

Universidades Lusíada

Brito, Ana Catarina Lima de, 1982-

Despertar com harmonia : a musicoterapia e o idoso em contexto institucional

<http://hdl.handle.net/11067/5588>

Metadados

Data de Publicação	2019
Resumo	<p>O presente documento integra a exposição e a reflexão do trabalho realizado ao longo do ano no âmbito do estágio curricular do Curso de Mestrado de Musicoterapia, lecionado na Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio foi realizado na valência do Lar António Ferreira Alberto, pertencente à Santa Casa Misericórdia da Sertã, com o intuito de realizar intervenções musicoterapêuticas em idosos institucionalizados e com patologias crónicas, alguns deles em situação de acamado. O estágio teve a du...</p> <p>The present report describes the work performed within the curricular internship of the Master's Degree in Music Therapy, taught at the Lusíada University, Lisbon. The internship was carried out in the nursing home Lar António Ferreira Alberto (nursing home unit of Santa Casa Misericórdia da Sertã) with the goal of conducting music therapy interventions in institutionalized elderly, some of whom bedridden, with chronic pathologies. The internship had the duration of 8 months. During this period...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia para idosos, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Sertã, Musicoterapia - Prática profissional, Santa Casa da Misericórdia (Sertã, Portugal). Lar António Ferreira Alberto - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T09:43:42Z 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

Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso em contexto institucional

Realizado por:
Ana Catarina Lima de Brito

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

Orientado por:
Dr.^a Anabela de Almeida Mendes Amaro

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof. Doutor Massimo Cavalli

Dissertação aprovada em: 8 de maio de 2020

Lisboa

2019



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

Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso em contexto institucional

Ana Catarina Lima de Brito

Lisboa

2019



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

**Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso
em contexto institucional**

Ana Catarina Lima de Brito

Lisboa

setembro 2019

Ana Catarina Lima de Brito

Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso em contexto institucional

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Anabela de Almeida
Mendes Amaro

Lisboa

setembro 2019

Ficha Técnica

Autora	Ana Catarina Lima de Brito
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr. ^a Anabela de Almeida Mendes Amaro
Título	Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso em contexto institucional
Local	Lisboa
Ano	2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

BRITO, Ana Catarina Lima de, 1982-

Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso em contexto institucional / Ana Catarina Lima de Brito ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Anabela de Almeida Mendes Amaro. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - AMARO, Anabela de Almeida Mendes, 1977-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos
 2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Sertã
 3. Musicoterapia - Prática profissional
 4. Santa Casa da Misericórdia (Sertã, Portugal). Lar António Ferreira Alberto - Ensino e estudo (Estágio)
 5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
 6. Teses - Portugal - Lisboa
-
1. Music therapy for older people
 2. Older people - Institutional care - Portugal - Sertã
 3. Music therapy - Practice
 4. Santa Casa da Misericórdia (Sertã, Portugal). Lar António Ferreira Alberto - Study and teaching (Internship)
 5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
 6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.B75 2019

Agradecimentos

Este estágio e mestrado só puderam ser realizados devido ao apoio de diversas pessoas e instituições às quais gostaria de transmitir o meu maior agradecimento.

Aos professores todos que me acompanharam neste percurso, em especial à Prof. Doutora Teresa Leite por me orientar neste ano com o seu vasto conhecimento ao nível teórico e prático.

À Santa Casa da Misericórdia da Sertã, por ter permitido a realização do estágio na instituição.

À minha orientadora de estágio, Dra. Anabela Amaro, pelo seu apoio, disponibilidade, orientação e partilha de conhecimento.

Às funcionárias do lar por me terem ajudado na integração e apoiado neste processo.

Aos meus sogros e cunhada, por me terem apoiado e ajudado.

Aos meus tios, por me terem acolhido na casa deles durante a realização deste mestrado.

À minha avó que teve sempre um orgulho enorme em mim e me apoiou sempre em tudo.

Ao meu marido, que me apoiou e incentivou a realizar este mestrado e à minha filha que teve de se deparar muito tempo sem a minha presença.

Aos meus pais por me darem sempre apoio incondicional e serem sempre o meu porto de abrigo em todas as etapas da minha vida.

À minha mãe, um agradecimento muito especial. Ela é o meu pilar, o meu incentivo, o meu orgulho... a minha guerreira!

Resumo

O presente documento integra a exposição e a reflexão do trabalho realizado ao longo do ano no âmbito do estágio curricular do Curso de Mestrado de Musicoterapia, lecionado na Universidade Lusíada de Lisboa.

Este estágio foi realizado na valência do Lar António Ferreira Alberto, pertencente à Santa Casa Misericórdia da Sertã, com o intuito de realizar intervenções musicoterapêuticas em idosos institucionalizados e com patologias crónicas, alguns deles em situação de acamado. O estágio teve a duração de 8 meses, onde foram realizadas intervenções de musicoterapia a 20 utentes, dos quais 3 receberam sessões individuais e os restantes terapia de grupo.

Para além de uma exposição de enquadramento teórico sobre a Musicoterapia e a sua aplicação em geriatria, bem como a descrição das metodologias adotadas ao longo do estágio, este relatório inclui dois estudos de caso demonstrativos deste tipo de intervenção. O primeiro relata a evolução terapêutica de uma utente com diagnóstico da patologia de Parkinson, em sessões individuais, e o segundo descreve o trabalho com dois utentes com diagnóstico de AVC, demência, insuficiência cardíaca e doença hepática. Os resultados alcançados através das intervenções musicoterapêuticas foram analisados através da visualização das gravações de vídeo, das folhas de registo das sessões e das grelhas de observação, de forma a avaliar a evolução terapêutica dos utentes. De acordo com os planos terapêuticos elaborados, os objetivos foram atingidos com sucesso nos dois estudos de caso.

Concluiu-se assim, que as intervenções musicoterapêuticas são uma ferramenta importante no trabalho com idosos institucionalizados, promovendo o relacionamento social e interpessoal, reduzindo a apatia, estimulando a expressão e a comunicação verbal ou não-verbal, e ainda contribuindo para o alívio de sentimentos de perda.

Palavras-chave: Geriatria; institucionalização; musicoterapia; isolamento social; demência.

Abstract

The present report describes the work performed within the curricular internship of the Master's Degree in Music Therapy, taught at the Lusíada University, Lisbon.

The internship was carried out in the nursing home Lar António Ferreira Alberto (nursing home unit of Santa Casa Misericórdia da Sertã) with the goal of conducting music therapy interventions in institutionalized elderly, some of whom bedridden, with chronic pathologies. The internship had the duration of 8 months. During this period, music therapy intervention sessions were conducted in 20 patients: 3 patients received individual sessions and 17 patients were involved in group therapy sessions.

This report presents a theoretical framework on music therapy and its application in geriatrics, and it describes the methodologies adopted during the internship as well as two case studies. The first case study reports the therapeutic improvement of a patient diagnosed with Parkinson's disease, who was involved in individual sessions, and the second case describes the work performed with two patients diagnosed with stroke, dementia, heart failure and hepatic disease. The intervention outcomes and results were analyzed by means of video recordings, session recording sheets and observation grids, in order to evaluate the therapeutic improvement of the patients. According to the therapeutic plans, the goals were successfully achieved in both case studies.

In conclusion, music therapy intervention was shown to be an important tool in working with institutionalized elderly, as it promotes social and interpersonal relationships, reduces apathy, stimulates verbal and nonverbal communication, and helps coping with grief and loss.

Keywords: Geriatrics; institutionalization; music therapy; social isolation; dementia.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Descrição dos utentes com intervenções de musicoterapia em sessão individual</i>	26
Tabela 2 - <i>Descrição dos utentes que constituem o grupo I</i>	26
Tabela 3 - <i>Descrição dos utentes que constituem o grupo II</i>	27
Tabela 4 - <i>Descrição dos utentes que constituem o grupo III</i>	28
Tabela 5 - <i>Descrição dos utentes que constituem o grupo IV</i>	28
Tabela 6 - <i>Horário semanal do estágio</i>	34
Tabela 7 - <i>Plano terapêutico da M.L.</i>	37
Tabela 8 - <i>Outros participantes do grupo II</i>	44
Tabela 9 - <i>Plano terapêutico da P.C. e M.F.</i>	45

Lista de Figuras

Figura 1 - Instalações do lar António Ferreira Alberto	2
--	---

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- SCMS - Santa Casa da Misericórdia da Sertã
- ERPI - Estrutura Residencial para Idosos
- Lafa - Lar António Ferreira Alberto
- HTA - Hipertensão arterial
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- D.A. - Demência de Alzheimer
- DGS - Direção Geral de Saúde
- MT - Musicoterapia
- WFMT - World Federation of Music Therapy
- ISO - Identidade Sonora

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Lista de tabelas	IV
Lista de figuras	V
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	VI
Índice	VII
Introdução.....	1
Caraterização da instituição.....	2
Caraterização da população-alvo.....	4
Enquadramento teórico.....	5
Envelhecimento.....	5
Idoso institucionalizado	7
Idoso em fim de vida.....	8
Patologias da idade avançada no idoso	10
Patologias físicas	11
Patologias psicológicas	13
Musicoterapia.....	17
Musicoterapia na geriatria	17
Técnicas de musicoterapia	20
Objetivos do estágio	24
Metodologia.....	25
Participantes.....	25
Instrumentos de avaliação.....	29
Procedimentos.....	29
Observação	29
Seleção.....	30
Intervenção	31
Avaliação	32
Técnicas de musicoterapia utilizadas.....	32
Agenda semanal	33

Outras atividades.....	34
Estudos de caso.....	36
Estudo de caso I.....	36
Estudo de caso II.....	42
Outras intervenções clínicas	52
Discussão e conclusão	56
Reflexão pessoal final.....	58
Referências	60
Apêndices	64
Lista de apêndices	65
Anexos.....	69
Lista de anexos.....	70

Introdução

A Musicoterapia ao longo do tempo tem vindo a crescer como uma terapia eficaz em diferentes áreas. Em relação ao trabalho com idosos, várias investigações comprovam a sua eficácia relativamente ao domínio cognitivo, psicológico e comportamental. Pode ser aplicada em função dos objetivos terapêuticos e das necessidades das pessoas, ao nível preventivo ou intervenção terapêutica.

Este relatório tem como objetivo apresentar e descrever o estágio curricular de musicoterapia, realizado no âmbito da cadeira “Seminário de estágio” do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio realizou-se durante o ano letivo 2018/2019, numa valência da Santa Casa da Misericórdia da Sertã, mais concretamente no Lar António Ferreira Alberto.

O presente relatório divide-se em três partes: a caracterização da instituição e da população alvo onde a estagiária trabalhou; o enquadramento teórico onde se reveem os conceitos e as evidências empíricas que fundamentam o trabalho com idosos e a aplicação da musicoterapia nesta área, nomeadamente, o envelhecimento, o idoso institucionalizado e em fim de vida, as patologias mais comuns associadas ao envelhecimento, a musicoterapia e sua aplicação em geriatria, e ainda os objetivos propostos para este projeto de intervenção. De seguida será descrita a metodologia utilizada, bem como os dois estudos de caso que demonstram o tipo de trabalho realizado e os desafios que este levanta.

Caracterização da instituição

A Santa Casa da Misericórdia da Sertã (SCMS) é uma instituição particular de solidariedade social, que foi fundada no século XVI, com o intuito de dar apoio à 3ª idade e à infância.

A SCMS está sediada no centro da Vila da Sertã e engloba uma instituição de apoio à infância (Creche, Jardim de Infância e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL)), um bairro social (Bairro José Farinha Tavares) de 30 moradias com rendas de baixo valor para pessoas mais necessitadas, duas estruturas residenciais para idosos (ERPI) e um serviço de apoio ao domicílio para a terceira idade. A SCMS presta serviços a mais de 400 utentes do Concelho de Sertã, sendo que 220 são crianças que estão na Creche – Jardim de Infância e CATL “O Pinheirinho”, 65 são utentes do Lar “Nossa Senhora do Carmo”, 50 são utentes no Lar “António Ferreira Alberto” e 86 no Apoio Domiciliário.

Esta Instituição emprega cerca de 125 funcionários efetivos, para além dos profissionais que prestam serviços através de protocolos.

O estágio foi realizado na totalidade na ERPI *António Ferreira Alberto*, em funcionamento desde 1986 e onde residem os idosos com maior grau de dependência funcional. Esta valência da SCMS tem um edifício composto por quatro andares. A cave é composta por uma cozinha, uma zona de armazém e balneários para as funcionárias. No rés-do-chão tem cinco camas, instalações sanitárias, salas de estar para utentes e para funcionárias, refeitórios para utentes e para

Figura 1. *Instalações do lar António Ferreira Alberto*



funcionárias, uma sala de atividades e visitas, gabinete de administração, gabinete médico e de enfermagem, farmácia e um gabinete de fisioterapia. O primeiro andar é composto por 41 camas e instalações sanitárias. O sótão é constituído por um wc e um local para arrumos. A casa não tem espaços exteriores com a exceção de um pequeno terraço, mas como se situa no centro da vila e ao lado do adro da igreja matriz, os utentes mais autónomos podem ir passear a este local.

A equipa técnica desta ERPI é composta por uma diretora técnica, duas enfermeiras (que se dividem entre este lar e o outro), dois médicos (cada um a tempo parcial de duas horas por semana), duas animadoras sociais (uma delas a tempo parcial) e trinta e duas auxiliares de ação direta.

A ERPI António Ferreira Alberto, presta serviços a cinquenta utentes dos quais trinta e seis são mulheres e catorze são homens. Esta valência assegura serviços de alojamento permanente, alimentação, cuidados de higiene e conforto, tratamento de roupa, atividades socioculturais, atividades religiosas e acompanhamento clínico e nutricional. Esta valência (Lafa) tem capacidade apenas para cinquenta utentes e nos últimos anos tem registado um aumento dos pedidos de Admissão, o Lafa está sempre a funcionar à capacidade máxima e só admite utentes da lista de espera por morte ou saída de um residente.

Os utentes são selecionados através de um processo de admissão com vários critérios que vão desde a avaliação do seu estado de saúde física e psicológica, a existência de suporte familiar e o seu percurso anterior como utente do serviço de apoio ao domicílio.

Caracterização da população-alvo

O Lafa tem ao seu cuidado cinquenta idosos, em que trinta e seis são mulheres e catorze são homens com idades compreendidas entre os setenta e três e os noventa e nove anos, englobando uma população com diferentes graus de dependência, nomeadamente utentes autónomos, utentes em boa condição física mas com alguma desorganização mental, utentes que ao nível mental estão bem estruturados mas estão dependentes ao nível físico e utentes dependentes quer ao nível físico e mental.

Esta valência assegura serviços de alojamento permanente, alimentação, cuidados de higiene e conforto, tratamento de roupa, atividades socioculturais, atividades religiosas e acompanhamento clínico e nutricional.

Os utentes que frequentaram as sessões de musicoterapia tinham idades compreendidas entre os 80 e os 97 anos e são todos originários do Concelho da Sertã. É de salientar que apenas um destes utentes tem o quarto ano de escolaridade. Os restantes não têm qualquer habilitação, sendo que as profissões destes eram na grande maioria nos afazeres do campo. As patologias mais comuns destes utentes são: demências, hipertensão arterial (HTA), depressão, diabetes, problemas cardíacos, acidentes vasculares cerebrais (AVC), Parkinson, entre outras. Desde o início do estágio que se tornou bem visível a escassez de interação entre os utentes, ainda que partilhem dos mesmos espaços na maior parte do dia.

No que concerne às questões económicas, o Lafa aceita utentes de todas as classes sociais, mas tem maior prevalência de utentes com carências socioeconómicas.

Enquadramento teórico

*“O desafio do séc. XXI não será dar tempo ao tempo,
mas dar qualidade ao tempo”.*

(Fontaine, 2000)

Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um facto que se pode observar em todo o mundo. Desde o fim da segunda guerra mundial que o número de pessoas com mais de setenta anos tem vindo a aumentar, devido aos progressos médicos e à melhoria na qualidade de vida da população (Fontaine, 2000). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em Portugal, o número de crianças com idade inferior a 14 anos diminuiu acentuadamente e o de indivíduos com mais de 65 anos cresceu gradualmente desde 1950, estimando-se quase o triplo de indivíduos idosos para o ano de 2020 (Paúl & Ribeiro, 2012).

Segundo Jones, T. (2004), o envelhecimento ocorre depois de atingir a idade adulta, surgindo eventualmente o período de envelhecimento, que acarreta uma deterioração gradual de funções que irá levar ao fim da vida.

O processo do envelhecimento pode ser reconhecido através de transformações visíveis (pele enrugada, postura encurvada, cabelos brancos e alguma vezes a perda de memória), de uma perspetiva psicossocial ou de complexos processos de desenvolvimento que incluem os fatores físicos, psicossociais e sociais (Davis, Gfeller & Thaut, 2012; Fontaine, 2000; Cordeiro, 2002; Blasco, 2002).

Este período é caracterizado por uma grande mudança e adaptação constante às novas circunstâncias da vida, marcado pelas limitações características da idade, pela perda de entes queridos e especialmente pelo processo de luto, que se prende com a irreversibilidade das transformações a nível de imagem corporal, falecimento de cônjuges, afastamento de filhos, reforma, mudança de casa para o lar, etc. (Cordeiro, 2002).

A disciplina que lida com os processos do envelhecimento e com os problemas adjacentes aos idosos é apelidado de Gerontologia (Davis et al, 2012). Esta ciência analisa a forma como os indivíduos se desenvolvem e vão envelhecendo, tendo em conta os aspetos biológicos, psicológicos e sociais da velhice de forma a estudar as

dificuldades operacionais dos idosos no que concerne às suas incapacidades e à forma como estes possam levar uma vida mais independente (Paúl & Ribeiro, 2012).

