Owen, M. A., Rowe, B.J.(2013^b). How often does music and rhythm improve patient's perception of motor symptoms in Parkinson's disease? *Journal of Neurology* 260(5), 1404-1405 DOI: 10.1007/s00415-013-6860-z

Otera, M., Horike, H. & Sato, T. (2013). Musical life review for the elderly with dementia as spiritual care-Clinical functions and roles of meaningful or memorable songs. *The arts in Psychotherapy*, 40(3), 285-290 DOI: <http://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.012>

Paúl, C. (2005). A construção de um envelhecimento humano. In C. Paúl e A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores

Pedersen, P.M., Vinter, K. & Olsen, T. S. (2004). Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovascular disease* 17(1), 35-43 DOI: 10.1159/000073896

Pfeiffer, F. C. & Sabe, R. L. (2015). Music Therapy and Cognitive Rehabilitation: Screening of Music Cognition in Adult Patients with Right Hemisphere Stroke.

Psychomusicology: Music, Mind and Brain 25(4), 392-403 DOI:

<http://dx.doi.org/10.1037/pmu0000123>

Purves, D., Augustine, J. G., Fitzpatrick, D., Hall, C. W., LaMantia, A-S, Macmara, O.J. & White, E. L. (2008). *Neurociências*.(4^a Ed.).USA: Artmed

Qualls, H. S. & Abeles, N. (2000). *Psychology and the aging revolution: How he adapt to longer life*. Washington D.C.: American Psychological Association

- Raglio, A., Oasi, O., Gianotti, M., Rossi, A., Goulene, K. & Stramba-Badiale, M.(2015). Improvement os spontaneous language in stroke patients with music therapy: a randomized controlled trial. *International Journal of Neuroscience* 126(3), 235-242
DOI: <https://doi.org/10.3109/00207454.2015.1010647>
- Raglio, A., Zaliani, A., Baiardi, P., Bossi, D., Sguazzin, C., Capodaglio, E., Imbriani, C., Gontero, G. Imbriani, M. (2017). Active music therapy approach for stroke patients in the post-acute rehabilitation. *Neurological Sciences* 38(5), 893-897 DOI: 10.1007/s10072-017-2827-7
- Richman, S. & Obiamaka, O.(2018). Stroke Rehabilitation: Music Therapy. *Evidence Based Care Sheet*.
- Ridder, M.H. & Gummesen, E. (2015). The use of extemporizing in music therapy to facilitate communication in a person with dementia: An explorative case study. *Australian Journal of Music Therapy*, 26(1), 6-29
- Ripollés, P., Rojo, N., Grau-Sánchez, J., Amenqual, J.L., Câmara, E., Marco-Pallarés, J., Juncadella, M., Vaquero, L., Rubio, F., Duarte, E., Garrido, C, Altenmuller, E., Munte, T.F.& Rodríguez-Fornells, A. (2016). Music Suported Therapy promotes motor plasticity in individuals with chronic stroke. *Brain Imagining and Behaviour* 10(4), 1289-1307 DOI: 10.1007/s11682-015-9498-x
- Rizzonelli, M., Kim,J. H., Till, G. & Manka, S. (2017). Musical Stimulation With Feedback in Gait Training for Parkinson’s Disease. *Psychomusicology: Music, Mind, and Brain*. 27(3),213-218
- Rodriguez-Fornells, A., Rojo, N., Amengual, L.J., Ripollés, P., Altenmuller, E. & Munte, F. T. (2012). The involvement of audio-motor coupling in the music-supported therapy

- applied to stroke patients. *Annals Of The New York Academy Of Sciences* 1252, 282-93 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06425.x.
- Sarkamo, T. & Soto D. (2012). Music listening after stroke: beneficial effects and potential neural mechanisms. *Annals Of The New York Academy Of Sciences* 1252, 266-81 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06405.x.
- Schiebel, A. D. & March, P. (2017). Parkinson's Disease: Music Therapy. *Evidence Based Care Sheet*.
- Scholz, S.D., Rhode, S., GrobBach, M., Rollnick, J. & Altenmuller, E. (2015). Moving with stroke rehabilitation: a sonification feasibility study. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 69-76 DOI: 10.1111/nyas.12691.
- Seibert, E. (2015). Iso-Principle in "Inside Out" Descarregado em <https://musictherapytime.com/> 22/07/2019
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes: diagnósticos e intervenções* (1ª ed). Coimbra: Quarteto
- Sport/Science, Movement and Health*. 21(2)
- Street, J. A., Magee, L.W., Bateman, A., Parker, M., Odell-Miller, H. & Fachner, J. (2017). Home-based neurologic music therapy for arm hemiparesis following stroke: results from pilot, feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 32(1), 18-28 DOI: 10.1177/02692215517717060. Epub 2017 Jun 23.
- Supnet, C., Crow, A., Stutzman, S. & Olson, D.(2016). Music as Medicine: The Therapeutic Potential of Music for Acute Stroke Patients. *Critical Care Nurse* 36(2), 1-7 DOI: 10.4037/ccn2016413.
- Tamplin, J., Baker, A.F., Bronwen, J., Way, A. & Lee, S. (2013). "Stroke a Chord": The effect of singing in a community choir on mood and social engagement for people

