

**Universidades Lusíada**

Sá, Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro  
Corrêa de, 1988-

**Relação, emoção e cognição : intervenção em  
musicoterapia com idosos institucionalizados**

<http://hdl.handle.net/11067/5627>

**Metadados**

**Data de Publicação**

2019

**Resumo**

O envelhecimento constitui uma das principais preocupações do século XXI dado o seu impacto social e económico. É caracterizado por múltiplas transformações biológicas, psicológicas e sociais e pelo aumento do risco para o desenvolvimento de patologias, sobretudo em contexto de institucionalização. Ao longo do tempo têm surgido novas abordagens de prestação de cuidados que valorizam o potencial de mudança e desenvolvimento da pessoa idosa. Nesse contexto, a musicoterapia tem sido considerada uma...

Aging is one of the biggest issues of the XXI century due to its social and economic impact. It is characterized by multiple biological, psychological and social transformations and by the increased risk of development of different pathologies, particularly in the context of institutionalization. Along the years new approaches of care delivery have been created that value the potential of change and development of the elderly. In this context music therapy has been considered a non-pharmacologic...

**Palavras Chave**

Musicoterapia para idosos, Idosos - Assistência em instituições, Demência - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória (Lisboa, Portugal). Casa Nossa Senhora da Vitória - Ensino e estudo (Estágio)

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T10:27:39Z 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

## **Relação, emoção e cognição: intervenção em musicoterapia com idosos institucionalizados**

**Realizado por:**

Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de Sá

**Supervisionado por:**

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

**Orientado por:**

Dr.<sup>a</sup> Mariana Martins Ferreira de Carvalho

### **Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Supervisora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer  
Arguente: Prof. Doutor Rodrigo Marques Pires de Lima

Dissertação aprovada em: 17 de julho 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**

**Relação, emoção e cognição: intervenção em  
musicoterapia com idosos institucionalizados**

**Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de Sá**

Lisboa

julho 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**

**Relação, emoção e cognição: intervenção em  
musicoterapia com idosos institucionalizados**

**Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de Sá**

Lisboa

julho 2019

Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de Sá

## Relação, emoção e cognição: intervenção em musicoterapia com idosos institucionalizados

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

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Mariana Martins Ferreira de Carvalho

Lisboa

julho 2019

## Ficha Técnica

<b>Autora</b>	Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de Sá
<b>Supervisora de estágio</b>	Prof. <sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
<b>Orientadora de estágio</b>	Dr. <sup>a</sup> Mariana Martins Ferreira de Carvalho
<b>Título</b>	Relação, emoção e cognição: intervenção em musicoterapia com idosos institucionalizados
<b>Local</b>	Lisboa
<b>Ano</b>	2019

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

SÁ, Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de, 1988-

Relação, emoção e cognição: intervenção em musicoterapia com idosos institucionalizados / Maria Teresa Brum Prezado Damião Pinheiro Corrêa de Sá ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Mariana Martins Ferreira de Carvalho. - 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 - CARVALHO, Mariana Martins Ferreira de

#### LCSH

1. Musicoterapia para idosos
2. Idoso(a) - Assistência em instituições
3. Demência - Tratamento
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória (Lisboa, Portugal). Casa Nossa Senhora da Vitória - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Older people - Institutional care
3. Dementia - Treatment
4. Music therapy - Practice
5. Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória (Lisbon, Portugal). Casa Nossa Senhora da Vitória - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. ML3920.P56 2019

## **Agradecimentos**

O meu sincero agradecimento à Professora Doutora Teresa Leite, por todo o conhecimento e aprendizagem que me proporcionou, pela sua orientação, compreensão e apoio ao longo deste percurso.

Agradeço à CNSV por terem autorizado o meu estágio e pelo acolhimento. Às utentes, a sua participação e colaboração nas sessões e, em particular, à Dra. Mariana Carvalho pela qualidade da sua orientação, acompanhamento e cooperação durante o processo de estágio.

À Joana Baginha, por me ter ajudado durante a realização do relatório, por tantos livros e artigos me ter lido, pelas revisões de textos e do relatório mas, acima de tudo, pela sua amizade.

Às minhas colegas de curso, obrigada pelo apoio, disponibilidade, encorajamento, troca de ideias e sugestões.

À minha família, em particular ao meu marido e à minha mãe, profundamente o apoio pessoal e familiar, sem os quais não teria conseguido terminar este percurso. À minha filha, mais do que um agradecimento, espero que um dia compreenda os momentos em que estive ausente e que se orgulhe da opção da mãe.

À minha família e amigos, muito obrigada por me terem acompanhado neste processo, por me encorajarem a terminar este projeto, pela paciência e amizade.





## Resumo

O envelhecimento constitui uma das principais preocupações do século XXI dado o seu impacto social e económico. É caracterizado por múltiplas transformações biológicas, psicológicas e sociais e pelo aumento do risco para o desenvolvimento de patologias, sobretudo em contexto de institucionalização. Ao longo do tempo têm surgido novas abordagens de prestação de cuidados que valorizam o potencial de mudança e desenvolvimento da pessoa idosa. Nesse contexto, a musicoterapia tem sido considerada uma intervenção não farmacológica com efeitos positivos ao nível social, emocional, cognitivo, sensorial, motor e comportamental, contribuindo, dessa forma, para o aumento do bem-estar e qualidade de vida desta população. Neste estudo participaram oito utentes do sexo feminino do Lar CNSV com síndrome demencial e/ou perturbações afetivas, das quais quatro receberam intervenção individual e as restantes foram intervencionadas em grupo. Quer em contexto individual quer em grupo, observou-se que a musicoterapia teve um impacto positivo ao nível da relação com o terapeuta, interações sociais, expressão e regulação emocional, depressão, ansiedade, memória e atenção. Concluiu-se que a musicoterapia é uma intervenção de longa duração com efeitos positivos imediatos e a curto-prazo a nível relacional, emocional e cognitivo na população idosa institucionalizada. Porém, verificou-se a necessidade de desenvolver instrumentos quantitativos específicos da musicoterapia que sejam sensíveis às mudanças que ocorrem no contexto musical e que complementem abordagens qualitativas de avaliação.

**Palavras-chave:** Musicoterapia; Idosos Institucionalizados; Demência; Perturbações Afetivas; Interações Sociais.



## **Abstract**

Aging is one of the biggest issues of the XXI century due to its social and economic impact. It is characterized by multiple biological, psychological and social transformations and by the increased risk of development of different pathologies, particularly in the context of institutionalization. Along the years new approaches of care delivery have been created that value the potential of change and development of the elderly. In this context music therapy has been considered a non-pharmacological intervention with positive effects at social, emotional, cognitive, sensory, motor and behavioral level, contributing to the increase of the well being and quality of life of this population. Eight female members from the CNSV Retirement Home with dementia syndrome and/or affective disorders have participated in this study, from which four have received individual intervention and the remaining ones participated at group level. Both at individual and group context, was possible to observe that music therapy had a positive impact on the relationship with the therapist, social interaction, emotional expression and regulation, depression, anxiety, memory and attention. It is possible to conclude that Music Therapy is a long-term intervention with immediate and short-term positive effects at the relational, emotional and cognitive level in the institutionalized elderly population. Despite these conclusions, the need to develop quantitative tools specifically linked to Music Therapy was acknowledged. These tools need to be sensitive to the changes that occur in the music context and complementary to qualitative evaluation approaches.

**Keywords:** Music Therapy; Elderly Institutionalized Population; Dementia; Affective Disorders; Social Interactions.



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Participantes</i> .....	39
Tabela 2 - <i>Agenda semanal do estágio</i> .....	47
Tabela 3 - <i>Plano terapêutico da D. GT</i> .....	51
Tabela 4 - <i>Plano Terapêutico da Grupo</i> .....	68



## Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- APA - American Psychiatric Association
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CNSV - Casa de Nossa Senhora da Vitória
- DA - Doença de Alzheimer
- EDG - Escala de Depressão Geriátrica
- ERPI's - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- ISS - Instituto da Segurança Social
- MMSE - *Mini-mental State Examination*
- MT - Musicoterapia
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- WHO - *World Health Organization*





## Sumário

Agradecimentos .....	V
Resumo .....	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas .....	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XIII
Sumário .....	XV
Introdução .....	1
Caracterização da Instituição .....	3
Casa da Baixa.....	4
Caracterização da População Alvo .....	7
Enquadramento Teórico.....	9
Envelhecimento.....	9
Os desafios da 3ª idade e as patologias do idoso.....	11
A Institucionalização e os seus Desafios.....	18
Novas Abordagens ao Envelhecimento e Qualidade de Vida.....	21
A Musicoterapia .....	25
Objetivos do Estágio .....	37
Metodologia .....	39
Participantes .....	39
Instrumentos de Avaliação .....	39
Procedimentos .....	41
Agenda Semanal.....	47
Estudo de Caso I - D. GT.....	49
Caracterização da Utente.....	49
Avaliação Inicial .....	50
Plano Terapêutico.....	51
Intervenção e Progresso Terapêutico .....	51
Discussão e Conclusão do Estudo de Caso .....	58
Estudo de Caso II - Grupo .....	63
Caracterização do Grupo.....	63
Avaliação Inicial .....	64
Plano Terapêutico.....	67
Intervenção e Progresso Terapêutico .....	68
Discussão e Conclusão do Estudo de Caso .....	77

Outras Intervenções Clínicas .....	83
D. AO .....	83
D. FC .....	84
D. MA.....	85
Conclusões .....	89
Reflexão Pessoal .....	93
Referências.....	95
Apêndices.....	103
Lista de Apêndices.....	105
Apêndice A.....	107
Apêndice B.....	111
Apêndice C.....	117
Apêndice D.....	121
Apêndice E.....	125
Anexos .....	129
Lista de Anexos.....	131
Anexo A .....	133
Anexo B.....	137
Anexo C.....	141
Anexo D .....	145

## Introdução

O presente relatório visa descrever o estágio curricular realizado no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, o qual decorreu ao longo de oito meses no Lar Casa de Nossa Senhora da Vitória (CNSV) em Lisboa.

O aumento da esperança média de vida e da população idosa no mundo Ocidental e, em particular, em Portugal, constitui uma das principais preocupações do século XXI (Fonseca, 2006; Miguel, 2014). O envelhecimento está associado tanto a múltiplas perdas como a transformações físicas, psicológicas e sociais que se repercutem não só na capacidade funcional, bem-estar e qualidade de vida dos idosos como num aumento do risco para o desenvolvimento de diversas patologias, tais como a demência e a depressão (Fonseca, 2014). Mais, os desafios para a população idosa tendem a acentuar-se quando surge a necessidade de institucionalização (Fonseca, 2014; Neri, 2013; Paúl, 2012; Peters, 2000).

A crescente preocupação e interesse pelo processo de envelhecimento tem levado ao aparecimento de novas abordagens e novas formas de prestação de cuidados, nas quais se valoriza o potencial de mudança e desenvolvimento da pessoa idosa (Fonseca, 2014; Miguel, 2014). Neste contexto, a musicoterapia tem-se revelado uma intervenção não-farmacológica com efeitos positivos a nível sensorial, motor, cognitivo, emocional, comportamental e social na população idosa e na minimização do impacto do próprio processo de institucionalização. Em consequência, tem sido considerada uma intervenção eficaz na promoção de bem-estar e qualidade de vida nesta população (Silva *et al.*, 2015; Wigram *et al.*, 2002).

Neste sentido, os principais objetivos das intervenções musicoterapêuticas realizadas no estágio foram a promoção de interações sociais, expressão e regulação emocional e estimulação cognitiva. Foram acompanhadas quatro utentes em contexto individual em

sessões semanais de trinta minutos e um grupo de quatro utentes em sessões semanais de sessenta minutos, nas quais se utilizaram técnicas ativas e recetivas em musicoterapia.

No presente relatório encontram-se descritos, de forma mais detalhada, a caracterização do Lar CNSV e da população-alvo; uma revisão teórica sobre o envelhecimento, os seus desafios, o processo de institucionalização e sobre a aplicação da musicoterapia na população idosa; a metodologia de estágio, nomeadamente os participantes, instrumentos de avaliação, técnicas utilizadas e procedimentos; dois estudos de caso e três casos de intervenção apresentados de forma mais sucinta; uma conclusão e discussão do processo de estágio e resultados obtidos; uma reflexão pessoal acerca da experiência e aprendizagens resultantes do estágio e da elaboração do presente relatório.

### **Caracterização da Instituição**

O Lar CNSV é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que pertence à Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória. Trata-se de uma Instituição que se rege por valores éticos e religiosos assentes nos princípios da solidariedade, respeito pela dignidade humana, igualdade de direitos, valorização da importância da família, reconhecimento da condição da pessoa idosa, responsabilidade e autonomia. Procura "*assumir-se como casa de família dos seus utentes*" (Regulamento Interno dos Utentes do Lar CNSV, 2017) que, por qualquer motivo, necessitam de assistência e apoio nos diversos contextos da sua vida, contribuindo dessa forma para o aumento da sua qualidade de vida e diminuição do isolamento.

A CNSV tem capacidade para acolher cento e vinte utentes e é composta por duas Casas/Lares de Terceira Idade situadas no centro de Lisboa: Casa da Baixa e Casa da Graça. De forma a executar a sua missão, a CNSV dispõe de diversos serviços nomeadamente: alojamento; alimentação; higiene pessoal; lavandaria; limpeza das instalações; saúde (serviço diário de enfermagem, serviço médico semanal); apoio psicossocial; atividades de animação sociocultural; transporte de utentes e/ou acompanhamento ao exterior (e.g. consultas, cabeleireiro); apoio de natureza logística na aquisição de bens e serviços; acompanhamento religioso por um Sacerdote e Santa Missa diária; e, sempre que possível, passeios e visitas ao exterior (e.g., visita anual a Fátima). Para além dos serviços prestados a CNSV estabelece parcerias com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Banco Alimentar, Associação Coração Amarelo, Polícia de Segurança Pública, Associação Mais Proximidade Melhor Vida, Instituto Segurança Social e a Paróquia de São Nicolau.

## **Casa da Baixa**

O presente estágio decorreu exclusivamente na Casa da Baixa. Trata-se de um edifício que pela sua arquitetura e localização geográfica se encontra dividido em duas partes. A primeira parte, que corresponde à entrada principal da casa, é composta por quatro pisos, nos quais o primeiro andar dá acesso à igreja e o terceiro dá acesso à restante casa que é composta por três pisos. O acesso entre pisos pode ser feito através de escadas e elevador, contudo, o acesso entre as duas partes da Casa apenas pode ser feito através de escadas, limitando o acesso entre elas a pessoas com mobilidade mais reduzida.

A Casa da Baixa é presidida pela mesa administrativa da Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória e, quanto à equipa técnica, é constituída por uma diretora técnica, uma psicóloga clínica, um médico (a tempo parcial), cinco enfermeiras (a tempo parcial), uma encarregada geral, três encarregadas dos serviços gerais e dezoito ajudantes de ação direta. Desde janeiro de 2018, a casa integrou duas animadoras socioculturais as quais prestam o serviço de animação duas vezes por semana.

O processo de admissão para a Casa consiste, inicialmente, na marcação de uma reunião com a Diretora Técnica na qual são levantadas informações acerca do estado de saúde e situação psicossocial da utente. Ao inscrever-se, é atribuído um código à utente e a mesma é colocada na lista de espera com o critério de "ordem de chegada". Quando surge uma vaga, a diretora técnica contacta as pessoas da lista de espera tendo em consideração o tipo de quarto vago (individual ou duplo), o perfil da utente da casa (caso seja um quarto partilhado) e o perfil da candidata.

Os principais motivos de institucionalização identificados são: agravamento do estado de saúde; aumento da dependência nos cuidados associados a doença física, mental e/ou

deterioração cognitiva; isolamento social; dificuldade por parte das famílias em assegurarem os cuidados e apoio nas atividades de vida diária.





### **Caracterização da População Alvo**

A Casa da Baixa acolhe quarenta e nove utentes com idades compreendidas entre os 70 e os 101 anos. O facto de a população-alvo incluir apenas utentes do sexo feminino prende-se por fatores como a história da CNSV, que começou por ser um Hospício para senhoras com doenças incuráveis e o seu cariz religioso.

As utentes da Casa da Baixa apresentam diversos graus de dependência, nomeadamente utentes autónomas do ponto de vista físico e dos cuidados primários e com défice cognitivo ligeiro; utentes que necessitam de apoio físico na mobilidade e nos cuidados primários mas com as capacidades cognitivas preservadas; utentes com autonomia física e com dependência nos cuidados primários devido a existência de défice cognitivo; e utentes com total dependência física e com severa perda cognitiva. Ao nível das patologias associadas, verifica-se a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, demência (e.g., doença de Alzheimer), diabetes, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral (AVC) e outras doenças psiquiátricas (e.g., esquizofrenia, doença bipolar).



## **Enquadramento Teórico**

Ao longo das últimas décadas tem-se verificado uma evolução social demográfica no mundo Ocidental, traduzindo-se num aumento da população idosa bem como da esperança média de vida (Fonseca, 2006; Fries & Pereira, 2011). Em Portugal, a população idosa é muito elevada e prevê-se o seu crescimento ao longo dos próximos anos, levando a profundas mudanças económicas e sociais (Barreto, 2005). Assim, o envelhecimento populacional constitui-se como um dos principais fenómenos e fonte de preocupação do século XXI (Fonseca, 2006; Miguel, 2014).

### **Envelhecimento**

Com base na literatura, o envelhecimento pode ser entendido como um processo natural, progressivo, dinâmico, multidimensional e heterogéneo que tem início na concepção da vida e finda com a morte. É caracterizado por diversas transformações a nível biológico, psicológico e social, as quais contribuem para a diminuição da capacidade funcional e de adaptação ao meio ambiente e, conseqüentemente, aumentam a vulnerabilidade e incidência de patologias no indivíduo, culminando com a morte (Fonseca, 2006, 2014; Fries & Pereira, 2011; Miguel, 2014; Santos & Júnior, 2014).

O processo de envelhecimento é composto por diversas idades ou componentes: cronológica, biológica, psicológica e social. A idade cronológica refere-se a uma medida em valor absoluto e tem sido considerada insuficiente para compreender o fenómeno do envelhecimento. A idade biológica reflete um aumento da vulnerabilidade do indivíduo e maior probabilidade para a morte estando relacionada com alterações internas (e.g., órgãos vitais, metabolismo) e externas (e.g., cabelo branco, rugas, diminuição do tónus muscular). A idade psicológica diz respeito à capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência, à sua capacidade de adaptação e adequação face às exigências do meio

através de diferentes estratégias (e.g., aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, *coping*) e à forma como cada indivíduo avalia subjetivamente a presença ou ausência de indicadores biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento comparativamente às pessoas da sua idade cronológica. A idade social refere-se ao grau de adequação dos comportamentos e papéis sociais face às expectativas da sociedade para esta faixa etária (Fonseca, 2006; Fontaine, 2000; Neri, 2013; Schneider & Irigaray, 2008).

A população idosa é um grupo etário heterogêneo que, ao longo do processo de envelhecimento, se vai diferenciando cada vez mais quanto aos níveis de autonomia, funcionalidade e de saúde, não devendo ser tratada de forma generalizada (Fonseca, 2014; Fontaine, 2000; Schneider & Irigaray, 2008). Neste sentido, torna-se relevante compreender a diferença entre envelhecimento "normal" e envelhecimento "patológico". O envelhecimento "normal" ou "primário" não implica ocorrência de doença e designa um processo fisiológico normal, gradual, irreversível e mais ou menos semelhante entre indivíduos, sendo caracterizado por transformações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem naturalmente com o passar dos anos. O envelhecimento "patológico" ou "secundário" refere-se às mudanças causadas pela doença, as quais podem ser reversíveis e prevenidas, ainda que a doença se torne a principal causa da morte do indivíduo (Barreto, 2005; Fonseca, 2006; Papaleo Netto, 2002, cit. por Fries & Pereira, 2011).

Como se pode verificar, a presença ou ausência de doença permite a distinção entre envelhecimento "normal" ou "primário" e envelhecimento "patológico" ou "secundário". Contudo, o envelhecimento não é sinónimo de doença, mas um declínio funcional normal, progressivo e irreversível em diversos domínios (e.g., biológico, cognitivo, motor) que resulta numa maior fragilidade e condição de risco dos indivíduos para o desenvolvimento de doenças (Barreto, 2005; Fonseca, 2014).

Em situações de intervenção com a população idosa, esta deve considerar as especificidades biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, uma vez que estas influenciam o processo de envelhecimento e desenvolvimento (Fonseca, 2014).

### **Os desafios da 3ª idade e as patologias do idoso**

Considerando a variabilidade inter-individual, pode-se considerar que o envelhecimento e a velhice estão associados a múltiplas perdas e desafios que se relacionam entre si. Em termos físicos destaca-se uma redução da mobilidade, da acuidade sensorial e da saúde em geral. Ao nível cognitivo, pode-se verificar um declínio da memória a curto prazo, capacidade de atenção, concentração e orientação; diminuição da velocidade de processamento de informação, raciocínio, execução de tarefas cognitivas e resolução de problemas; necessidade de mais tempo e maior dificuldade em novas aprendizagens, especialmente em conteúdos sem relação com aprendizagens anteriores (Fonseca, 2006, 2014; Neri, 2013; Santos & Júnior, 2014; Schneider & Irigaray, 2008).