O termo Geriatria, é uma especialidade médica que se preocupa com os cuidados dos idosos bem como tratamentos associados a estes (Davis et al, 2012). Esta especialidade preocupa-se com estados físicos, mentais, funcionais e sociais que se verificam nas patologias agudas ou crônicas, na reabilitação, na prevenção e nos cuidados de final de vida dos idosos (Veríssimo, 2014).

A definição de “idoso” é usada normalmente para descrever indivíduos com uma determinada idade cronológica apelidada pela sociedade de “velha”. Para além desta definição, existem outros termos para descrever estes indivíduos, como: adultos mais velhos, seniores, cidadãos seniores, geriátricos, etc. (Peters, 2000).

Segundo Fontaine (2000), o processo patológico dos idosos pode ocorrer a qualquer momento. Os aspetos difíceis e desafiantes da experiência de ser idoso, caracterizam-se pela: degradação da autoestima; o declínio da adaptação da própria representação à realidade; a diminuição do domínio do ambiente; a perda de autonomia; o aparecimento de desequilíbrios na personalidade e o declínio da capacidade de mudança.

De acordo com Peters (2000), a terceira idade pode-se dividir em cinco categorias diferentes de acordo com o seu processo de envelhecimento, dividindo-os em idosos saudáveis, idosos semi-independentes, idosos com doenças crônicas com atendimento domiciliar, idosos institucionalizados e idosos com Demência de Alzheimer (D.A.) ou doenças relacionadas. Os idosos saudáveis fazem parte da maioria da população idosa, vivendo independentemente e em comunidade com as suas faculdades físicas e psicológicas sãs. Os idosos semi-independentes vivem na sua casa ou na de um cuidador informal, passando três ou mais dias por semana em centros de cuidados para adultos ou em outros projetos semelhantes. Os idosos com doenças crônicas em regime domiciliário são já idosos dependentes que são tratados nas suas casas ou na dos seus cuidadores, recebendo apoio especializado de saúde no seu domicílio. Os idosos institucionalizados, são tratados numa instituição própria para a sua faixa etária, representando um número de 5 a 10% da população com idade superior a 65 anos. Os idosos com Demência de Alzheimer (D.A.) ou doenças relacionadas, são indivíduos com múltiplos défices cognitivos devido à demência em que as suas atividades normais do quotidiano e as relações sociais são gravemente afetadas.

Idoso institucionalizado

A institucionalização é um marco difícil para os idosos, devido ao sentimento de perda variável relativamente a cada individuo e também relativamente à sua história de vida e da sua capacidade para fazer o luto (Cardão, 2009).

As principais causas da institucionalização do idoso, fora o facto do seu cuidador sentir uma enorme carga são: perturbações emocionais ou psicológicas, doenças físicas que exigem supervisão e cuidados de enfermagem, o comportamento que se torna muito perigoso e incontrolável em casa, o comportamento prejudicial do individuo para consigo mesmo ou com os outros e os fatores ambientais e logísticos que possam impedir a vida autónoma do idoso, quando não existe um cuidador informal (Peters, 2000).

As dificuldades da institucionalização para os idosos podem ser agravadas essencialmente pelo facto de deixarem a sua casa, a perda de familiaridade com o território, o sentimento de abandono por parte dos filhos ou conjugues ou então com a perda da sua individualidade e a aproximação da morte (Cardão, 2009; Davis et al,2012).

O momento da mudança para uma instituição é muitas vezes vivido com receio, e resistência. Quando a institucionalização ocorre, os idosos perdem a sua independência, a sua casa, os seus bens pessoais, a sua privacidade, o ambiente familiar, as suas rotinas e os seus contactos sociais (Peters, 2000). O idoso depara-se assim, com um mundo tão pequeno onde o tempo e o espaço são geridos por outras pessoas, deixando-o num lugar de passividade e dependência que o levam a refugiar-se nas suas recordações passadas e a desenvolver estados depressivos ou potenciam as dificuldades psicológicas e o sofrimento inerentes à sua condição (Cardão, 2009).

Assim, a vida institucional pode provocar uma série de fatores que propiciem a deterioração física, mental e emocional, que inclui a desorientação, uma memória pobre a curto prazo, instabilidade emocional, passividade, degradação do funcionamento físico e insatisfação nas relações sociais (Davis et al., 2012).

Segundo Peters (2000), um individuo que viva durante um longo período de tempo numa instituição poderá desenvolver uma patologia do comportamento, intitulada de neurose institucional, caracterizada por: uma dependência excessiva pelas rotinas e outros institucionalizados; falta de iniciativa; apatia; falta de interesse pelo

futuro e deterioração dos hábitos pessoais. Acrescentando a isto, esta população ainda tem de lidar com a perda (da sua casa, independência, privacidade, rotinas e vida social) e lidar com a adaptação a novas rotinas, pessoas e ambientes, sendo que nesta nova morada não terão qualquer controlo sobre as suas vidas e decisões. Tais mudanças, poderão afetar pela negativa a autoestima e o comportamento dos idosos levando por fim a uma deterioração física e cognitiva. Portanto, é importante que as instituições ofereçam atividades significativas aos idosos, de forma a promover a autoestima, a sua individualidade, a sua criatividade e a socialização neste novo ambiente, de forma a retardar o seu declínio físico e cognitivo e melhorar a sua qualidade de vida na instituição. Estas atividades devem ser estruturas e adaptadas, tendo em conta as necessidades especiais e limitações físicas e mentais de cada individuo.

Idoso em fim de vida

Quando se fala em indivíduos em estado terminal refere-se a pacientes que são diagnosticados com uma patologia incurável e fatal. Muitos dos pacientes em estado terminal têm doenças incuráveis, como cancro ou SIDA, outros estão em estados avançados de doenças neurológicas degenerativas como doença de Alzheimer, de Parkinson, etc. Quando as pessoas têm doenças terminais, normalmente recebem cuidados paliativos em vez de tratamentos médicos. Estes, servem para aliviar os sintomas da doença, reduzir tanto quanto possível a dor, concentrando-se no fornecimento dos cuidados de suporte individualizado que melhoram a qualidade de vida e preservam a dignidade, mas que não se esforçam para uma cura.

Os programas de serviços paliativos têm uma variedade de profissionais e de disciplinas de forma a ajudar a atender as necessidades totais dos indivíduos em fim de vida (físicas, psicológicas, sociais, emocionais e espirituais) e também dos seus familiares. Os programas de cuidados paliativos visam manter intacta a integridade e as escolhas pessoais do individuo e da sua família, fornecendo cuidados individualizados, solidários e interdisciplinares de forma a encorajar o individuo a viver o mais plenamente possível e no final, permitir que morram em paz e com o máximo de dignidade possível, rodeados dos seus entes queridos. Os profissionais de saúde nos cuidados paliativos, consideram que a morte não é um fracasso médico, mas sim uma consequência da vida.

Como acontece na maioria da população, estes indivíduos que estão numa fase terminal, são um grupo heterogéneo. Fatores como o tipo e a gravidade da doença ou a

condição, o tempo restante antes da morte, a existência de condições associadas ou deficiências, reações da família e amigos, e o grau e o tipo de serviços disponíveis, todos terão efeitos variados ao nível de funcionamento, necessidades e do programa de tratamento do indivíduo.

Segundo Kübler-Ross (cit. por Peters, 2000), a maioria das pessoas em fase terminal passa por cinco estádios antes do confronto com a morte: negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação. Como os pacientes podem passar por estes estágios de maneira diferente e até passarem pelo mesmo estágio várias vezes, é necessário pensar neles como uma resposta expressa pelos indivíduos e não como uma simples progressão de estádios.

Peters (2000) refere que outros autores veem a progressão da vida até à morte em quatro fases, em que cada uma apresenta novas tarefas, desafios e emoções, sendo que pode variar de paciente para paciente.

Na *fase inicial*, o paciente tem de se ajustar à realidade do diagnóstico terminal, onde decide mudar do tratamento agressivo para o paliativo, e onde aprende a adaptar-se às várias funções e às mudanças da imagem corporal.

Na segunda fase de *estabilização*, pode haver poucas mudanças na saúde ou no estilo de vida. O foco do paciente é nas tarefas que tem de fazer antes de morrer, como a preparação do funeral e nos cuidados para os membros da família após a sua morte. Esta fase, pode ser uma das mais difíceis para os membros da família.

A terceira fase, *progressão da doença*, pode ocorrer apenas uma ou várias vezes antes de se aproximarem da morte iminente. Nesta fase crítica, o indivíduo atravessa muitos desafios ao nível físico, psicológico e espiritual à medida que se ajusta a mais perdas, funções e energia diminuídas.

Na quarta fase, *estágio final e a morte*, a morte do indivíduo está iminente. Nesta fase, o indivíduo torna-se desinteressado, cada vez menos responsivo e desligado de estímulos externos. Alguns podem ficar confusos ou ansiosos e outros podem ter uma diminuição na sua expressão afetiva e uma diminuição à tolerância da luz, som ou outros estímulos.

Ao longo do percurso da doença terminal, o paciente tem necessidades ao nível físico, psicológico, social e espiritual. As necessidades físicas podem incluir alívio da dor crónica ou do sofrimento físico, relaxamento muscular, medicação apropriada e assistência às atividades da vida diária. As necessidades psicológicas podem incluir ajuda para aumentar ou manter o estado de humor, estabilidade emocional e conforto

psicológico, facilitando a expressão de sentimentos conscientes e inconscientes de forma a continuarem a viver plenamente até à sua morte. As necessidades relacionais incluem o toque físico, companhia, momentos privados com a família ou amigos. As necessidades espirituais para alguns indivíduos tornam-se mais importantes com o aproximar da morte. Neste sentido, o cuidado ao idoso pode incluir o aconselhamento religioso, e o apoio emocional, encontrando formas de expressar e discutir sentimentos e apoiando o idoso na sua reflexão sobre o sentido da vida, de forma a facilitar a transição da vida para a morte.

O objetivo geral dos cuidados paliativos é melhorar e manter a qualidade de vida do paciente, promovendo o conforto e o laço afetivo deste e da família até ao momento da morte. Os cuidados de saúde para os indivíduos em fase terminal destacam: a diminuição da dor e dos sintomas relacionados com a doença, de forma a diminuir o sofrimento e melhorar o conforto; auxiliar a manutenção da função física independente e incentivar a viver a vida de forma mais plena possível; fornecer informações aos pacientes e familiares sobre a doença e os cuidados; atender às necessidades emocionais e espirituais do paciente e dos familiares (Peters, 2000).

Patologias da idade avançada no idoso

Quando se pensa no idoso, é muito comum pensar-se imediatamente em algum tipo de patologia. Pode-se falar do envelhecimento bem-sucedido, mal sucedido ou patológico e o normal. Nos tempos que correm, o desafio é melhorar a qualidade de vida do idoso em todos os níveis (físico, mental, social, etc). O envelhecimento bem-sucedido ou mais ou menos normal, é quando não existem patologias relevantes e o envelhecimento mal sucedido ou patológico, é quando existem patologias graves (Oliveira, 2008).

Existem inúmeras patologias nos idosos, tanto do ponto de vista físico como psicológico, mas as mais frequentes são os estados depressivos e a demência do tipo Alzheimer (Fontaine, 2000; Oliveira, 2008), sendo que serão abordadas as que mais afetam a população em estudo.

Patologias Físicas

A vasta maioria dos indivíduos idosos sofrerá de uma ou mais perturbações físicas em simultâneo relacionadas com a idade. Estas dividem-se em perturbações do sistema nervoso central (doença de Parkinson e discinesia tardia), perturbações músculo-esqueléticas (miastenia gravis, osteoartrites e osteoporose), doenças do sangue, coração e do sistema circulatório (doença coronária, arteriosclerose, enfarte do miocárdio, angina de peito, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial), disfunções sensoriais (presbiopia, glaucoma, cataratas, degeneração macular, prebiacusia, tinnitus e mareo - tonturas), doenças do sistema respiratório (enfisema e bronquite), doenças do sistema gastrointestinal (gastrites e úlceras, cancro e diverticulite), perturbações do sistema geniturinário (cistite e pielonefrite) e a perturbação do sistema endócrino (diabetes) (Davis et al, 2012).

HTA. Hipertensão Arterial (HTA) é uma doença crónica que se caracteriza pela pressão persistentemente alta. Esta é prejudicial, acelerando o acumular de colesterol e de outras matérias gordas nas artérias (arteriosclerose), provocando um enfraquecimento destas ou causando um aumento do volume e rompimento, ou até a dilatação do coração. Estas ocorrências provocam danos a nível do cérebro, coração e dos rins, causando em certas ocasiões a morte, acidentes vasculares cerebrais, aneurismas artérias, enfartes, insuficiência cardíaca e renal (SPHTA, 2004; George, 2013; Jones, 2004; Veríssimo, 2014).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2004), cerca de 2/3 dos idosos têm HTA e apresentam também uma grande probabilidade de deterioração cognitiva e de demência.

Acidente Vascular Cerebral. Acidente Vascular Cerebral (AVC), é uma doença repentina causada por uma artéria bloqueada ou pelo rompimento desta, que afeta uma determinada zona do cérebro.

Esta perturbação ocorre quando uma zona do cérebro fica privada de oxigénio e de nutrientes levados na corrente sanguínea, causando a morte desta zona e provocando uma lesão permanente. Embora provoque lesões permanentes, dependendo da gravidade do AVC, muitos indivíduos conseguem recuperar parcialmente ou mesmo por

completo. Um tratamento precoce é fundamental para que estas lesões não se desenvolvam e é importante saber reconhecer os principais sintomas que ocorrem no início desta perturbação (Ferro, 2016; DGS, 2017).

Os AVC's podem ser de dois tipos: isquémico e hemorrágico. Quando existe uma obstrução de uma artéria que impede o sangue de chegar ao cérebro, dá-se o AVC isquémico, sendo este predominante em cerca de 85% dos casos. O AVC hemorrágico, é quando ocorre um rompimento de um vaso sanguíneo e o sangue é derramado para o tecido cerebral ou à sua volta. A acumulação de sangue irá provocar um aumento da pressão e da lesão do tecido cerebral, impedindo também a passagem de sangue (Jones, 2004).

Os fatores de risco para a ocorrência de um AVC, são a HTA, tabagismo, hábitos alimentares, sedentarismo, etc. Apesar de se observar um decréscimo desta doença, esta figura entre as primeiras causas de morte e de incapacidade ao nível físico e intelectual (Ferro, 2016; DGS, 2017).

Arteriosclerose. A arteriosclerose é o endurecimento e o espessamento das artérias, sendo a causa principal dos danos cerebrais irreversíveis. Esta patologia manifesta-se nos jovens adultos, mas é mais identificada nas pessoas idosas devido à redução do fluxo sanguíneo e da tensão arterial alta (HTA). Com a redução do fluxo sanguíneo no cérebro, vai provocar a morte dos tecidos e como consequência conduzir a alterações mentais e físicas (Davis et al, 2012; Jones, 2004).

Parkinson. A doença de Parkinson inicia-se normalmente depois dos 50 anos, afetando uma em cada cem pessoas com mais de 65 anos. Caracteriza-se pela degeneração lenta e gradual do sistema nervoso central, tornando os músculos tensos e rígidos (que quando estão em repouso, esta patologia causa tremor) e os movimentos lentos e descoordenados. Torna a linguagem lenta e mal articulada, no caminhar os doentes dão passos curtos e arrastados sem balançar os braços. O rosto apresenta um olhar vazio e fixo, a boca tende a ficar aberta e os olhos não pestanejam frequentemente, tornando-se pouco expressivo pois os músculos faciais não se mexem. Em muitas pessoas com este tipo de patologia, as funções intelectuais continuam normais, no entanto pode-se desenvolver uma demência (Davis et al, 2012; Jones, 2004).

Patologias Psicológicas

Estima-se que 25% da população idosa com mais de 75 anos desenvolve algum tipo de perturbação psicológica, podendo-se incluir neste grupo a demência, a depressão, a ansiedade e, em certos meios, o abuso de álcool e medicamentos (Davis et al, 2012).

Depressão. De acordo com a Direção Geral da Saúde (2017), a depressão insere-se num grupo de “perturbações mentais comuns”, pois existe num grande grupo da população. Segundo o DSM-V (2014), a perturbação depressiva verifica-se quando o individuo apresenta um humor vago, triste ou irritável e é acompanhado por modificações afetivas, cognitivas e físicas, tendo um impacto muito significativo na sua qualidade de vida. Sendo que pode afetar pessoas de todas as idades, esta, tem um maior risco na pobreza, no desemprego, na morte de familiares ou amigos, no fim de um relacionamento, em doenças físicas e em problemas relacionados com o álcool ou drogas.

Existe uma incidência significativa de casos de depressão em idosos, sendo que as perdas físicas ou somáticas e psicossociais nesta faixa etária contribuem para o acumular dos estados depressivos, afetando cerca de um em cada seis idosos (Oliveira, 2008; Jones, 2004, Fontaine, 2000).

Nestes casos, a sintomatologia pode ir do sentimento de tristeza que impede o individuo de realizar satisfatoriamente as suas atividades diárias, ao desespero ou até um sentimento de vazio emocional, que se torna incapacitante. A depressão é uma patologia que contraria o instinto natural e preservação da vida, gerando apatia e uma autoavaliação de fracasso ou de inutilidade. É frequente o idoso deixar de comer, de dormir e em última instância pode até recorrer ao suicídio como forma de alívio da sua dor (Jones, 2004).