- living with aphasia following a stroke. *NeuroRehabilitation* 32(4), 929-41 DOI: 10.3233/NRE-130916
- Thaut, H. M. & Hoemberg, V. (2014). Handbook of Neurologic Music Therapy. UK: Oxford University Press
- Ueda, T., Suzakamo, Y. Sato, M. & Izumi, S. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(2), 628-41 DOI: 10.1016/j.arr.2013.02.003
- Ulbricht, C. (2011). Parkinson's Disease: An integrative Approach. *Alternative and Complementary therapies* 17(3), 175-179 DOI: 10.1089/act.2011.17308
- Van Der Meulen, I., Van De Sandt-Koenderman, E. M. W. M., Heijnenbrock, H. M., Visch-Brink, E. & Ribbers, M.G.(2016). Melodic Intonation Therapy in Chronic Aphasia: Evidence from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Human Neuroscience* 10, 533 DOI: 10.3389/fnhum.2016.00533
- Van Weelden, K. Juchniewicz, J. & Cevasco, M.A. (2008). Music Therapy Students' Recognition of Popular Song Repertoire for Geriatric Clients. *Journal of Music Therapy*, 45(4), 443-456 DOI: <http://doi.org/10.1093/jmt/45.4.43>
- Van Wijck, F., Knox, D., Dodds, C., Cassidy, G., Alexander, G. & MacDonald, R. (2012). Making music after stroke: using musical activities to enhance arm function. *The Neuroscience and Music IV: Learning and Memory*.305-11 DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06403.x
- VanWeelden, K. & Cevasco, M. A. (2007). Repertoire Recommendations by Music Therapists for Geriatric Clients During Singing Activities. *Music Therapy Perspective*, 25(1), 4-12 DOI: <http://doi.org/10.1093/mtp/25.14>

- Verghese, J.(2006). Cognitive and mobility profile of older social dancers. *Journal of the American Geriatrics Society*.54(8), 1241-1244
- Vink, A.C., Zuidersma, M., Boersma, F., Jonge, P., Zuidema, U. S. & Slaets, J.P.J. (2013). The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1031-8 DOI: 10.1002/gps.3924.Epub
- Washington H. (1993). The Harvard Medical School Health Letter. Descarregado de <https://www.merriam-webster.com/medical/cogwheel%20rigidity> consultado no dia 6-4-2018
- Wigran, T., Pedersen, N. I. & Bonde, O.L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research Training*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Yodofsky, C. S & Hales, E. R. (2006). *Neuropsiquiatria e Neurociências nas prática clínica*. (4ª ed.). Londres: Artmed
- Zhang, J., Ishikawa-Takata, K., Yamazaki, H., Morita, T. & Ohta, T. (2008). Postural stability and physical performance in social dancers. *Gait e Posture*. 27(4), 697-701 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2007.09.004>
- Zhang, S., Liu, D., Ye, D., Li, H. & Chen, F. (2017). Can music-based movement therapy improve motor dysfunction in patients with Parkinson's disease? Systematic review and meta-analysis. *Neurol Sci*. 38(9) 1629-1636 DOI: 10.1007/s10072-017-3020-8

Glossário

Afasia de condução (*Conduction aphasia*): “ é um distúrbio de linguagem caracterizado por defeito seletivo de repetição oral de palavras ou sentenças na presença de relativa preservação da compreensão auditiva (Laureys, Grosseries & Tononi, 2015).

Afasia motora transcortical (*Transcortical motor aphasia*): é uma síndrome originada devido: a) a uma pequena lesão localizada na subcortical superior à área de Broca ou b) lesão localizada fora das áreas de linguagem do hemisfério esquerdo (Gillen, 2015).