Fenomenologicamente, as pessoas idosas podem vivenciar sentimentos de solidão; um aumento de afetos negativos; e uma diminuição da autoestima, autoconfiança, motivação e das expectativas em relação ao futuro. Podem também ocorrer mudanças na orientação da personalidade no sentido de uma maior passividade e introspeção bem como uma perda de autonomia devido à redução do controlo e competência nas atividades do quotidiano. Do ponto de vista social, a velhice está frequentemente associada à redução da atividade, ocupação e participação social; à perda e alteração de papéis sociais (e.g., reforma); e à diminuição da amplitude de redes sociais. Estas alterações resultam sobretudo de aspetos como a redução da mobilidade, mudança de residência (e.g., lar) e/ou desaparecimento de familiares e amigos, que, por seu vez, conduzem a um aumento do isolamento (Fonseca, 2006, 2014; Neri, 2013; Santos & Júnior, 2014; Schneider & Irigaray, 2008).

Para além dos desafios referidos, o envelhecimento está associado ao aumento do risco para o aparecimento de diversas patologias, tais como osteoporose, doenças cardiovasculares (e.g., acidente vascular cerebral - AVC), diabetes tipo II, demência (e.g., doença de Alzheimer), Parkinson e perturbações afetivas (e.g., depressão e ansiedade) (Fonseca, 2014). No âmbito do presente relatório, serão apenas aprofundadas as patologias mais frequentemente observadas no local de estágio: depressão, ansiedade e demência.

**Depressão.** A depressão é uma perturbação mental comum que afeta a forma como a pessoa se sente, pensa e age, podendo levar a uma série de problemas físicos e emocionais, como também à diminuição da capacidade funcional da pessoa. Pode ser desencadeada por diversos fatores e influencia o funcionamento das pessoas ao nível psicológico, cognitivo, fisiológico, social, familiar, escolar e laboral e, quando o sofrimento associado se torna excessivo, a depressão pode mesmo levar ao suicídio (APA, 2014; WHO, 2018).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a depressão pode ser caracterizada pelos seguintes sintomas: sentimentos de tristeza ou humor depressivo; perda de prazer e interesse em todas ou quase todas as atividades do quotidiano (anedonia); fadiga e perda de energia; inquietação ou lentificação psicomotora; perturbação do sono; perturbação do apetite; dificuldade em pensar e diminuição da concentração; perda da autoestima e do sentimento de valor. O estado depressivo pode ser normal e ligado a um determinado acontecimento. No entanto, quando esse estado persiste por um período maior de tempo, pode-se considerar a presença de depressão que, por sua vez, pode ter diferentes classificações dependendo do número, severidade e recorrência dos sintomas (APA, 2014; Fonseca, 2014).

Embora seja sub-diagnosticada, a depressão é uma perturbação comum na população idosa e pode ser causada ou agravada por fatores como a doença crónica, institucionalização, solidão, falta de atividade, perda de entes queridos, acontecimentos de vida, diminuição dos

laços sociais, entre outros (Ferraz, 2014; Fonseca, 2014; Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015). Em consequência, a depressão nos idosos pode levar à perda de autonomia, diminuição do bem-estar e qualidade de vida, agravamento de quadros patológicos preexistentes, à negligência no auto-cuidado, ao aumento do recurso aos serviços de saúde e custos associados, bem como ao aumento da taxa de mortalidade (Alvarenga, Oliveira & Faccenda, 2012; Fonseca, 2014).

**Ansiedade.** A ansiedade pode ser definida enquanto resposta adaptativa de ativação e alerta do indivíduo face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica, a qual é caracterizada por um conjunto de respostas fisiológicas, vivenciais, comportamentais e cognitivas (Rosen & Schunlkin, 1998; Ruiz, Cuadrado & Rodriguez, 2001). Trata-se de um estado de humor orientado para o futuro, no qual o medo é a resposta de alarme face a um perigo eminente ou presente, real ou percebido (Barlow, 2002, cit. por Craske, Rauch & Ursano, 2009).

A ansiedade pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, quando o perigo não é real ou quando o nível de ativação e duração são desproporcionados em relação à situação objetiva (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000; Rosen & Schulkin, 1998; Ruiz *et al.*, 2001). Assim, a ansiedade patológica pode ser definida como um estado emocional desagradável de medo e apreensão, desadaptado e desproporcionado, que tem um carácter duradouro, persistente e repetitivo, com consequências em diversos domínios do funcionamento do indivíduo (e.g., eficiência cognitiva) (Castillo *et al.*, 2000; Ruiz *et al.*, 2001).

Genericamente, o pensamento ansioso caracteriza-se pela ideia constante de ameaça face a um potencial perigo, medo, alerta e vigilância; a experiência ansiosa reflete-se em comportamentos como inquietação psicomotora, desconcentração e outras manifestações

fisiológicas resultantes do excesso de atividade do sistema nervoso simpático (e.g. náuseas, diarreias, tremores, sudção excessiva, palpitações, dores no peito, taquicardia, dores de barriga, cefaleias, dores de costas e insónia inicial). Estes sinais de ansiedade aparecem de diferentes formas e intensidade nos indivíduos, podendo estes vivenciá-los predominantemente ao nível psicológico e/ou comportamental e, conseqüentemente, desenvolver diferentes tipos de perturbações de ansiedade (APA, 2014).

O diagnóstico diferencial das perturbações de ansiedade nos idosos pode ser especialmente difícil devido a comorbilidades e sobreposição de sintomas. Ainda assim, perante os desafios desta faixa etária, a ansiedade revela-se um problema comum e, quer seja ou não considerada enquanto patologia clínica, ela influencia negativamente o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (Bernardino, 2013).

**Demência.** A demência, um dos principais problemas da atualidade, é um termo abrangente que designa os sintomas psicológicos, comportamentais e neurológicos de um conjunto alargado de doenças que provocam um declínio progressivo no funcionamento e autonomia do indivíduo (Alzheimer Portugal, s.d.; APA, 2014; Fonseca, 2014). O principal sinal de demência é o declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho em domínios como atenção complexa, funções executivas, aprendizagem, memória, linguagem, capacidade perceptivomotora e cognição social (APA, 2014). Para além disso, a demência também se caracteriza por alterações da personalidade (e.g., desinibição), das reações emocionais e diminuição das competências sociais (Alzheimer Portugal, s.d.; Fonseca, 2014).

Existem diferentes formas de demência, nomeadamente doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos corpos de Lewy, demência frontotemporal, demência mista, doença de Creutzfeldt-Jakob, entre outras. Os diferentes tipos de demência variam ao nível



dos sintomas associados e da velocidade da progressão da doença. Esses sintomas podem ser semelhantes aos sintomas produzidos por outras problemáticas (e.g., depressão; carências vitamínicas e/ou hormonais). Assim, embora difícil, é essencial realizar um diagnóstico diferencial correto e atempado no sentido de implementar estratégias de prevenção e intervenção adequadas (Alzheimer Portugal, s.d.; APA, 2014; Fonseca, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que existam 47,5 milhões de pessoas com demência, das quais 60 a 70% são casos de doença de Alzheimer (WHO, 2015, cit. por Alzheimer Portugal, s.d.). Em Portugal, os dados apontam para a existência de 153 000 casos de demência, dos quais 90 000 apresentam diagnóstico de Doença de Alzheimer, tratando-se de uma das principais causas de dependência nos idosos e de sobrecarga das famílias, cuidadores, sistemas de saúde e segurança social (APA, 2014; Fonseca, 2014).

**Doença de Alzheimer (DA).** A DA é uma doença progressiva, degenerativa e irreversível que provoca a redução de células cerebrais, bem como a formação de tranças neurofibrilares no seu interior e placas senis no espaço exterior. Dessa forma, a comunicação dentro do cérebro torna-se impossível, as conexões entre as células são danificadas e as células cerebrais acabam por morrer. Em consequência, observa-se um declínio da memória, aprendizagem e pelo menos outro domínio cognitivo (Alzheimer Portugal, s.d.; APA, 2014).

Considerada uma doença de evolução lenta, a DA pode ser descrita em três estádios: ligeiro, moderado e severo (Fonseca, 2014; ISS, 2005). O primeiro estágio - ligeiro - caracteriza-se fundamentalmente por problemas de memória que, muitas vezes, por parecerem partes do processo de envelhecimento primário, tendem a não ser identificados como sintoma. Progressivamente, os problemas de memória vão-se acentuando sendo a

memória a curto-prazo a mais afetada nesta fase. Assim, a pessoa começa a revelar dificuldades em memorizar acontecimentos recentes (e.g., datas ou eventos), em aprender e memorizar novas informações; dificuldade em manter uma linha de pensamento, planejar, resolver problemas, em realizar tarefas e atividades mais complexas do quotidiano anteriormente executadas facilmente (e.g., planejar e executar refeições; gerir contas mensais); redução da capacidade simbólica e de abstração dificultando, por exemplo, o reconhecimento de pessoas e objetos; diminuição da capacidade de julgamento e tomada de decisão; dificuldades de atenção e concentração. Verifica-se também uma redução da comunicação, sobretudo verbal, levando ao uso de frases curtas e simples, à procura de palavras adequadas para expressar ideias, à repetição das mesmas questões e a uma maior dificuldade em acompanhar conversas; perda gradual da capacidade de leitura, escrita e resolução de problemas matemáticos simples; desorientação espaço-temporal ligeira. Estas alterações têm consequências comportamentais mais ou menos evidentes, nomeadamente mudanças frequentes de humor, apatia, ansiedade, depressão, desconfiança, medo, impaciência, desinibição e aborrecimento face ao insucesso na realização de atividades (Alzheimer Portugal, s.d.; Fonseca, 2014; ISS, 2005).

No segundo estágio - moderado - os sintomas anteriores são facilmente identificados e observa-se uma perda significativa da autonomia, passando a pessoa a depender de terceiros para as atividades da vida diária mais simples (e.g., vestir-se, lavar-se, sair de casa sozinho). Caracteriza-se pelo agravamento considerável dos problemas de memória; dificuldades no reconhecimento de pessoas, objetos, lugares e estímulos sensoriais (e.g., paladar e cheiro) levando a que a pessoa se torne mais confusa e ausente; redução da frequência, precisão e coordenação dos movimentos;—dificuldade na manipulação de objetos. Os problemas de comunicação aumentam tornando-se difícil falar, escrever e compreender a palavra falada e

escrita, podendo-se observar a repetição constante de palavras e/ou frases. A desorientação espaço-temporal evidencia-se (e.g., não identificar datas, estações do ano, local onde estão); há uma maior dificuldade em perceber imagens visuais e relações espaciais (e.g., não identificar a própria imagem refletida no espelho); e podem surgir perturbações do sono (e.g., insónia) associadas ao facto da pessoa não distinguir entre dia e noite. Ao nível do comportamento, podem ocorrer delírios associados frequentemente a temas de perseguição; alucinações; agressividade; agitação; mudanças de personalidade; alterações sexuais; perda da noção de higiene; tendência para a deambulação; mudanças bruscas e frequentes de humor que frequentemente culminam na recusa de ajuda (Alzheimer Portugal, s.d.; Fonseca, 2014; ISS, 2005).

O terceiro estágio - severo - é marcado pela inatividade e dependência total do indivíduo. Caracteriza-se pela perda quase completa das funções cognitivas; deterioração da memória a longo prazo; perda drástica da utilização e compreensão da linguagem uma vez que a pessoa pode usar frases e/ou palavras isoladas e repetir finais de frases sem compreender o seu significado até à sua perda total; dependência motora total; aumento da probabilidade para outros problemas de saúde associados, por exemplo, à permanência numa cama; rigidez corporal; perda dos reflexos aos estímulos; agitação e irritabilidade; necessidade de acompanhamento permanente. No entanto, a capacidade de resposta ao tato e voz permanecem (ISS, 2005).

O diagnóstico precoce da DA é essencial para um controlo mais eficaz tanto dos sintomas cognitivos como comportamentais da doença e, conseqüentemente, para a vida dos doentes e cuidadores. Dessa forma, a manutenção das pessoas em fases mais precoces da doença permite adiar a necessidade de intervenção especializada e eventual institucionalização. Embora seja difícil, atualmente esse diagnóstico precoce e correto pode

ser realizado através de métodos, tais como observação, anamnese e história clínica detalhada, testes e escalas normalizadas, bem como exames físicos e neurológicos rigorosos (Fonseca, 2014).

Ao nível da intervenção, ainda não existem formas de cura para a DA. As intervenções farmacológicas parecem ser as mais consensuais e têm-se revelado positivas na prevenção da progressão da doença, mantendo por um período maior de tempo um melhor funcionamento da pessoa, reduzindo também a velocidade de evolução da doença (Fonseca, 2014; ISS, 2005). Contudo, uma vez que a DA é um fenómeno multidimensional e que existem várias limitações relativamente às intervenções farmacológicas, a implementação de estratégias não só de prevenção como de intervenção não-farmacológicas e de carácter psicossocial continuam a ser necessárias (Fonseca, 2014; ISS, 2005).

### **A Institucionalização e os seus Desafios**

O aumento da população idosa e da esperança média de vida têm levado a diversas reestruturações sociais. Uma das consequências deste fenómeno tem sido o número crescente de idosos com necessidades de acolhimento, de apoio e assistência especializados. Assim, quando o apoio familiar e de outros cuidadores formais se tornam insuficiente para corresponder adequadamente às necessidades dos idosos, as instituições surgem como respostas fundamentais na prestação de cuidados à pessoa idosa (Fonseca, 2014; Jacob, 2012; Paúl, 2012).

Na sua origem, os lares tinham como principal objetivo acolher pessoas idosas em fim de vida assegurando sobretudo os seus cuidados básicos, sem a preocupação com a recuperação das pessoas e com a participação social (Davim, Dantas & Lima, 2004, cit. por Simões, 2013). Atualmente, os lares procuram ser verdadeiras casas de acolhimento e/ou

tratamento nas quais se valorizam os cuidados de saúde e aspetos psicológicos e sociais (Jacob, 2012).

De acordo com a Portaria 67/2012 de 21 de Março a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI's) designa o “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (p. 1324). As ERPI's têm como objetivos prestar serviços permanentes e adequados às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas; facilitar a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; promover a preservação das relações intrafamiliares; e potenciar a integração social. No exercício das suas funções, as ERPI's devem reger-se por princípios como a qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; avaliação integral das necessidades do residente; interdisciplinaridade; promoção e manutenção da funcionalidade e autonomia; participação e corresponsabilização do residente, representante legal ou familiares na elaboração do plano individual de cuidados (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

Embora possa ser favorável que a pessoa idosa permaneça na sua residência com o apoio prestado pela família, esta situação nem sempre é possível devido a problemas nas relações familiares ou ao desgaste das famílias em consequência da sobrecarga física, psicológica e social associada aos cuidados prestados. Nesse sentido, a institucionalização pode surgir como forma de aliviar a sobrecarga das famílias bem como de proporcionar cuidados mais adequados às necessidades dos idosos (Barreto, 2005; Fonseca, 2014; Paúl, 2012). Para além do referido, a ausência de suporte social e familiar, o isolamento, a dependência, a solidão, as dificuldades económicas, a insegurança e doença física e/ou mental têm sido considerados fatores que poderão determinar e conduzir à institucionalização

(Fonseca, 2014; Guedes, 2012; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012; Pimentel, 2001).

Se por um lado o processo de envelhecimento está associado a mudanças e transformações com consequências em diversos aspetos, a institucionalização acarreta uma série de desafios acrescidos para a própria pessoa e para o processo de envelhecimento. Em primeiro lugar, destaca-se o desenraizamento da pessoa idosa uma vez que a institucionalização implica um corte com a própria casa, com os vizinhos (redes sociais) e com as rotinas habituais. Em consequência dessas perdas, o isolamento pode surgir como o segundo desafio associado à institucionalização (Fonseca, 2014). Em terceiro lugar, a institucionalização parece estar associada a um aumento da dependência funcional e passividade. Muitas instituições, por falta de recursos, especialização, imperativo das rotinas e respetiva organização em função das conveniências de horário e disponibilidade das pessoas e recursos, baixa valorização das competências e independência, práticas de superproteção e infantilização associadas a uma visão da pessoa idosa como essencialmente doente, mentalmente confusa e dependente, bem como à crença de que cuidar com amor é "fazer por", reforçam ambientes de maior dependência e maior passividade, ao invés de promover ambientes que facilitem a autonomia e participação (Bastos *et al.*, 2015; Neri, 2013). Para além disso, a dependência pode surgir em consequência de doenças físicas e/ou mentais reais ou como forma de aliviar sentimentos de solidão e o isolamento (Neri, 2013). Por fim, a institucionalização está frequentemente associada a sentimentos de rejeição, medo, culpa e resistência, à aceleração do declínio cognitiva, à redução do autoconceito e autoestima, bem como ao risco acrescido de depressão (Fonseca, 2006, 2014; Paúl, 2012; Peters, 2000).

Apesar das instituições parecerem ainda não estar suficientemente preparadas para uma intervenção mais preventiva, estas parecem ser cada vez mais capazes de responder à heterogeneidade da população idosa (Bastos *et al.*, 2015). Assim, de forma global, as instituições devem adotar abordagens de promoção de saúde; prevenção de doença e manutenção de competências e funcionalidades; prestar cuidados individualizados; incluir a pessoa idosa e família nos processos de tomada de decisão; facilitar a criação de redes sociais através de atividades e de um ambiente propício ao seu desenvolvimento; promover autonomia (Fonseca, 2006, 2014; Neri, 2013; Peters, 2000).

### **Novas Abordagens ao Envelhecimento e Qualidade de Vida**

De acordo com a literatura existe uma forte ambivalência em relação às imagens associadas à velhice e envelhecimento (Fonseca, 2006; Miguel, 2014). Por um lado, podem observar-se representações positivas e favoráveis no sentido de um aumento das virtudes humanas tais como sabedoria; maturidade emocional e relacional; experiência de vida; capacidade de escuta; disponibilidade de tempo. Por outro lado, verificam-se visões negativas, pessimistas, estereotipadas e reducionistas nas quais se associa a velhice e envelhecimento a noções como doença, incapacidade, declínio, dependência, tristeza, solidão, desânimo, amargura, etc. (e.g., Cerqueira, 2010, cit. por Miguel, 2014; Fonseca, 2006). Estas perspetivas tendem a variar de acordo com a idade, sendo que os mais jovens apontam maioritariamente aspetos positivos e os adultos mais velhos referem sobretudo aspetos negativos (Miguel, 2014).

As representações negativas sobre a velhice e envelhecimento são predominantes, podendo traduzirem-se em estereótipos, preconceitos ou discriminação para com as pessoas idosas, influenciando as atitudes e comportamentos das pessoas face aos mesmos, bem como as representações que as pessoas idosas têm de si próprias e dos seus comportamentos

(Fonseca, 2006; Miguel, 2014). Assim, estas devem ser eliminadas de forma a promover ambientes facilitadores da qualidade de vida e bem-estar psicológico no processo de envelhecimento (Miguel, 2014).

A necessidade de uma visão mais positiva e menos reducionista acerca do envelhecimento e da pessoa idosa, o aumento da longevidade e o crescente conhecimento sobre este fenómeno têm levado não só ao desenvolvimento de novas abordagens como de novas formas de prestação de cuidados especializados e não especializados para a população idosa; nas quais se valorizam tanto as limitações e necessidades individuais como também a variabilidade inter-individual e o potencial de mudança, adaptação, crescimento, desenvolvimento de cada indivíduo na elaboração de estratégias de prevenção de comportamentos indesejáveis para a saúde e a implementação de medidas face aos problemas identificados (Fonseca, 2006, 2014; Miguel, 2014).

Neste sentido, surgem conceitos como Envelhecimento Ativo e Envelhecimento Saudável. De acordo com a OMS o envelhecimento ativo designa o

processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (...) e permite que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e de participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (WHO, 2002, p. 12).

Por envelhecimento saudável entende-se o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional com vista à promoção do bem-estar da pessoa idosa e de envelhecimento mais saudável, sendo esta capacidade o resultado da interação entre capacidades intrínsecas (físicas e mentais) e o meio (WHO, 2015).



A qualidade de vida é um conceito fundamental na compreensão do envelhecimento e pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua posição na vida, tendo em conta o contexto cultural e de valores em que se insere, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997). Trata-se de um conceito amplo que integra a saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (Pereira et. al, 2006, cit. por Santos & Júnior, 2014).

O envelhecimento ótimo, saudável ou bem-sucedido reflete a capacidade para combinar e manter três condições fundamentais: baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; elevado funcionamento físico e mental; envolvimento e compromisso ativo com a vida (Fernández-Ballesteros, 2000, cit. por Fonseca, 2006, 2014). É influenciado pelos estilos de vida adotados pelo indivíduo ao longo da vida e depende da interação de múltiplos aspetos, tais como fatores genéticos; estado de saúde; funcionamento emocional e cognitivo; estilo de alimentação; sedentarismo; consumo de drogas; abuso de álcool; poluição ambiental; acontecimentos de vida; condição socio-económica; participação e suporte social; recursos médicos e tecnológicos; satisfação com a vida resultante da aceitação de si e da representação e significado atribuídos à vida passada, presente e futura (Baltes & Baltes, 1999, cit. por Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015; Barreto, 2005; Fonseca, 2006, 2014; Fries & Pereira, 2011; Neri, 2013).

A literatura tem apontado para diferentes estratégias promotoras de um envelhecimento bem-sucedido, bem-estar psicológico e qualidade de vida, as quais podem ser agrupadas em quatro categorias: saúde física, funcionamento cognitivo, regulação emocional e interação social (Barreto, 2005; Fonseca, 2014; Miguel, 2014).

Ao nível da saúde física, principal fonte de preocupação para a população idosa, a prática regular de exercício físico, bem como a adoção de estilos alimentares saudáveis têm sido referidas como benéficas para a promoção de saúde e prevenção de doenças nesta faixa etária (Barreto, 2005; Fonseca, 2014; Miguel, 2014). O exercício físico parece estar associado a níveis superiores de saúde cardiovascular, mobilidade, saúde psicológica, funcionamento cognitivo e à redução do stress, ansiedade e depressão (Fonseca, 2014).