Demência. A demência é uma designação que abrange um grupo alargado de doenças que acarretam uma deterioração progressiva na atividade cognitiva da pessoa, afetando a memória, o juízo crítico, o raciocínio, competências sociais, intelectuais e emocionais por um período superior a seis meses (Valverde, 2014; Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Esta doença não é exclusiva dos idosos, mas é na terceira idade onde tem uma maior incidência (Oliveira, 2008; Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Existem dois tipos de demências, as reversíveis e as irreversíveis. No grupo das demências reversíveis podemos identificar as patologias associadas a alterações hormonais ou a deficiências vitamínicas, patologias associadas a infecções do sistema nervoso central (meningites) e patologias provocadas por materiais tóxicos. Dentro do grupo das demências irreversíveis e degenerativas, as mais comuns são a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, a de Pick, a de Creutzfeld-Jakob, e a de Huntington. Ainda no grupo das demências irreversíveis, encontram-se as demências com mais possibilidades de prevenção e tratamento, como é o caso da demência vascular, a demência pós-traumática e a demência relacionada com a infeção do VIH (Fontaine, 2000; Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

A mais frequente destas patologias é a doença de Alzheimer, mas existem outras que também são frequentes, tais como a demência vascular (causada por vários AVC's) e a demência por corpos de Lewy (Jones, 2004).

De acordo com Valverde (2014), a demência de Alzheimer caracteriza-se por alterações ao nível comportamental, psicológico e cognitivo.

As alterações ao nível comportamental e psicológico caracterizam-se pela mudança de comportamentos e personalidade, podendo também ter sintomas como depressão, agitação, agressividade, pensamentos delirantes, apatia e perturbações no comportamento afetivo.

As alterações cognitivas mais comuns são a: Amnésia (deterioração da memória – quando existe uma deterioração da memória a curto e a longo prazo, da memória de reconhecimento, sensorial, esporádica e semântica); Afasia (perturbação da linguagem – quando existe perturbação na fluidez, denominação, compreensão, leitura, escrita e equívocos na utilização de palavras); Apraxia (perturbação do movimento – quando existe uma perda da sensibilidade, perturbação do movimento, deterioração do tónus muscular, da coordenação, da coordenação, da colaboração e da compreensão); *Agnosia* (deterioração do reconhecimento – quando existe uma perda da capacidade do reconhecimento dos objetos pelos sentidos – visão, tato e audição).

A demência de Alzheimer é consequência da degeneração do tecido cerebral, que ocorre quando as células nervosas morrem, fazendo aparecer emaranhados

neurofibrilares e entre as células formam-se placas senis (amiloide), fazendo com que a comunicação fique comprometida com as células funcionais do cérebro, podendo também provocar a morte das células vizinhas. Este acontecimento, ocorre primeiramente no lóbulo temporário do cérebro (é o centro onde ocorre a recuperação de memórias velhas e a memória de novas informações) e de seguida na camada externa do cérebro, chamada córtex cerebral (onde ocorrem as funções mentais, tais como, o raciocínio, a memória, a linguagem e a interpretação das percepções) (Jones, 2004).

A DA é considerada a mais frequente e a mais devastadora. Geralmente aparece em indivíduos com mais de 65 anos, afeta entre 8 a 15% da população e é a terceira causa de morte em países desenvolvidos. (Instituto de Segurança Social (ISS), 2005; Davis et al., 2012; Jones, 2004).

Esta doença tem uma média de evolução de 2 a 10 anos e acarreta uma deterioração progressiva do estado geral da saúde, com perda de peso, deterioração do sistema imunológico (causando este, um aumento do risco de infeções) e, nas fases finais, a falência das funções vitais por deficiência dos mecanismos neurofisiológicos que as comandam (ISS, 2005).

A maioria das pessoas que sofrem de D.A., passam por várias fases que se dividem da seguinte forma e têm as seguintes características:

Estádio I: Ligeiro – a memória de acontecimentos recentes é a mais afetada; incapacidade progressiva para reconhecer pessoas, objetos e ambientes familiares; aprendizagens ou memorizações de coisas novas torna-se incapacitante; utilização de frases mais curtas e simples e por vezes de forma imprecisa; dificuldade de atenção/concentração; desorientação não muito notória ao nível do tempo/espaço; incapacidade gradual para ler, escrever ou resolver contas matemáticas acessíveis; despreocupação pessoal ao nível da higiene e apresentação; frequentes alterações de personalidade, tais como, indiferença à emoção, depressão, medo, ansiedade, apatia, impaciência, desconfiança e em alguns casos desinibição indevida; aborrecimento em atividades que não conseguem desenvolver.

Estádio II: Moderado – neste estágio, devido ao facto de os sintomas anteriormente referidos se intensificarem, os doentes deixam de poder exercer a sua atividade profissional; agravamento dos problemas de memória no que concerne a acontecimentos recentes e mais afastados (sendo que os muito antigos ainda estão

presentes); movimentos motores mais descoordenados tornam impossível ou incapacitante as atividades diárias, tais como vestir e lavar; a linguagem fica restrita a muito poucas palavras; desorientação notória ao nível do tempo/espaço; propensão para incontinência devido às falhas de memória; o sono altera-se de forma que o doente dorme mais de dia do que de noite; verifica-se normalmente delírios, agressividade, gritos e agitação, sendo que esta última agrava-se ao final do dia (quando o sol se põe e a luz começa a desaparecer); propensão para a deambulação; precisa de cuidados permanentes por parte de um cuidador.

Estádio III: Severo – os doentes perdem por completo as funções cognitivas; aumento da inflexibilidade motora e diminuição de uma postura direita tornando o doente restringido a uma cadeira de rodas ou a uma cama; o reconhecimento de pessoas familiares torna-se muito raro; torna-se muito difícil a sua alimentação recorrendo-se na maioria das vezes à sonda; a incontinência torna-se uma realidade; vulnerabilidade para outras patologias médicas, tais como, pneumonias, úlceras de decúbito e obstipação; no final deixa de reagir a qualquer tipo de estímulo tornando-se praticamente vegetativo (ISS,2005; Jones, 2004; Veríssimo, 2014; Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

A demência frontotemporal ocorre em indivíduos entre os 45 e os 65 anos, com cerca de 15 casos em 100000. Caracteriza-se por uma degeneração dos lobos frontais e temporais do cérebro. Sendo que os lobos frontais e temporais, controlam o humor, o comportamento, a linguagem e o autocontrolo, esta, leva a alterações de personalidade, do comportamento e/ou da linguagem. As alterações comportamentais ou cognitivas que se podem visualizar neste tipo de indivíduos, são: comportamento social desinibido, apatia, desinteresse emocional e indiferença social, comportamento estereotipado, hiperoralidade (exploração oral) e alterações dietéticas (preferência alimentar) e défice neuropsicológico nas funções executivas (estando as memórias episódicas e as funções visuoespaciais normalmente conservadas) (Veríssimo, 2014).

A demência vascular pode-se chamar também de demência multienfarte, causada pela restrição do fluxo sanguíneo ao cérebro, que gera uma série de embolias (obstrução de um vaso sanguíneo) pequenas em determinadas áreas pequenas do cérebro, sendo que estas áreas sofrem danos mas na maioria das vezes não morrem, a não ser que ocorra um bloqueio total. (Davis et al, 2012). Esta demência é provocada por acidentes vasculares cerebrais, sendo que progride mais lentamente se for causada por acidentes vasculares cerebrais leves. Os sintomas são muito parecidos aos das outras

demências, como perda de memória, dificuldade em desenvolver atividades diárias e propensão para vaguear, incapacidade de raciocínio e mudanças de personalidade, sendo que estas duas últimas são menos afetadas do que na demência de Alzheimer (Jones, 2004).

Musicoterapia

De acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011), Musicoterapia (MT), é o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida.

O princípio de ISO (identidade sonora) é um dos princípios específicos da abordagem da musicoterapia, proposto por Benenzon e ter como ideia base que o ser humano tem dentro de si um conjunto de sons ou fenómenos sonoros únicos que o caracteriza, sendo necessário ir ao encontro de características desta sonoridade específica para se poder entrar em contacto significativo com a pessoa em causa. Ainda segundo Benenzon, o ISO começa a formar-se desde a gestação e vai-se estruturando ao longo da vida do ser humano, sendo influenciado não só pelas características intrínsecas do indivíduo, mas também por causas fatores grupais, sociais, étnicos e mesmo universais (Benenzon, 1988).

Musicoterapia na geriatria. A musicoterapia tem sido desenvolvida durante muitos anos com êxito em programas de reabilitação para pessoas idosas e principalmente idosos institucionalizados, na medida em que contribui para uma melhoria da qualidade de vida e ajuda na prevenção ou na retardação da deterioração mental e física. Para além disso, este tipo de intervenção pode converter um setting profissional e técnico num ambiente menos intimidante, potenciar as oportunidades de interação social e diminuir o sentimento de isolamento (Davis et al, 2012).

A participação ativa dos idosos em algo relacionado com música, é uma poderosa influência na saúde e no bem-estar, devido ao facto da música ter um papel motivacional e uma significação emocional importante. Este facto é explicado por neurocientistas que relatam o uso de técnicas de recompensa natural através de experiências musicais e interações sociais positivas, acionando certos processos de

ativação do cérebro para libertar dopamina, sendo este o neurotransmissor do bem-estar (Wheller, 2017; Blasco, 2002).

A musicoterapia é reconhecida pelos seus efeitos específicos na população idosa, na estimulação (da criatividade, do raciocínio e das emoções), na promoção (da expressão, comunicação, aprendizagem, da auto-estima, do desenvolvimento motor e cognitivo, conforto, bem-estar) e como entretenimento (Oliveira, Lopes, Damasceno & Silva, 2012).

Como foi referido anteriormente, para trabalhar com idosos institucionalizados e em processo de envelhecimento, tem de se trabalhar com as suas alterações corporais, mentais e orgânicas. Tais alterações trazem modificações ao nível comportamental, emotivo, de autocontrolo, de personalidade e até de relações interpessoais (Peters, 2000).

A musicoterapia tem sido utilizada com grande êxito em programas de reabilitação em idosos institucionalizados proporcionando estimulação sensorial (melhorando a qualidade de vida e ajudando a prevenir ou a amenizar a degeneração cognitiva e física). Pode ajudar a transformar o ambiente que não é familiar para o idoso num mais íntimo, melhorando a interação social e diminuindo o isolamento, ajudando também na área do suporte e do apoio a este tipo de população (Davis et al, 2012).

A musicoterapia constitui um tratamento não-farmacológico de baixo custo, que contribui para os objetivos terapêuticos definidos por toda a equipa, e pode centrar-se em vários domínios de funcionamento: o domínio cognitivo, socio-emocional e o comportamento social nos casos de pessoas com demência. Diversos investigadores demonstraram o quão a musicoterapia é importante na demência e benéfica na intervenção quer ao nível cognitivo, comportamental e emocional (Brotons & Koger, 2000; Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Fang, Ye, Huangfu, & Calimag, 2017; Gallego & Garcia, 2017; Li, Liu, Yang, Chou, Chen, & Lai, 2015; Oliveira, Lopes, Damasceno & Silva, 2012; Satoh, Yuba, Tabei, Okubo, Kida, Sakuma, & Tomimoto, 2015).

Ao nível cognitivo, vários estudos revelaram efeitos positivos no que concerne a a atenção, velocidade psicomotora, memória a curto e a longo prazo, orientação, estimulação da linguagem e execução de atividades. O uso de músicas familiares é indicado para estes pacientes, de forma a estimulá-los a expressarem emoções através

de memórias autobiográficas, favorecendo a verbalidade nos idosos em geral e nas demências (Dassa & Amir, 2014; Gallego & Garcia, 2017; Palisson, Roussel-Baclet, Maillet, Belin, Ankri, & Narme, 2015; Satoh et al, 2015).

Ao nível emocional, dados empíricos revelam o efeito da musicoterapia na redução dos sintomas do humor, especialmente na depressão e na ansiedade (Guétin, Portet, Picot, Pommié, Messaoudi, Djabelkir, Olsen, Cano, Lecourt, & Touchon, 2009; Svansdottir & Snaedal, 2006; Gallego & Garcia, 2017 e Irish, Cunningham, Walsh, Coakley, Lawlor, Robertson & Coen, 2006).

Ao nível comportamental, investigações referem efeitos da musicoterapia nos distúrbios do comportamento em pacientes com demência, tais como: agitação, agressividade, delírios, alucinações e irritabilidade (Gallego & Garcia, 2017; Ledger & Baker, 2006; Satoh et al, 2015 e Svansdottir & Snaedal, 2006).

Musicoterapia em fim de vida. Os indivíduos que estão em fase terminal terão uma combinação única de capacidades, necessidades, traços de personalidade, forças e fraquezas que afetarão as suas respostas e capacidades funcionais. No entanto, a consciência de algumas dessas características, problemas e necessidades que podem ser comuns a muitos indivíduos com doenças terminais será benéfica tanto para o terapeuta que deseja entender, como as estratégias de intervenção em musicoterapia podem beneficiar esta população (Peters, 2000).

A música para esta população tem como principal objetivo a reafirmação da importância da vida em todas as suas fases, visto que a morte é um acontecimento natural de todos os seres humanos (Mertehikian, 2007). É uma poderosa e benéfica ferramenta com vista a auxiliar os pacientes e os seus familiares a lidarem com os desafios físicos, psicológicos, sociais e espirituais das várias fases de uma doença terminal. Os benefícios da intervenção musicoterapêutica para os doentes terminais, são: diminuir a dor, facilitar o relaxamento, ajudar a gerir a ansiedade, proporcionar prazer e recreação, proporcionar um maior entendimento sobre a sua vida, diminuir a depressão, facilitar a expressão emocional, proporcionar apoio psicológico e espiritual, aumentar a interação e a comunicação com a família, estimular a reminiscência e a revisão de vida, reforçar a identidade, renovar o interesse pela vida, aumentar a autoestima e facilitar a transição da vida para a morte (Peters, 2000; Mertehikian, 2007).

Técnicas de Musicoterapia. A musicoterapia pode-se empregar de formas distintas, utilizando-se sessões de grupo ou individuais, com o objetivo dos seguintes focos principais: relaxamento, estimulação física, social e cognitiva, mudança do comportamento, comunicação ou interação.

No trabalho com os idosos, as técnicas mais usadas são a reprodução de canções, improvisação vocal, improvisação instrumental, a terapia vibro acústica e as técnicas de redução de stress. Quando são realizadas sessões de musicoterapia em grupo, as técnicas mais usadas são: música e movimento, danças sociais ou bailes populares, estimulação vibrotátil, *sing along* (cantar juntos), reminiscência musical, estimulação musical e escrita de canções. Existem outras intervenções que podem ser postas em prática por elementos que trabalhem na instituição e sob a supervisão de um musicoterapeuta, tais como: música de fundo, escuta de música individualmente e *play along* (através de música gravada e em grupo, os pacientes acompanham com instrumentos). Pode também ser usado através dos elementos que trabalhem na instituição, a utilização do canto, de forma a diminuir o nervosismo do utente enquanto lhe prestam os cuidados (Wigram, Pedersen & Bonde, 2005).

As técnicas mais usadas para os pacientes terminais, são: ouvir música, música e massagem, discussão da música ou das experiências musicais, escolhas de músicas, interpretação e discussão de letras, composição, substituição de letras, performance instrumental ou vocal, vibrações musicais, música facilitadora de revisão de vida, seleção e escrita de canções e gravação como presente para os familiares ou amigos (Peters, 2000).

Para este tipo de população podem utilizar-se técnicas de musicoterapia ativas (quando o utente toca, canta, dança, compõe ou improvisa) ou recetivas (quando o musicoterapeuta utiliza a audição de música ao vivo ou gravada para a realização da terapia) (Oliveira, Lopes, Damasceno & Silva, 2012; Aldridge, 2000; Blasco 2002).

As técnicas recetivas realizadas aos pacientes através da audição musical, tem como principais objetivos terapêuticos: promover a recetividade, evocar reações corporais específicas, estimular o relaxamento, desenvolver as habilidades motoras e auditivas, evocar estados e experiências afetivos e estimular a memória, a reminiscência e a regressão.

As técnicas ativas, são divididas em experiências de improvisação, recreativas e de composição.

A improvisação é música criada pelo paciente ao cantar ou tocar um instrumento, criando espontaneamente uma melodia, ritmo ou uma peça instrumental em que pode ser realizada a solo, duo ou em grupo, sendo este acompanhado sempre do musicoterapeuta que o irá orientar com instruções específicas para o ajudar nesta tarefa. A improvisação tem como objetivos terapêuticos: estabelecer um canal de comunicação não-verbal, promover um meio de autoexpressão, desenvolver habilidades para a intimidade interpessoal e grupal, desenvolver criatividade, liberdade expressiva e espontaneidade, estimular e desenvolver os sentidos e desenvolver capacidades perceptuais e cognitivas.

A recriação é quando o paciente aprende ou executa música vocal ou instrumental composta previamente, que tem como objetivos terapêuticos: desenvolver habilidades senso-motoras, estimular o comportamento adaptativo e ordenado, melhorar a atenção e a orientação da realidade, desenvolver habilidades de memória, promover a identificação e a empatia com os outros, desenvolver habilidade para interpretar e comunicar ideias e sentimentos, aprender comportamentos congruentes de regras específicas em diversas situações e melhorar as habilidades de interação.