Afasia sensorial transcortical (*Transcortical sensory*): Nesta afasia a expressão espontânea é muito reduzida. Esta é feita com esforço e tem como principais características ser lenta e breve. A expressão verbal não está danificada porque esta é fluente. É desenvolvida através da gíria e da ecolalia (repetição das palavras ouvidas). A compreensão está bastante afetada porque o paciente não compreende aquilo que lhe é dito. Na escrita, o paciente escreve como fala (Yodofsky & Hales, 2006).

Bradaquinesia (*Bradykenisia*): lentidão de movimentos.

Fascículo Longitudinal superior: são fibras de associação. Interligam as áreas corticais próximas ou distantes.

Festinação (*Festination*): marcha acelerada com passos pequenos. Tendência a inclinar-se para a frente, como se estivesse em busca do seu centro de gravidade. Muitas vezes resulta em várias quedas. A medicação antiparkinsoniana não é muito eficaz no alívio desse sintoma.

Congelamento (*Freezing*): incapacidade temporária e involuntária do movimento.

Coping: é um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas e stressantes.

Córtex do cíngulo anterior: giro do cíngulo ou supracaloso é um aglomerado de fibras de substância branca em formato de C com axônios fazendo comunicação entre o sistema límbico (controle mais emocional) e córtex (controle mais racional). Tem funções na evocação da memória e na aprendizagem.

Decênio: unidade de tempo correspondente a um período de 10 anos.

Hipocinesia (*Hypokinesia*): Pode ser observada na depressão. É constituída pela redução e pela demora na resposta de movimentos involuntários. A hipocinesia pode desenvolver-se em várias partes dos corpos, olhos, cabeça e membros, originando, por isso, a redução de movimentos labiais e a falta de expressão, que afeta essencialmente a comunicação.

Levodopa: A levodopa (agente dopaminérgico) e Carbidopa (inibidor da dopa descarboxilase. Segundo o Infarmed (2007) este medicamento é utilizado no tratamento da doença de Parkinson. Esta doença é provocada pela ausência de uma substância química (dopamina). Por isso, este medicamento tem como principal objetivo aumentar a quantidade química disponível no cérebro, para que este volte ao valor normal. A Carbidopa por sua vez, não entra no cérebro. Tem como principal função impedir a conversão da levodopa em dopamina fora do cérebro (restringir os sintomas deste fora do cérebro).

Rigidez muscular (*cogwheel rigidity*): Conforme The Harvard Medical School Health Letter (1993) “a rigidez muscular desencadeia movimentos desengonçados (parar e arrancar) despoletados por movimentos passivos dos membros (ex: durante um exame físico).”

Substância negra ou substância nigra: é uma porção heterogênea do mesencéfalo responsável pela produção de dopamina no cérebro.

Tremores em repouso (Resting tremores): Segundo National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2017) este “*tremor*” pertence a uma categoria de classificação. Estes surgem quando o sujeito se encontra em estado de repouso, com as mãos sobre o colo. Estas trepidações não acontecem só com as mãos, desenvolvem-se noutras partes do corpo (braços e pernas). Com frequência afeta só as mãos e nos dedos. Esta desordem atinge essencialmente os doentes com Parkinson. É chamada de “*pillrolling tremor*” porque a mão e os dedos desenvolvem uma trajetória circular (à volta dos objetos).

Apêndices

Lista de Apêndices

Apêndice A – grelha de avaliação Geriatric Music Therapy Assessment (Hintz, 2000)

Apêndice B – canção do paciente A.L. (homenagem a irmã)

Apêndice C – canção do paciente A.M. (homenagem ao marido)

Apêndice D – canção do paciente S.T. (homenagem ao filho)

Apêndice E – Hino da Associação Rio Covo Santa Eugénia

Apêndice A

Grelha de avaliação Geriatric Music Therapy Assessment (Hintz, 2000)

Avaliação em Musicoterapia Geriatría

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Religião: _____

Etnia: _____

Estado civil: _____

**Natureza da
deficiência/incapacidade:** _____

Preferência Musical:

Pontuação:

Musicoterapia expressiva (0-30)		Motor (0-30)	
Musicoterapia recetiva (0-30)		Cognição e memória (0-30)	
Psicossocial e Comportamental (0-30)		Total:	

Áreas alvo de tratamento:

Competências musicais:

- ____ Vocal
- ____ Instrumental
- ____ Rítmica

- ____ Discriminação
- ____ Conjunto

Competências sociais:

- ____ Comunicação expressiva
- ____ Comunicação recetiva
- ____ Interação
- ____ Auto-estima/confiança
- ____ Expressão criativa
- ____ Cooperação

Competências comportamentais e cognitivas:

- ____ Memória
- ____ Orientação
- ____ Atenção
- ____ Conclusão da tarefa
- ____ Transição
- ____ Comportamento inapropriado

Competências motoras e físicas:

- ____ Mobilidade
- ____ Coordenação
- ____ Resistência
- ____ Propriocepção ou cinestesia (*percepção ou sensibilidade da posição, deslocamento, equilíbrio, peso e distribuição do próprio corpo e das suas partes*)

- ____ Controlo motor fino
- ____ Controlo motor grosso

Objetivos recomendados:

Avaliação realizada por: _____

Data: _____

Nome: _____

Data: _____

Pontuação:

3- Responde de forma apropriada e independente

2- Responde de forma apropriada com atraso

1- Responde de forma apropriada com resposta rápida e parcialmente correta

0- Tentativa de resposta/inapropriada

Competência expressiva e musical

1. Vocal

- ____ Vocaliza em resposta à música
- ____ Combina com o tom cantado
- ____ Canta intervalos com precisão
- ____ Canta canções familiares com acompanhamento
- ____ Canta uma música de forma independente

2. Instrumental

- ____ Combina a batida de forma precisa/estável
- ____ Toca em sincronia com acompanhamento
- ____ Improvisa ritmicamente
- ____ Toca um padrão simples de ostinato (*significa “obstinado” em italiano. Um ostinato é um padrão musical curto, por exemplo, uma figura melódica, rítmica, ou harmônica, persistente repetida ao longo de uma composição. Um padrão melódico definido no baixo é chamado ostinato basso (baixo terra).*)
- ____ Toca de forma independente e sustentada

TOTAL: _____

Competências musicais recetivas

- ____ Identifica a fonte do som (*ex: perceber se o idoso segue o som*)
- ____ Discrimina o tom
- ____ Identifica a direção da sequência de dois tons (cantado ou tocado)
- ____ Identifica a direção da sequência de três tons (cantado ou tocado)
- ____ Discrimina um rítmico simples
- ____ Discrimina um rítmico complexo
- ____ Discrimina dinâmicas
- ____ Discrimina duração
- ____ Discrimina o timbre/instrumento
- ____ Discrimina uma melodia simples
- ____ Identifica pelo título uma música familiar
- ____ Identifica pela melodia uma música familiar

TOTAL: _____

Comentários:

Competências comportamentais e psicossociais

- ____ Interação com o terapeuta
- ____ Aceita limites/estrutura
- ____ Tolerou transições (*ex: se tolera mudanças musicais, de tonalidade, de ritmo*)
- ____ Participa apropriadamente nas tarefas
- ____ Mantém apropriadamente contato ocular
- ____ Segue instruções simples
- ____ Segue instruções complexas
- ____ Demonstra nível adequada de afeto (*no sentido de amplitude*)
- ____ Usa os instrumentos ou materiais de forma apropriada
- ____ Comunica com palavras soltas (*sim, não, talvez*)
- ____ Comunica com frases (*frases curtas como: eu gosto de música*)
- ____ Comunica com frases (*frases complexas: eu gosto de música e de dançar*)
- ____ Tomou a iniciativa da interação
- ____ Pediu ajuda quando precisou
- ____ Expressa preferência/tomou uma decisão

TOTAL: _____

Comentários:

Competências cognitivas e motoras

3. Controlo motor fino

- ____ Agarra instrumentos/ baquetas
- ____ Demonstra independência de dedos
- ____ Toca numa nota individual ou numa barra
- ____ Demonstra uma adequada coordenação mão/olhos
- ____ Atravessa a linha do meio (*ex:linha no chão- ver o equilíbrio*)

4. Controlo motor grosso

- ____ Demonstra controlo nas extremidades superiores
- ____ Consciência espacial adequada
- ____ Demonstra intenção/direção
- ____ Independência de mobilidade
- ____ Demonstra uma coordenação adequada

TOTAL: _____

5. Cognição e memória

- ____ Lembra-se do seu nome
- ____ Lembra-se do nome dos seus familiares
- ____ Lembra-se das melodias das canções familiares
- ____ Lembra-se das letras das canções familiares
- ____ Lembra-se do nome dos instrumentos
- ____ Lembra-se da última tarefa musical ou da última canção
- ____ Lembra-se da primeira tarefa musical e da primeira canção
- ____ Lembra-se da tarefa enquanto esta ainda está a ocorrer
- ____ Começa e pára nos tempos corretos
- ____ Mantém a sincronia com o outro
- ____ Habilidade para reconhecer o erro e se auto corrigir

TOTAL: _____

Comentários: _____

Apêndice B

Canção do paciente A.L. (homenagem a irmã)

Melodia: Malhão Malhão

Oh Teresa,
Tenho saudades tuas!
Oh Teresa,
Tenho saudades tuas!