Para além da saúde física, o funcionamento cognitivo é outro aspeto que as pessoas mais valorizam. Neste sentido, é importante facilitar uma estimulação e treino de competências cognitivas adequados independentemente do contexto (casa ou instituição) e preservar o funcionamento sensorial com vista à manutenção de capacidades existentes, como à prevenção do declínio cognitivo (Fernández-Ballesteros, 2008, cit. por Miguel, 2014; Fonseca, 2014).

Quanto à regulação emocional, tem-se verificado o impacto das emoções positivas para um envelhecimento bem-sucedido, por oposição às emoções negativas que tendem a estar associadas ao risco acrescido para um envelhecimento patológico (WHO, 2002, cit. por Miguel, 2014). Desta forma, é desejável a realização de intervenções que promovam emoções positivas (Miguel, 2014). Outro aspeto importante para a regulação emocional, capacidade de *coping* e qualidade de vida é o sentido de coerência, o qual comporta três dimensões: a capacidade para lidar com os acontecimentos de acordo com os recursos disponíveis; sentido e significado atribuído à própria vida considerando os desafios com que se depara, do ponto de vista emocional; e capacidade para compreender o sentido dos próprios acontecimentos do ponto de vista cognitivo (Fonseca, 2006). Torna-se assim benéfico ajudar a pessoa idosa a prestar atenção à vida interior, a refletir e a avaliar tanto a vida anterior como a vida presente (Fonseca, 2014).

As intervenções devem promover as relações sociais, integração familiar, aproximação da comunidade, participação social e a realização de diversas atividades (e.g., lúdicas, artísticas, culturais), por forma a contribuir para a redução do isolamento, aumento da regulação emocional, bem-estar, declínio cognitivo, como também qualidade de vida (Fonseca, 2014; Miguel, 2014).

Com base no referido, pode-se considerar que mediante intervenções intencionais e adequadas às necessidades da população idosa, é possível contribuir para um envelhecimento bem-sucedido, maior adaptação à realidade, prevenção de doenças e promoção de saúde, bem-estar psicológico e qualidade de vida. Essas intervenções devem considerar a multidimensionalidade e o carácter biopsicossocial do processo de envelhecimento, a variabilidade inter-individual e os benefícios do apoio dos cuidadores formais e informais ao longo desse processo, os quais também devem receber ajuda de ordem técnica, material, psicológica e "humana" (Barreto, 2005; Miguel, 2014).

Neste âmbito, a MT tem sido considerada uma intervenção não farmacológica com múltiplos benefícios para a população idosa institucionalizada, nomeadamente a nível sensorial, motor, emocional, cognitivo, comportamental e social, contribuindo, dessa forma, para o aumento do bem-estar físico e mental e da qualidade de vida (Ahessy, 2017; McDermott, Orrel & Ridder, 2014; Silva *et al.*, 2015; Wigram *et al.*, 2002).

### **A Musicoterapia**

A definição de musicoterapia (MT) varia de acordo com múltiplos fatores (Wigram, Pederson & Bonde, 2002). Na procura de uma definição mais abrangente, a *World Federation of Music Therapy* (WFMT, 1996, cit. por Wigram *et al.*, 2002; WFMT, 2011) estabeleceu que a MT é o uso da música e dos seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia, etc.) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente – indivíduo, grupo,

família, comunidade - num processo planejado com o objetivo de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos importantes, que vão ao encontro das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais ou cognitivas desse(s) mesmo(s) cliente(s). Através da prevenção, reabilitação e tratamento, a MT procura desenvolver potenciais e/ou reestabelecer funções dos indivíduos no sentido de melhorar a integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Numa perspectiva relacional, a MT pode ser definida como um processo sistemático e interpessoal, no qual o terapeuta ajuda o(s) cliente(s) a alcançar saúde através de experiências musicais e das relações que se estabelecem no seio das mesmas, enquanto forças dinâmicas de mudança (Bruscia, 2014).

Com base nas definições apresentadas, pode-se salientar algumas ideias centrais acerca da MT. Em primeiro lugar, a música é o elemento central do processo. Esta não é apenas um objeto que opera no(s) cliente(s) mas uma experiência multifacetada que envolve a pessoa, processo, contexto e produto. Assim, enquanto fenómeno multidimensional, a música em MT deve partir do(s) cliente(s), é uma forma de estar em relação e permite trabalhar problemas específicos e desenvolver significados.

Em segundo lugar, a intervenção em MT deve ser realizada por um musicoterapeuta qualificado no sentido de ajudar o(s) cliente(s) a resolver um determinado problema no contexto da relação musicoterapeuta-cliente. Em função das necessidades do(s) cliente(s), o musicoterapeuta deve estar disponível, ser flexível, prestar atenção, acolher, acompanhar o ritmo do cliente, ancorar e suportar, dar voz, interagir, comunicar, proporcionar oportunidades de auto-reflexão, criar, explorar alternativas, reparar, motivar e cuidar.

Para o desenvolvimento da relação terapêutica é necessário que o musicoterapeuta tenha em consideração a identidade sonoro-musical ou *Iso* do(s) cliente(s) que, segundo Benenzon (1997), é um conceito dinâmico que implica a noção da existência de um som, conjunto de sons ou fenômenos acústicos, e de movimentos internos que caracterizam ou individualizam cada ser humano. Dessa forma, o musicoterapeuta deve ir ao encontro do *Iso* do(s) cliente(s), acompanhar e seguir as suas características individuais e respeitar o seu tempo mental, sonoro e musical (Benenzon, 1997).

Em terceiro lugar, a MT é uma intervenção sistematizada, ou seja, dirigida para objetivos específicos e que requer uma avaliação inicial, um plano terapêutico e uma avaliação dos resultados. Por fim, a MT é uma terapia de *setting* na qual a estrutura, tempo e periodicidade das sessões, o contexto individual ou de grupo, o espaço físico, os instrumentos e os métodos devem ser adaptados em função das necessidades do(s) cliente(s). Para além disso, o respeito, a competência, a confidencialidade e a privacidade são aspetos fundamentais que devem ser garantidos (Bruscia, 2014; Wheeler, Shultis & Polen, 2005).

Na intervenção em MT, podem-se considerar quatro experiências ou quatro métodos centrais: improvisação, recriação, composição e escuta. Na improvisação o cliente toca instrumentos ou canta espontaneamente criando uma melodia, ritmo ou canção e o musicoterapeuta ajuda o cliente através de instruções, demonstrações, acompanhamento (vocal ou instrumental) que estimule a improvisação ou através de sugestões não-musicais (e.g., título, sentimento) (Bruscia, 2014). Na recriação o cliente toca e/ou canta músicas já existentes total ou parcialmente, interpretando e/ou alterando elementos da música (e.g., melodia, letra) em função das suas necessidades. (Bruscia, 2014). Na experiência da composição o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais a partir de letras, melodias ou ritmos criados pelo cliente. Na experiência de escuta/recetiva, o

cliente ouve música e responde à experiência verbalmente, em silêncio ou noutra modalidade (Bruscia, 2014).

**Musicoterapia com idosos institucionalizados.** Tal como já foi referido anteriormente, o processo de envelhecimento acarreta uma série de transformações que têm impacto nos domínios físico, cognitivo, emocional, comportamental e social dos indivíduos. Para além disso, os desafios para a população idosa acentuam-se quando se verifica a necessidade de institucionalização.

A MT tem-se revelado eficaz na intervenção com idosos institucionalizados e na minimização dos efeitos do próprio processo de institucionalização (Silva *et al.*, 2015; Wigram *et al.*, 2002). Neste contexto, os principais objetivos da MT são: aumentar o bem-estar físico e mental e a qualidade de vida; motivar e promover o envolvimento e a participação ativa, reduzir a passividade, aumentar a intencionalidade; estimulação sensorial e motora (e.g., aumento da mobilidade); gestão de comportamentos (e.g., reduzir comportamentos agressivos e agitação); estimulação e manutenção de funções cognitivas (e.g., recuperação de memórias); aumentar a comunicação verbal e não-verbal; facilitar a expressão emocional, promovendo estados afetivos positivos e reduzir sintomatologia depressiva e ansiosa; dar significado ao presente e revisão de vida; relaxamento ou aumento da energia; reduzir isolamento, promover a criação e manutenção de relações sociais entre idosos, família e cuidadores; melhorar o ambiente institucional; prevenir a necessidade de aumento de medicação (Ahessy, 2017; Cooke *et al.*, 2010; Eells, 2013; Gopi & Preetha, 2016; Hsu *et al.*, 2015; Im & Lee, 2014; Mathew *et al.*, 2017; McDermott, Orrel & Ridder, 2014; Peters, 2000; Raglio *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015; Wigram *et al.*, 2002; Zhang *et al.*, 2017).

A intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados pode ser realizada em sessões individual e/ou de grupo e inclui principalmente atividades como a improvisação vocal e/ou instrumental; cantar canções familiares; cantar e tocar em conjunto; exploração de letras e partilha verbal; adaptação e composição de canções; canto dirigido; música e movimento/dança; reminiscência e escuta musical (Wheeler *et al.*, 2005; Wigram *et al.*, 2002).

**Musicoterapia e demência.** A demência, nomeadamente a DA, é uma das patologias com maior prevalência em idosos institucionalizados. Pelas limitações inerentes ao tratamento farmacológico da demência, tem havido um crescente interesse na identificação e implementação de terapias tanto não-farmacológicas como psicossociais que promovam o bem-estar, qualidade de vida e redução de sintomas em idosos institucionalizados (Ahessy, 2017; Tai, Wang & Yang, 2015).

Na medida em que a memória musical e a capacidade para se envolver e apreciar música parecem permanecer relativamente bem preservadas em diversos estádios da demência (Jacobsen *et al.*, 2015, cit. por Ahessy, 2017; Sixsmith & Gilbson, 2007, cit. por McDermott *et al.*, 2014), bem como que a música opera a um nível emocional, não requer linguagem verbal, permite tanto a relação como a comunicação e é um meio simples, acessível, estimulante e utilizável independentemente da severidade da doença, a MT tem sido considerada uma intervenção com múltiplos benefícios (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; McDermott *et al.*, 2014).

Segundo Priesley (1996; cit. por Ahessy, 2017), os objetivos da MT em idosos com demência podem ser agrupados em quatro categorias: sociais, psicológicos, intelectuais e físicos. A nível social, a MT tem como objetivos melhorar as interações e a cooperação. Do ponto de vista psicológico, procura facilitar a auto-expressão e promover estados de humor

positivos. Intelectualmente, pretende estimular o discurso e a organização dos processos mentais. Em termos físicos, tem como finalidade a estimulação e integração sensorio-motora. Por outras palavras, a MT procura promover a socialização, dar significado, facilitar a expressão emocional, melhorar a comunicação verbal e não-verbal, como também gerir e/ou reduzir os sintomas comportamentais e psicológicos associados à demência (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; Raglio *et al.*, 2012; Zhang *et al.*, 2017).

Vários estudos têm identificado diferentes efeitos da MT em idosos com demência. Assim, tem-se verificado que motiva o envolvimento ativo e imediato; promove a participação; aumenta a intencionalidade e iniciativa; facilita a criação tanto da manutenção de relações, como de interações positivas com o terapeuta, grupo, família e cuidadores. Os dados apontam também para melhorias na comunicação verbal e não-verbal e para um aumento da expressão emocional, observáveis, por exemplo, através do aumento das verbalizações e da diferenciação das expressões faciais e corporais. Ao nível dos sintomas psicológicos e comportamentais da demência, a MT parece estar associada à recuperação de memórias autobiográficas; recordação de letras de músicas relacionadas com a infância; aumento da orientação; redução da distração e aumento da capacidade para focar e manter atenção; redução da agitação (verbal e motora); redução da apatia; aumento dos estados de alerta; e redução da ansiedade e dos sintomas depressivos (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; Im & Lee, 2014; McDermott *et al.*, 2014; Mössler *et al.*, 2012; Raglio *et al.*, 2012; Tai *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2017).

De acordo com a literatura, a intervenção com idosos com demência deve ser realizada preferencialmente em sessões individuais e/ou em pequenos grupos. Estas, por sua vez, devem ter claramente definidos um início (e.g., canção de boas vindas), meio (e.g., improvisação, tocar e cantar música pré-composta) e fim (e.g., ritual de conclusão da sessão -



canção ou discussão verbal), deve ser mais ou menos estruturada ou combinar níveis diferentes de estruturação, incluir métodos ativos e/ou recetivos em função das capacidades do(s) cliente(s) e os objetivos terapêuticos (Ahessy, 2017; Bruscia, 2014; Clair, 1991, cit. por Peters, 2000). Em estádios iniciais e intermédios da doença são aconselháveis sessões individuais e/ou de grupo e a utilização conjunta de métodos ativos e recetivos em MT. Em estádios avançados é preferível a utilização de sessões individuais e de métodos recetivos (Ahessy, 2017).

No contexto da intervenção musicoterapêutica com idosos com demência, as principais atividades/métodos utilizados são: improvisação (e.g., referencial, não-referencial, conduzida); recriação (e.g., *singalong*, tocar em conjunto); escrita de canções; atividades de reminiscência; música e movimento; escuta musical (e.g., escuta eurítmica, relaxamento, recordação de canções induzida, comunicação musical, discussão da canção/letra) (Ahessy, 2017; Bruscia, 2014; Raglio *et al.*, 2012; Wheeler *et al.*, 2005; Wigram *et al.*, 2002).

A improvisação tem como principais objetivos estabelecer uma via de comunicação não-verbal para a comunicação verbal; estimular a auto-expressão; trabalhar emoções; explorar e desenvolver relações interpessoais; promover a criatividade, liberdade expressiva e espontaneidade; desenvolver competências sensoriais, percetivas e cognitivas (Bruscia, 2014). Em sessões de grupo, o musicoterapeuta pode facilitar um processo de improvisação livre, sugerir um tema ou sentimento que sirva de base para a improvisação (improvisação referencial) e/ou criar uma improvisação dando instruções a um ou mais elementos do grupo. Posteriormente, o musicoterapeuta pode incentivar uma discussão verbal acerca dos sentimentos e memórias associados à experiência de improvisação (Wheeler *et al.*, 2005). Independentemente da forma de improvisação, a identidade musical e as individualidades de cada membro, emergem através da prática musical com o musicoterapeuta e com os outros

membros do grupo; as quais devem ser integradas na actividade (McDermott *et al.*, 2014). Utilizada individualmente, a improvisação pode ajudar a conhecer uma ampla variedade de objetivos (Bruscia, 2014; Wheeler *et al.*, 2005).

As atividades de recriação procuram desenvolver competências sensoriomotoras; promover a adaptação e organização de comportamentos; aumentar a capacidade de memória, atenção e orientação; promover tanto a identificação como a empatia com os outros e competências interpessoais; desenvolver capacidades de percepção, interpretação e comunicação de ideias e sentimentos (Bruscia, 2014). As principais atividades de recriação usadas na intervenção com idosos com demência são o canto (e.g., *singalong*), tocar instrumentos, acompanhar instrumentalmente uma música gravada e jogos musicais de pergunta e resposta (Bruscia, 2014; Wigram *et al.*, 2002). De acordo com a literatura, o canto em conjunto (*singalong*) de canções familiares é muito utilizado em sessões de MT com idosos e é uma forma eficaz para envolver as pessoas (Wheeler *et al.*, 2005).

A composição facilita o desenvolvimento de competências de organização, planeamento e resolução criativa de problemas; promove auto-responsabilização; permite explorar temas terapêuticos através das letras e comunicar experiências internas (Bruscia, 1998). Segundo Ahessy (2017), a escrita de canções é uma experiência relacional que pode criar oportunidades para a expressão emocional, suporte e expressão de experiências de vida, na qual o grau de apoio do musicoterapeuta depende das capacidades dos clientes e do tempo disponível. Seja qual for o grau de funcionamento cognitivo, os idosos podem envolver-se em experiências de composição e escrita de canções. Em situações de maior deterioração cognitiva, os objetivos devem focar-se em dar expressão aos pensamentos e sentimentos que dificilmente seriam expressos verbalmente. Para idosos com um funcionamento cognitivo mais elevado, os objetivos podem complexificar-se e focar-se na expressão de emoções. Em

contexto de grupo, a composição envolve objetivos relacionados com o trabalho em conjunto, sentimentos de pertença e de realização (Ahessy, 2017).

As atividades de música e movimento têm-se revelado benéficas no bem-estar, relações sociais, redução de sintomas depressivos, melhorias no funcionamento cognitivo e redução da agitação em idosos com demência (Cevasco, 2010; Im & Lee, 2014; Sung, Chang, Lee & Lee, 2006, cit. por Raglio *et al.*, 2012). Para além disso, os idosos com demência parecem demonstrar preferência por este tipo de atividades (Ahessy, 2017).

As atividades de reminiscência em MT podem ser realizadas de forma ativa e recetiva, promovendo a recordação e partilha de acontecimentos de vida significativos; a ativação de memórias; a expressão de sentimentos; a reconciliação e resolução de conflitos internos; a procura de um significado para a vida presente através de uma revisão de vida (Peters, 2000). Assim, o acesso a memórias do passado dos idosos pode ajudá-los a validar o significado das suas vidas e, quando ocorre perda de memória, as memórias passadas podem ser acedidas com maior sucesso. Para este efeito, é fundamental o uso de canções familiares e significativas do percurso de vida dos idosos (Peters, 2000).

Por fim, a escuta musical tem como principais objetivos promover a recetividade; evocar respostas corporais específicas, estados afetivos e/ou experiências; estimular ou relaxar; facilitar a reminiscência (Bruscia, 2014). Segundo a literatura, a escuta de canções familiares tem um efeito positivo na redução da ansiedade (Sung, Chang & Lee, 2010, cit. por Raglio *et al.*, 2012), comportamentos agressivos verbais e físicos (Chang, Huang, Lin & Lin, 2010, cit. por Raglio *et al.*, 2012).

Para além das atividades utilizadas em MT, uma vez que existem evidências de que as pessoas com demência têm dificuldades ao nível das competências psicomotoras, curso da atenção e capacidade para seguir instruções, o uso da proximidade (e.g., inclinar-se sobre,

aproximar-se para apoiar na execução da tarefa ou para envolver na participação) e afeto (e.g., sorrisos, expressão de surpresa, espelhar expressões dos clientes) por parte do musicoterapeuta podem aumentar a participação e os afetos positivos dos clientes (Cevasco, 2010).

Com base no que foi referido, pode-se constatar que na intervenção musicoterapêutica com idosos com demência é fundamental a utilização de canções que sejam familiares e significativas. Os métodos ativos em musicoterapia ajudam os idosos com demência a ligarem-se tanto ao terapeuta como a outras pessoas para partilharem sentimentos difíceis e aumentarem a própria consciência emocional (Mathew *et al.*, 2017). Para além disso, permitem multiplicar as relações sociais e resolver problemas interpessoais; aumentar o bem-estar e qualidade de vida; melhorar o funcionamento cognitivo; reduzir a ansiedade, depressão e sentimentos de solidão; diminuir outros sintomas psicológicos e comportamentais da demência (e.g., agitação), (Eells, 2013; Hsu *et al.*, 2015; McDermott *et al.*, 2014; Mössler *et al.*, 2012; Raglio *et al.*, 2012; Zhang *et al.*, 2017). Os métodos recetivos podem ajudar os idosos a relaxar; a melhorar o funcionamento mental (e.g., memória); a reduzir stress, ansiedade e sintomas depressivos; a aumentar a qualidade do sono; a promover o bem-estar e qualidade de vida (Im & Lee, 2014; Mathew *et al.*, 2017; Tai *et al.*, 2015). Contudo, em relação às relações interpessoais, os resultados parecem pouco consensuais relativamente ao uso de métodos recetivos. Alguns estudos referem que a escuta musical pode contribuir para o aumento da interação e inclusão social (Gopi & Preetha, 2016) enquanto outros referem que este método pode ter um efeito negativo e até aumentar os problemas interpessoais (Mössler *et al.*, 2017).

Neste sentido, embora os dados apontem para efeitos mais positivos na utilização de métodos ativos na intervenção com idosos com demência (Zhang *et al.*, 2017), a combinação

de métodos ativos e recetivos parece amplificar os benefícios desta intervenção nesta população (Ahessy, 2017).



### **Objetivos do Estágio**

Após ter sido realizado um levantamento de necessidades na CNSV e com base na literatura, foram definidos os seguintes objetivos gerais de estágio:

1. Oferecer uma intervenção psicossocial que complemente as atividades e cuidados prestados na CNSV, que abranjam níveis diferentes de autonomia e funcionamento;
2. Construir significados, dar voz e atender às individualidades de cada pessoa;
3. Promover e valorizar a identidade pessoal e social dos idosos;
4. Melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos;
5. Diminuir a passividade e promover a participação ativa e iniciativa;
6. Reduzir o isolamento e promover interações sociais;
7. Facilitar a expressão e regulação emocional;
8. Estimular o funcionamento cognitivo.





## Metodologia

### Participantes

Ao longo do período de estágio foram acompanhados oito utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 82 e os 96 anos, das quais três apresentavam diagnóstico de DA e cinco apresentavam diversas problemáticas, tais como défice cognitivo, sintomatologia ansiosa e depressiva, outras perturbações psiquiátricas, AVC e problemas de mobilidade. A *Tabela 1*. apresenta as principais características das utentes, nomeadamente nome, idade, principais problemáticas e/ou diagnóstico e data de admissão na CNSV. No sentido de garantir o anonimato e confidencialidade dos participantes, foram utilizadas iniciais para designar as utentes intervencionadas.