A composição é quando o musicoterapeuta ajuda o paciente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, com os seguintes objetivos terapêuticos: desenvolver habilidades de organização e de planificação, desenvolver a resolução criativa de problemas, fomentar a autorresponsabilidade e promover a exploração de temas terapêuticos através das letras (Bruscia, 2007).

Existem imensas abordagens terapêuticas e de intervenção desenvolvidas para reabilitar ou melhorar a qualidade de vida dos idosos, tais como: estimulação sensorial, orientação para a realidade, remotivação, validação, reminiscência e revisão de vida. Estas intervenções são usadas normalmente com idosos institucionalizados ou com algum tipo de patologia, sendo que a reminiscência e a revisão de vida podem ser usados pela maioria da população idosa (Peters, 2000; Davis et al, 2012).

A remotivação é uma abordagem utilizada para estimular o pensamento, a interação verbal e para melhorar as habilidades sociais. É mais eficaz em grupos pequenos e utilizando atividades curtas e estruturadas. São utilizados temas de conversa

como objetivos e sem controvérsia que normalmente focam questões relevantes à situação passada ou atual do paciente (Davis et al, 2012; Peters, 2000).

A orientação para a realidade é utilizada para a repetição de informação e para a reeducação dos pacientes que estão desorientados ou confusos mas que estão aptos para participar em grupo com o objetivo de proporcionar informações precisas sobre o seu ambiente, reduzir os efeitos da institucionalização, melhorar a consciência de si próprio e aumentar a independência (Davis et al, 2012). Várias investigações consistentes mostraram que esta técnica em muitos casos, revertem a confusão e a desorientação dos idosos, através do uso de ferramentas como lembretes dos factos do quotidiano de forma a diminuir a confusão, a apatia e o isolamento de forma a melhorar a independência e a consciência de si mesmo, dos outros e do meio envolvente (Peters, 2000).

A reminiscência é uma revisão estruturada de acontecimentos e experiências passadas, sendo uma ferramenta importante para as terapias que recorrem à re-motivação e à orientação da realidade (Davis et al, 2012). É uma das técnicas mais utilizadas nas pessoas idosas, pelo facto destas sentirem prazer ao recordar e partilhar as suas experiências com os que também viveram na mesma época e de ser uma forma de dar sentido às vivências passadas (Peters, 2000). Através da recordação das suas atividades e conquistas passadas, a reminiscência ajuda a dar sentido à vida, aceitar o envelhecimento, dar satisfação, facilitar a adaptação à mudança ou ao stress, promover a socialização, melhorar as interações interpessoais e reforçar a autoestima (Davis et al, 2012; Peters, 2000).

A estimulação sensorial é uma técnica utilizada com idosos principalmente com os que se encontram em estados severamente regressivos e com alterações sérias, utilizando atividades simples e estruturadas de forma a estimular os sentidos visuais, auditivos, tácteis, paladar e do olfato. O objetivo é restaurar o contacto com o meio ambiente utilizando atividades para melhorar a função social, física e psicológica, é melhorar a consciencialização do corpo, promover a atenção, melhorar a função motora e melhorar a comunicação e a interação com os outros (Davis et al, 2012; Peters, 2000).

Segundo Bruscia (2007), a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o cliente a promover a sua saúde, utilizando experiências musicais e a relação terapêutica que desenvolve a mudança do cliente através destas dinâmicas. Portanto, a musicoterapia para Bruscia para além de ser

orientada por objetivos, é organizada e baseada no conhecimento. A relação terapêutica e a música são muito importantes sendo que a música não tem o valor propriamente dito pelos seus conceitos estéticos mas sim pela relação que promove na terapia.

De acordo com Brotons & Augé (2008), a música ajuda os idosos a modificar os seus comportamentos, oferece atividades sociais, motiva a interação, estimula a comunicação verbal e não-verbal, sempre com um objetivo terapêutico realizado através de atividades musicais.

Objetivos do estágio

Os objetivos deste estágio têm como base as necessidades identificadas nos utentes do LAFA à luz das características deste tipo de trabalho tal como está retratado na literatura.

Assim, o objetivo geral foi proporcionar à instituição uma intervenção complementar à farmacoterapia, no domínio psicossocial, que potencie as competências cognitivas e a funcionalidade do idoso.

Foram propostos como objetivos específicos, os seguintes:

- Promover e desbloquear a expressão emocional do idoso institucionalizado;
- Diminuir o isolamento relacional;
- Proporcionar conforto e relação interpessoal aos utentes em fim de vida
- Retardar a deterioração física e cognitiva.

Neste estágio a intervenção será realizada a nível terapêutico e a nível paliativo, focada nos utentes com maior grau de isolamento dentro da instituição e os utentes acamados, no sentido da diminuição de sintomas e apoio emocional.

Metodologia

Nesta secção do relatório será feita uma descrição do grupo de participantes, dos procedimentos que definiram o estágio realizado, das técnicas e métodos utilizados nas sessões de musicoterapia, dos instrumentos de avaliação utilizados para registar os progressos clínicos de cada utente, da agenda semanal da estagiária na estrutura residencial para idosos no Lar António Ferreira Alberto e ainda de outras atividades que tenham sido efetuadas no âmbito do estágio.

Participantes

Ao longo da realização do estágio, as sessões musicoterapêuticas foram aplicadas a vinte utentes, em que dezassete eram do sexo feminino (F) e três do sexo masculino (M). As idades dos utentes estavam compreendidas entre os oitenta e os noventa e sete anos.

A seleção dos utentes para a participação nas sessões de musicoterapia foi gerida de forma a responder a várias necessidades da Instituição. Numa primeira abordagem, foi decidido nomeadamente, desenvolver um trabalho com os utentes acamados, visto que estes não tinham atividades e não eram estimulados. Para além dos utentes acamados. Foram selecionados dois grupos: um com utentes semi-dependentes com um conjunto heterogéneo de problemas e um outro grupo com utentes dependentes com demência.

A tabela 1 descreve informação específica dos utentes com intervenção musicoterapêutica individual e as tabelas 2, 3, 4 e 5, apresentam igualmente informação específica de cada um dos utentes que integram os Grupos I, II, III e IV.

Para efeitos de confidencialidade, os nomes de todos os utentes intervencionados são apresentados neste relatório através de siglas.

Tabela 1 – *Descrição dos utentes com intervenções de musicoterapia em sessão individual*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Entrada na Instituição	Sessões
M.L.	F	85	Parkinson, Arteriosclerose, HTA.	12/08/2016	24
E.J.	F	97	Demência senil, diabetes.	07/05/2010	2
M.J.R.	F	86	Demência, Insuficiência cardíaca, HTA, prótese nos joelhos.	19/04/2016	20

Tabela 2 – *Descrição dos utentes que constituem o Grupo I*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Entrada na Instituição	Sessões
M.C.	F	83	Demência frontotemporal	25/09/2015	24
D.C.	F	92	Demência senil (álcool), cirrose hepática, HTA;	12/11/2011	24
A.F.	F	88	Aneurisma cerebral, anemia e dislipidemia.	28/01/2013	24

Tabela 3 – *Descrição dos utentes que constituem o Grupo II*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Entrada na Instituição	Sessões
J.N.	M	80	Diabetes, HTA, próstata, prótese na perna.	02/08/2016	13
M.F.	M	95	AVC, problemas cardíacos, HTA, DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crónica).	07/04/2017	11
P.C.	F	90	Senilidade, insuficiência cardíaca e hepática.	06/09/2018	14
A.O.	F	84	Depressão, alucinações, HTA.	24/05/2017	7
D.A.	F	96	Insuficiência respiratória e de coração.	09/02/2018	2
A.A.	M	86	Demência frontotemporal, alguma desorientação.	09/03/2012	0

Tabela 4 – *Descrição dos utentes que constituem o Grupo III*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Entrada na Instituição	Sessões
C.S.	F	92	Alzheimer – Estádio moderado, HTA, arteriosclerose cerebral acentuada.	02/08/2017	20
R.P.	F	83	Alzheimer, Arteriosclerose, pacemaker.	26/07/2017	22
A.B.	F	83	Demência senil, AVC.	28/05/2010	20
E.L.	F	89	Demência, AVC, HTA	25/06/2009	22
A.O.	F	93	Demência, Depressão, HTA.	13/12/2011	2
M.C.	F	80	Demência senil, paranoide (alucinações).	28/04/2017	6

Tabela 5 – *Descrição dos utentes que constituem o Grupo IV*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Entrada na Instituição	Sessões
I.F.	F	94	Poli artroses, HTA e fratura na anca.	19/06/2008	10
B.F.	F	85	Paralisia congénita nos membros inferiores.	11/01/1999	17

Instrumentos de avaliação

De forma a avaliar o progresso terapêutico dos utentes foi elaborada uma grelha de observação com base na grelha de observação desenvolvida por Patrícia Júlio (Júlio, 2017). Esta grelha é uma adaptação de *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP), elaborado por Baxter, Berghofer, MacEwan, Nelson, Peters, & Roberts (2007), tendo sido aplicada em duas fases: no início e no fim do processo terapêutico.

A estagiária optou por esta escolha por verificar que avaliava várias áreas relacionadas com idosos (domínios da cognição e memória, da área emocional e psicossocial, e a expressão instrumental e vocal), sendo que fez umas pequenas alterações relativamente à secção da avaliação, dividindo-a em: nunca (N), raramente (R), algumas vezes (AV), muitas vezes (MV), sempre (S) e não se aplica (NA).

Procedimentos

O estágio curricular realizado ao longo deste ano desenvolveu-se em quatro etapas: observação, seleção, intervenção e avaliação.

Observação. Esta primeira fase iniciou-se a 12 de outubro de 2018 com uma duração de seis semanas. No início desta fase, a orientadora externa deu a conhecer as instalações do LAFA e apresentou a equipa técnica, as ajudantes de lar e auxiliares de serviços gerais que integram esta valência, bem como também apresentou os utentes do lar à estagiária. Com o decorrer da visita, a orientadora referiu preocupação relativamente aos doentes acamados no que concerne ao isolamento social, pois a maioria das atividades são direcionadas para os utentes que fazem o levante.

Depois da fase de adaptação, a estagiária começou a trabalhar de forma autónoma, participando nas atividades das animadoras socio-culturais, promovendo contacto informal com os utentes na sala de convívio, ajudando também a encaminhá-los para o refeitório quando fosse hora disso. Quando efetuava a visita regular aos utentes acamados também auxiliava as ajudantes de lar nos cuidados aos utentes. Esta fase permitiu que a estagiária conhecesse melhor os utentes, ouvindo um pouco das suas histórias de vida e das suas realidades, procurando saber se tocavam algum tipo de instrumento, se gostavam de cantar e também descobrir qual era a identidade sonoro-musical dos utentes de forma a utilizá-la nas intervenções musicoterapêuticas. Com os

utentes acamados ou com patologia demencial, a estagiária procurou extrair informação através das ajudantes de lares, dos técnicos e da família.

Nesta fase, foi elaborado pela estagiária um conjunto de documentos, com vista a informar os utentes do que consistia este estágio e com as devidas autorizações para a participação destes nas intervenções. Os documentos são os seguintes: circular informativa (onde explica o que é a musicoterapia, quem é musicoterapeuta, o papel do musicoterapeuta e a musicoterapia aplicada na geriatria); autorização da gravação de vídeo e a devida declaração de consentimento; declaração de participação nas sessões e uma Ficha de Anamnese (onde regista as informações pessoais dos utentes bem como as suas preferências musicais – ISO).

Estes documentos tiveram de ser preenchidos e assinados pelos utentes ou pelos seus guardiões legais de forma a autorizarem a sua participação nas intervenções musicoterapêuticas.

Seleção. A fase de seleção dos utentes e da organização das sessões, iniciou-se por volta da quarta semana. Nesta fase, dado o investimento da instituição no projecto de musicoterapia para os utentes acamados, a seleção para a intervenção musicoterapêutica centrou-se neles. Na realidade, constatou-se que não havia muitos doentes acamados como tinha sido planeado no início do estágio, seleccionando-se assim outros utentes da instituição. Os utentes mais autónomos encontravam-se na sala de convívio dispostos lado a lado com contacto uns com os outros mas não conversavam entre si, olhavam para o vazio ou para duas das televisões que estão dispostas na sala ou estavam a dormir. Então, foram elaborados dois grupos de utentes que fazem o levante, em que um era composto por utentes com Alzheimer ou demência e o outro com patologias diversas e que demonstraram vontade em participar.

Na primeira fase foram seleccionados os utentes acamados. Mais tarde, como não havia um grande número destes a estagiária seleccionou quem estava interessado em participar nas sessões e criaram-se dois grupos. As sessões individuais e as de grupo desenvolveram-se semanalmente, sendo que as individuais tiveram uma duração prevista de trinta minutos enquanto as de grupo tiveram uma duração prevista de quarenta e cinco minutos. Foram realizadas numa sala do rés-do-chão (sala de atividades).

Dado que os grupos 1 e 4 são constituídos por pessoas já acamadas e que estão no mesmo quarto, as sessões com estes grupos por vezes foram mais curtas e incluíram uma abordagem mais suave, centrada no repertório e nas respostas subtis de cada idosa.

A divisão dos dois grupos (Grupo 2 e 3) de utentes que fazem o levante foi feita com base na observação. Sendo que os utentes têm patologias diferentes, decidiu-se que a forma mais correta para fazer os dois grupos era colocar num grupo os utentes mais funcionais e no outro os menos funcionais. Sendo assim, formou-se um grupo de utentes que fazem o levante mais funcionais e um outro grupo de menos funcionais.

Todas as sessões foram calendarizadas sempre em colaboração com a orientadora do local do estágio de forma a tornar possível a realização das sessões de musicoterapia, tendo em conta as outras atividades da instituição e a estagiária através da orientadora, teve acesso aos processos e aos planos individuais de cada utente.

Intervenção. A fase de intervenção teve início a 26 de novembro com a exceção do grupo 4 que foi começado mais tarde por questões logísticas que se prendiam com a seleção de elementos. Isto ocorreu porque a participação dos utentes nas sessões só se pode realizar com a autorização e preenchimento dos documentos referidos anteriormente.

As sessões foram organizadas e estruturadas pela estagiária, mas muitas vezes foram reformuladas ou alteradas nas próprias sessões de forma a se ajustar às necessidades dos utentes. Depois de três ou quatro sessões, foram elaborados os planos terapêuticos para cada utente, no caso de sessões individuais. No caso dos grupos, foram elaborados planos para o grupo.

As sessões musicoterapêuticas decorreram sensivelmente ao longo de seis meses. No decorrer deste tempo uma utente das sessões individuais, uma utente do grupo quatro e três utentes do grupo dois faleceram. No caso da utente do grupo quatro a colega de quarto teve uma sessão para abordar o fato da sua colega não estar mais presente e gostou que eu a deixasse abordar o assunto. Relativamente ao grupo dois, como não tinham muito contacto com dois dos colegas de grupo por eles não terem sido muito assíduos, não houve qualquer referência à sua falta por motivos de falecimento. No entanto, uma das utentes que faleceu neste grupo que era bastante participativa e com o decorrer das sessões começou a ser mais sociável com os restantes colegas, fez

com que os restantes elementos de grupo nunca mais quisessem participar nas sessões pois sentiram muito a sua falta e o seu estado de saúde também começou a deteriorar-se.

À volta de um mês antes das sessões musicoterapêuticas terminarem, a estagiária abordou os utentes de forma a prepará-los do término do estágio, usando conversas no final das sessões e fazendo reflexões sobre o tempo que passaram juntos e dos trabalhos realizados.

Avaliação. Inicialmente foi realizada uma avaliação de forma a selecionar e a distribuir os utentes pelos grupos. A avaliação dos utentes, foi realizada ao longo do período de estágio, mas de forma a proporcionar uma análise mais aprofundada, as sessões foram gravadas através de vídeo e analisadas posteriormente pela estagiária que depois das sessões e da visualização dos vídeos preenchia uma folha de registo de cada sessão. Desta forma, foram retiradas conclusões sobre o progresso terapêutico dos utentes como também se os objetivos dos planos terapêuticos foram cumpridos ou não.

De forma a realizar a avaliação aos utentes intervencionados, foram aplicadas duas vezes ao longo da intervenção musicoterapêutica, grelhas de observação de grupo e individual, uma no início e outra no final do processo de estágio.

Técnicas de musicoterapia utilizadas

No estágio realizado no LAFA, foram utilizadas técnicas musicoterapêuticas ativas e passivas, sendo que maioritariamente utilizou-se as técnicas ativas e minoritariamente as passivas. As técnicas musicoterapêuticas ativas utilizadas nas intervenções das sessões foram: tocar instrumentos, para promover o movimento, a estimulação sensorial e o ritmo interno; cantar, para melhorar a respiração, a comunicação e a interação; composição de canções, para promover a cognição e memória; improvisação vocal e instrumental, de forma a promover a interação, a criatividade e a expressão de sentimentos. A técnica passiva utilizada nas intervenções foi a escuta musical, de forma a promover a atenção e o foco do utente a certos aspetos da música (instrumentos, letra), com vista a realizar analogias com a sua vida pessoal. Outra técnica também usada foi a reminiscência, de forma a promover um sentimento de prazer na recordação de momentos vividos e na partilha de experiências, como

também na promoção da socialização, da autoestima e na facilidade de adaptação às mudanças.

Com vista a realizar as sessões de musicoterapia através das técnicas referidas, utilizaram-se os seguintes recursos materiais: guitarra clássica, coluna de som ligada à aplicação “spotify”, tablet e instrumentos musicais de fácil manejo (tamborins, maracas, triângulo, ovos, clavas, caixa chinesa, guizeira, djembé, boomwacker’s, jogo de sinos, reco-reco). Para se poder efetuar a gravação das sessões também se usou uma camara de filmar e um tripé.