De quando ias à minha casa
Levavas a fruta e os sumos

Oh Teresa,
Tenho saudades tuas!
Oh Teresa,
Tenho saudades tuas!

Eras a minha confidente...
Eras a minha melhor amiga...

Apêndice C

Canção do paciente A.M. (homenagem ao marido)

No dia em que te conheci
Meu coração palpitou!
Apaixonei-me profundamente,
Ainda apaixonada estou!

No dia 13 de Janeiro,
Com 20 anos,
Entreguei-me a ti.
Logo depois eu renasci!

Duas filhas nasceram,
Nasceu um pai babado.
A seguir nasceram os netos
E nós ficamos entusiasmados!

No dia 9 de Abril,
Deus levou-te de mim.
As saudades são muitas,
Às vezes ainda imagino que estás aqui!

Apêndice D

Canção do paciente S.T. (homenagem ao filho)

Nascestes a 24 de Julho,
De um amor incondicional.
Tive uma gravidez conturbada
Mas isso não fez mal.

Na segunda-feira à noite,
Olhei para ti
E o que senti?
Muito amor e carinho
E assim fiquei mais feliz

Em Agosto te foste embora
O meu coração ficou vazio
Hoje sinto ainda muita mágoa,
Mas sei que és o meu anjinho da guarda!!!!

Apêndice E

Hino da Associação de Rio Covo Santa Eugénia

Música: Miguel Agostinho “A concertina é porreira.”

Somos um grupo de pessoas
Que aqui nos reunimos
Para passarmos o tempo
E também nos divertirmos

Pois somos muito felizes
Nesta associação
Pois todos nos damos bem
Pois temos bom coração

Gosto muito de flores
Que se chama Estremênia
Somos a Associação Humanitária
De Rio Covo Santa Eugénia

Refrão: Pois é, pois é, pois é
A nossa malta é porreira
Pois é, pois é, pois é,
P’ra fazer a brincadeira,

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A – Consentimento Informado de Gravação de Vídeo

Anexo B – Registo de Sessão individual

Anexo A

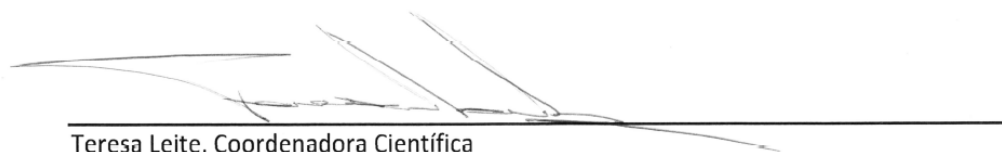
Consentimento Informado de Gravação de Vídeo

DECLARAÇÃO

Eu, Teresa Leite, coordenadora científica do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, declaro que a supervisão clínica dos estagiários deste curso é realizada nas instalações da Universidade através do registo vídeo das sessões, que se considera ser uma componente fundamental da atividade de supervisão clínica. Na impossibilidade de nós, os supervisores, nos podermos deslocar a cada instituição onde os nossos alunos realizam trabalho clínico, as gravações em registo vídeo das sessões de intervenção directa constituem uma ferramenta muito importante para o nosso trabalho de acompanhamento e aperfeiçoamento do trabalho dos estagiários e são utilizadas exclusivamente para este efeito, mediante as devidas recomendações de confidencialidade junto dos alunos presentes nas sessões de supervisão.

Para mais esclarecimentos, poderei ser contactada através do endereço de correio electrónico teresaleite@edu.ulusiada.pt.

Lisboa, 9 de Novembro de 2017



Teresa Leite, Coordenadora Científica

Mestrado em Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

Teresa Leite, Coordenadora Científica
Mestrado em Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

Anexo B

Registo de Sessão individual

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT

NOME DO UTENTE: _____

DATA: _____ **TERAPEUTA:** _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