Tabela 1 - *Participantes*

Tipo de Sessões	Nome	Idade	Problemática/Diagnóstico	Data de admissão na CNSV
<b>Individual</b>	GT	96	DA	08-2016
	FC	88	DA	10-2011
	AO	88	DA	02-2015
	MA	85	Síndrome demencial; Depressão	06-2015
<b>Grupo</b>	EF	82	AVC, Síndrome demencial; Depressão	01-2014
	NV	87	Doença bipolar; Depressão; Ansiedade	06-2011
	FP	82	Esquizofrenia; Depressão; Ansiedade	05-2004
	FC	88	Depressão; Mobilidade Reduzida	06-2016

### Instrumentos de Avaliação

Para a avaliação das utentes, do progresso terapêutico e da eficácia da intervenção utilizou-se a observação participante, análise dos vídeos das sessões, uma ficha de registo da sessão (Anexo A), um questionário de avaliação inicial (Apêndice A), uma grelha de observação (Apêndice B), o *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) (Anexo B) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Yesavage *et al.*, 1982-1983) (Anexo C).

**Ficha de registo da sessão.** A ficha de registo da sessão (Anexo A) foi preenchida após cada sessão individual ou de grupo com o intuito de estruturar e organizar as notas de campo. Esta contém informações tais como nome do(s) participante(s); data e número da sessão; atividades, instrumentos e repertório; dados da observação; resumo descritivo da sessão; temas centrais; novidades ou mudanças; reações pessoais.

**Questionário de avaliação inicial.** O questionário de avaliação inicial (Apêndice A) teve como principal objetivo realizar uma caracterização inicial de cada utente. Assim, com base na literatura, foram recolhidas informações acerca dos dados pessoais (nome, data de nascimento, nacionalidade/naturalidade, estado civil, habilitações académicas e motivo da institucionalização); história de vida (familiar, social, profissional, interesses) antes da institucionalização; história clínica e diagnóstico; adaptação, integração e comportamentos no lar (e.g., participação nas atividades; relações interpessoais); identidade sonora e musical (repertório familiar, preferências e rejeições). Sempre que possível, as informações acima descritas foram recolhidas junto das utentes. Contudo, em casos de maior dependência, recorreu-se a familiares e/ou técnicos da instituição.

**Grelha de observação.** Para avaliar de forma holística e qualitativa o funcionamento das utentes nas sessões de MT, a estagiária elaborou uma grelha de observação (Apêndice B) com base nos instrumentos *Geriatric Music Therapy Clinical Assessment* (Hintz, 2000) e *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP, Baxter, Berghofer, McEwan, Nelson, Peters & Roberts, 2007). Assim, após terem sido selecionados alguns itens de ambos os instrumentos, os mesmos foram agrupados em seis domínios: cognitivo; emocional; comunicacional; social/relacional; sensorio-motor; musical. De forma a avaliar a frequência de observação de cada item, definiram-se cinco opções de resposta: "nunca" (NC); "às vezes" (AV); "muitas vezes" (MV); "sempre" (S); "não aplicável" (NA).

**Mini-Mental State Examination.** Para avaliar de forma quantitativa o funcionamento cognitivo, nomeadamente a presença ou ausência de défice cognitivo, recorreu-se ao MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptado para a população portuguesa por Guerreiro *et al.*, 1994) (Anexo B). Este instrumento pretende avaliar diversas áreas do funcionamento cognitivo tais como linguagem, orientação temporal, orientação espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação e capacidade construtiva. Cada resposta certa é cotada com 1 ponto sendo a pontuação máxima de 30 pontos. Assim, a pontuações mais baixas correspondem níveis superiores de défice cognitivo e vice-versa. Importa referir que a análise dos resultados tem em consideração o grau de escolaridade de cada indivíduo. Assim, na ausência de escolaridade o ponto de corte é inferior ou igual a 15, para indivíduos com um a onze anos de escolaridade o ponto de corte é inferior ou igual 22 e para indivíduos com mais de onze anos de escolaridade o ponto de corte é inferior ou igual a 27.

**Escala de Depressão Geriátrica.** Na medida em que a literatura aponta para uma elevada prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados e uma vez que se verificou a presença dos mesmos nos processo clínicos de algumas utentes, a estagiária utilizou a EDG (Yesavage *et al.*, 1982-1983) (Anexo C). Este instrumento pretende avaliar sintomas frequentemente presentes na depressão no idoso e é composta por 30 itens de resposta dicotómica "sim" e "não" cotados com 1 e 0 pontos respetivamente. No entanto, os itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 são cotados de forma inversa. Ao nível da interpretação dos resultados, valores entre 0 e 10 pontos representam ausência de depressão, entre 11 e 20 depressão ligeira e entre 21 e 30 depressão grave.

## **Procedimentos**

Numa primeira fase, efetuou-se um contacto com a Diretora da CNSV com o intuito de averiguar a possibilidade de realizar o estágio na instituição. Tendo esta demonstrado

particular interesse pela MT e aprovado a realização do estágio, o mesmo teve início em Outubro de 2017 e terminou em Maio de 2018. Foram cumpridas quatrocentas horas de estágio com uma média de catorze horas por semana.

O estágio foi dividido em quatro fases: integração e observação; seleção, recolha de informação e avaliação inicial; intervenção; avaliação final e conclusão.

A fase de integração e observação teve a duração de um mês. Durante esse período, a estagiária foi apresentada aos funcionários e residentes da instituição, tendo sido convidada a participar nas rotinas e atividades realizadas no interior da mesma. Para além das visitas aos quartos e salas comuns, a estagiária colaborou tanto na preparação e implementação das atividades de animação como na estimulação sensorial e cognitiva realizadas bissemanalmente pela orientadora de estágio. Ainda nesta fase e de forma a dar a conhecer a MT aos funcionários da instituição, a estagiária elaborou uma apresentação sobre a MT e a população idosa. Esta incluiu a definição de MT, principais objetivos, áreas de intervenção, bem como os seus efeitos e benefícios na população idosa. A estagiária reforçou a importância dos aspetos relacionados com o *setting* da MT (e.g., periodicidade, confidencialidade, privacidade, interrupções) com o intuito de obter a colaboração de todos os funcionários para um melhor funcionamento da intervenção. Mais, no final da apresentação, a estagiária convidou os funcionários a participarem numa atividade de improvisação de forma a facilitar a articulação entre os conteúdos apresentados e a prática, como também a reduzir certos "mitos" relacionados à MT. No entanto, salientou-se que a atividade realizada não consistia numa sessão de MT mas apenas numa atividade lúdica de demonstração duma atividade realizada em MT.

A fase de seleção, levantamento de informação e avaliação inicial decorreu ao longo do mês de Novembro. Com base na apresentação acerca da MT, nas observações realizadas

durante a primeira fase do estágio e no levantamento das informações contidas nos processos clínicos, discutiu-se com a orientadora de estágio as principais situações que beneficiariam duma intervenção em MT e que melhor se adequassem tanto aos objetivos como competências da estagiária. Para a seleção dos casos, os principais critérios foram a presença de quadros demenciais e a integração de idosos com maior autonomia no sentido de obter uma maior diversidade de situações clínicas.

Após terem sido selecionados os casos para intervenção, procedeu-se ao contacto com as utentes, familiares ou representantes legais com o objetivo de averiguar o seu interesse e disponibilidade em participar em sessões de MT (individual ou grupo), apresentar os principais objetivos da intervenção e obter o seu consentimento escrito para a gravação das sessões (Anexo D). Assim, inicialmente selecionou-se uma utente (FC) com DA para intervenção individual, um grupo formado por duas utentes (AO e GT) com DA e um grupo heterogéneo de quatro utentes (EF, NV, FC e FP) com maior autonomia. Contudo, após quatro sessões com o grupo formado por duas utentes, verificou-se a necessidade de intervir individualmente com ambas devido às suas características individuais. Para além disso, no final de Janeiro foi solicitada intervenção em MT por parte de uma utente (MA), tendo esta sido posteriormente intervencionada em contexto individual. Assim, a estagiária realizou intervenção individual com quatro utentes (GT, FC, AO e MA) e intervenção com um grupo composto por quatro elementos (EF, NV, FC e FP).

Entre o início de Dezembro de 2017 e meados de Fevereiro de 2018 a estagiária realizou a avaliação inicial com vista a obtenção de informação acerca dos dados pessoais, identidade sonora e musical, como também avaliação das funções cognitivas, emocionais, sociais, comunicacionais, sensorio-motoras e clínicas. Para esse efeito, utilizaram-se os

instrumentos de avaliação referidos anteriormente e foram recolhidas informações contidas nos processos clínicos e junto das utentes, técnicos da instituição e/ou familiares.

A fase de intervenção teve início na terceira semana de Janeiro. Tendo em conta a avaliação inicial, foram definidas as principais problemáticas e áreas de intervenção, procedendo-se ao preenchimento do plano terapêutico para cada utente/grupo.

As sessões decorreram numa pequena sala no primeiro andar da CNSV. Tinham uma periodicidade semanal com a duração de trinta minutos para as intervenções individuais e de sessenta minutos para a intervenção com o grupo. Todas as sessões foram gravadas através da câmara do telemóvel *Samsung Galaxy S7+*.

Ao longo desta fase, realizaram-se discussões de caso com a orientadora de estágio com o intuito de melhorar a sua compreensão e respetiva intervenção.

Para além das sessões de MT, a estagiária manteve as visitas aos quartos e salas comuns, prestou apoio a uma utente em situação de crise e participou pontualmente em atividades de animação sociocultural.

No final de Abril iniciou-se a fase de avaliação final e conclusão do estágio. Assim, aplicaram-se novamente os instrumentos de avaliação utilizados anteriormente de forma a analisar o progresso terapêutico e a eficácia das intervenções. Nas situações de maior fragilidade, a estagiária contactou os familiares no intuito de informar o término do estágio e de avaliar o reconhecimento de mudanças nas utentes resultantes do processo terapêutico. Para além dos familiares, essas informações também foram recolhidas junto de alguns técnicos da instituição.

Nesta fase, as utentes foram informadas ao longo das sessões de que a intervenção e o estágio estavam a terminar com o propósito de preparar a separação e a conclusão do processo terapêutico.

**Estrutura das sessões.** Quer em contexto individual quer em grupo, as sessões foram desenvolvidas de forma semi-estruturada ou não estruturada, com recurso a métodos ativos e recetivos em MT, nomeadamente improvisação livre; improvisação referencial; recriação; escrita de canções; reminiscência; música e movimento; escuta musical. No sentido de ir ao encontro da identidade sonora e musical das utentes, utilizaram-se canções e sonoridades familiares.

Todas as sessões foram iniciadas com a "*Canção do Olá*" composta pela estagiária (Apêndice C). Esta tinha como objetivo introduzir e acolher as utentes na sessão; criar um ambiente confortável e envolvente; motivar para a participação, facilitar a relação e a comunicação com a estagiária e/ou entre os elementos do grupo; explorar estados afetivos (e.g., "como se sente hoje"); avaliar funções cognitivas como a atenção, orientação e memória (e.g., "em que dia/mês estamos"). A canção tinha uma estrutura pergunta-resposta cuja pergunta era feita inicialmente pela estagiária. Em contexto de grupo, com a evolução das sessões, cada elemento do grupo cumprimentava outro elemento e assim sucessivamente. Com frequência, quer em contexto individual quer em grupo, após realizados os cumprimentos iniciais, a estrutura da canção servia de base para improvisações com diferentes temáticas.

A improvisação era utilizada com o intuito de aumentar o conhecimento acerca do funcionamento intelectual, emocional, social, comunicacional e sensorio-motor das utentes; promover criatividade, espontaneidade e liberdade expressiva; facilitar o desenvolvimento da relação terapêutica; promover expressão e regulação emocional; reduzir afetos negativos e promover estados afetivos positivos; facilitar a comunicação verbal e não-verbal; estimulação sensorial e cognitiva; explorar dinâmicas interpessoais e desenvolver competências sociais (e.g., reciprocidade, tolerância à frustração, empatia). Uma vez que nem sempre era possível

utilizar a improvisação livre devido às características das utentes, a estagiária procurou formas mais estruturadas deste método, optando pela improvisação referencial ou temática. Assim, por exemplo, em algumas situações era sugerido que as utentes tocassem no instrumento aquilo que sentiam no momento, que tocassem uma emoção específica (e.g., tristeza, raiva) e/ou que acompanhassem a improvisação de um elemento do grupo.

Ao nível da recriação, cantar canções familiares, *singalong*, canto dirigido, tocar instrumentos, acompanhar música gravada com instrumentos e interpretar as letras, foram as principais atividades usadas nas sessões. Estas tinham como principais metas envolver as utentes e facilitar a participação; explorar a identidade sonora e musical das utentes; promover a recordação de memórias e experiências de vida; facilitar comunicação verbal e partilha de ideias; promover expressão e regulação emocional; aumentar capacidade de memória, atenção e orientação; reduzir tensão, ansiedade, agitação, sintomas depressivos e aumentar estados de humor positivos; explorar dinâmicas interpessoais e desenvolver competências sociais (e.g., reciprocidade, cooperação, tolerância à frustração, empatia). Sempre que possível, a estagiária usou canções do *Iso* das utentes nas atividades de recriação. Em épocas festivas (e.g., Natal), usaram-se canções alusivas à época. Na execução destas atividades, era frequente a estagiária fazer sugestões musicais e introduzir jogos de pergunta-resposta. Para além disso, com o intuito de facilitar a tarefa e aumentar o grau de sucesso, em alguns momentos de determinadas sessões, a estagiária disponibilizou o livro de letras de canções.

A escrita de canções foi usada para promover a expressão emocional e partilha de experiências de vida; explorar e desenvolver temas relevantes; desenvolver capacidades de organização, planeamento e resolução de problemas; promover participação e compromisso; trabalhar competências sociais (e.g., coesão, sentimentos de pertença, cooperação, realização



e empatia). Contudo, dadas as características da população, este método foi usado com menos frequência, sendo necessário um papel muito ativo por parte da estagiária.

A música e movimento consistia no uso de movimentos com o corpo, *ocean drum* e/ou lenços ao som da música gravada ou cantada. Estas atividades tinham como objetivo aumentar o bem-estar e afetos positivos; reduzir tensão, ansiedade e/ou agitação; relaxamento; facilitar a relação.

Por fim, a escuta musical foi utilizada para explorar repertório familiar e estados emocionais; focar a atenção; facilitar reminiscência; e relaxamento.

Ao longo do estágio foram utilizados instrumentos de percussão *Orff* (clavas, reco-reco, *eggshakers*, *stickshaker*, maraca, cabaça, blocos e tambores de mão), jambé, *boomwhackers*, *ocean drum*, guitarra e para a música gravada utilizou-se o *Ipad* e um par de colunas disponibilizado pela instituição.

### Agenda Semanal

O estágio decorreu às segundas-feiras, quartas-feiras e quintas-feiras. As sessões foram organizadas em função das rotinas, horários e disponibilidade da instituição, bem como tendo em conta as características e necessidades das utentes. Contudo, por motivos de doença das utentes ou questões relacionadas com a dinâmica da instituição, em algumas situações pontuais alterou-se o dia e/ou hora da sessão de MT. A *Tabela 2*. apresenta a organização das sessões de MT ao longo da semana.

Tabela 2 - Agenda semanal do estágio

Hora	Segunda-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira
10.00 - 10.30	Sra. F		
11.15	Visitas aos quartos Reunião com Orientadora de Estágio	Sra. G	Sra. A
12.00 - 13.00	Almoço utentes	Almoço utentes	Almoço utentes
13.00 - 14.00		Grupo	Sra. M
15.00 - 16.00			Visitas às salas/quartos



## **Estudo de Caso I - D. GT**

Esta secção apresenta um estudo de caso em musicoterapia aplicado a uma utente com DA, contribuindo para a compreensão dos efeitos e benefícios desta intervenção a nível relacional, emocional e cognitivo.

### **Caracterização da Utente**

A D. GT tem 96 anos, é viúva e teve uma filha. É natural de uma pequena aldeia do concelho do Sabugal, tendo aí vivido até aos 20 anos, altura em que veio viver para Lisboa com o marido e filha. Não frequentou escolaridade, trabalhou num pequeno comércio com o marido até aos 50 anos e, posteriormente, dedicou-se à casa, à coordenação das empregadas e culinária, algo que muito a satisfazia.

Após a morte do marido e a separação da filha, a D. GT foi viver com ela. Em 2013, depois da morte da sua filha, acontecimento que a perturbou muito, foi viver com um dos seus dois netos, a sua mulher e três bisnetos no centro de Lisboa. Para além das lides domésticas, a D. GT gostava de ver filmes da *Disney* com os bisnetos. Nessa altura, começaram a surgir alguns sinais de um quadro demencial (perda de memória, desorientação) e, com o avanço da doença, a D. GT desenvolveu alguns comportamentos agressivos. Em 2016, na sequência de uma agressão à bisneta mais velha, a família optou pela sua institucionalização com o intuito de obter um acompanhamento mais especializado.

No lar, a D. GT apresentava sinais de demência avançada, tornando-a totalmente dependente nos cuidados e rotinas diárias. Embora tivesse boas competências de mobilidade, a utente deambulava diariamente pelo lar durante um longo período de tempo. Mostrava uma expressão de apatia, não iniciava conversas mas respondia com palavras soltas ou frases curtas a cumprimentos, por vezes, com um sorriso. Era colaborativa, participava em algumas atividades de animação sociocultural com apoio e desempenhava atividades ocupacionais

propostas pelo lar (e.g., dobrar roupa). Apresenta um diagnóstico de DA e tem dificuldades ao nível da visão e audição.

A D. GT foi encaminhada para MT devido à sua condição clínica e à falta de uma intervenção individualizada, que considerasse as suas necessidades e competências específicas.

### **Avaliação Inicial**

A avaliação inicial da D. GT decorreu ao longo das três primeiras sessões, nas quais foram utilizadas a improvisação e a recriação de canções. Embora a utente estabelecesse contacto ocular, apresentava pouca disponibilidade para a interação, baixa responsividade, uma atitude hesitante e de inibição, sinais de ansiedade (e.g, tensão e rigidez corporal, movimentos repetidos de deglutição), como também uma expressão de apatia. Não iniciava interações verbais, respondia pontualmente com palavras soltas a questões simples num discurso com pouca tonalidade afetiva e tinha dificuldade em seguir instruções verbais. Na comunicação verbal, a utente parecia menos competente em comparação ao comportamento observado no lar, o que reforça a ideia de uma atitude de inibição e ansiedade face à nova situação.

A D. GT revelava agitação motora (espasticidade), dificuldade em segurar, manipular e sustentar a força nos instrumentos. Não estava orientada no espaço, tempo e pessoa, apresentava dificuldades em manter a atenção, não reconhecia ou recordava canções familiares e demonstrava dificuldade em aceder às tarefas, desistindo com facilidade (e.g., devolver instrumento, "arrumar" instrumento no colo), recolhendo-se para uma atitude mais fechada (e.g., rodar baqueta em torno do ponto central do tambor para eliminá-lo).

A D.GT não cantava, produzia ritmos estereotipados e com uma tendência geral para acelerar, tendo dificuldade em auto-regular-se durante a produção musical. Na relação com a

estagiária a D. GT apresentava reações mínimas a estímulos ou variações e revelava dificuldades significativas em sintonizar, rítmica e metricamente a produção sugerida.

Em suma, a D. GT apresentava dificuldades cognitivas, emocionais e de relacionamento, tais como inibição, apatia, ansiedade, dificuldades ao nível da memória e atenção, bem como dificuldades de sincronização e resposta às propostas musicais da estagiária.

### Plano Terapêutico

Considerando as informações obtidas na avaliação inicial, o plano terapêutico da D. GT centrou-se na redução da ansiedade e promoção de afetos positivos; na promoção da interação e relação com a estagiária; na estimulação da memória e atenção (*Tabela 3*).

Tabela 3 - *Plano terapêutico da D. GT*

Problema nº1: Ansiedade e Depressão		
Objetivo: Reduzir grau de ansiedade e promover um estado de humor positivo		
Sub-objetivos:		
Reduzir tensão e rigidez corporal	Reduzir apatia e aumentar progressivamente o número de sorrisos	Reduzir tendência para acelerar (regulação)
Problema nº2: Dificuldades ao nível da interação e relação		
Objetivo: Promover a interação e relação com a estagiária		
Sub-objetivos:		
Aumentar o contacto ocular	Aumentar o número de respostas síncronas no seio da produção musical	Aumentar a capacidade para iniciar e manter a interação sonora com a estagiária
Problema 3: Dificuldade mnésicas e de identificação de estímulos externos		
Objetivo: Estimular a memória e atenção		
Sub-objetivos:		
Reconhecer canções do seu <i>Iso</i>	Preencher espaços em branco de canções do seu <i>Iso</i>	Cantar canção ou parte de canção do seu <i>Iso</i>

### Intervenção e Progresso Terapêutico

A fase de intervenção com a D. GT decorreu ao longo de quinze sessões, de trinta minutos, com uma periodicidade semanal. Tendo em conta as mudanças observadas e o progresso terapêutico, a intervenção com a utente pode ser dividida em três fases, seguidamente apresentadas.