Agenda semanal

O horário semanal da estagiária desde o início até ao final do estágio decorreu sempre no horário das segundas e quartas-feiras das 9 às 17 horas com uma hora de almoço, normalmente das 12 às 13h. A estagiária no tempo que não estava a realizar sessões de musicoterapia participava ativamente nas atividades da instituição, auxiliando os utentes nas suas atividades e os técnicos no que eles precisassem e também realizava trabalhos de pesquisa bem como consulta dos processos.

A seguinte tabela demonstra o horário que a estagiária realizou na instituição ao longo do ano e as atividades que realizava.

Tabela 6 – *Horário Semanal do Estágio*

Dia da Semana	Horário	
Segunda-feira	09 Horas	Chegada à Instituição / Preparação do <i>setting</i> . Diálogo informal com os idosos e técnicos.
	09:30 H	Sessão com M.L. Mobilização dos utentes para a sessão
	10:15 H	Sessão com grupo 2
	12 – 13 H	Hora de almoço.
	14:00H	Sessão com grupo 1
	16:00	Registo das sessões; conversa informal com os utentes.
	17:00	Saída da Instituição.
Quarta-feira	09 Horas	Chegada à Instituição / Preparação do <i>setting</i> . Diálogo informal com os idosos e técnicos.
	09:30 H	Sessão com E. J. Mobilização dos utentes para a sessão
	10:15 H	Sessão com grupo 3
	12 – 13 H	Hora de almoço.
	14:00 H	Sessão com grupo 4
	15:00 H	Sessão com M.R.
	16:00	Registo das sessões; conversa informal com os utentes.
17:00	Saída da Instituição.	

Outras Atividades

Para além das intervenções musicoterapêuticas, em dezembro de 2018 e em fevereiro de 2019, foram realizadas algumas atividades que não estão incluídas no projeto de estágio.

Nas atividades de dezembro, a estagiária, a pedido da instituição, dinamizou a eucaristia realizada na própria instituição, sendo que foi visível o contentamento de todos os funcionários e principalmente dos utentes desta valência, visto que estes dão muita importância à religião. Ainda neste mês, e em conjunto com a animadora sociocultural, foi organizado uma Festa de Natal que consistia em realizar um bailarico para todos os utentes que se encontravam na sala de convívio. Foi uma experiência muito gratificante, visto que permitiu à estagiária visualizar algumas das capacidades dos utentes que estava a acompanhar, tanto a nível motor como cognitivo.

Além destas atividades que não estavam relacionadas com as intervenções musicoterapêuticas, a estagiária no sentido de esclarecer o pessoal auxiliar bem como os técnicos do LAFA, realizou uma apresentação de esclarecimento sobre a Musicoterapia.

Esta apresentação teve como objetivo explicar a definição da musicoterapia, quem é e o que faz o musicoterapeuta bem como as possíveis aplicações desta terapia, diferenciando-a de qualquer tipo de atividade musical e mostrando que esta se foca em objetivos terapêuticos. A estagiária abordou ainda quais os objetivos que iriam ser desenvolvidos na instituição bem como os que iria desenvolver nas intervenções com os idosos. Esta apresentação revelou-se muito importante, visto que a equipa do LAFA ficou sensibilizada para o que iria decorrer ao longo do ano relativamente às regras estabelecidas e quanto aos procedimentos que se deveriam adotar nas intervenções musicoterapêuticas.

No mês de fevereiro e em conjunto com a animadora sociocultural, a estagiária dinamizou mais um bailarico para todos os utentes que se encontravam na sala de convívio, visto que estávamos na época do Carnaval. Este foi muito aplaudido pelos utentes, pois para além de irem mascaradas também levavam disfarces para eles. No final, as auxiliares do lar também se juntaram a nós para alegrar ainda mais a festa de Carnaval.

Estudos de Caso

Estudo de caso I – Intervenção individual – M.L.

Descrição clínica da utente

A M.L. tem 86 anos de idade e é de nacionalidade portuguesa, tendo residido antes da institucionalização numa aldeia do Concelho da Sertã. É viúva e tem dois filhos que são o suporte familiar dela. Apesar de viverem longe, vêm visitar a mãe frequentemente. A utente foi institucionalizada há três anos e encontrava-se acamada há um ano, sendo levantada pelas auxiliares todos os dias de manhã (durante a semana) para um cadeirão que fica ao lado da sua cama e é alimentada através de uma sonda.

O motivo do encaminhamento para as intervenções musicoterapêuticas foi pelo facto de os utentes acamados não terem qualquer tipo de atividade e de companhia.

Esta utente foi diagnosticada com doença de Parkinson, arteriosclerose e HTA. A doença de Parkinson é caracterizada pela degeneração lenta do sistema nervoso (fazendo com que os músculos fiquem rígidos), pela linguagem lenta e pouco perceptível, pelo caminhar arrastado e descoordenado, pelo seu olhar fixo e vazio, pela boca permanentemente aberta e por um pestanejar esporádico. O seu ISO musical referido pelos filhos, são as músicas tradicionais portuguesas e o folclore.

A M. L. apresentava compromisso funcional ao nível da linguagem, recorrendo algum tipo de expressões faciais para comunicar. Ao nível motor movimenta de vez em quando a cabeça, tendo o resto do corpo bastante atrofiado ao nível muscular. A utente demonstrou que o seu nível cognitivo continuava normal como na maioria das pessoas com esta patologia, no entanto existem alguns casos onde se observa demência.

A utente encontrava-se em fase avançada da doença, de maneira que estava totalmente dependente das ajudantes de lar para os seus cuidados e necessidades básicas.

Plano terapêutico

O Plano terapêutico para a M.L. foi elaborado com o objetivo principal de estimular a expressão e a comunicação não-verbal através das experiências musicais como também de reduzir os níveis de apatia e de isolamento. Na tabela que se segue mostra o plano terapêutico produzido pela estagiária e direcionado para a M.L., onde contempla os problemas detetados, os objetivos e os sub-objetivos a atingir no final do estágio.

Tabela 7 – *Plano Terapêutico da M.L.*

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE: M.L.

IDADE: 86

INÍCIO DO TRATAMENTO: 25/11/2018

DIAGNÓSTICO: Parkinson, arteriosclerose e HTA.

PROBLEMA Nº 1:

Dificuldades ao nível da linguagem.

OBJECTIVO:

Estimular a expressão e a comunicação não-verbal.

SUB-OBJECTIVOS:

Facilitar a expressão através de experiências musicais.	Promover a comunicação não-verbal através das atividades musicais.
---	--

PROBLEMA Nº 2:

Níveis elevados de isolamento.

OBJECTIVO:

Promover o relacionamento interpessoal e social.

SUB-OBJECTIVOS:

Promover a interação entre utente e terapeuta.	Diminuir o isolamento.
--	------------------------

PROBLEMA Nº 3:

Apatia.

OBJECTIVO:

Reduzir a apatia.

SUB-OBJECTIVOS:

Promover a iniciativa através da música.

Tendo em conta o problema nº1 (dificuldades ao nível da linguagem), foi estabelecido o objetivo de estímulo da expressão e comunicação não-verbal. Com este objetivo era esperado que a utente através das experiências musicais se expressasse e conseguisse comunicar através da comunicação não-verbal.

No que diz respeito ao problema nº 2 (níveis elevados de isolamento) foi estabelecido o objetivo de diminuir o isolamento, objetivo este que foi trabalhado através das seguintes estratégias interagisse com a terapeuta/estagiária através das atividades musicais e diminuísse.

Relativamente ao problema nº3 (apatia), o objetivo traçado foi reduzir a apatia. Desta forma, pretendia-se que o objetivo se concretizasse através da demonstração de iniciativa por parte da utente nas atividades musicais realizadas.

Descrição do processo terapêutico

A intervenção musicoterapêutica com a utente M.L teve uma duração de seis meses, tendo sido realizadas 24 sessões individuais de frequência semanal com a duração de 30 minutos.

A sessão era tipicamente dividida em três momentos distintos. No primeiro momento da sessão era cantada a canção das boas-vindas com vista a que marcasse o início da sessão, de forma a tentar incentivar a utente para esta. No segundo momento, consistia em aplicar técnicas musicoterapêuticas e na realização de atividades com vista a que os objetivos terapêuticos traçados para a utente fossem alcançados. No último momento, cantava-se a canção de despedida de forma a marcar o final da sessão.

As informações relativas à identidade musical da M.L. foram recolhidas junto dos técnicos do LAFA, das ajudantes de lar e dos seus guardiões legais, dadas as dificuldades de expressão da utente. O que foi referido é que a M.L. gostava de canções tradicionais portuguesas e de folclore.

As sessões com a M.L. foram maioritariamente realizadas com a utente sentada num cadeirão colocado ao lado da sua cama, onde as funcionárias a colocavam todos os dias de manhã.

Nas primeiras quatro semanas, a M.L. esteve a maior parte das sessões com os olhos fechados e sem qualquer tipo de reatividade/expressividade. Na primeira sessão a única reação que foi obtida por parte da utente foi quando se começou a cantar a canção “Oliveirinha da Serra”, em que esta abriu muito ligeiramente os olhos mas de seguida voltou a fechá-los. Nas sessões 2 à 4 a utente continuou sempre com os olhos fechados e sem participação alguma, mas denotou-se através da sua postura mais ereta que estava atenta e a ouvir o que se passava ao seu redor.

Nas três sessões (sessão 5, 6 e 7) de musicoterapia seguintes houve uma mudança na postura e na expressão da M.L.. A partir da quinta sessão, a utente começou a ter os olhos abertos (tendo só feito contacto visual com a estagiária na sétima sessão e por muito pouco tempo) e a estar mais ereta, sendo que não revelou outro tipo de expressão no decorrer destas três sessões, nem participava nas atividades. No entanto, a sua postura e expressão demonstrava que se sentia mais à vontade com a terapeuta e que estava predisposta às sessões de intervenção de acordo com a sua condição patológica. No final destas sessões quando era interpelada se queria voltar a ter intervenções, expressava-se através do olhar e de um sorriso, querendo transmitir que gostaria de continuar com as sessões.

Entre as sessões 8 e 12, a M.L. manteve contacto ocular com a terapeuta durante quase toda a sessão. Ainda nesta fase, a utente começou por comunicar com a terapeuta através do piscar de olhos, reagindo muito mais quando lhe era cantada a canção “Menina estás à janela”. Nas sessões 11 e 12 comunicou também através de sorrisos e até de um acenar de cabeça.

Relativamente às restantes sessões até à sessão 21, a utente mostrou-se sempre bem-disposta e a tentar comunicar com a terapeuta. Na sessão 19, a terapeuta colocou-lhe pela primeira vez um instrumento na mão (guizeira), a qual reagiu muito bem. Sendo que a utente não tem facilidades motoras a terapeuta fazia um ritmo com um instrumento e depois repetia o mesmo com o instrumento da utente, tendo esta esboçando imensos sorrisos com a atividade que se estava a realizar. Ainda nesta sessão, a estagiária dialogou com a utente sobre o término da intervenção musicoterapêutica, demonstrando esta uma expressão de tristeza e até mesmo uma frase “Está bem!”.

Na sessão 20, a estagiária questionou a utente sobre os instrumentos que esta queria usar, tendo esta acenado com a cabeça até escolher um (maraca). Depois de se cantar a canção “Oliveirinha”, a terapeuta improvisou uma letra com a mesma harmonia e a utente teve momentos que conseguiu usar a maraca para fazer som (mesmo fora do tempo), esboçando também grandes sorrisos. Na sessão 21, a M.L. participou ativamente como na sessão anterior, mas numa parte da letra da canção “Oliveirinha” ela ainda tentou cantar um pouco da letra mas sem resultado (a boca mexia mas o som não saía).

A partir da sessão 22 à 24, a utente mostrou-se muito triste e apática, sendo que quando a terapeuta lhe referia o término do estágio, esta chegou a expressar-se com lágrimas a correrem-lhe da cara. Na última sessão, esteve muito sorridente mas na parte da canção da despedida ficou muito comovida, tendo até chorado, expressando assim que iria sentir muito a falta da terapeuta.

Constatou-se que a relação entre a terapeuta e a utente foi bastante importante e se desenvolveu positivamente com o decorrer da intervenção musicoterapêutica, demonstrando a utente maior abertura do ponto de vista relacional. Verificou-se que a musicoterapia teve um efeito benéfico para a utente, que o expressou através deste final emotivo, visto que há já algum tempo estava privada do relacionamento humano.

Discussão e conclusão do caso

Refletindo sobre esta intervenção musicoterapêutica, verificou-se que esta teve uma evolução bastante significativa e com algumas fases distintas, como foi referido anteriormente.

No sentido de avaliar a evolução da utente, foi preenchida uma grelha de observação no início e no final da intervenção musicoterapêutica. A análise da grelha de observação revelou uma ligeira evolução em todos os domínios mas não em todos os tópicos neles contidos.

Na fase inicial, a M.L. não fazia qualquer tipo de movimento, expressão facial, expressão verbal ou contato ocular tendo até na maioria das vezes os olhos fechados.

Após a intervenção musicoterapêutica, verificaram-se alterações ao nível cognitivo, emocional e psicossocial que importa referir.

No domínio “cognitivo e memória”, a utente demonstrou que se recordava do seu nome e da terapeuta. Expressava-se quando o seu nome era mencionado e quando a terapeuta chegava ao seu quarto. Mesmo não participando ativamente nas sessões, demonstrava interesse nestas através do seu olhar e de sorrisos.

Relativamente aos domínios “instrumental” e “vocal”, não foi observada qualquer evolução, excetuando-se o fato de a M.L. tentar tocar um instrumento e tentar

cantar – a utente não conseguiu exteriorizar o canto, mas movimentou os lábios nessa tentativa.

O domínio “emocional” registou também evolução. Ao longo da intervenção musicoterapêutica, a utente pareceu manifestar um entusiasmo crescente nas sessões evidenciado por sorrisos e expressões faciais. Demonstrou iniciativa na interação, tentando interagir com a terapeuta através de sorrisos, lágrimas e manifestação de sentimentos positivos. Na ativação de memórias demonstrou também, através da sua expressão, o quanto gostava das canções que eram levadas para a sessão, mostrando que se recordava delas.

O domínio “psicossocial” foi o que registou maior evolução. Ao longo das sessões de musicoterapia, a utente estabeleceu com mais frequência e continuidade o contato visual e manifestou uma atenção crescente ao que se passava à sua volta. Verificou-se uma evolução considerável relativamente à sua disponibilidade para a sessão e para o relacionamento com a terapeuta. Demonstrou preferências e vontade própria na escolha dos instrumentos e ocasionalmente interagiu verbalmente com a terapeuta.

Os objetivos propostos para a M.L. foram todos alcançados, uma vez que esta através da música conseguiu expressar-se e comunicar com a terapeuta com linguagem não-verbal e também verbal (ocasionalmente), verificou-se uma redução dos níveis elevados de isolamento social e interpessoal que esta utente tinha e promoveu-se a iniciativa reduzindo drasticamente os níveis de apatia que esta demonstrava.

Assim, no final da intervenção e após a observação dos vídeos das sessões e dos registos realizados, foi possível concluir-se que os objetivos propostos no plano terapêutico da M.L. foram todos conseguidos. No entanto, a estagiária considerou que as intervenções musicoterapêuticas terminaram numa altura em que ainda havia muito para trabalhar e fortalecer.

Estudo de caso II – intervenção de grupo

O estudo de caso II refere-se à intervenção realizada com o grupo II. Este grupo é composto por utentes semi-dependentes com diferentes tipos de patologias, como foi referido anteriormente. A seleção para criar este grupo foi com base nos utentes que queriam participar nas sessões de musicoterapia de livre vontade e de acordo com o facto de serem dependentes ou semi-dependentes..

Este grupo era composto por seis idosos, com idades compreendidas entre os 80 e os 96 anos. Ao longo das intervenções musicoterapêuticas a utente P.C. esteve sempre presente nas sessões, sendo que houve um elemento que depois das intervenções iniciarem nunca se dispôs a participar (A.A.) e outra utente que participou só nas primeiras duas sessões (D.A.). Estes três elementos constituintes do grupo II, infelizmente ao longo deste ano e devido às suas patologias acabaram por falecer em diferentes alturas das intervenções musicoterapêuticas.

Este estudo de caso refere-se principalmente a dois elementos do grupo II – P.C. e M.F.

Descrição clínica dos utentes

Os elementos que normalmente participaram nas intervenções musicoterapêuticas, foram 4. A terapeuta tentou realizar sessões semanalmente mas devido a algumas atividades que se realizavam no dia deste grupo (confissões, festa de natal, etc), não foi possível realizá-las todas as semanas. Entretanto a utente mais participativa do grupo faleceu, o que fez com que os elementos restantes deixassem de querer participar nas sessões, mesmo a terapeuta tendo tentado persuadi-los de diferentes formas. Sendo assim, este grupo participou no total de 14 sessões.

O ISO musical deste grupo referido por eles ou pelas famílias, situava-se no domínio da música tradicional portuguesa, folclore e fado. Este grupo era constituído por idosos que passavam tempo na sala de convívio fisicamente próximos uns dos outros, mas sem qualquer interação, pelo que um dos pontos de focagem foi o fazer emergir a identidade de cada um e promover a interação e a criação de laços afetivos entre eles.

Assim, serão descritos os dois principais elementos e um breve resumo dos outros quatro elementos.

A Idosa P.C.

A P.C. tinha 90 anos de idade e era de nacionalidade portuguesa, tendo residido antes da institucionalização na freguesia de Passaria, do Concelho da Sertã. Era viúva e tinha quatro filhos, um dos quais faleceu devido a morte súbita. Os filhos eram o seu suporte familiar, visitando-a regularmente. A utente institucionalizou-se a seis de setembro de dois mil e dezoito, pelo facto de os filhos não terem condições para tomar conta dela. A utente tinha diagnosticado as patologias de demência senil, insuficiência cardíaca e hepática. Era semi-dependente, demonstrando estar consciente e orientada, mas revelando ocasionalmente alguma desorientação. Infelizmente, esta utente faleceu no mês de abril, tendo participado em 14 sessões.

O Idoso M.F.

O M.F. tem 95 anos de idade e é de nacionalidade portuguesa, residindo antes da institucionalização na freguesia do Outeiro da Lagoa, do Concelho da Sertã. É viúvo e tem três filhos que o visitam regularmente e o vão buscar à instituição. Depois do falecimento da esposa resolveu institucionalizar-se pelo facto de os filhos não terem uma vida que lhes permitissem tomar conta dele. Encontra-se na instituição desde abril de dois mil e dezassete. O utente tem diagnosticado as patologias de AVC, HTA, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica) e insuficiência cardíaca. Para além destas, dialogando com o idoso, denota-se alguma tristeza na sua comunicação verbal. Este utente participou em 11 sessões.

Tabela 8 – *Outros participantes do grupo II*

Nome	Idade	Observações
J.N.	80	Encontra-se na instituição desde agosto de 2016. Apresentava dificuldades ao nível motor devido à prótese na perna (relativamente a um tiro que levou quando esteve a trabalhar em Angola) mas ao nível cognitivo não tinha qualquer tipo de problema. Tinha dois filhos que o visitavam muito raramente e era viúvo. Em sessão era bastante participativo nas atividades mas não expressava qualquer tipo de emoção. Deixou de querer participar nas sessões depois da P.C. ter falecido. Participou em 13 sessões.
A.O.	84	Encontra-se na instituição desde maio de 2017. Apresentava ao nível cognitivo, ocasionalmente alguma desorientação mas era autónoma. Era viúva e tinha duas filhas, tendo uma delas falecido com cancro. Relativamente à outra filha não havia relação afetiva. Em sessão participava nas atividades propostas mas não expressava qualquer tipo de emoção. Deixou de frequentar as sessões quando teve um problema grave de saúde. Participou em 7 sessões.
D.A.	96	Encontrava-se na Instituição desde fevereiro de 2018. Apresentava ao nível cognitivo, ocasionalmente alguma desorientação mas era autónoma. Era viúva e tinha três filhos que a visitavam regularmente. Nas sessões mostrava-se pouco participativa e exibia comportamentos provocatórios relativamente aos colegas de grupo. Faleceu no mês de fevereiro devido a problemas de coração.
A.A.	86	Encontrava-se na instituição desde março de 2012. Apresentava ao nível cognitivo, ocasionalmente alguma desorientação mas era autónomo. Tinha duas filhas que o visitavam regularmente e a esposa estava internada numa instituição psiquiátrica. Depois das sessões iniciarem nunca se dispôs a frequentá-las. Faleceu no mês de janeiro devido a uma pneumonia.

Plano terapêutico

O Plano terapêutico elaborado para a P.C. e M.F. no início da intervenção musicoterapêutica foi com base no que este grupo de idosos apresentava, relativamente ao isolamento social, a ausência de comunicação e sentimentos de perda. Assim, definiu-se como principais objetivos os que se encontram na tabela seguinte:

Tabela 9 – *Plano terapêutico da P.C. e M.F.*

PROBLEMA Nº 1:

Isolamento social.

OBJECTIVO:

Melhorar o relacionamento interpessoal e social.

SUB-OBJECTIVOS:

Aumentar o grau de participação e expressão pessoal nas sessões. Promover a interação de pares no contexto das sessões. Promover a interação social fora das sessões. atividades musicais.

PROBLEMA Nº 2:

Tristeza e intenso sentimento de perda

OBJECTIVO:

Aliviar a tristeza e expressar a perda.

SUB-OBJECTIVOS:

Promover a expressão de sentimentos de tristeza referentes ao luto. Partilhar sentimentos de perda com o grupo.

Durante o período de observação verificou-se que os utentes deste grupo apresentavam altos níveis de isolamento social, devido ao facto de estarem numa área comum mas não conversarem com ninguém. Em conversas informais com estes elementos, todos demonstraram interesse em participar nas sessões de musicoterapia; todos os utentes referiram a perda de familiares e expressavam tristeza. Assim, foram definidos dois objetivos para serem trabalhados ao longo das sessões: melhorar o relacionamento interpessoal e social; aliviar a tristeza e expressar a perda.

De acordo com o objetivo proposto para o problema nº1 (isolamento social), era esperado que os utentes aumentassem o seu grau de participação e de interação através das atividades musicais nas sessões e interagissem socialmente fora destas.

Relativamente ao problema nº2 (sentimentos de perda), o objetivo era aliviar os sentimentos de perda relatados pelos utentes. Para tal, pretendia-se que o objetivo se realizasse através da promoção da expressão de sentimentos referentes à perda de

conjugues e filhos e da partilha destes sentimentos com o grupo no decorrer das atividades musicais.

Descrição do processo terapêutico

As intervenções musicoterapêuticas com os utentes do grupo II tiveram a duração de cinco meses com 14 sessões grupais, tendo como duração de aproximadamente 45 minutos.

As sessões realizaram-se segundo uma estrutura de três momentos diferentes. Iniciavam com o canto de uma canção das boas-vindas de forma a incentivar os utentes a participar e finalizavam com uma canção de despedida com vista a marcar o final da sessão e a criar uma rotina nos participantes. Na fase intermédia da sessão normalmente faziam-se atividades de audição musical de temas do ISO musical dos utentes em que estes poderiam dialogar sobre a canção que ouviram, utilizando a técnica de reminiscência e de seguida cantavam-se os temas podendo existir espaço para a composição de letras de canções, promovendo a expressão dos participantes. Ainda nesta parte, realizava-se ocasionalmente atividades rítmicas, através da repetição ou de improvisação. No entanto, esta atividade realizou-se poucas vezes porque os participantes mostraram-se muito relutantes na parte da improvisação instrumental.

As sessões com este grupo foram realizadas na sala da animadora sociocultural, dispendo-se as cadeiras em círculos e uma mesa no centro com os instrumentos musicais de forma a que todos chegassem a estes.

As primeiras sessões serviram para se estabelecer relações entre os utentes e a estagiária e também entre os próprios utentes, porque apesar de se verem todos os dias na instituição não estabeleciam relação entre si.

O M.F. revelou-se desde o início muito transparente com as suas emoções enquanto que a P.C. não se sentia muito à vontade para as exteriorizar. Ficava simplesmente a olhar e a ouvir o que os outros elementos do grupo diziam.

Na primeira sessão a terapeuta tentou descobrir um pouco mais do ISO musical dos utentes pertencentes a este grupo, sendo que foi referido que gostavam de canções tradicionais portuguesas, fado, desgarrada e canções de trabalho.

Logo na segunda sessão, o M.F. ao cantar a canção “Alecrim” referiu que a primeira vez que a tinha ouvido tinha sido há 50 anos no Monte de Ferreira por um acordeonista que a tocou e cantou e que as pessoas a tinham adorado (Reminiscência). Os restantes utentes do grupo, ainda pouco confortáveis e algo inibidos, limitaram-se a olhar para o M.F. e para a terapeuta a ouvir a história. Ainda na sessão a terapeuta tentou que os utentes cantassem uma desgarrada, que eram canções características desta geração e também das suas preferidas, mas novamente só o M.F. é que participava com êxito, o J.N. ainda tentou mas acabou por desistir a meio de uma quadra e os outros utentes limitavam-se a tocar nos instrumentos de percussão.

Na terceira sessão a P.C. limitou-se a participar na sessão mas sem ser muito ativa e a ouvir enquanto que o M.F. ao cantar “Natal dos simples”, recordou os seus tempos de namoro com a sua esposa já falecida.

Na quarta sessão a terapeuta levou a canção “Saia da Carolina” e o M.F. depois de a cantar compôs várias quadras para esta canção. “*O grupo dos bons amigos, está mesmo a chegar, sempre alegre, sempre alegre, sempre a cantarolar*”, “*Esta noite chove chove, uma água miudinha, se chover na tua cama, menina vem ter à minha*”, “*Quando era rapaz novo, ia cantar à guarita, namorava com as moças todas, casava com a mais bonita*” e “*Em tempos que já lá vão, eram os pobres e os ricos, tinham à noite o serão, a candeia dos três bicos*”. Com o decorrer das sessões e com o à vontade dos utentes uns com os outros a P.C. nesta sessão também cantou duas quadras que cantava antigamente com esta canção. “*Se quiseres saber de onde eu sou, dou-te a minha direção, sou do lugar da Tapada, Piedade da Conceição*” e “*Viva a malta, viva a malta, viva a malta treme o chão, os rapazes da malta e os que da malta são*”. No final da sessão e com facto de se sentirem mais à vontade com os outros elementos do grupo, os utentes ficaram na sala ainda algum tempo a conversarem entre si.

Na sessão seguinte as quadras compostas na sessão anterior foram repetidas ritmicamente e depois melodicamente; a P.C. participou com maior desinibição comparativamente às sessões anteriores. Todos os utentes estavam a tocar boomwackers e só o M.F. é que estava a tocar triângulo (instrumento que desde o início das sessões musicoterapêuticas foi seleccionado por ele). Ainda nesta sessão, o M.F. voltou a compor duas quadras com a canção “Rama da Oliveira”, sendo que não quis repetir uma delas, talvez por ter percebido o que realmente tinha cantado; observou-se também surpresa nos outros utentes ao ouvir a mesma quadra. “*Não tenho medo da morte, não tenho*

medo de morrer, só tenho pena de quem, fica cá a sofrer” e *“Gosto muito de cantar, gosto muito de cantigas, quando era rapaz novo, gostava mais das raparigas”*. Depois de cantarem a canção, o M.F., o J.N. e a P.C. relataram histórias que se passavam na altura em que trabalhavam na apanha da azeitona.

A sessão 6 foi realizada só com a P.C., pois os outros utentes estavam envolvidos noutras atividades da instituição ou adoentados. Nesta sessão, a P.C. lembrou os seus momentos de mocidade, cantando algumas canções folclóricas que costuma cantar e dançar e referindo alguns momentos felizes pelos quais passou. *“Elas ao meio, elas agora, batem as palmas e vamos embora”*.

Nas três sessões seguintes (7, 8 e 9), observou-se um sentimento geral de tristeza nos utentes, devido ao facto de que alguns dos utentes da instituição com quem costumavam partilhar a sala de convívio terem falecido recentemente. Numa destas sessões, a terapeuta utilizou a canção *“Maria da Fonte”* e, depois de a executarem, o M.F. falou sobre a sua esposa falecida; a P.C., já mais à vontade com os colegas de grupo, falou sobre o seu marido e o seu filho falecidos, tendo sido uma sessão algo emotiva para todos os elementos do grupo.

Nas sessões seguintes houve um ponto de viragem, pois a maior parte do grupo adoeceu e as patologias que estes tinham também se agravaram. Por este motivo, o grupo revelava maior resistência em participar nas sessões; a terapeuta procurava então persuadir os utentes a participar na sessão, com sucesso na maioria dos casos. Quando as sessões começavam, os utentes participavam ativamente nas sessões, e tornava-se menos evidente o sentimento de tristeza acima descrito.

As sessões 10 e 11 foram marcadas pela alteração da disposição do M.F., que se mostrava triste e sem ânimo devido à deterioração do seu estado de saúde; contudo, e apesar de se apresentar assim no início das sessões, verificava-se uma mudança positiva durante a sessão, mostrando-se mais animado e sorridente no final da sessão. Juntamente com os outros elementos do grupo (a esta altura, P.C. e o J.N.), no final das sessões conversava sobre alguns assuntos da atualidade.

Com o M.F. e a A.O. doentes e de cama, a sessão 12 foi marcada com tristeza por parte da P.C. e do J.N., que comentavam a falta que os restantes elementos faziam na sessão. Na sessão seguinte, ainda só composta por P.C. e J.N., a terapeuta conseguiu que estes dois elementos estivessem mais participativos através da recriação da canção

“Chapéu preto”. A dada altura, P.C. e J.N. pareciam estar ao “despique” com quadras que se lembravam de cantar antigamente com esta canção. A maior parte da sessão foi ocupada com esta atividade e era até aparentemente notória a vontade dos utentes de a prolongar para lá do tempo da sessão. No final da sessão a P.C. referiu “Agora sinto-me muito melhor!”.

Na última e 14ª sessão a A.O. ainda não estava restabelecida da sua doença. O M.F. chegou triste à sessão, mas depois de a sessão começar a sua expressão mudou, agarrou no seu instrumento preferido (triângulo) e começou de imediato a tocar e a cantar. A terapeuta interpretou a canção “Aldeia da roupa branca” inicialmente só com vocalizos, acabando os elementos do grupo por adivinharem a canção que estava a ser interpretada. Depois de a recriarem, a P.C. e o M.F. acabaram por compor uma estrofe para esta.

*“Nós estamos na Primavera
Mas, mais parece o inverno
Mas vale mais ser assim
Vir uma trovoada e ser um inferno
E é muito bom chover
Para os ribeiros encher”.* – P.C.

*“Eu gosto de cantar
Eu gostava de cantigas
Mas agora já estou velhinho
Nem sequer de raparigas
No meu tempo de juventude
Eram as minhas amigas”.* – M.F.

Antes do final da sessão a terapeuta, pensando que ainda restaria algum tempo para estar com estes elementos, lembrou-os que as intervenções musicoterapêuticas iriam terminar no final do mês seguinte (maio). Mesmo já tendo conhecimento deste assunto, os elementos do grupo ficaram com uma expressão triste, referindo “gostámos muito de estar estes momentos consigo”, “quando vínhamos para aqui, esquecíamos um pouco a nossa tristeza” e “era bom que pudesse continuar a vir”.

Esta foi a última sessão uma vez que infelizmente a P.C. contraiu uma gripe bastante forte na semana seguinte, que no espaço de duas semanas fez com que as patologias que tinha anteriormente se agravassem e que acabasse por falecer. Depois do falecimento da P.C., a desmotivação do grupo foi irreversível, e nem as tentativas da terapeuta bastaram para reunir os restantes elementos do grupo para a sessão.

Discussão e conclusão do caso

Refletindo sobre estes elementos do grupo, ao longo da intervenção musicoterapêutica verificou-se uma evolução com algumas fases distintas devido à instabilidade de alguns elementos.

Com este grupo foi também preenchida uma grelha de observação no início e no final da intervenção musicoterapêutica, que mostrou uma pequena evolução em todos os domínios mas não em todos os tópicos neles contidos.

Na fase inicial, a P.C. cantava as canções que a terapeuta lhe levava e de resto limitava-se a ouvir o que as canções traziam de memórias ao utente M.F. que cantava e tocava (sempre o mesmo instrumento - triângulo). O M.F. desde o início das sessões sempre demonstrou interação com a terapeuta e com os utentes do grupo, expressou-se instrumentalmente e vocalmente, demonstrou algumas emoções e memórias das letras de músicas que lhe eram familiares.

Após a intervenção musicoterapêutica, verificaram-se algumas alterações ao nível expressivo, cognitivo, emocional e psicossocial.

No domínio “cognitivo e memória”, os utentes demonstraram que se recordavam do nome da terapeuta e dos outros colegas do grupo. Demonstraram ao longo das sessões que mesmo apenas através da melodia de uma música conseguiam saber qual a música a ser interpretada. Começaram a referir-se a alguns instrumentos pelo seu nome correto. No final da intervenção musicoterapêutica, a P.C. já conseguia acompanhar uma atividade no tempo correto, sendo que o M.F. sempre o fez.

Relativamente aos domínios “instrumental” e “vocal”, houve evolução relativamente a cantar e acompanhar uma música com instrumentos por parte dos dois utentes. Ao longo da intervenção cantaram canções do seu repertório familiar e vocalizaram independentemente construindo quadras improvisadas por eles.

No domínio “emocional”, verificou-se uma evolução positiva. Os utentes, através das atividades realizadas, demonstraram abertura na interação e na ativação de memórias, e manifestaram sentimentos como sorrir e chorar depois de recordarem tempos que passaram.

No domínio “psicossocial”, também se verificou uma evolução importante nos dois utentes. Ao longo das sessões manifestaram a sua disponibilidade para a relação com os outros e com a terapeuta e para as sessões. Mesmo quando o M.F. se revelava desmotivado em participar nas sessões, depois de estas começarem ele participava mais ativamente que os outros utentes. Com o decorrer da intervenção, a P.C. começou a interagir muito mais quer musicalmente quer verbalmente. Neste ponto, relativamente ao M.F. também se verificou uma ligeira melhoria, pois este desde o início interagiu musicalmente e verbalmente. Demonstraram também preferências e decisão de escolha relativamente aos instrumentos e canções.

Relativamente ao objetivo 1 (melhorar o relacionamento interpessoal e social), este foi alcançado com o passar das sessões. No início como não sabiam os nomes uns dos outros e não falavam entre si mantinham-se mais afastados, mas com o decorrer de certas atividades realizadas nas intervenções (composição e reminiscência), foram aos poucos partilhando as suas experiências e como tal criando relações interpessoais. Numa fase intermédia, os elementos do grupo depois das sessões, ficavam na sala a conversarem entre si até chegar a hora do almoço.