### **Fase 1: Estabelecimento da relação terapêutica e exploração do *Iso Musical*.**

Entre a primeira e a quarta sessão de intervenção, a estagiária procurou estabelecer uma relação terapêutica com a D. GT e explorar a sua identidade sonora e musical, adotando não só uma atitude empática, flexível e de escuta ativa, como promovendo um ambiente de conforto e confiança. As sessões tiveram um formato semi-estruturado e flexível, nas quais apenas era definida a atividade inicial e as restantes eram desenvolvidas em função das respostas da utente. Assim, as principais atividades desenvolvidas foram a escuta musical, improvisação e recriação, sendo utilizados instrumentos como o tambor de mão, *stickshaker*, clavas, *eggshaker*, *ocean drum*, guitarra e jambé.

Numa primeira fase, a atividade de escuta da compilação do *youtube "Disney Piano Classics Album"* com acompanhamento instrumental teve um impacto positivo na relação, redução da ansiedade e inibição. Ao segurar o tambor, a D. GT pousou a baqueta no interior do instrumento e iniciou movimentos para a frente e para trás no tempo da canção, indo progressivamente acelerando até terminar em simultâneo com a estagiária. Ao deixar de responder nas canções seguintes e perante uma atitude mais fechada, a estagiária colocou a canção do "*Rei Leão*" e a D. GT imitou os movimentos executados pela estagiária, acabando por desistir novamente. Ainda assim, foi nesta atividade que a D. GT esboçou o primeiro sorriso, deu a primeira gargalhada e pediu espontaneamente para ouvir mais canções.

Em sessões seguintes, a utilização da baqueta nessa atividade dificultou a interação e levou a que a utente se focasse durante um período longo de tempo em eliminar o ponto central do tambor. Após a estagiária ter oferecido outro instrumento (clavas), a D. GT começava a tocar um ritmo repetitivo e acelerado ou a raspar uma clava na outra. Quando a estagiária espelhou as suas produções sonoras na guitarra e voz, entraram em relação musical

durante algum tempo e terminaram em simultâneo, com a D. GT a imitar o estímulo sonoro da estagiária.

Na segunda sessão, a D. GT reconheceu pela primeira vez uma canção familiar - "*Malhão*" - e cantou a primeira frase num volume quase inaudível enquanto tocava *stickshaker* com a estagiária a acompanhar com o *eggshaker*.

A partir da terceira sessão, a atividade inicial era a "*Canção do Olá*". Embora não tenha produzido respostas significativas por parte da D.GT, as atividades de escuta e movimento de lenços, improvisação de letras e improvisação livre facilitavam um aumento do contacto ocular, da atenção, da participação e da interação. A D. GT parava e recomeçava a tocar em simultâneo com a estagiária, tentava adaptar-se a variações propostas, revelando e maior capacidade de auto-regulação. A utente e a estagiária estavam mais tempo em sintonia; verificava-se um aumento da capacidade de resposta e iniciativa em jogos de pergunta-resposta, tal como chamadas musicais. Uma vez que a D. GT demonstrou ao longo de várias sessões dificuldades em utilizar a baqueta e uma tendência para realizar movimentos com o instrumento, a estagiária introduziu o *ocean drum*. O uso deste instrumento contribuiu tanto para o aumento de sorrisos, redução da tensão e rigidez corporal, como se revelou um forte mediador da relação com a estagiária. Ao receber o *ocean drum* a D. GT explorou-o espontaneamente, sorriu e afirmou "*Gosto muito*". Embora mais centrada no instrumento, a utente mantinha-se em relação (e.g., levantar bruscamente o instrumento e sorrir em resposta à questão da estagiária). A D. GT alternava movimentos e percussão do instrumento ou executava ambos em simultâneo, demonstrando interesse e prazer em tocá-lo através de sorriso e verbalizações (e.g., "*temos de despejar*").

**Fase 2: *Ocean drum* e o seu potencial terapêutico.** Após ter identificado o potencial terapêutico do *ocean drum*, entre a quinta e a décima primeira sessão, a estagiária recorreu ao uso do instrumento com o intuito de amplificar os resultados terapêuticos.

Inicialmente, a D. GT apresentava-se menos apática, menos inibida, menos ansiosa, com um humor mais positivo, mais responsiva e com maior capacidade de iniciativa. Começava a responder verbalmente na "*Canção do Olá*" e tocava de forma mais sincronizada com a estagiária ou sorria e ria-se em resposta a brincadeiras ou estímulos musicais (e.g., estagiária bate três vezes na guitarra bruscamente e sorri).

A estagiária continuava à procura de repertório familiar da utente. Das várias canções executadas, a D. GT reagiu de forma negativa à canção "*Oliveirinha da Serra*" alternando o olhar entre a estagiária e o teto até parar de tocar, verbalizando não querer e não saber tocar. Na canção "*É mentira, é mentira*" voltou a parar de tocar, retomando a atividade com a canção "*A Machadinha*", parecendo que tinha reconhecido a canção. Na canção "*Malhão*", a utente manteve um sorriso durante a primeira parte da canção e aumentou o número de palavras cantadas. Observava-se alguma resistência em cantar (e.g., "*Não, eu não sei cantar*") mas a utente não desistiu de tocar e da relação.

Nas sexta e sétima sessões, apenas foi proposto o *ocean drum*. Quando a estagiária acompanhava a D. GT com a guitarra, esta mostrava-se mais hesitante, mais inibida e menos participativa, necessitando de maior apoio e incentivo. Em contrapartida, quando a estagiária se ajoelhava perto da utente e tocavam o *ocean drum* em simultâneo, observava-se uma melhoria significativa no humor, apatia, rigidez e tensão corporal, participação, responsividade, sincronia e interação.

Na canção "*Malhão*", a D. GT cantou num volume baixo, afinada e no tempo, preenchendo algumas palavras em falta ou cantando partes da canção em simultâneo. Ria-se



quando a estagiária balançava o corpo exageradamente enquanto cantava e os movimentos da utente estavam mais fluídos, tornando-se mais fácil executá-los. Pela primeira vez, a D. GT respondeu à canção "*Milho Verde*" cantando, com uma voz monocórdica e pouco afinada, em simultâneo com a estagiária ou preenchendo partes da melodia com "*lá, lá, lá*", tal como tinha sido proposto.

Em atividades de improvisação e jogos de pergunta-resposta, a D. GT sorria com mais frequência, participava durante mais tempo e aumentava o número de interações síncronas. A utente começava a procurar contacto musical, por exemplo, executava um ritmo, sorria e olhava para a estagiária enquanto aguardava a sua resposta. Ao entrarem em relação musical num jogo de pergunta-resposta, a utente imitava a estagiária ou introduzia um novo estímulo. No mesmo sentido, no final da sétima sessão, a D. GT solicitou a estagiária batendo três vezes no instrumento e voltaram a entrar numa relação musical sincronizada.

Nas três sessões seguintes, a introdução de outros instrumentos no início da sessão (e.g., clavas, *stickshaker*) teve um impacto negativo no progresso terapêutico da D. GT. Mostrou-se mais apática, inibida, insegura (e.g., "*eu não sou muito boa a cantar*"), agitada, ansiosa (e.g., maior tendência para acelerar e para antecipar as palavras da canção) e denotou-se uma diminuição nas interações síncronas entre a estagiária e a utente, como também no tempo de permanência na atividade. Porém, quando era introduzido novamente o *ocean drum*, verificavam-se novamente melhorias ao nível emocional, cognitivo e relacional. A utente aumentou o número de frases cantadas no "*Malhão*", procurou interagir com a estagiária (e.g., bater no instrumento e aguardar resposta), imitava as suas respostas (e.g., batidas em movimentos circulares; tocar na mão) e manteve-se numa interação recíproca e sintonizada.

Apesar da dificuldade no manuseamento dos instrumentos, na décima primeira sessão, a D. GT não só escolheu e tocou *stickshaker* como cantou em simultâneo partes da "*Canção do Olá*" pela primeira vez. Contudo, de seguida voltou a demonstrar dificuldades na participação, auto-regulação e interação ("*Eu não sei tocar (...) Porque eu não sei tocar*"). Perante isso, a estagiária, baseando-se nos efeitos obtidos através da utilização conjunta do *ocean drum* e na tentativa de complexificar a tarefa, ofereceu o tambor e a baqueta à D. GT, tocando com outra baqueta no mesmo tambor com o intuito de facilitar a regulação e interação. Em resposta, a utente adaptou-se a alterações na dinâmica e reduziu a intensidade da batida.

**Fase 3: Mudança.** A terceira fase de intervenção decorreu entre a décima segunda e a décima quinta sessão e foi marcada por um avanço significativo no processo terapêutico. A D. GT mostrou-se muito disponível para participar nas atividades, para estabelecer e manter a interação com a estagiária, menor inibição (e.g., cantar num volume mais alto), bem como maior flexibilidade, atenção, responsividade e capacidade de iniciativa. As sessões fluíam com maior facilidade e não se revelou necessária tanta estimulação por parte da estagiária. Para além disso, evidenciou um aumento na comunicação verbal (e.g., "*O que vamos fazer agora?*").

Ao longo das sessões, o *ocean drum* foi cada vez menos utilizado ao mesmo tempo que a D. GT ia demonstrando o seu interesse por outros instrumentos. Por exemplo, quando a estagiária ofereceu o *eggshaker*, a utente abanou-o e verbalizou "*É pouco...*" e escolheu o *stickshaker* e, para além de escolher o instrumento em várias sessões, foi melhorando a prática do instrumento (força e precisão). Dessa forma, a prática instrumental foi interferindo cada vez menos na relação, uma vez que a utente tocava e mantinha o contacto ocular com mais frequência.

Nesta fase, observava-se um aumento significativo da frequência e duração das interações sincronizadas entre a estagiária e a D. GT e uma melhoria na capacidade de auto-regulação. Na "*Canção do Olá*" e noutras atividades em que a estagiária e a utente se cumprimentavam, apesar da dificuldade em tocar e cantar em simultâneo, a D. GT respondia aos estímulos cantando ou verbalizando, chegando mesmo a dirigir uma pergunta à estagiária ("*Olá. Tudo bem?*").

Embora a D. GT mostrasse uma tendência para acelerar e aumentar a intensidade, por exemplo, nas respirações/silêncios do "*Malhão*", com o aumento da abertura e atenção ao outro, responsividade e da capacidade para manter interações síncronas, a D. GT melhorou a capacidade de auto-regulação com conseqüente atraso no andamento e redução da intensidade do instrumento, sobretudo quando era utilizado o *ocean drum*. No mesmo sentido, na décima quarta sessão, ao perceber que a D. GT ia antecipar a frase do "*Malhão*", a estagiária parou de tocar e a utente também. De seguida, retomaram a canção em simultâneo e no tempo. Pouco depois, a utente deu espontaneamente uma gargalhada e em resposta à estagiária sorriu, verbalizando "*Eu não sei cantar*" e ainda acrescentou "*Isto dá-lhe muito trabalho (...) Dá-me muito trabalho!*". Apesar do esforço e da dificuldade nas tarefas a D. GT continuava a participar e mantinha-se disponível para a interação.

Ao contrário do que se tinha verificado nas fases anteriores, a D. GT criou um novo padrão rítmico de três tempos com acentuação no tempo forte (valsa) que serviu de base para algumas interações e improvisações, nas quais se verificava uma maior capacidade de adaptação a variações, de auto-regulação, como também um aumento da sincronia entre a estagiária e a utente. Para além da utente ter aumentado o número de frases cantadas no "*Malhão*", reconheceu e cantou a primeira estrofe completa da "*Rosa arredonda a saia*" pela primeira vez.

Nas duas últimas sessões, a estagiária introduziu duas atividades com música e movimento. A primeira consistia em dançar conjuntamente em pé, balançando os braços para cima, para baixo, para a esquerda e para a direita; posteriormente, integrando movimentos com os pés. A segunda consistia em balançar conjuntamente o *ocean drum* em pé e a estagiária associava vocalizos aos movimentos realizados. Ambas as atividades tiveram efeitos positivos ao nível do humor, tensão e rigidez corporal, relaxamento, relação e interação. Assim, a D. GT sorriu com maior frequência, aumentou a fluidez dos movimentos, bem como moveu intencionalmente o instrumento para induzir e observar a reação da estagiária.

### **Discussão e Conclusão do Estudo de Caso**

Com base na observação participante, nos registos de observação das sessões, na análise dos vídeos e no preenchimento da Grelha de Observação, verificou-se um progresso em todos os objetivos terapêuticos.

Ao nível da ansiedade e depressão, testemunhou-se uma diminuição do grau de ansiedade e aumento do estado de humor positivo através da redução da tensão e rigidez corporal, redução da apatia e progresso significativo dos sorrisos e risos, como também amplificação da capacidade de auto-regulação. Estes resultados traduziram-se numa redução da inibição, num aumento do relaxamento corporal, numa maior competência no manuseamento dos instrumentos, numa melhoria na execução de movimentos corporais, numa atitude de maior abertura, num crescente interesse e prazer tanto nas interações e atividades musicais, como na comunicação. De acordo com a literatura, a MT com idosos com demência tem efeitos na redução da ansiedade, relaxamento, aumento de estados de humor positivos, redução da apatia e na regulação emocional. Para além disso, trata-se não só de uma intervenção com efeitos positivos ao nível da mobilidade (e.g., marcha, percussão,

dança), assim como promove o envolvimento ativo, motivação e abertura (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; McDermott *et al.*, 2014; Raglio *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2017).

No que respeita à interação e relação com a estagiária, verificaram-se progressos na capacidade para estabelecer e manter o contacto ocular mesmo em tarefas mais complexas (e.g., tocar tambor) e no número de respostas síncronas no seio das produções musicais. Observou-se um aumento da capacidade para iniciar e manter interações, as quais se tornaram mais longas e sincronizadas. Dessa forma, a utente revelou ampliação da sua capacidade de iniciativa, responsividade, intencionalidade e reciprocidade. Tal como se verificou no caso da D. GT, a literatura tem demonstrado que a MT promove a participação, intencionalidade e iniciativa bem como facilita a criação e manutenção de interações positivas com o terapeuta e o aumento nas competências interpessoais (e.g., reciprocidade, empatia) (Ahessy, 2017; Bruscia, 2014; McDermott *et al.*, 2014; Mathew *et al.*, 2017).

Em termos cognitivos, verificou-se uma melhoria ao nível da memória, atenção e reconhecimento de estímulos externos. Para além do aumento do contacto ocular e tempo de permanência nas atividades, a D. GT reconheceu algumas canções do seu *Iso*, recordou e cantou partes de duas canções ("*Malhão*" e "*Rosa arredonda a saia*"), contudo não recuperou a letra completa de nenhuma canção. A recuperação mnésica parece ter sido o objetivo terapêutico com um progresso menos significativo. Porém, a rapidez com que a D. GT recordou a letra da primeira estrofe da "*Rosa arredonda a saia*" numa das últimas sessões da intervenção, sugere que o mesmo poderia ter acontecido com outras canções caso a intervenção prosseguisse por um período maior de tempo. Neste âmbito, tem-se verificado que a MT promove a capacidade para focar e manter atenção e para recordar letras de

canções sobretudo quando são utilizadas canções familiares e significativas (Ahessy, 2017; Bruscia, 2014; McDermott *et al.*, 2014; Raglio *et al.*, 2014; Zhang *et al.*, 2017).

Embora não tenha sido considerado como um objetivo terapêutico e uma vez que o ser humano é mais do que a soma das suas partes, os resultados da intervenção ultrapassaram os objetivos definidos. Assim, a D. GT demonstrou um progresso significativo ao nível da comunicação verbal expressiva. Observou-se um aumento das interações verbais entre a utente e a estagiária, do número de palavras utilizadas e do uso de frases simples, perceptíveis e coerentes. Estes resultados vão ao encontro da literatura uma vez que esta sugere que a MT tem efeitos positivos ao nível da comunicação e interações verbais (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2015).

Para além dos resultados observados nas sessões, a família e alguns técnicos da CNSV identificaram algumas transformações no comportamento da D. GT, referindo que esta estava mais responsiva e reativa nas interações. Começou a responder com alguma agressividade quando outras utentes lhe dirigiam verbalizações agressivas, aumentou a frequência com que participava nas atividades de animação sociocultural, estava mais ativa, mais interativa e tendia a confundir menos os elementos da família. Com base no estudo de Hsu *et al.* (2015), os cuidadores, para além de terem considerado a MT importante para o seu trabalho uma vez que facilitava a aquisição de conhecimento sobre os utentes, identificaram alterações no humor, comunicação e interações sociais dos mesmos.

As transformações que se observaram na utente ocorreram no seio de uma relação terapêutica fortalecida e baseada na confiança através de experiências musicais como a improvisação, música e movimento, escuta musical e recriação (Bruscia, 2014; Wheeler *et al.*, 2005).

Ao longo das sessões, a estagiária procurou motivar, apoiar, suportar, acompanhar e estimular a D. GT através de uma atitude de compreensão e escuta empática. No mesmo sentido, tentou ir ao encontro não só das suas características como também das suas necessidades, adotando uma postura flexível e adaptando a estrutura das sessões (Bruscia, 2014; Wheeler *et al.*, 2005). Contudo, essa flexibilidade e ausência de estruturação nem sempre tiveram efeitos positivos. Face à inibição e ansiedade da D. GT e às suas dificuldades em participar numa atividade do início ao fim, a estagiária, na procura de respostas por parte da utente e reagindo em contratransferência e com ansiedade, introduziu um volume e diversidade excessivos de atividades em algumas sessões, aumentando o grau de cansaço e limitando algumas respostas por parte da utente. Assim, teria sido aconselhável um aumento da estruturação das sessões nas quais se definisse claramente um início, um meio e um fim, com combinação de um número mais reduzido de atividades (Ahessy, 2017; Bruscia, 2014; Clair, 1991, cit por Peters, 2000).

De acordo com Ahessy (2017) os idosos com demência parecem demonstrar preferência por atividades de movimento, algo que também se observou com a D. GT.

Para além disso, revelou interesse e prazer em atividades de escuta de canções da compilação do youtube "*Disney Piano Classics Album*", de improvisação instrumental, bem como em brincadeiras e jogos musicais de pergunta-resposta. Estas atividades promovem não só a recetividade, o relaxamento, a ativação, a comunicação, as relações interpessoais, a expressão e regulação emocional, como também as competências cognitivas, a redução da ansiedade, o aumento de afetos tanto positivos, como de bem-estar e a redução da agitação (Bruscia, 2014; Cevasco, 2010; Im & Lee, 2014).

A utente demonstrou uma preferência pelo *ocean drum*, sobretudo quando este era utilizado em conjunto com a estagiária em atividades de improvisação, recriação e

movimento. O recurso ao instrumento facilitou e promoveu a participação, a relação e interação entre a utente e a estagiária, o relaxamento, a redução da ansiedade, a regulação, o aumento de afetos positivos, a melhoria na capacidade de iniciativa, verificando-se dessa forma o seu potencial terapêutico.

Em suma, a intervenção em MT com a D. GT teve efeitos na redução da ansiedade, aumento de estados de humor positivos, regulação emocional, qualidade e frequência das interações com a estagiária, capacidade para focar e manter atenção e recuperação de letras e melodias de canções. Para tal, o estabelecimento de uma relação terapêutica fortalecida, o uso de métodos ativos e recetivos em MT e a adaptação e adequação dos instrumentos às necessidades da utente foram os principais aspetos que contribuíram para o progresso terapêutico observado. Para além disso, o uso do *ocean drum* e o recurso a experiências de escuta musical, movimento e jogos musicais de pergunta-resposta revelaram efeitos positivos no bem-estar e, conseqüentemente, na relação e progresso terapêutico.



## **Estudo de Caso II - Grupo**

Esta secção apresenta um estudo de caso em musicoterapia aplicado em contexto de grupo.

### **Caracterização do Grupo**

O grupo era composto por quatro utentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 82 e os 88 anos. Todos os elementos frequentavam diariamente a sala de refeições e tinham uma presença assídua nas atividades de animação sociocultural, realizadas duas vezes por semana, na sala de estar do terceiro andar da CNSV. Com exceção de duas utentes, as quais mantinham um contacto mais regular, este convívio não se observava para lá das atividades de animação entre os elementos do grupo, passando a maior parte do tempo isoladas no quarto ou sentadas na sala de estar em silêncio.

A escolha e constituição do grupo resultou das observações das atividades de animação sociocultural e do facto de se tratarem de quatro das utentes mais funcionais da CNSV. Estas utentes valorizavam as atividades, o convívio com os pares, a interação com a psicóloga, a estimulação cognitiva, a partilha de experiências, a participação e a ocupação. Ainda assim, quando estavam nas atividades apresentavam uma atitude passiva, inibida, tinham pouca iniciativa, interagiam de forma pouco espontânea com os pares, precisavam de uma grande estimulação e incentivo por parte da Psicóloga.

A D. FP tem 82 anos, é solteira, não tem filhos e é natural de Lisboa. Estudou até à quarta classe e trabalhou como costureira, num laboratório farmacêutico, nos CTTs e numa empresa de telecomunicações como secretária. Viveu sozinha até 2004, altura em que optou por residir na CNSV uma vez que estava muito isolada e tinha uma relação muito próxima com as Freiras da instituição. A D. FP foi acompanhada em Psiquiatria, chegando mesmo a

ser internada na sequência de um surto psicótico. Para além do diagnóstico de Esquizofrenia, a utente apresenta sintomatologia depressiva e ansiosa.

A D. EF tem 82 anos, é viúva, tem uma filha e é natural de Linhares. Residiu e estudou no Porto até à quarta classe e posteriormente mudou-se para Lisboa para trabalhar numa fábrica de costura, onde permaneceu até aos 23 anos. Aos 35 anos mudou-se com a família para África do Sul, onde trabalhou como ajudante de parteira, cinco anos depois regressaram a Portugal e instalaram-se em Samora Correia. Foi institucionalizada após internamento devido a um AVC isquémico com hemiparesia sequelar direita. Para além do AVC, a utente apresenta síndrome demencial e sintomatologia depressiva.

A D. FC tem 87 anos, é viúva, tem dois filhos e é natural de Santiago do Cacém. Frequentou escolaridade até ao quinto ano do liceu e trabalhou como escrituraria. Foi institucionalizada em 2016 após um internamento devido a uma queda e em 2017 foi encaminhada para Psiquiatria devido a delírios de perseguição (morte). Foi medicada e compensada, teve alta em 2018 e mantém-se estável até ao momento. Para além das dificuldades de mobilidade, a utente apresenta sintomatologia depressiva.

A D. NV tem 88 anos, é viúva, tem uma filha e é natural de Cuba do Alentejo. Formou-se em Lisboa no curso de Magistério Primário mas nunca exerceu a sua profissão. Com diagnóstico de perturbação bipolar, a utente apresenta ainda síndrome demencial, sintomatologia depressiva e ansiosa.

### **Avaliação Inicial**

O processo de avaliação inicial do grupo e dos seus elementos baseou-se na observação das três primeiras sessões e na aplicação da EDG e MMSE. Tratava-se de um grupo no qual a presença de sintomas depressivos e ansiosos eram o principal ponto em comum.

Durante a avaliação inicial, as utentes demonstravam alguma ansiedade, resistência e falta de confiança face à experiência nova, adotando uma atitude mais passiva, de maior dependência da estagiária, para iniciarem atividades e para tomarem decisões em grupo (e.g., escolher a música que mais gostavam para executar). O grupo estava mais orientado para as tarefas e atividades musicais do que para os aspetos socio-emocionais, revelando uma grande preocupação e medo por não as conseguirem realizar com sucesso. O grupo não demonstrava abertura para a expressão emocional e quando a D. NV expressava estados de humor negativos, a D. EF reagia afirmando "*Isso não está na canção*", o que também reforça a ideia da necessidade de cumprir as tarefas adequadamente.

Os elementos do grupo demonstravam dificuldade em manter contacto ocular com os pares, em recordar nomes e em estabelecer interações verbais, privilegiando o contacto com a estagiária. Na música, o grupo tinha dificuldade em sincronizar rítmica e metricamente sobretudo em atividades de improvisação, uma vez que as utentes se desregulavam, paravam de tocar ou iniciavam uma canção. Contudo, o contexto de grupo facilitava a recuperação de letras, melodias de canções e a participação nas atividades de recriação, embora se observasse uma grande dificuldade em realizar atividades do início ao fim devido a transições repentinas de uma atividade/canção para outra.

Ao nível dos papéis, a D. EF destacava-se como líder e principal mobilizadora do grupo. Demonstrava maior facilidade em participar nas atividades e nas interações, incentivava a participação dos pares, tinha maior capacidade de iniciativa, evocava repertório familiar de forma espontânea, era impulsiva (e.g., não terminar canção e passar para outra), tinha dificuldade em estabelecer limites (e.g., aguardar a vez) e influenciava as normas do grupo (e.g., evitar expressão emocional; identificar uma tarefa "mal" desempenhada). A D. NV destacava-se pela carga emocional que trazia para as sessões, pelas suas competências

musicais e pela capacidade para recuperar letras e melodias de canções com o apoio da estagiária ou da D. EF. A D. FP era o elemento do grupo mais resistente, sobressaindo pela sua apatia, passividade, inibição, dificuldade em participar e interagir com o grupo. A D. FC tinha um papel neutro no grupo não sobressaía no seio do mesmo, embora demonstrasse alguma capacidade para participar e interagir musicalmente.

Das características da D. EF, destacava-se a sua impulsividade, a dificuldade em focar e manter a atenção (e.g., não cumprir instruções), a desorientação temporal, o comprometimento ao nível da memória a curto-prazo (e.g., não lembrar atividades de sessões anteriores), a dificuldade na expressão emocional e presença de alguma incoerência entre a comunicação verbal e não-verbal (e.g., falar de tristeza e rir). Escolhia instrumentos complexos para a sua condição física, bem como tocava e cantava em simultâneo, com dificuldades ao nível da regulação (tendência para acelerar e antecipar palavras) e afinação. No mesmo sentido, os resultados obtidos na EDG e MMSE indicaram a presença de depressão ligeira (19/30) e de défice cognitivo (18<22), respetivamente.

A D. NV revelava sintomas de ansiedade; instabilidade emocional oscilando entre tristeza/cansaço e raiva/irritabilidade; tendência para verborreia; desorientação temporal; dificuldades ao nível da evocação de memórias/canções e da memória a curto-prazo (e.g., não recordar atividades anteriores). Caracterizada por um bom sentido rítmico e melódico, a utente ficava ansiosa em atividades de improvisação, interrompendo-as. Tal como nas sessões, os resultados da EDG e MMSE revelaram a presença de depressão grave (26/30) e de défice cognitivo (26<27).

A D. FP apresentava uma grande inibição, ansiedade, apatia, lentificação psicomotora e, conseqüentemente, uma grande dificuldade em participar e na interação. Escolhia e tocava instrumentos mas tinha dificuldade em auto-regular-se e manter sintonia com o grupo,

cantando apenas na "*Canção do Olá*" de forma muito inibida (e.g., não preenchia a sua estrofe, voz monocórdica, volume baixo). No mesmo sentido, os resultados da EDG revelaram a presença de depressão grave (21/30). Os resultados do MMSE demonstraram que a D. FP não apresentava déficit cognitivo (28>22) algo que não foi possível observar nas sessões devido à sua inibição.

A D. FC demonstrava alguma inibição, ansiedade e insegurança, preocupando-se muito com as suas competências na execução das tarefas. Recordava canções familiares pela melodia ou partes da letra, tocava e cantava em simultâneo de forma dessincronizada e com dificuldade em auto-regular-se (e.g., acelerava e aumentava intensidade do instrumento, bem como cantava baixo e fora do tempo). Os dados obtidos na EDG e MMSE vão ao encontro das observações, revelando a presença de depressão ligeira (12/30) e ausência de déficit cognitivo (29>22).

### **Plano Terapêutico**

Com base nas informações obtidas na avaliação inicial, o plano terapêutico do grupo centrou-se na redução do isolamento social dos seus membros, na promoção da expressão e gestão de afetos, bem como na estimulação e recuperação de memórias, tal como se pode constatar na *Tabela 4*.

Tabela 4 - *Plano Terapêutico da Grupo*

Problema nº1: Isolamento social		
Objetivo: Promover interações sociais		
Sub-objetivos:		
Aumentar interações no grupo	Aumentar capacidade para iniciar interações no grupo	Aumentar sentimentos de pertença no grupo
Problema nº2: Dificuldades ao nível da expressão e gestão afetos		
Objetivo: Promover expressão e gestão de afetos em contexto de grupo		
Sub-objetivos:		
Exteriorizar diferentes estados afetivos	Expressar estados afetivos de forma coerente	Partilhar acontecimentos de vida emocionalmente significativos
Problema 3: Dificuldades de atenção e memória		
Objetivo: Estimular a atenção e memória		
Sub-objetivos:		
Aumentar tempo de permanência numa atividade	Aumentar capacidade para evocar canções familiares	Cantar canções familiares do início ao fim

### Intervenção e Progresso Terapêutico

A fase de intervenção com o grupo decorreu ao longo de dezassete sessões de sessenta minutos, de uma periodicidade semanal. Tendo em conta as fases de desenvolvimento do grupo propostas por Ruten e Stone (2000), a intervenção foi dividida em três fases.

**Fase 1: Entre a fase formativa e a fase reativa/diferenciação.** Durante as primeiras cinco sessões de intervenção, a estagiária procurou envolver o grupo num ambiente seguro e de confiança que facilitasse a participação e a interação. O seu papel assentava ainda na implementação e estruturação das tarefas, mediação das relações no grupo, estabelecimento de limites na interação e integração de todos os elementos no grupo, sem que isso impedisse tanto a dinâmica como o desenvolvimento do mesmo. As sessões tinham um formato semi-estruturado, iniciavam-se com a "*Canção do Olá*" e, posteriormente, eram desenvolvidas atividades de improvisação e recriação de canções familiares em função da dinâmica do grupo. Eram utilizados instrumentos de percussão: *Orff*, *boomwhackers*, xilofone, jambé e guitarra.

Embora ainda estivessem muito dependentes da estagiária e se observasse insegurança na realização das tarefas, o grupo começava a ser mais produtivo, a participar com menos

resistência, maior confiança e capacidade de iniciativa. Verificava-se uma maior capacidade para interagir espontaneamente não só com a estagiária e com os pares como também algumas tentativas de experimentação de novos papéis. Notava-se ainda que os membros do grupo se começavam a conhecer melhor, a reagir às características dos outros, gerando, por vezes, algum clima de tensão.

A "*Canção do Olá*" tinha um grande impacto na dinâmica do grupo. A D. EF e a D. FC cumprimentavam o grupo em simultâneo com a estagiária. A D. EF começava a reagir à forma como a D. NV intervinha na canção, uma vez que esta não respondia ou começava a cantar e seguia para manifestações verbais de tristeza com acontecimentos na instituição. Em consequência, a D. EF questionava-a (e.g., "*Então D. NV, não diz como se sente hoje?*"), ria-se ou cantava na vez da D. NV, cumprimentando-se a si própria. Nestas situações, a estagiária continha, validava o silêncio como resposta ou resumia sentimentos expressos verbalmente pela D. NV e encaminhava-a rapidamente para a música e só em seguida cumprimentava a D. EF.

Em contrapartida, a D. NV também começava a reagir à falta de limites da D. EF. Por exemplo, na quarta sessão, após a D. NV ter cumprimentado os membros do grupo com alguma agressividade, em particular a D. FP ("*A D. FP não ri, não diz nada, não gosta de sorrir, não há nada a fazer*"), a D. EF interrompeu-a para dizer que gostava de estar com a D. FP. Sensível à sua intervenção, a D. NV questionou-a "*É a sua vez de falar agora?*". Apesar disso, também já se tinha observado alguma reatividade por parte da D. EF em relação à postura da D. FP (e.g., "*A D. FP não diz nada? (...) Está a tocar mas não está a cantar*"; "*Olá D. FP a ver se esboça um risinho, a ver se fica contente, e a gente contente também, porque assim não dá nada, assim com essa cara, parece que Deus não ajuda*").

Em atividades de improvisação, embora se verificasse uma tendência para acelerar ou para a desregulação, o grupo estava mais atento, com maior capacidade para se adaptar a variações, foi aumentando o tempo de permanência na atividade e em sintonia na relação musical. Contudo, estas atividades acabavam por ser interrompidas pela D. NV, que se destacava pela sua dificuldade em atividades pouco estruturadas.

As atividades de recriação tinham efeitos significativos ao nível do humor, da cooperação e coesão grupal, experimentação de papéis, espontaneidade, capacidade de iniciativa e memória. Para além das sugestões de canções da estagiária através de pistas melódicas ou harmónicas e das evocações espontâneas da D. EF, a D. FC começava a ter um papel mais ativo, sugerindo uma grande variedade de canções através do título ou partes da letra. A D. EF e a D. NV eram essenciais na execução das canções uma vez que recuperavam facilmente as letras e melodias. No entanto, ainda se observava alguma tendência para iniciar canções sem a anterior ter terminado.

Na terceira sessão, após a D. FP ter sugerido o "*Malhão*", o grupo executou a canção de forma mais hesitante e num volume mais baixo, identificando-se com as características da utente. Na mesma sessão, a D. NV solicitou apoio ao grupo para recordar uma canção da Amália Rodrigues. Observava-se, portanto, que o grupo estava mais ligado e cooperante. Essa relação potenciou-se significativamente na execução da canção "*Fado da Despedida*" do Frei Hermano da Câmara, sugerida pela D. FC.

Na recriação de canções, os papéis no grupo começavam a diferenciar-se, embora a D. EF continuasse a sobressair pelas características já reveladas na fase de avaliação e por procurar frequentemente um lugar de solista, começando frequentemente a cantar quando o grupo terminava. A D. FC começava a destacar-se pela grande variedade de repertório sugerido, por adotar papéis de solista e por se impor no grupo através do aumento do volume



do instrumento. A D. NV, pelas suas competências musicais e pela facilidade em recordar letras e melodias de canções, participava na maior parte das canções e também adotava papéis de solista. A D. FP, ainda muito inibida, tornava-se mais presente no grupo com o apoio da estagiária, sugeriu duas canções espontaneamente e sobressaiu como solista no instrumento em algumas canções. No entanto, apesar de começar a cantar as duas canções espontaneamente, a utente parava de cantar assim que o grupo também cantava.

Na quarta sessão, a D. EF recordou e partilhou uma canção que a filha lhe cantava com quatro anos mas não desenvolveu o tema da sua relação com ela. A partilha de acontecimentos de vida emocionalmente significativos e a expressão emocional eram os aspetos onde se observava maior resistência no grupo. Quando a D. NV falava de raiva ou tristeza em relação às mudanças no lar e na sua vida, o grupo não intervinha ou a D. EF tentava evitar essa temática. Por exemplo, após a D. EF ter cantado espontaneamente - "*Quem canta seus males espanta, quem chora seu mal aumenta, eu canto para espalhar, uma dor que me atormenta*" -, a D. NV referiu sentir-se triste. O grupo adaptou-se ao estado afetivo e tocou num volume mais baixo, à exceção da D. EF que começou a tocar mais alto e iniciou outra atividade.

Ainda assim, no final da quarta sessão, a D. FC expressou que se sentia triste porque sentia que tinha feito tudo pelos filhos, que eles a visitavam pouco e que gostava que a visitassem mais. Apesar de triste, o conteúdo e a tonalidade afetiva do discurso denotavam alguma zanga e sentimentos de injustiça.

**Fase 2: Da reatividade/diferenciação ao trabalho (6<sup>a</sup> à 13<sup>a</sup> sessão).** Entre a sexta e a décima terceira sessão, a estagiária privilegiou o aumento do foco de atenção e a estimulação da expressão emocional. Para tal, introduziu a improvisação temática, interpretação de canções e criou um "livro de canções" com repertório familiar sugerido pelas

utentes ou pela própria. Este último tinha como função facilitar a participação, aumentar o sentimento de realização, reduzir a impulsividade, aumentar o tempo de permanência na atividade e promover tanto oportunidades de escolha como de tomada de decisão em grupo.

Durante as três primeiras sessões da segunda fase de intervenção, a D. EF não esteve presente. Embora o grupo não demonstrasse expressamente a falta da utente, o tema da "falta" surgia, sobretudo por parte da D. NV (e.g., "*são pouquinhas e nota-se na garganta*"; "*esperava mais vozes, mais barulho*"). Inicialmente, o grupo demonstrava mais dificuldade em participar nas atividades e na interação, tendia a ficar mais inseguro (e.g., cantar mais baixo; não cantar) e menos produtivo, necessitando de maior apoio da estagiária. Progressivamente, verificavam-se transformações nos membros e dinâmica do grupo.

A D. FP estava menos inibida, sugeriu e cantou com mais confiança as duas primeiras frases das canções "*As pombinhas da Catrina*" e "*Teus olhos castanhos*" e continuou a cantar partes das canções com o grupo, num volume baixo. A utente estava mais reativa pelo que se observava alguma tensão entre ela e a D. NV. Por exemplo, quando a D. NV afirmou "*A D. FP dorme bastante (...) a gente passa lá e está sempre a dormir*", trocaram algumas verbalizações até que a D. FP respondeu com alguma agressividade "*Não estou a dormir não. Nem pense com a sua cabecinha porque eu não estou a dormir*". A estagiária interrompeu a interação remetendo o grupo para a música e começou uma improvisação sobre o sono e o cansaço, nas quais todas participaram com os instrumentos e a D. FC acrescentou letra - "*Os olhos querem fechar-se. Estamos cansadas, desesperadas*". Quando a estagiária ativou o grupo, acelerando o andamento e aumentando a intensidade, o grupo adaptou-se e manteve-se em sintonia na relação musical.

A D. FC, que no início da segunda fase estava mais inibida e revelava dificuldade em cantar em simultâneo com a D. NV, começava a ter um papel ativo nas atividades, era

praticamente a única utente a sugerir canções, gerando, por vezes, alguma inibição na D. FP e D. NV.

Quando a estagiária perguntou ao grupo se sentiam falta de alguém numa sessão, a D. FC verbalizou *"Não sinto falta de ninguém e sinto falta de tudo. Sou um peso morto para a sociedade (ri-se). Não sou a pessoa que eu era. Chegamos a esta idade e avaliamos o que tínhamos. Se pudesse voltar atrás não tinha sido tão parva como fui (?) Ajudava toda a gente (?) Sim, esperava ter mais. Esperava ter mais carinho e não tenho, mas vou vivendo"*. Em seguida, a utente remeteu o tema para as competências musicais e verbalizou *"o tempo passou e estragou. Muitas vezes canto para dentro e canto bem pra fora a garganta apaga-se, fica xoxa"* e a D. NV identificou-se com a temática e acrescentou *"Tenho pena de não ter a voz que tinha. A falta de memória, datas, revolta-me não me lembrar. Quero dizer um nome e não me lembro"*. Face às expressões das utentes, a estagiária sugeriu que tocassem o que sentiam. O grupo uniu-se e entrou em relação musical, tocando num andamento lento e suave, enquanto a estagiária acompanhava com a guitarra. No final da improvisação, todas as utentes concordaram que estavam a tocar sobre o tema "tristeza". Quando a estagiária questionou para onde gostariam de ir, escolheram "alegria", improvisaram em sintonia e de forma coerente. Exploraram ainda os temas "zanga", "calma", "sono" e "tiroteio", mantendo-se em sintonia e em coerência entre o tema e a produção musical.

A D. NV começava a ter mais facilidade em participar em atividades pouco estruturadas, chegando a iniciar uma improvisação e aumentando o tempo de permanência na atividade. Para além disso, a utente evocou pela primeira vez uma canção familiar de forma espontânea - *"Nem às paredes confesso"* - e solou a canção.

A partir da nona sessão, a D. EF voltou a estar presente nas sessões. Na nona e décima sessões observava-se um padrão de interação e dinâmica do grupo semelhantes aos da

primeira fase de intervenção. A D. EF assumia o papel de destaque, o grupo estava mais ligado em atividades de recriação de canções, verificava-se menos capacidade para executar canções do início ao fim. Em atividades de expressão emocional, o grupo estava mais resistente, mais dessincronizado, não seguia instruções ou iniciava uma canção espontaneamente.

Na décima segunda sessão, após a morte da companheira de quarto da D. EF, esta estava mais abatida e menos participativa e, na sua "ausência", a D. FC assumiu um papel de destaque. Cantou e tocou espontaneamente uma canção da sua infância a solo duas vezes (Marcha de Carnaval - "*Pirata da Perna de Pau*"), demonstrando dificuldade em tocar e cantar em simultâneo. Pela primeira vez, a D. FP completou a sua estrofe da "*Canção do Olá*", aumentando significativamente o volume da voz, a articulação e diversificação do conteúdo.

O grupo apenas estava disponível para improvisar sobre o tema "alegria", atividade onde mantinham sintonia e expressavam estados de humor positivos (e.g., sorrir para os pares). Ainda assim, quando grupo escolheu em conjunto e executou a canção "*Fado da Despedida*" do Frei Hermano da Câmara com o apoio do "livro de canções", a estagiária sugeriu que interpretassem a canção, da qual surgiu o tema "saudade". Nesta temática, a D. EF sobressaiu expressando que tinha saudades "*De quando era pequenina (...) porque estava no colégio. Tenho saudades porque brincávamos no recreio. Era feliz. Não tenho mais nenhum assim*".

Contudo, a D. NV começava a reagir à dificuldade da D. EF para permanecer em atividades de expressão de afetos negativos. Numa sessão em que a estagiária sugeriu à D. NV que tocasse a sua tristeza na música, esta começou por demonstrar ansiedade e em seguida atrasou o andamento instalando-se na tristeza. No entanto, a D. EF, aumentou

significativamente a intensidade do instrumento e a D. NV afirmou "*Assim não é estar triste*" e ao retomar a improvisação, a D. EF voltou a repetir o comportamento. Uma vez que a D. EF já tinha demonstrado várias vezes o seu desconforto em abordar afetos negativos, a estagiária acompanhou-a e perguntou ao grupo para que sentimento queriam caminhar e a D. EF escolheu novamente "alegria" e o grupo adaptou-se. Durante as sessões a D. EF cantava com frequência "*Quem canta seus males espanta (...)*" mas o tema não era desenvolvido.

No final da segunda fase, a D. NV recordou espontaneamente a letra quase completa de uma canção familiar - "*Alcobaça*" -, que nunca tinha sido executada no grupo e a D. EF também cantou.

**Fase 3: Do trabalho ao término.** Nesta fase, a qual decorreu entre a décima quarta e a décima sétima sessão, para além da estagiária ter começado a preparar o grupo para o término da intervenção, estimulou e apoiou o grupo na construção de uma canção (Apêndice D) com o intuito de promover sentimentos de pertença e a coesão do grupo, sem descurar a identidade individual.

Na décima quarta sessão, a D. EF criou uma estrutura de canção (valsa, 1ºM e 5ºM), improvisou a primeira quadra da canção e o grupo acompanhou-a com os instrumentos. Uma vez que a ideia tinha sido bem recebida, a estagiária perguntou como é que a canção poderia continuar e, na ausência de ideias, acrescentou a quadra que a D. EF cantava em muitas sessões anteriores. Mais tarde, com a repetição da canção, a D. FC criou espontaneamente a terceira quadra. No início da sua construção, a D. NV, embora tocasse e cantasse, não demonstrava grande ligação à canção e a D. FP estava praticamente sempre desligada do grupo, não participava ou participava apenas pontualmente na execução da canção. Ao mesmo tempo que deixava de participar, observava-se dentro e fora das sessões que a D. FP estava mais descompensada psicologicamente.

Na sessão seguinte, a D. NV manifestou interesse pela canção verbalizando "*Pela letra já estou a ver que gosto*". Uma vez que a utente ainda não tinha contribuído para a construção da canção, a estagiária apoiou-a nessa tarefa. Após ter demonstrado novamente zanga e tristeza com o lar - "*(...) antes era uma maravilha (...) eram compreensivos, simpáticos, faziam festinhas*" - tema recorrente nas sessões, a estagiária transformou as suas verbalizações nas duas primeiras frases da sua quadra. A D. EF e a D. FC também participaram dando sugestões para completar a quadro e a D. NV envolveu-se no processo confirmando ou recusando ideias sugeridas. Concluída a quarta quadra da canção, a D. EF verbalizou "*Parabéns! É uma grande escritora*" e a D. NV sorriu.

De forma a envolver o grupo, criar oportunidades de escolha e tomada de decisão, promover sentimentos de pertença e coesão, a estagiária sugeriu que escolhessem o papel que gostavam de ter na canção. A D. FP escolheu tocar instrumento e os restantes elementos escolheram cantar. A D. FP, embora ainda pouco ligada ao grupo, começava a participar mais e acabava por se destacar como solista no instrumento. No entanto, faltava ainda escolher um título para a canção e, uma vez que a D. FP ainda não tinha introduzido nenhuma ideia, a estagiária pediu que o criasse. Na sessão seguinte, a utente denominou-a de "*Ser Alegre*", tendo o grupo concordado e aceite.

Ao longo das sessões, as utentes não recordavam as autoras das estrofes nem a melodia da canção. Porém, na última sessão, a D. EF e a D. FC identificaram a autoria das quadras e a D. NV, de forma hesitante, verbalizou "*Terei sido eu?*". No final da sessão, a estagiária pediu a opinião do grupo em relação à canção "*Ser Alegre*" e as respostas foram: D. FC - "*Falta a gente saber cantar*"; D. FP - "*É alegre*"; D. NV - "*Acho que isto está tudo certo porque é assim a vida*"; D. EF - "*Acho que é bonita e que a devemos cantar para ficar mais alegres (...) no fim a canção dá-me tristeza (?) Não quero mudar nada. Está bem assim!*".

Tal como se observava no processo de construção da canção, à exceção da D. FP, as utentes estavam mais cooperantes entre si e começavam a identificar-se umas com as outras, apoiando-se mutuamente quando era expresso algum desconforto emocional ou de saúde e procurando escolher canções que o grupo conhecesse. Para além disso, a D. EF continuava a incentivar a participação e integração da D. FP.

Durante esta fase, constatava-se menor impulsividade no grupo, maior capacidade de atenção e para permanecer numa atividade tanto estruturada como não estruturada, como também que o grupo estava mais ligado em improvisações sobre "alegria".

Embora a D. EF tenha reconhecido e aceite improvisar sobre tristeza após a D. FC ter contado histórias sobre o 25 de Abril, esta verbalizou *"É para ser alegre que tristeza já a gente tem"*. Na décima sexta sessão, a D. EF expressou a sua relação com a tristeza na *"Canção do Olá"* ao cantar *"Hoje sinto-me alegre, mesmo que esteja triste por dentro, não gosto de mostrar tristezas a ninguém, por isso estou sempre alegre e bem disposta, prefiro ficar com a tristeza só para mim"*.

### **Discussão e Conclusão do Estudo de Caso**

Com base na avaliação final, verificou-se um progresso em todos os objetivos terapêuticos, ainda que nem todos de forma significativa.

No que respeita às interações sociais, embora a participação e dinâmica do grupo ainda dependesse muito da estagiária, observou-se um aumento significativo das interações entre os membros do grupo, da sincronia na relação musical e da capacidade para iniciar interações, nas quais se constatava um aumento da coesão do grupo, da empatia, cooperação e identificação entre os pares, bem como maior capacidade para sugerir atividades. Apesar da D. FP se ter desintegrado do grupo, o grupo ainda reconhecia e estimulava tanto a sua presença como participação e, no final da intervenção, a utente começou a integrar-se

ligeiramente através da construção da canção. Ainda assim, continuava a ser necessário desenvolver sentimentos de pertença. De acordo com a literatura, a MT promove a participação e iniciativa e tem efeitos na redução do isolamento, no aumento das interações no grupo, comunicação e desenvolvimento de competências sociais, tais como cooperação, empatia, reciprocidade e tolerância à frustração (Bruscia, 2014; McDermott *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015).

Quanto à expressão e gestão de afetos, o grupo foi desenvolvendo capacidades para exteriorizar diferentes estados afetivos e outros estados internos (e.g., alegria, tristeza, cansaço), tal como para aumentar a coerência entre estados afetivos expressos e a produção musical. Embora o grupo tenha demonstrado uma grande resistência em abordar afetos negativos, a canção "*Ser alegre*" permitiu integrar afetos positivos e negativos numa melodia alegre e tolerável para todos os membros do grupo. A partilha de acontecimentos de vida emocionalmente significativos foi o objetivo onde se verificou um progresso mais reduzido. Neste âmbito, a MT tem revelado efeitos positivos na expressão e regulação emocional, na própria consciência emocional e na partilha de experiências e acontecimentos significativos (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; Mathew *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2015).

Em relação à atenção e memória, o grupo aumentou o tempo de permanência nas atividades estruturadas e não estruturadas, verificou-se conjuntamente um progresso da capacidade para permanecerem durante mais tempo nas atividades, uma redução da impulsividade e uma amplificação significativa das canções executadas do início ao fim. O aumento da estruturação das atividades (e.g., improvisação temática; "livro de canções"), a construção da canção do grupo e a execução de canções relevantes para todos os membros do grupo contribuíram largamente para a redução da impulsividade e aumento da capacidade atencional. Observou-se ainda um aumento da capacidade para evocar canções familiares de



forma espontânea em todos os membros do grupo e para executá-las do início ao fim sem apoio de letras. Para além do que foi referido anteriormente, a MT facilita o foco e manutenção da atenção, promove a participação e envolvimento ativo, facilita o canto de canções e promove a recuperação de letras de canções e memórias autobiográficas (Ahessy, 2017; Bruscia, 2014; McDermott *et al.*, 2014; Raglio *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2017).

Do ponto de vista quantitativo, apesar de se terem verificado algumas diferenças nos resultados obtidos na EDG e MMSE entre a fase de avaliação inicial e final, não foi possível encontrar uma relação direta entre essas alterações e a intervenção, pelo que esses dados não foram considerados. Ainda assim, o facto da D. FP ter aumentado a sintomatologia depressiva e diminuído o grau de funcionamento cognitivo, reforça a ideia de que a utente estava mais desorganizada psicologicamente e, conseqüentemente, com maior dificuldade na participação e interação (Apêndice E).

Durante a intervenção, a estagiária procurou estar atenta ao progresso e dinâmica do grupo; promover um ambiente de confiança que facilitasse a abertura e segurança dos elementos do grupo; estimular a interação e a participação; definir os objetivos; estimular o desenvolvimento e coesão do grupo (Guerra & Lima, 2005; Minicucci, 1987; cit. por Guerra & Lima, 2005). Embora a estagiária se tenha empenhado em promover interações focando aspetos socio-emocionais e relacionados com as tarefas, o grupo manteve-se muito dependente tanto ao nível da participação como interação e estava mais orientado para as tarefas, levando frequentemente a estagiária a orientar a sua liderança nesse sentido (Brown, 1997 cit. por Guerra & Lima, 2005; Ruten & Stone, 2000).

A D. EF emergiu espontaneamente como a principal líder e mobilizadora do grupo. A utente facilitava e incentivava a participação e interação, promovia um clima positivo,

contribuía para um aumento da produtividade do grupo e estabelecia algumas normas (e.g., evitar expressão emocional) (Guerra & Lima, 2005).

Ao longo do processo terapêutico, o grupo passou por diversas fases de desenvolvimento. Na primeira fase, as utentes começaram a identificar e a reagir às características dos pares, levando por vezes a alguma tensão no grupo. Estavam orientadas para as tarefas e demonstraram uma grande resistência na expressão emocional. Ainda assim, no final desta fase, alguns membros do grupo introduziram conteúdo emocional. De acordo com Ruten e Stone (2000), numa fase inicial, os membros do grupo procuram compreender o funcionamento do grupo, os papéis a desempenhar e as tarefas a realizar. Trata-se de uma fase de construção da confiança e em que o grupo ainda não está preparado para abordar questões íntimas uma vez que ainda não existe coesão do mesmo. Numa fase posterior, inicia-se um processo de diferenciação no qual as diferenças e semelhanças entre os membros se tornam mais evidentes, aspeto fundamental para a construção de uma identidade grupal sólida (Ruten & Stone, 2000).

Na segunda fase de intervenção, a ausência de um membro do grupo levou os restantes elementos a testarem as normas e papéis do grupo. Surgiram novas tensões, novos líderes e verificou-se uma maior abertura para a expressão emocional. Com o regresso do elemento em falta, o grupo regrediu a uma fase inicial de desenvolvimento e posteriormente retomou um processo de diferenciação, entrando ainda numa fase de trabalho.

Na terceira fase, o grupo iniciou uma fase de trabalho, começou a passar do "eu" ao "nós" e observou-se uma maior coesão, aumento da identificação, empatia e cooperação entre pares. O grupo demonstrou maior abertura para a expressão emocional, ainda que de forma pouco aprofundada (Guerra & Lima, 2005; Ruten & Stone, 2000). A atividade que mais contribuiu para estes resultados foi a construção da canção do grupo. Segundo Ahessy

(2017), a construção de canções com idosos promove a expressão emocional, funcionamento cognitivo, comunicação e interações sociais.

Na medida em que a MT é uma intervenção de longa duração, para que o grupo se desenvolvesse de forma mais aprofundada, seria necessário aumentar a duração da intervenção. Ainda assim, pelas características das utentes, esse aprofundamento poderia não ser possível. Para além disso, seria benéfico realizar uma intervenção individual com a D. FP no sentido de a preparar individualmente para a integração no grupo.

Em suma, a intervenção em MT em contexto de grupo, baseada essencialmente em métodos ativos, teve efeitos positivos na redução do isolamento social e promoção de interações e competências sociais; expressão e gestão de afetos; e na capacidade atencional e mnésica. Para além da relação terapêutica, relação entre pares, a dinâmica do grupo e os papéis dos seus elementos, o aumento da estruturação das atividades e a utilização de canções familiares para o grupo facilitaram a participação, o envolvimento e a redução da ansiedade. Embora as atividades desenvolvidas tenham revelado efeitos em diversos aspetos, a improvisação temática parece ter contribuído para a expressão de afetos; a recriação teve um impacto elevado na participação, atenção, memória, cooperação, empatia e coesão do grupo; e escrita de canção promoveu a expressão de afetos, interações no grupo, coesão do grupo e competências sociais.



## Outras Intervenções Clínicas

### D. AO

A D. AO, de 88 anos, é solteira e é natural de Braga. Viveu em Lisboa com uma irmã gémea e trabalhou na função pública. Foi institucionalizada em 2015 devido ao agravamento da DA. A utente foi encaminhada para MT devido a alterações no funcionamento cognitivo, falta de ocupação e de estimulação.

Da avaliação inicial, salienta-se a disponibilidade da utente para participar e para a interação, presença de sintomas de ansiedade, alterações do funcionamento cognitivo (orientação espaço-temporal, atenção e memória) e comunicação verbal diminuída e estereotipada. Na música, tocava instrumentos de forma estereotipada mas com tendência para acelerar e aumentar a intensidade, alterava a função do instrumento (e.g., usar tambor como chapéu) e cantava desafinada em simultâneo e/ou em resposta à estagiária em improvisações, chamadas ou jogos de pergunta-resposta. Mostrava alguma capacidade para iniciar atividades de forma espontânea, contudo, estas tinham uma duração reduzida e eram intercaladas com estereotípias verbais e rítmicas. Em atividades de recreação, não cantava e a distração tendia a aumentar.

A intervenção com a D. AO decorreu ao longo de catorze sessões e focou-se em acertar rítmica e metricamente os comportamentos estereotipados; reduzir estereotípias verbais e rítmicas; aumentar produções verbais e musicais não estereotipadas; reduzir distração e aumentar foco de atenção; estimular a recuperação e execução de canções familiares.

Na fase de avaliação final, observou-se uma diminuição das estereotípias verbais e um aumento das verbalizações não estereotipadas, geralmente longas e sem sentido; um aumento da capacidade para permanecer atenta e em sintonia quando a estagiária espelhava e integrava

as estereotípias verbais e rítmicas nas atividades musicais, apesar de manter uma tendência para acelerar e aumentar a intensidade do instrumento; recordou e cantou partes de letras ou preencheu espaços em branco de nove canções familiares, aumentando progressivamente a atenção na atividade; demonstrou uma redução significativa nos comportamentos estereotipados; aumentou a capacidade de atenção em atividades de canto dirigido e em atividades onde a estagiária e a utente usaram em simultâneo o *ocean drum*. Para além disso, a D. AO mostrou um aumento significativo de estados de humor positivos e manifestou prazer pelas sessões e pela relação com a estagiária (e.g., "*Gosto muito de estar aqui (...) A senhora tem cara de quem gosta de nós (...) Obrigada*" e deu um beijo à estagiária).

#### **D. FC**

A D. FC, de 88 anos, é viúva e tem três filhos. É natural de Setúbal, viveu em Cascais com o marido e filhos. Após o nascimento do terceiro filho a família mudou-se para Queluz. Foi doméstica e fazia voluntariado na Paróquia da Freguesia e num Hospital da região. Estudou piano e tinha particular interesse por música francesa, italiana, clássica e popular. Em 2011, devido ao agravamento da DA, a família optou pela sua institucionalização. Foi encaminhada para MT devido a alterações no funcionamento cognitivo, falta de ocupação e de estimulação.

Na avaliação inicial, a D. FC mostrava-se indisponível para a sessão e para a interação, baixa responsividade, uma atitude de grande resistência, não estabelecia contacto ocular e retirava-se da relação fechando os olhos, apresentava agitação e sintomas de ansiedade. Revelava uma expressão de apatia e uma comunicação verbal muito reduzida utilizando algumas vezes verbalizações sem sentido e numa cadência acelerada. Apresentava uma baixa motricidade grossa e fina e, conseqüentemente, uma dificuldade elevada no manuseamento dos instrumentos.

A intervenção com a D. FC decorreu ao longo de dez sessões e teve como principais objetivos trabalhar estados de vigília e abertura a estímulos externos, diminuir a resistência, estimular tanto a participação como a interação e diminuir agitação e sintomas ansiosos.

Na primeira sessão de intervenção a D. FC alterou significativamente o seu comportamento. Mostrou disponibilidade para participar e para a interação, bem como maior responsividade; esteve menos ansiosa e agitada; respondeu verbalmente a questões simples; cantou afinada e em sintonia com a estagiária em resposta a perguntas musicais (e.g., "*como está?*"); iniciou interação (e.g., FC - "*tudo bom?*") e por vezes manteve-se num diálogo musical; e tentou tocar o *stickshaker* inclinando-se para a frente e esticando o braço na direção da estagiária.

Contudo, a partir da segunda sessão de intervenção, a utente mostrou-se novamente pouco responsiva, pouco disponível para a sessão e relação, demonstrou cansaço e resistência, teve períodos de maior agitação e ansiedade (e.g., discurso muito acelerado e incoerente) e, por vezes, reagiu negativamente ao contacto da estagiária (e.g., retirar bruscamente a mão da estagiária quando esta a apoiava para tocar o instrumento). Desse modo, durante esse período, o canto dirigido teve um efeito calmante e contribuiu para a redução da ansiedade e da agitação, levando, por vezes, a que a utente adormecesse.

#### **D. MA**

A D. MA, de 85 anos, é solteira e é a irmã mais nova de uma fratria de quatro irmãos. Nasceu e viveu no concelho de Torres Novas, tendo trabalhado no campo desde os 5 anos. Aos 30 anos veio para Lisboa para trabalhar no aeroporto, inicialmente na lavandaria e posteriormente no departamento de costura. Aos 40 anos iniciou um curso de dactilografia e trabalhou como dactilógrafa até aos 50 anos, altura em que se reformou devido a um acidente de trabalho. Em 2015, após um acidente em casa, a utente percebeu que não podia viver

sozinha e optou pela institucionalização na CNSV. Do ponto de vista clínico, apresenta síndrome demencial, depressão, ansiedade e foi acompanhada em psiquiatria devido a crises conversivas.

O pedido para iniciar uma intervenção em MT surgiu espontaneamente por parte da D. MA. Na fase de avaliação inicial, a utente apresentava um discurso tanto elaborado como organizado caracterizado por uma voz monocórdica e de volume baixo, uma expressividade facial reduzida, sintomatologia ansiosa e uma postura rígida e muito direita. Evitava expressar sentimentos, e revelava uma incoerência entre as produções verbais e musicais. Demonstrava preferência pelo tambor e tocava instrumento espontaneamente, mas demonstrava baixa capacidade de regulação e para permanecer em sintonia com a interação musical. Observava-se uma tendência para acelerar, aumentar intensidade, não respeitar respirações e não parar no final da atividade. Este comportamento acentuava-se quando tentava cantar, demonstrando alguma resistência em fazê-lo. Cantava num volume muito baixo, com pouco sentido melódico e com uma grande tendência para antecipar. Revelava ainda uma grande dificuldade em evocar canções familiares e demonstrava claramente a sua preocupação com as perdas de memória.

A intervenção com a D. MA decorreu ao longo de doze sessões e teve como principais objetivos a redução da ansiedade; aumentar a capacidade de auto-regulação; promover a expressão emocional e a coerência entre produções verbais e musicais; e estimular a memória. No final da intervenção, a utente demonstrou uma diminuição significativa dos sintomas de ansiedade, aumentou a capacidade de auto-regulação e para permanecer em sintonia nas interações musicais. Embora tenha diminuído a resistência para cantar, a utente ainda demonstrava dificuldade em tocar e cantar em simultâneo. A utente expressou acontecimentos de vida significativos e descreveu a dinâmica familiar na infância



mas demonstrou pouca ressonância afetiva, apesar do conteúdo latente. Na música, observou-se um aumento na capacidade para reconhecer e expressar tanto emoções como estados internos de forma coerente e com baixos níveis de ansiedade. No que respeita à memória, a D. MA cantou partes de canções familiares, preencheu espaços em branco e, para além dos nomes de cantores, evocou algumas canções familiares, iniciando-as espontaneamente.



## Conclusões

O envelhecimento e, em particular, o processo de institucionalização, acarretam múltiplas transformações e perdas físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, tais como perda de autonomia; diminuição da capacidade mnésica e atencional; perda de identidade; diminuição das expectativas em relação ao futuro; aumento da passividade; diminuição da autoestima e aumento de afetos negativos; desenraizamento; redução da atividade e ocupação; e isolamento social. Para além disso, há um risco acrescido para o desenvolvimento de patologias como a depressão, ansiedade e demência (Bastos *et al.*, 2015; Fonseca, 2014; Neri, 2013).

A literatura tem demonstrado que para um envelhecimento bem-sucedido, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos idosos, são necessárias estratégias que promovam a saúde física, estimulação do funcionamento cognitivo, regulação emocional, participação e integração social (Fonseca, 2014; Miguel, 2014), áreas em que a música e a MT se têm revelado muito eficazes (Ahessy, 2017; Silva *et al.*, 2015; Wigram *et al.*, 2002). Para além disso, segundo McDermott *et al.*(2014), a música constitui-se como um dos poucos mediadores em todos os estádios da demência a que os indivíduos respondem imediatamente. Dessa forma, o estágio realizado no Lar CNSV teve como principal objetivo a implementação de sessões de MT individuais e de grupo com utentes com síndrome demencial, depressão e/ou ansiedade, no sentido de promover a participação e ocupação; a relação e interações sociais; a expressão e regulação emocional; e a estimulação cognitiva.

Quer em contexto individual quer em grupo, na maioria dos casos, as intervenções realizadas demonstraram um efeito positivo ao nível da atenção, memória, relações e interações sociais, agitação, comunicação, humor, expressão e regulação emocional. Dessa forma, verificou-se uma melhoria nos sintomas relacionados com o síndrome demencial,

depressão e ansiedade e uma redução do isolamento. Estes resultados vão ao encontro da literatura, segundo a qual a MT com idosos com demência motiva o envolvimento ativo; promove a participação, intencionalidade e iniciativa; facilita a criação e manutenção de relações e interações positivas com o terapeuta e com os pares; promove a expressão e gestão emocional; tem efeitos positivos na redução da agitação, ansiedade e depressão; melhora a capacidade atencional e mnésica (Ahessy, 2017; Hsu *et al.*, 2015; Mathew *et al.*, 2017; McDermott *et al.*, 2014; Raglio *et al.*, 2014; Zhang *et al.*, 2017; Zhao, Bo & Chi, 2016).

A relação terapêutica e a escolha adequada das atividades musicais foram fundamentais para o progresso terapêutico (Bruscia, 2014; Wheeler *et al.*, 2005). De forma geral, as utentes manifestaram prazer pela música, pelas atividades e pela relação e interação. Em contexto individual, as atividades de música e movimento, os jogos musicais e a improvisação foram as atividades onde se verificaram mais manifestações de prazer. Em situações de demência mais avançada, a escuta musical e o canto dirigido revelaram efeitos positivos ao nível da atenção, relaxamento e redução da ansiedade. No grupo, observou-se uma maior preferência por atividades de recriação e pela improvisação sobre o tema "alegria". As utentes valorizaram e gostaram de estar nas sessões porque estavam ocupadas, acompanhadas, as estimulava cognitivamente, recordavam e cantavam canções. De acordo com McDermott *et al.* (2014), a música é um meio acessível que permite diferentes níveis de participação em diferentes graus de funcionalidade e um estímulo mental com efeitos imediatos. Os resultados do estudo demonstraram ainda que as pessoas com demência valorizam as experiências musicais por sentirem melhorias no funcionamento cognitivo, por serem emocionalmente significativas e pelas relações geradas.

Apesar dos resultados obtidos nas sessões, estes não se manifestaram fora do contexto da intervenção, à exceção de uma utente. Os objetivos foram alcançados de forma lenta e

progressiva mas ainda se observava a necessidade de continuar a intervenção em todos os casos no sentido de amplificar e aumentar a consistência dos resultados. Face ao exposto, e dadas as características da população idosa institucionalizada e das patologias associadas, a MT, nesta população, pode ser considerada como uma intervenção de longa duração com efeitos imediatos e a curto-prazo, que deve ser complementada com outras intervenções (e.g., McDermott *et al.*, 2014; Zhang *et al.*, 2017).

A EDG e o MMSE têm sido os instrumentos de avaliação quantitativa mais utilizados para avaliar os sintomas depressivos e funcionamento cognitivo em idosos (Zhang *et al.*, 2017). Contudo, no estágio realizado, estes não se mostraram eficazes na avaliação do progresso terapêutico do grupo. De acordo com Zhang *et al.* (2017), o tipo de instrumentos utilizados influencia os resultados e a MT tem utilizado instrumentos de outras áreas, continuando a ser necessário desenvolver instrumentos específicos de MT que sejam sensíveis às mudanças que ocorrem no contexto musical. Para além disso, estes devem complementar uma avaliação qualitativa e, dessa forma, melhorar o processo de avaliação, do progresso e da eficácia da intervenção da MT na população idosa.

Pode-se concluir que a intervenção em MT é uma intervenção de longa duração com múltiplos benefícios para a população idosa institucionalizada, nomeadamente ao nível da relação com o terapeuta, interações sociais, memória, atenção, expressão e regulação emocional, depressão e ansiedade.



### **Reflexão Pessoal**

A realização do estágio curricular e do presente relatório foram fundamentais para consolidar e estruturar conhecimentos e aprendizagens acerca da musicoterapia, bem como da sua prática clínica.

Considero que o estágio decorreu de uma forma muito positiva. Fui bem acolhida pela equipa da CNSV e pelas utentes, sentindo o meu papel como musicoterapeuta valorizado e respeitado. Fui muito bem orientada pela Dra. Mariana que, para além de ter ajudado a definir o meu lugar na instituição, me deu a oportunidade para pensar e agir de forma autónoma mas sem deixar de me acompanhar e apoiar no processo de estágio e, em particular, nas intervenções. A confiança nas minhas capacidades e a sua curiosidade pelos efeitos da musicoterapia permitiram que pensássemos e analisássemos os casos clínicos em conjunto, algo que contribuiu significativamente para o meu sentido clínico e para o encaminhamento do processo terapêutico.

Para além da análise e avaliação contínua dos casos, o processo de realização deste relatório permitiu-me compreender ainda melhor o progresso terapêutico e aumentar o sentido crítico, como também a compreensão em relação às minhas intervenções, servindo como uma excelente base para o futuro.

Como psicóloga clínica e cantora, há muitos anos que ambicionava integrar essas duas áreas, algo que consegui através do mestrado em musicoterapia. Habituada ao uso da palavra, perante as características da população idosa institucionalizada, senti que esta nem sempre era a melhor ferramenta de intervenção. Pelo contrário, o uso da música permitia-me comunicar e entrar em relação com as utentes de uma forma mais rápida e eficaz. No entanto, senti que a minha formação em psicologia contribuiu significativamente tanto para as intervenções como na análise dos casos. Embora tivesse conhecimento teórico acerca dos

benefícios da musicoterapia nesta população, foi de facto surpreendente poder observá-los no terreno.

Durante as intervenções, centrei-me acima de tudo na escuta e na relação com as utentes. Mais do que impor teorias, técnicas ou métodos, utilizei-os em função da dinâmica relacional e das necessidades das utentes/grupo. Tal como tinha verificado na literatura, senti que a relação terapêutica era o aspeto central das sessões e que a abordagem centrada na pessoa facilitava essa relação e o progresso terapêutico.

Ao estagiar na CNSV com idosos institucionalizados, confrontei-me com vários desafios. Em primeiro lugar, as rotinas rígidas e a presença de alguma resistência à mudança repercutiram-se numa dificuldade em estabelecer horários para as sessões que tivessem em conta as necessidades das utentes e as próprias dinâmicas da casa. Assim, a janela de tempo para as sessões de musicoterapia era de certa forma reduzida. Em segundo lugar, perante algumas características das utentes, tais como défice cognitivo, baixa responsividade, passividade, baixa motivação, insatisfação generalizada com a vida, levou-me a adotar um papel muito ativo e, por vezes, senti que os progressos eram mínimos, que não existia uma continuidade entre sessões ou que o que era feito não era suficiente para satisfazer as utentes.

Considero ter revelado um bom desempenho ao longo do processo de estágio e sinto que progredi significativamente ao nível das competências teóricas e práticas da musicoterapia na população idosa institucionalizada. Num percurso claramente inacabado, agora a meta é continuar a crescer e a desenvolver competências em musicoterapia.



## Referências

- Ahessy, B. (2017). Song writing with clients who have dementia: A case study. *The Arts in Psychotherapy, 55*, 23-31.
- Alvarenga, M., Oliveira, M., & Faccenda, O. (2012). Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Pau Enfermagem, 25*(4), 497-503.
- Alzheimer Portugal. (s.d.). *Demência*. Recuperado em 15 de janeiro de 2019, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/demencia>
- APA - American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, XXV*, 289-302.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida. *Exedra Revista Científica, 11*-28.
- Baxter, H.T., Berghofer, J.A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K., & Roberts, P. (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. London: UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Benenzon, R. (1997). *Music therapy theory and manual: Contributions to the knowledge of nonverbal contexts*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Bernardino, A. (2013). *Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados: valorizar o envelhecimento* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada). Universidade de Ciências Sociais e

Humanas da Beira Interior. Recuperado de  
<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2696>

Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy* (2ª ed). Barcelona: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (2014). *Defining of music therapy* (3ª ed). Barcelona: Barcelona Publishers.

Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 20-23.

Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., & Murfield, J. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviors and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health*, 14(8), 905-916.

Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an Anxiety Disorder?. *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085.

Eells, K. (2013). The use of music and singing to help manage anxiety in older adults. *Mental Health Practice*, 17(5), 10-17.

Ferraz, P. (2014). *Depressão e envelhecimento: artigo de revisão* (Dissertação de Mestrado em Medicina não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Recuperado de <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/31904/1/TESE.pdf>

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A.M. (2014). *Cuidados e demência na terceira idade - manual prático*. ADRAVE - Agência de Desenvolvimento Regional do Vale da Ave. Recuperado de

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23417/1/Cuidados%20e%20dem%C3%A2ncia%20na%20terceira%20idade.pdf>

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

Frade, F., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41-49.

Fries, A., & Pereira, A. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 507-514.

Gopi, D., & Preetha, A. (2016). Effectiveness of music therapy on depressive symptoms among elderly in selected geriatric homes. *International Journal of Nursing Education*, 8(3), 163-167.

Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos: identidade em risco ou identidade riscada*. Lisboa: Coisas de Ler.

Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi.

Guerreiro, M., Silva, A., & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.

Hintz, R.M. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: assessment of music skills and related behaviours. *Music Therapy Perspectives* 18(1), 3-40.

Hsu, M., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J., & Odell-Miller, H. (2015). Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. *Geriatrics*, 15(84), 1-19.

- Im, M.L., & Lee, J.I. (2014). Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care*, 22(3), 453-458.
- Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória. (2017). *Regulamento Interno dos Utentes do Lar CNSV*. Irmandade do Santíssimo Sacramento da Igreja da Vitória. Documento interno.
- ISS - Instituto da Segurança Social. (2005). *Situação social dos doentes de Alzheimer: um estudo exploratório*. Fundação Montepio Geral.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e pratica da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos* (pp. 129-147). Viseu: PsicoSoma.
- Mathew, D., Sundar, S., Subramaniam, E., & Parmar, P. (2017). Music therapy as group singing improves Geriatric Depression Scale score and loneliness in institutionalized geriatric adults with mild depression: A randomized controlled study. *International Journal of Education and Psychological Researches*, 3(1), 9-10. doi:10.4103/2395-2296.198415.
- McDermott, O., Orrel, M., & Ridder, H. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia family carers, staff and music therapists. *Aging & Health*, 18(6), 706-716.
- Miguel, I. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia social: perspetivas de análise e intervenção* (pp. 53-67). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional, Instituto Superior Bissaya Barreto.

- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T., Fuchs, K., & Gold, C. (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 333-341. doi: 10.1016/j.aip.2012.05.002
- Neri, A. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In L. Malloy-Diniz, D. Fuentez, & R. Consenza (Orgs.). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa: LIDEL.
- Peters, J. S. (2000). *Music therapy: an introduction*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, Ltd.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família. contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Portaria nº 67/2012 de 21 de Março. *Diário da República n. 58/2012, Série I*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Recuperado de [http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Marco/Port\\_67\\_2012.pdf](http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Marco/Port_67_2012.pdf)
- Raglio, A., Bellelli, G., Mazzola, P., Bellandi, D., Giovagnoli, A., Farina, E., ..., Trabucchi, M. (2012). Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas, 72*, 305-310.
- Rosen, J., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review, 105*(2), 325-350.
- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masso

- Ruten, S., & Stone, W. (2000). *Psychodynamic Group Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Santos, F. & Júnior, J. (2014). O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira Idade. *Revista de Psicologia*, 8(24), 34-55.
- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 25(4), 585-593.
- Silva, F., Faria, M., Filho, A., Oliveira, F., Bezerra, M., Castro, A., ..., Dantas, I.L.A. (2015). Music use as therapy for institutionalized elderly. *Insternational Archives of Medicine*, 8(253), 1-5.
- Simões, A. (2013). Cuidados em fim de vida em lares de idosos. Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 31-61.
- Tai, S., Wang, L., & Yang, Y. (2015). Effect of music intervention on the cognitive and depression status of senior apartment residents in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1449-1454.
- WFMT. (2011). *About WFMT*. [On-line]. Recuperado de <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Wheeler, B., Shultis, C., & Polen, D. (2005). *Clinical training guide for the student musictherapist*. Barcelo: Barcelona Publishers.
- WHO. (1997). *WHOQOL: mesuring quality of life*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_)

- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Recuperado em Novembro, 10, 2018 de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1).
- WHO. (2018). *Depression*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Wigram, T., Pederson, I.N., & Bonde, L.O. (Eds.). (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical, practice, research and training*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 13-49.
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 1-11.
- Zhao, K., Bai, Z., Bo, A., & Chi, L. (2016). A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 1188-1198.





## **APÊNDICES**

---



## **LISTA DE APÊNDICES**

- Apêndice A** - Questionário de Avaliação Inicial
- Apêndice B** - Grelha de Observação
- Apêndice C** - "Canção do Olá"
- Apêndice D** - Canção do Grupo "Ser Alegre"
- Apêndice E** - Avaliação quantitativa inicial e final do grupo



**APÊNDICE A**

---

Questionário de Avaliação Inicial



## **Questionário de Avaliação Inicial**

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Habilitações Acadêmicas: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Data da Institucionalização: \_\_\_\_\_ Motivo da Institucionalização: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**História de Vida (familiar, social, interesses)**

**História Clínica**

**Comportamento no Lar**

**Identidade sonora e musical (repertório e sonoridades familiares, preferências, rejeições)**





---

**APÊNDICE B**  
Grelha de Observação



### Grelha de Observação

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Nº Sessão: \_\_\_\_\_

<b>DOMÍNIOS DE OBSERVAÇÃO</b>	<b>TAREFAS</b>	<b>NC</b>	<b>AV</b>	<b>MV</b>	<b>S</b>	<b>NA</b>
<b>Cognitivo</b>	Olha para a fonte sonora					
	Sustenta a atenção durante a atividade					
	Retoma a atenção na atividade com apoio					
	Compreende e executa tarefas simples					
	Compreende e executa tarefas complexas					
	Está orientado/a no espaço					
	Está orientado/a no tempo					
	Recorda nome do terapeuta					
	Recorda nome dos elementos do grupo					
	Reconhece canções do seu Iso					
	Recorda melodia de canções familiares					
	Recorda letras de canções familiares					
	Canta palavras em falta de canções do seu Iso					
	Canta canção completa do seu Iso de forma correta					
	Sugere canções do seu Iso					
	Solicita atividades/canções anteriormente apresentadas					
Descreve vivências que associa a canções do seu Iso						
<b>Emocional</b>	Reconhece e demonstra diferentes estados emocionais					
	Expressa sentimentos adequadamente					
	Expressa emoções associadas a momentos musicais					
	Apresenta comportamentos inadequados durante a sessão (irritabilidade, agressividade, desinibição)					
	Mostra sinais de ansiedade (medo, insegurança, inquietação, distração fácil, tensão)					
	Mostra sinais de depressão (apatia, choro, desinteresse, desmotivação, tristeza)					
	Acalma-se com apoio musical/verbal					
	Autorregula-se durante atividade					
	Regula-se quando são estabelecidos limites					
<b>Comunicacional</b>	Comunicação não-verbal coerente					
	Comunica verbalmente					
	Comunica verbalmente de forma perceptível (articulação, volume, clareza)					
	Comunica verbalmente de forma coerente (frases com sequência lógica e palavras adequadas)					
	Comunica com palavras soltas (sim, não, talvez)					
	Comunica com frases curtas					
	Comunica com frases complexas					
	Comunica conteúdo emocional ou desenvolve ideias e					

	conceitos					
	Vocaliza com volume apropriado					
	Estereotípias verbais					
	Segue instruções verbais					
	Segue instruções musicais simples					
	Responde adequadamente a questões					
	Compreende verbalizações dirigidas ao próprio					
	Dirige olhar para fonte sonora					
	Vira a cabeça para fonte sonora					
<b>Social / Relacional</b>	Está disponível para a sessão					
	Demonstra interesse pelas atividades apresentadas					
	Permanece na sala durante toda a sessão					
	Estabelece e mantém contacto ocular					
	Interage com o terapeuta					
	Interage com os pares					
	Inicia interação com terapeuta					
	Inicia interação com pares					
	Coopera com o terapeuta					
	Coopera com os pares					
	Tolera contacto musical					
	Reage ao próprio nome					
	Aceita estrutura/limites					
	Participa em atividades estruturadas do início ao fim					
	Participa em atividades pouco estruturadas do início ao fim					
	Aguarda pela sua vez					
Sustenta comunicação bidirecional						
Sustente interação musical						
Inicia novas atividades						
<b>Sensorio-motor</b>	Apresenta motricidade fina					
	Coordenação mão-olho					
	Boa capacidade de apreensão					
	Segura/manipula instrumentos musicais de forma eficiente					
	Sustenta força no instrumento					
	Apresenta motricidade grossa					
	Independência na mobilidade					
	Ativa tónus muscular					
	Agitação motora (tremor)					
	Movimentos relacionados com os estímulos musicais					
<b>Musical</b>	Manifesta prazer pela música					
	Explora e escolhe instrumento					
	Mostra preferência por instrumento					

Toca instrumento espontaneamente					
Toca instrumento no tempo					
Toca instrumento em simultâneo com acompanhamento					
Canta espontaneamente					
Canta no tom					
Canta afinado					
Afina com suporte					
Canta no tempo					
Canta em conjunto					
Toca e canta em simultâneo					
Tolera e adaptação a transições (e.g., andamento, ritmo, tonalidade)					
Imita padrão rítmico					
Mantém padrão rítmico regular					
Cria estrutura de canção					
Cria letra de canção					
Improvisa canção					
Improvisa letras					
Começa e para no tempo correto					
Mantém sincronia com o outro					
Identifica canções familiares pelo título					
Identifica canções familiares pela melodia					



---

**APÊNDICE C**  
"Canção do Olá"





*"Canção do Olá"*

Olá minhas senhoras  
Olá minhas senhoras  
Estamos hoje aqui  
Pra fazer música juntas

Olá D. \_\_\_\_  
Olá D. \_\_\_\_  
Como se sente hoje  
Como se sente hoje



**APÊNDICE D**

---

Canção do Grupo "Ser Alegre"



*"Ser Alegre"*

Quero cantar ser alegre  
Que a tristeza não faz bem  
Eu nunca vi a tristeza  
Dar de comer a ninguém

Quem canta seus males espanta  
Quem chora seu mal aumenta  
Eu canto para espalhar  
Uma dor que me atormenta

Anda lá para diante  
Ou tira-te do caminho  
Quem tem seu amor ausente  
Não pode ir devagarinho

Antes era uma maravilha  
E agora é só tristeza  
Tínhamos muita alegria  
Agora falta a beleza



**APÊNDICE E**

---

Avaliação quantitativa inicial e final do grupo





	Avaliação Inicial	Avaliação Final
D. FP	EDG: 21/30 MMSE: 28>22	EDG: 29/30 MMSE: 23>22
D. EF	EDG: 19/30 MMSE: 18<22	EDG: 17/30 MMSE: 16<22
D. FC	EDG: 12/30 MMSE: 29>22	EDG: 13/30 MMSE: 29>22
D. NV	EDG: 26/30 MMSE: 26<27	EDG: 24/30 MMSE: 27=27



**ANEXOS**

---



## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo A** - Ficha de Registo da Sessão

**Anexo B** - *Mini-Mental State Examination*

**Anexo C** - Escala de Depressão Geriátrica

**Anexo D** - Declaração e Consentimento para gravação de vídeo



**ANEXO A**

---

Ficha de Registo da Sessão





## **FICHA DE REGISTO DA SESSÃO**

**DATA:**

**Nº SESSÃO:**

**PARTICIPANTE(S):**

- |           |           |
|-----------|-----------|
| <b>1.</b> | <b>4.</b> |
| <b>2.</b> | <b>5.</b> |
| <b>3.</b> | <b>6.</b> |

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:**

**INSTRUMENTOS:**

**REPERTÓRIO:**

**DADOS DA OBSERVAÇÃO:**

**RESUMO DA SESSÃO**

**TEMAS CENTRAIS:**

**NOVIDADES/MUDANÇAS:**

**REAÇÕES PESSOAIS:**



**ANEXO B**

---

*Mini-Mental State Examination*

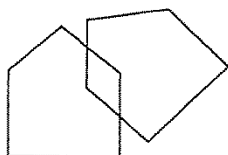


MINI-MENTAL STATE - MMS	
NOME: _____	DATA: ____ de _____ de ____
IDADE: ____ Anos	_____
<b>1. ORIENTAÇÃO</b> (1 ponto por cada resposta correcta).	
Em que ano estamos?	_____
Em que mês estamos?	_____
Em que dia do mês estamos?	_____
Em que dia da semana estamos?	_____
Em que estação do ano estamos?	_____
Em que país estamos?	_____
Em que distrito vive?	_____
Em que terra vive?	_____
Em que casa estamos	_____
Em que andar estamos	_____
	Nota: _____
<b>2. RETENÇÃO</b> (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).	
"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".	
Pêra	_____
Gato	_____
Bola	_____
	Nota: _____
<b>3. ATENÇÃO E CÁLCULO</b> (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)	
"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".	
27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _	
	Nota: _____
<b>4. EVOCAÇÃO</b> (1 ponto por cada resposta correcta.)	
"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".	
Pêra	_____
Gato	_____
Bola	_____
	Nota: _____
<b>5. LINGUAGEM</b> (1 ponto por cada resposta correcta).	
a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:	
Relógio	_____
Lápis	_____
	Nota: _____
b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"	
	Nota: _____
c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.	
Pega com a mão direita	_____
Dobra ao meio	_____
Coloca onde deve	_____
	Nota: _____
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.	
Fechou os olhos	_____
	Nota: _____
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.	
	Nota: _____

Folstein, Folstein e McHugh, 1973, segundo adaptação portuguesa de Manuela Guerreiro e colâbr., 1991. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Hosp. Sta. Maria

6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)  
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

**Pontos de Corte  
(População Portuguesa)**

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- Com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

**FECHE OS OLHOS**

**ANEXO C**

---

Escala de Depressão Geriátrica





## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

### GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale'  
*J. Psychiatric Res.* 17:37-49

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	S	N
3. Sente a sua vida vazia?	S	N
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?	S	N
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	S	N
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17. Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a sua vida interessante?	S	N
20. É difícil começar novas actividades?	S	N

21. Sente-se cheio(a)de energia?	S	N
22. Sente que para si não há esperança?	S	N
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

**Pontuação:**

1 ponto para as respostas **Sim** nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas **Não** nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0 -10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-30= depressão grave

**Nota:** Esta escala foi concebida para auto-avaliação

O autor considera que a escala está no domínio público

**ANEXO D**

---

Declaração e Consentimento para gravação de vídeo



## DECLARAÇÃO

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

Para mais esclarecimentos, poderei ser contactada através do endereço de correio electrónico [teresaleite@edu.ulusiada.pt](mailto:teresaleite@edu.ulusiada.pt).

Lisboa, 9 de Novembro de 2017

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

## CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, pai / mãe / guardião legal / encarregado (a) de educação do(a) \_\_\_\_\_ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação Video/Audio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

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

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

O Próprio ou o(a) Encarregado(a) de Educação,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome Legível