Quanto ao segundo objetivo (aliviar o sentimento de perda) este também foi alcançado com as intervenções musicoterapêuticas. Com o decorrer das sessões e com as suas relações sociais mais fortes, a P.C. e o M.F. partilharam com o restante grupo os seus sentimentos de tristeza referentes aos seus cônjuges e um filho por parte da P.C.

No final da intervenção e após a observação dos vídeos das sessões e dos registos realizados, foi possível concluir-se que os objetivos propostos no plano terapêutico para estes do grupo foram alcançados. Após o término do estágio e conforme conversas informais com algumas auxiliares e técnicas do LAFA, mesmo que este grupo tenha finalizado antes do tempo as suas sessões, de vez em quando ouvem-se a murmurar temas que foram cantados na sessão e mantêm conversas entre si.

Outras intervenções clínicas

Neste estágio foram realizadas mais três intervenções musicoterapêuticas grupais, aos grupos 1, 3 e 4. Também foram realizadas duas intervenções musicoterapêuticas individuais a duas utentes que se encontravam acamadas e em cuidados de fim de vida. No entanto, a intervenção à utente E.J. durou apenas duas semanas (de 28 de novembro a 5 de dezembro de 2018) e terminou por motivos de falecimento da utente.

Grupo 1

O grupo 1 era constituído por três idosas que estavam acamadas no mesmo quarto já há bastante tempo. O que se pretendia inicialmente era realizar intervenções musicoterapêuticas individuais com estas utentes, mas como se encontravam no mesmo quarto, tal não foi possível. As idades destas utentes eram compreendidas entre os 83 e os 92 anos (tabela 2).

Este grupo era constituído por idosas com o nível cognitivo bastante deteriorado e com o nível motor também bastante comprometido. Relativamente ao nível da linguagem, era no geral muito pouco perceptível. Estas utentes encontravam-se numa fase avançada da doença, de forma que se encontravam totalmente dependentes das ajudantes de lar para os seus cuidados e necessidades básicas. As patologias identificadas foram demência (comum a duas delas), aneurisma cerebral, cirrose hepática, anemia e HTA.

O período de intervenção decorreu entre novembro de 2018 e maio de 2019, com sessões semanais de 30 minutos. Os objetivos terapêuticos principais nas sessões de musicoterapia eram estimular a expressão e a comunicação não-verbal, bem como diminuir o isolamento.

Ao longo das intervenções musicoterapêuticas (24 sessões), foi desenvolvido um plano de cuidados de fim de vida, com recurso a atividades musicais, onde a técnica mais utilizada foi a audição musical através do ISO musical das utentes.

Uma utente apresentou um progresso favorável, no que respeita à expressão e à comunicação não-verbal, pois quando esta gostava da canção que era tocada na sessão esboçava muitos sorrisos e até vocalizava afinadamente com a harmonia que estava a ser tocada. A canção que obtinha mais respostas sensoriais era a do “Alecrim”. Quanto

às outras duas utentes não houve progressos a registar, pois o seu estado de saúde piorou e não demonstraram querer participar nas intervenções musicoterapêuticas.

Grupo 3

O grupo 3 era constituído por seis utentes, com idades compreendidas entre os 80 e os 93 anos (tabela 4). Este era um grupo homogéneo uma vez que todas as utentes tinham a patologia da demência (demência, demência senil e demência de alzheimer); a maior parte delas ainda andava autonomamente, mas ao nível cognitivo já se apresentavam muito instáveis.

O período de intervenção ocorreu entre novembro de 2018 e maio de 2019, com sessões semanais de 30 a 45 minutos. Os objetivos terapêuticos principais nas sessões de musicoterapia eram promover o contacto interpessoal e social e promover a estimulação cognitiva.

Ao longo das intervenções (22 sessões), foram desenvolvidas atividades com vista a atingir os objetivos terapêuticos propostos para este grupo, sendo que as técnicas de audição musical do ISO musical das utentes, a improvisação e a reminiscência foram as mais utilizadas.

O progresso foi visível para a maioria das utentes que começaram a participar mais ativamente fazendo com que interagissem umas com as outras e ao cantarem canções do seu ISO musical recuperassem e partilhassem recordações que estas canções lhes suscitavam. Uma das utentes, devido à deterioração da patologia da demência de Alzheimer, regrediu, tendo ficado apática e sem participar muito na parte final da intervenção musicoterapêutica.

Grupo 4

O grupo 4 era constituído por duas utentes que normalmente faziam o levantar dia sim, dia não, com idades compreendidas entre os 85 e os 94 anos (tabela 5). Era um grupo caracterizado por uma dependência física e quando o estágio iniciou umas destas utentes ficou acamada num processo de fim de vida. Como a sua colega de quarto estava lá nos dias das intervenções musicoterapêuticas, a sessão era realizada com as duas.

Esta intervenção foi realizada em 18 sessões, sendo que algumas delas não foram feitas pelo facto de uma das utentes, que acabou por falecer, ter tantas dores que

como tal era preferível não fazer a sessão; outras sessões não foram realizadas a pedido da sua colega de quarto, que dava como justificação o seu fraco estado de saúde.

Aspetos como a comunicação não-verbal e o isolamento foram os mais trabalhados com este grupo e como tal foi realizado um trabalho de cuidados de fim de vida, em que as atividades mais utilizadas foram a audição e a improvisação musical.

Nas sessões iniciais a utente que faleceu expressou-se não-verbalmente em algumas músicas levadas para a sessão que foram selecionadas pela sua filha como ISO musical dela. A sua filha dizia que ela adorava cantar estas canções antes do seu estado de saúde se ter deteriorado. Com estas canções, esta utente chegou a levantar o tronco todo da cama mesmo com muitas dificuldades e esboçou um grande sorriso.

Depois de esta utente ter falecido, verificou-se desânimo na colega de quarto e por esta razão as sessões passaram a focar-se no alívio do sentimento de perda; contudo, esta não mostrou grande evolução.

Individual – E.J.

A E.J. (tabela 1) encontrava-se na instituição desde 2010 e encontrava-se acamada já há um ano. Revelava desorientação e a memória estava bastante comprometida, pois estava diagnosticada com demência senil e diabetes.

Foram realizadas apenas duas sessões com esta utente, pois entretanto faleceu. Nas poucas sessões realizadas, a E.J. não reagiu a qualquer estímulo pois já estava num processo de final de vida, sendo que as atividades realizadas nas intervenções musicoterapêuticas foram a audição musical através do cancionário popular português.

Individual – M.J.R.

A M.J.R. (tabela 1) encontrava-se na instituição desde agosto de 2016, tendo vindo já acamada para esta. Foi diagnosticada com demência, insuficiência cardíaca e HTA. De vez em quando baralhava situações do passado ou coisas que nem sequer tinham acontecido, mas tinha alguma noção da realidade e do que se passava à sua volta. Quando alguém ia ter com ela para conversar até respondia com coesão, mas quando o diálogo terminava começava com divagações verbais.

Como esta utente estava numa situação de isolamento, devido ao facto de estar acamada, a estagiária e a orientadora consideraram que a musicoterapia seria útil para ela, na medida em que poderia promover a estimulação cognitiva e diminuir o

isolamento através da interação com a terapeuta e da promoção da recuperação e partilha de memórias.

Foram realizadas dezanove sessões com a M.J.R., onde se desenvolveu um trabalho que se poderá considerar de cuidados de fim de vida, onde a técnica mais utilizada foi a audição musical através do ISO musical da utente. Inicialmente mostrou-se bastante afetuosa mas preocupada por não conhecer bem a estagiária e por não saber se esta tinha autorização para estar ali. Foi necessário a orientadora do estágio ir ao seu quarto dizer-lhe que estava tudo bem e que a estagiária a iria acompanhar durante algum tempo. Depois deste episódio, a M.J.R. começou a participar muito mais e sem preocupações. Devido ao seu costume de se coçar repetidamente, acabando por provocar feridas na pele, as enfermeiras colocaram-lhe luvas nas mãos para que ela não se pudesse magoar e, como tal, usar um instrumento estava fora de questão.

O seu progresso foi visível relativamente à comunicação verbal, uma vez que a M.J.R., sempre que gostava de uma canção (uma em especial – “Chapéu preto”), recordava-se de outras quadras que cantava antigamente quando andava na apanha da azeitona e houve muitas sessões em que ela queria cantar esta canção repetidas vezes, recordando-se então das tais quadras e relatando memórias de outros tempos.

Discussão e conclusão

No decorrer deste ano letivo com a prática do estágio curricular de intervenção musicoterapêutica no Lar António Ferreira Alberto, pretendeu-se mostrar como este decorreu na envolvimento com os idosos desta valência.

Inicialmente a terapeuta deparou-se com a realidade que se encontra na maioria destas instituições, encontrando pessoas idosas muito heterogêneas que apresentavam elevados e diferentes graus de dependência física e mental. Esta população encontrava-se também num processo de perdas interiores relativamente ao processo da institucionalização, como foi referido anteriormente. Jones (2004), Fontaine (2000), Cordeiro (2002), Blasco (2002), Peters (2000), Cardão (2009) e Davis et al (2012), referiram que estas perdas podem revelar-se ao nível da autoestima e do comportamento dos idosos, resultando na maioria das vezes em apatia, falta de interesse e encaminhando assim à deterioração física e cognitiva.

Assim, para este tipo de população é importante desenvolver-se diversas abordagens e intervenções terapêuticas que se adequem à institucionalização dos idosos e que possibilitem a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida destes, como referem Davis et al (2012), Wheeler (2017), Blasco (2002), Oliveira et al (2012) e Peters (2000).

A intervenção realizada teve um impacto positivo de acordo com os objetivos propostos, na medida em que estes foram analisados e os resultados cumpridos. De acordo com a literatura referida anteriormente e com os resultados obtidos, é de salientar que a musicoterapia é uma terapia bastante eficaz no que concerne à promoção ao nível físico, mental, social, emocional e comunicacional dos idosos (Peters, 2000; Wheller, 2017; Blasco, 2002; Davis et al, 2012; Oliveira et al, 2012; Gallego & Garcia, 2017; Brotons & Koger, 2000; Fang, et al, 2017; Li et al, 2015; Satoh et al, 2015; Dassa & Amir, 2014; Palisson et al, 2015; Guétin et al, 2009; Svansdottir & Snaedal, 2006 e Irish et al, 2006).

Através das músicas do ISO dos idosos que frequentaram as intervenções musicoterapêuticas também se verificou que utilizando técnicas da musicoterapia, tais como: ouvir, tocar, cantar, improvisar, recriar, compor e escrever letras, desencadeava recordações e partilha de experiências, diminuía a apatia e o isolamento com os outros e o meio envolvente, como proporcionava uma maior abertura para o desencadeamento de emoções e associações que pareciam já esquecidas (Davis et al, 2012; Peters, 2000; Bruscia, 2007; Wigram et al, 2005 e Wheller, 2017).

De um ponto de vista geral, a intervenção musicoterapêutica teve um impacto significativo, na medida em que promoveu a participação social dos idosos intervencionados quer durante as sessões quer nas suas rotinas diárias. Ao longo do decorrer das intervenções estimulou-se a expressão dos idosos, obtendo-se um aumento das reações em todos mas principalmente nos que se encontravam muito pouco reativos.

Os registos feitos nas grelhas de observação também foram deveras importantes para organizar os resultados, tendo o seu preenchimento sido feito em duas fases o que permitiu uma maior noção do progresso dos utentes da instituição.

Reflexão pessoal final

Há três anos atrás fui colocada numa escola para substituir uma colega que trabalhava num Agrupamento com um “Projeto de Autonomia” onde alguns alunos recebiam intervenção de Musicoterapia, particularmente a crianças com necessidades educativas especiais, por uma profissional/professora que também tinha tirado o Mestrado na Universidade Lusíada. Como fiquei a substituí-la, assumi as horas que ela tinha com este tipo de crianças, sendo que deixei bem claro ao diretor do agrupamento que não tinha formação para fazer este tipo de trabalho e nem tinha a mínima ideia do que consistia. Fui ajudada pela colega que estava a substituir e no final do ano letivo esta experiência motivou-me a enveredar por este tipo de intervenção.

Inicialmente quando me matriculei neste Mestrado pensava que iria trabalhar com crianças com necessidades educativas especiais, mas com o decorrer do primeiro ano de estágio, com a elaboração de trabalhos para diferentes cadeiras e com as minhas vivências familiares, comecei a interessar-me mais pela área de intervenção dos idosos.

O estágio que realizei ao longo deste ano na valência LAFA, pertencente à Santa Casa da Misericórdia da Sertã, foi bastante enriquecedor na medida em que descobri, experimentei e aprendi muito ao longo deste tempo com todas as pessoas envolvidas.

Ao longo do tempo os laços com os utentes foram-se fortificando sendo que inicialmente alguns deles estavam um pouco reticentes relativamente à minha presença e à Musicoterapia mas houve outros idosos que se disponibilizaram logo para as intervenções musicoterapêuticas. Quanto à relação com a equipa técnica e com as ajudantes de lar, penso que também se criaram laços, visto que me ajudaram sempre em tudo o que era possível e vice-versa e no caso da orientadora de estágio, senti que esteve sempre interessada em como é que estavam a correr as coisas e dava-me bastante apoio em assuntos mais delicados relacionados com o estágio.

Inicialmente, o meu maior receio era falhar em todas as fases (observação, seleção, intervenção e avaliação) sendo que onde se observou o maior nervosismo foi no início da intervenção. Na observação tive receios, pois não sabia como deveria abordar os idosos mas pouco a pouco fui começando a estar mais à vontade com eles. Na fase da seleção também foi complicado sendo que depois da conversa com a orientadora de estágio em que referiu que as pessoas acamadas não tinham nenhuma atividade, direcionei-me então mais para estes utentes, depois foquei-

me nas pessoas com demência e por fim nos utentes que estavam predispostos a participarem nas sessões.

Quando iniciei a fase da intervenção fiquei muito receosa e nervosa, pois era a fase crucial do estágio e estava em pulgas para que as coisas corresse bem e queria obter excelentes resultados relativamente aos objetivos propostos (fase de avaliação). Primeiramente fiquei mais focada em realizar as atividades musicais o mais correto possível em vez de me focar mais nos próprios utentes, mas rapidamente me apercebi que o objetivo não era ser perfeita nas execuções musicais mas sim focar-me no aqui e no agora dos utentes.

Na fase de avaliação a minha maior dificuldade foi avaliar os comportamentos, reações e expressões dos utentes, sendo que com o acompanhamento da Professora Teresa nas aulas de supervisão, fui ultrapassando algumas destas dificuldades e com a prática e a literatura encontrada, também fui aprendendo como deveria intervir com este tipo de população, mesmo tendo noção que ainda estou muito aquém e tenho de continuar a trabalhar para melhorar muito mais.

Com o estágio em musicoterapia aprendi que o que se pretende não é usar a música perfeitamente para os outros ouvirem, mas sim, através da música criar laços com outras pessoas e principalmente usar a música como um objetivo a atingir de acordo com a patologia do utente. Neste momento sinto-me muito mais preparada, com competências e um conhecimento muito mais aprofundado para a realização destas intervenções musicoterapêuticas, tendo uma bagagem maior e a sentir-me com mais capacidades para realizar sessões de musicoterapia em diferentes áreas desta terapia.

Referências

- Aldridge, D. (2000). *Music therapy in dementia care*. London. Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal* (2ª ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Blasco, S. (2002). *Compêndio de Musicoterapia – Volumen I*. Barcelona. Empresa Editorial Herder.
- Brotons, M. & Koger, S. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 183-195.
- Brotons, M. & Augé, P. (2008). *Manual de Musicoterapia en Geriátria y Demencias*. Espanã. Monsa-Prayma Ediciones,
- Bruscia, K. (2007). *Musicoterapia – Métodos y prácticas*. México. Editorial Pax México.
- Davis, W. Gfeller, K. Thaut, M. (2012). *Introducción a la Musicoterapia – Teoría y Práctica*. Barcelona. Editorial de Música Boileau.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa. Coisas de Ler.
- Castro-Caldas, A. Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa. Lidel – edições técnicas, lda.
- Cordeiro, J.C.D. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dassa, A. & Amir, D. (2014). The Role of Singing Familiar Songs in Encouraging Conversation Among People with Middle to Late Stage Alzheimer’s Disease. *Journal of Music Therapy*, 51(2), 131–153.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial*. Obtido em 16 de novembro de 2018, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=6824>

Direção Geral de Saúde. (2017). *Depressão e Outras Perturbações Mentais Comuns*. Obtido em 16 de novembro de 2018, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Obtido em 16 de novembro de 2018, de Direção Geral da Saúde: [file:///D:/Utilizador/Transfer%C3%A2ncias/i023807%20\(1\).pdf](file:///D:/Utilizador/Transfer%C3%A2ncias/i023807%20(1).pdf)

Fang, R. Ye, S., Huangfu, J. & Calimag, D. (2017) Music therapy is a potential intervention for cognition of Alzheimer's Disease: a mini-review. *BioMed Central*.

[Ferro, J. \(2016\). Mas afinal o que é o AVC?. Revista O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral \(AVC\) – Guia Prático para a população, pág.4-5. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral.](#)

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

Gallego, M. & García, J. (2017). Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Sociedad Española de Neurología*, 32, 300-308.

George, F. (2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Obtido em 16 de novembro de 2018, de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/?cr=21160>

Guétin, S., Portet, F., Picot, M., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A. Cano, M., Lecourt, E., & Touchon, J. (2009). Effect of Music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28, 36-46.

Hernández, L. A. (2011). *Terapias Artístico-Creativas*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Hernández, L. A., Marcos, M. T., & Corral, B. S. (2012). *Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con Alzheimer y otras demências*. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Segurança Social (ISS). (2005). *Situação Social dos Doentes de Alzheimer – um estudo exploratório*. N.D. Fundação Montepio Geral.

Irish, M. Cunningham, C. Walsh, J. Coakley, D. Lawlor, B. Robertson, I. & Coen, R. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 108-120.

Júlio, P. (2017). *Musicoterapia e demência: intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados*. (Relatório de Estágio). Universidade Lusíada de Lisboa.

Jones, Thomas. (2004). *Manual Merck - Geriatria*. Porto. MMVI-Editorial Oceano.

Li, C. Liu, C. Yang, Y. Chou, M. Chen, C. & Lai, C. (2015). Adjunct effect of music therapy on cognition in Alzheimer's disease in Taiwan: a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 291-296.

Ledger, A. & Baker, F. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging & Mental Health*, 11 (3), 330 – 338.

Mertehikian, A (2007). *Musicoterapia*. Obtido em 2 de agosto de 2019, de Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:sedici.unlp.edu.ar:10915/8462>

Oliveira, B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso – 3ª Edição*. Porto. Livpsic – Legis Editora.

Oliveira, G. Lopes, V. Damasceno, M. & Silva, E. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20, 85-94. Obtido em 16 de novembro de 2018, de: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/85-94.pdf>

Palisson, J. Roussel-Baclet, C., Maillet, D. Belin, C. Ankri, J. & Narme, P. (2015). Music enhances verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37 (5), 503 – 517.

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia – Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa. Lidel – edições técnicas.

Peters, J. S. (2000). *Music therapy: an introduction*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, Ltd.

Santa Casa da Misericórdia da Sertã. (2018). *Lar António Ferreira Alberto*. Obtido em 15 de outubro de 2018, de Santa Casa da Misericórdia da Sertã: http://www.misericordiadaserterta.pt/1/lar_antonio_ferreira_alberto_459810.html

Santa Casa da Misericórdia da Sertã. (2018). *Mensagem do Provedor*. Obtido em 15 de outubro de 2018, de Santa Casa da Misericórdia da Sertã: http://www.misericordiadaserterta.pt/1/mensagem_do_provedor_455611.html

SPHTA. (2004). *Hipertensão Arterial (HTA): O que é?*. Obtido em 16 de novembro de 2018, de Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial: https://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89

Satoh, M. Yuba, T. Tabei, K. Okubo, Y. Kida, H. Sakuma, H. & Tomimoto, H. (2015). Music therapy using singing training improves psychomotor speed in patients with Alzheimer's Disease: A Neuropsychological and fMRI Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 5, 296-308.

Svansdottir, H. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18, 613-621.

Veríssimo, M. (2014). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa. LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Valverde, E. (2014). *Guía de Orientación – Intervenciones no Farmacológicas – Musicoterapia en Personas con Demencia*. Madrid. IMSERSO.

Wheeler, B. L. (2017). *Music Therapy Handbook*. New York: Guilford Press.

Wigram, T. Pedersen, I. Bonde, L. (2005). *Guía completa de Musicoterapia*. Vitoria-Gasteiz (España). Agruparte

World Federation of Music Therapy (2011). *O que é Musicoterapia?*. Obtido em novembro de 2018, em <https://www.wfmt.info/wp-content/uploads/2014/05/PORTUGUESE-What-is-MT.pdf>

APÊNDICES

Lista de Apêndices

Apêndice A - Sessão de Esclarecimento de Musicoterapia

APÊNDICE A

Sessão de Esclarecimento de Musicoterapia

MUSICOTERAPIA

Ana Catarina Brito
Estagiária de Mestrado em Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

O que é a Musicoterapia?

- **Musicoterapia (MT)**, é o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida (World Federation of Music Therapy, 2011).

Quem é/o que faz o Musicoterapeuta?

- É um profissional com formação específica que **pode trabalhar** numa ampla variedade de contextos.
- **Avalia** o bem-estar físico, cognitivo, motor, comunicacional, social e emocional, através de respostas musicais.
- As sessões de musicoterapia são planeadas com base nas necessidades de cada indivíduo, através de avaliações contínuas e de acompanhamento.

Intervenção Sistematizada

- Levantamento de dados (a pessoa, a patologia, música);
- Identificação do(s) problema(s);
- Definição do(s) objetivo(s);
- Planeamento de atividades e estratégias;
- Avaliação de resultados.

Aplicações da Musicoterapia

- Gravidez / Neonatologia;
- Educação Especial (perturbações do espectro do autismo, problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem);
- Saúde Mental / Psiquiatria;
- Medicina e Reabilitação física;
- Geriatria;
- Prevenção e Intervenção Comunitária.

Lar António Ferreira Alberto

Objetivos Gerais:

- Proporcionar uma intervenção não farmacológica complementar à farmacológica;
- Proporcionar expressão emocional ao idoso institucionalizado;
- Melhorar a qualidade de vida do utente;
- Diminuir o isolamento social e interpessoal;
- Retardar a deterioração física e cognitiva.

Patologias Comuns nos Idosos

- AVC's;
- Demências;
- Depressão;
- Outras (HTA, diabetes, problemas cardíacos e respiratórios, etc).

Níveis/tipos de Intervenção:

- Prevenção e bem-estar;
- Terapêutico;
- Paliativo.
- Individual;
- Grupo.

O porquê das gravações de video???

Benefícios da Musicoterapia

- Recuperação de memórias;
- Responsividade;
- Coerência;
- Sincronização rítmica;
- Relaxamento ativo;
- Aumento do grau de atividade e participação;
- Transformação positiva dos afetos.

Principais Atividades:

- Audições musicais;
- Exploração de letras e partilha verbal;
- Canções e repertório pré-composto;
- Adaptação e composição de canções;
- Improvisação com instrumentos;
- Música e dança;
- Poemas.

Resultados da MT em D.A.

- Filme de Animação "Coco".
- Alive inside
https://www.youtube.com/watch?v=z_McSmmtjCU
- Sessão com M.C.

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Circular informativa

Anexo B – Declaração de consentimento

Anexo C – Autorização de gravação de vídeo/áudio

Anexo D – Ficha de Anamnese

Anexo E – Registo de sessão individual

Anexo F – Registo de sessão de grupo

Anexo G – Plano Terapêutico

Anexo H – Grelha de Observação

Anexo I – Grelha de observação inicial (M.L.)

Anexo J – Grelha de observação final (M.L.)

Anexo K – Grelha de observação inicial (Grupo II – P.C. e M.F.)

Anexo L – Grelha de observação final (Grupo II – P.C. e M.F.)

ANEXO A

Circular Informativa

Circular Informativa

O que é a musicoterapia?

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

Quem é Musicoterapeuta?

Um musicoterapeuta é um profissional com formação específica em musicoterapia, realizada através de um mestrado com a duração de dois anos, que pode fazer intervenções musicoterapêuticas como também dar formação nesta área específica.

Estes terapeutas podem trabalhar numa ampla variedade de contextos, tais como: hospitais, hospitais psiquiátricos, ambulatórios, centros de tratamento, creches, centros comunitários, centros de dia, programas de cuidados paliativos, instalações prisionais, centros de reabilitação, escolas, clínicas privadas, etc...

Avaliam o bem-estar físico, cognitivo, motor, comunicacional, social e emocional, através de respostas musicais. As sessões de musicoterapia são planeadas com base nas necessidades de cada indivíduo, através de avaliações contínuas e de acompanhamento destes (APMT, 2018).

Qual é o papel do musicoterapeuta?

O musicoterapeuta é um facilitador da acção do indivíduo que vai auxiliar a sua evolução e aprendizagem, sendo que o indivíduo é a peça central e um participante ativo nesta terapia. Para que a terapia seja efectiva, o musicoterapeuta tem de estar ligado incondicionalmente ao utente, sendo empático no seu todo, incluindo os seus impulsos, ligações e mudanças de humor, baseando-se na sessão vivida momento a momento, no “aqui e agora” (Júlio, 2017).

Musicoterapia aplicada em geriatria

A musicoterapia na geriatria, funciona através de actividades como: cantar, tocar instrumentos musicais, movimento com música, composição, improvisação e jogos musicais, com vista a estimular os diferentes domínios do idoso.

No domínio cognitivo, existem inúmeros resultados positivos no estímulo da linguagem, memória a curto e a longo prazo e atenção.

No domínio social, esta terapia estimula a participação, promove a iniciativa e a interacção social ao nível verbal e não-verbal.

No domínio físico, a musicoterapia demonstra resultados positivos relativamente à activação do tónus muscular e à estimulação dos movimentos (Júlio, 2017).

Tomei conhecimento,

ANEXO B

Declaração de Consentimento

Declaração de consentimento

Sertã, _____ de _____ de _____

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

Assinatura

ANEXO C

Autorização de Gravação de vídeo/áudio

Formulário de consentimento informado para gravação em vídeo de sessões de Musicoterapia

Sertã, ____ de _____ de _____

Ao Exmo. (ª) Sr. (ª)

A instituição onde o (a) _____, sob guarda legal de Vª Exª está inserido, acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, que trabalham nas instalações da dita Universidade. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação audio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível à supervisora da Universidade acompanhar directamente nesta instituição o trabalho da estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/áudio das sessões de Musicoterapia em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação da estagiária. Estes dados serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão destruídos após o fim do estágio curricular e da respectiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização da gravação das sessões que deve ser preenchida e assinada pelos responsáveis dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine essa declaração, que ficará arquivada no processo do utente.

Com os melhores cumprimentos,
Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado de Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

DECLARAÇÃO

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

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

Sertã, ____ de _____ de _____

O Próprio ou o(a) Guardião Legal,

Assinatura

Nome Legível

ANEXO D

Ficha de Anamnese

Musicoterapia

Ficha de Anamnese

Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ N° de Filhos: _____

Profissão: _____ Habilitações: _____

Morada antes da Institucionalização: _____

Data de Institucionalização: _____

Motivo: _____

Patologias: _____

Gosta de música? _____

Costuma / Costumava ouvir música? _____

Canções preferidas? _____

Experiências musicais: recordações associadas à música, músicas que não gosta, instrumentos que gosta de ouvir, se toca algum instrumento...

Observações: _____

ANEXO E

Registo de Sessão Individual

Registo de Sessão Individual – Musicoterapia

Nome do Utente: _____

Data: ____ / ____ / ____ Terapeuta: _____

Observação Direta do Utente:

Descrição Sumária da Sessão:

Temas Centrais:

Novidades ou Mudanças:

Música Produzida (Instrumentos, repertório):

Reações Pessoais:

A Fazer...

ANEXO F

Registo de Sessão de Grupo

Registo de Sessão de Grupo – Musicoterapia

Identificação do Grupo: _____

Data: ____ / ____ / ____ Terapeuta: _____

Presentes:

Faltaram:

Descrição Sumária da Sessão:

Temas Centrais:

Observações Específicas (aspetos individuais ou processo de grupo):

Música Produzida (Instrumentos, repertório, atividade):

Novidades ou Mudanças:

Reações Pessoais:

A Fazer...

ANEXO G

Plano Terapêutico

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA

NOME DO UTENTE:

IDADE:

INÍCIO DO TRATAMENTO:

DIAGNÓSTICO:

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:

PROBLEMA Nº 1:

OBJECTIVO:

SUB-OBJECTIVOS:

PROBLEMA Nº 2:

OBJECTIVO:

SUB-OBJECTIVOS:

PROBLEMA Nº 3:

OBJECTIVO:

SUB-OBJECTIVOS:

ANEXO H

Grelha de Observação

Grelha de Observação

_ / _ / _

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

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Área Psicossocial	Manifesta disponibilidade para a relação						
	Participa apropriadamente na sessão						
	Capacidade para seguir direções simples						
	Capacidade para seguir direções complexas						
	Expressa preferência / Decisão de escolha						
	Reage a momentos de silêncio e de pausa						
	Interage musicalmente						
	Interage verbalmente						
	Mostra disponibilidade para a sessão						

Nunca = (N); **Raramente** = (R); **Algumas vezes** = (AV); **Muitas Vezes** = (MV); **Sempre** = (S); **Não se aplica** = (NA)

Outras observações:

ANEXO I

Grelha de observação inicial (M.L.)

Grelha de Observação Inicial – M.L.**26 de novembro de 2018**

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

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Área Psicossocial	Manifesta disponibilidade para a relação	X					
	Participa apropriadamente na sessão	X					
	Capacidade para seguir direções simples	X					
	Capacidade para seguir direções complexas	X					
	Expressa preferência / Decisão de escolha	X					
	Reage a momentos de silêncio e de pausa	X					
	Interage musicalmente	X					
	Interage verbalmente	X					
	Mostra disponibilidade para a sessão	X					

Nunca = (N); **Raramente** = (R); **Algumas vezes** = (AV); **Muitas Vezes** = (MV); **Sempre** = (S); **Não se aplica** = (NA)

Outras observações:

ANEXO J

Grelha de observação final (M.L.)

Grelha de Observação Final – M.L.

27 de maio de 2019

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

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Área Psicossocial	Manifesta disponibilidade para a relação				X		
	Participa apropriadamente na sessão		X				
	Capacidade para seguir direções simples			X			
	Capacidade para seguir direções complexas	X					
	Expressa preferência / Decisão de escolha			X			
	Reage a momentos de silêncio e de pausa			X			
	Interage musicalmente		X				
	Interage verbalmente			X			
	Mostra disponibilidade para a sessão				X		

Nunca = (N); **Raramente** = (R); **Algumas vezes** = (AV); **Muitas Vezes** = (MV); **Sempre** = (S); **Não se aplica** = (NA)

Outras observações:

ANEXO K

Grelha de observação inicial (Grupo II – P.C. e M.F.)

Grelha de Observação Inicial – Grupo II (1 – P.C. e 2 – M.F.)**26 de novembro de 2018**

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome					1/2	
	Recorda o nome dos outros participantes / terapeuta	1/2					
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar	1/2					
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar					1/2	
	Sabe o nome dos instrumentos	1/2					
	Permanece na atividade				1/2		
	Começa e acaba a atividade no tempo correto			1		2	
Expressão Instrumental I	Manipula corretamente os instrumentos			1	2		
	Toca um instrumento independentemente			1		2	
	Canta uma música e acompanha com um instrumento			1	2		
	Imita padrões rítmicos simples		1	2			
Expressão Vocal	Vocaliza em resposta à música	1/2					
	Vocaliza independentemente	1/2					
	Canta canções do seu repertório familiar			1		2	
	Imita vocalizações simples						1/2
Área Emocional	Demonstra iniciativa na interação		1		2		
	Demonstra ansiedade			1/2			
	Demonstra ativação de memórias	1		2			
	Manifesta sentimentos negativos	1/2					
	Manifesta sentimentos positivos	1/2					
	Chora	1/2					
	Sorri			1	2		

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Área Psicossocial	Manifesta disponibilidade para a relação		1	2			
	Participa apropriadamente na sessão			1/2			
	Capacidade para seguir direções simples			1/2			
	Capacidade para seguir direções complexas		1/2				
	Expressa preferência / Decisão de escolha	1/2					
	Reage a momentos de silêncio e de pausa	1/2					
	Interage musicalmente		1	2			
	Interage verbalmente		1		2		
	Mostra disponibilidade para a sessão			1	2		

Nunca = (N); **Raramente** = (R); **Algumas vezes** = (AV); **Muitas Vezes** = (MV); **Sempre** = (S); **Não se aplica** = (NA)

Outras observações:

ANEXO L

Grelha de observação final (Grupo II – P.C. e M.F.)

Grelha de Observação Final – Grupo II (1 – P.C. e 2 – M.F.)**8 de abril de 2019**

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Cognição e Memória	Recorda o seu próprio nome					1/2	
	Recorda o nome dos outros participantes / terapeuta					1/2	
	Sabe a melodia de músicas do repertório familiar					1/2	
	Sabe as letras das músicas do repertório familiar					1/2	
	Sabe o nome dos instrumentos			1/2			
	Permanece na atividade					1/2	
	Começa e acaba a atividade no tempo correto					1/2	
Expressão Instrumental I	Manipula corretamente os instrumentos					1/2	
	Toca um instrumento independentemente					1/2	
	Canta uma música e acompanha com um instrumento				1	2	
	Imita padrões rítmicos simples			1/2			
Expressão Vocal	Vocaliza em resposta à música			1/2			
	Vocaliza independentemente				1/2		
	Canta canções do seu repertório familiar					1/2	
	Imita vocalizações simples			1/2			
Área Emocional	Demonstra iniciativa na interação					1/2	
	Demonstra ansiedade	1			2		
	Demonstra ativação de memórias				1/2		
	Manifesta sentimentos negativos		1	2			
	Manifesta sentimentos positivos				1/2		
	Chora		1		2		
	Sorri				1/2		

Domínios de Avaliação	Comportamentos	Avaliação					
		N	R	AV	MV	S	NA
Área Psicossocial	Manifesta disponibilidade para a relação				1/2		
	Participa apropriadamente na sessão					1/2	
	Capacidade para seguir direções simples				1/2		
	Capacidade para seguir direções complexas		1/2				
	Expressa preferência / Decisão de escolha			1/2			
	Reage a momentos de silêncio e de pausa		1/2				
	Interage musicalmente				1/2		
	Interage verbalmente				1/2		
	Mostra disponibilidade para a sessão				1/2		

Nunca = (N); **Raramente** = (R); **Algumas vezes** = (AV); **Muitas Vezes** = (MV); **Sempre** = (S); **Não se aplica** = (NA)

Outras observações:
