



Universidades Lusíada

Custódio, Filipa Sofia Matias, 1995-

A musicoterapia com idosos institucionalizados

<http://hdl.handle.net/11067/6360>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

No documento encontra-se exposta a descrição de todo o percurso de estágio de musicoterapia realizado nas diferentes patologias dos idosos da ERPI do Centro de Bem-Estar Social de Vale de Figueira. A intervenção decorreu a partir de fases distintas, passando pela observação direta e seleção dos utentes; pela avaliação inicial e final das competências dos utentes e pela intervenção clínica ao longo das sessões realizadas. Foram 12 os casos que usufruíram da intervenção de musicoterapia, sendo que...

The present document constitutes a description of the entire trajectory of the music therapy internship from the Masters Program in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. The intervention was performed with elderly people at elderly residential facility of the Social Welfare Center of Vale de Figueira. The intervention took place from different phases, passing through direct observation and selection of the patients, through the initial and final evaluation of the patients skills and t...

Palavras Chave

Centro de Bem Estar Social de Vale Figueira (Santarém, Portugal). Estrutura Residencial para Pessoas Idosas - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para idosos - Portugal - Santarém, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Santarém, Musicoterapia - Prática profissional

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T04:27:12Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia com idosos institucionalizados

Realizado por:
Filipa Sofia Matias Custódio

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

Orientado por:
Dr.^a Anabela Teresa de Oliveira Pinto

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 14 de junho de 2022

Lisboa

2022



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

A musicoterapia com idosos institucionalizados

Filipa Sofia Matias Custódio

Lisboa

abril 2022



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

A musicoterapia com idosos institucionalizados

Filipa Sofia Matias Custódio

Lisboa

abril 2022

Filipa Sofia Matias Custódio

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Anabela Teresa de Oliveira Pinto

Lisboa

abril 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Filipa Sofia Matias Custódio
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Anabela Teresa de Oliveira Pinto
Título A musicoterapia com idosos institucionalizados
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CUSTÓDIO, Filipa Sofia Matias, 1995-

A musicoterapia com idosos institucionalizados / Filipa Sofia Matias Custódio ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Anabela Teresa de Oliveira Pinto. - Lisboa : [s.n.], 2021. - 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 - PINTO, Anabela Teresa de Oliveira, 1979-

LCSH

1. Musicoterapia para os idosos - Portugal - Santarém
2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Santarém
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira (Santarém, Portugal). Estrutura Residencial para Pessoas Idosas - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people - Portugal - Santarém
2. Older people - Institutional care - Portugal - Santarém
3. Music therapy - Practice
4. Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira (Santarém, Portugal). Estrutura Residencial para Pessoas Idosas - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.C87 2021

A ti meu avô, que me inspiraste a seguir este caminho tão bonito que tenho vindo a percorrer com muita dedicação e gratidão.

Até sempre.

Agradecimentos

Ao longo destes dois anos no mestrado de musicoterapia tive o privilégio de conhecer e contar com o apoio incondicional de pessoas extraordinárias, e por isso agradeço:

- ♦ a todos os professores que me auxiliaram nestes dois anos, pela partilha dos seus conhecimentos e pela aprendizagem que adquiri através de toda a informação que partilharam comigo;

- ♦ à professora doutora Teresa Leite pelo supervisionamento deste estágio e pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou nestes dois anos;

- ♦ à doutora Anabela Pinto pela oportunidade que me deu nestes tempos difíceis e desafiadores, pelo voto de confiança e orientação na instituição;

- ♦ a todos os funcionários do CBSVF pela ajuda e disponibilidade;

- ♦ a todos os idosos com quem contactei por me permitirem pôr em prática as minhas aprendizagens, pela vontade e disponibilidade de participação e por todo o amor e carinho que me transmitiram;

- ♦ aos meus pais, que acompanharam todo este percurso, por todo o apoio físico e emocional que me forneceram e por apoiarem sempre nas decisões que tomo;

- ♦ a todos os meus amigos que acreditam em mim e nas minhas capacidades, por estarem sempre do meu lado e por me encorajarem a ir sempre mais além.

Agradeço a todos do fundo do coração!

Resumo

No documento encontra-se exposta a descrição de todo o percurso de estágio de musicoterapia realizado nas diferentes patologias dos idosos da ERPI do Centro de Bem-Estar Social de Vale de Figueira.

A intervenção decorreu a partir de fases distintas, passando pela observação direta e seleção dos utentes; pela avaliação inicial e final das competências dos utentes e pela intervenção clínica ao longo das sessões realizadas.

Foram 12 os casos que usufruíram da intervenção de musicoterapia, sendo que dois deles encontram-se descritos mais detalhadamente no presente trabalho. Esses 2 casos diferenciam-se em termos de abordagem, sendo que um consiste numa intervenção individual e o outro grupal, e em termos de patologias, em que no caso individual a patologia mais incidente no utente era a demência e no segundo caso, por ser um caso em grupo, os objetivos da intervenção incidiram nas problemáticas sociais, cognitivas, interativas e emocionais.

Com o auxílio da grelha de avaliação no início e no fim da intervenção de musicoterapia, foi possível recolher dados imprescindíveis para a realização da mesma e para obtenção de resultados de acordo com os objetivos traçados.

Palavras-chave: Musicoterapia, Idoso institucionalizado, Patologia.

Abstract

The present document constitutes a description of the entire trajectory of the music therapy internship from the Masters Program in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. The intervention was performed with elderly people at elderly residential facility of the Social Welfare Center of Vale de Figueira.

The intervention took place from different phases, passing through direct observation and selection of the patients, through the initial and final evaluation of the patients skills and through the clinical intervention during the performed sessions.

There were 12 cases that benefited from the music therapy intervention, although only two of them are described in more detail in the present work. These 2 cases differ in terms of approach, being that one consists of an individual intervention and the other of a group intervention, and in terms of pathologies, in which in the individual case the most incident pathology of the patient was dementia and in the second case, for being a group case, the aims of the intervention were focused on social, cognitive, interactive and emotional issues.

With the help of the evaluation grid at the beginning and at the end of the music therapy intervention, it was possible to collect essential data for its realization and for obtaining results in accordance with the outlined goals.

Keywords: *Music therapy, Institutionalized elderly, Pathology*

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados e Caracterização - Grupo A	28
Tabela 2 - Dados e Caracterização – Dupla	28
Tabela 3 - Dados e Caracterização - Individual	29
Tabela 4 - Agenda Semanal	37
Tabela 5 - Plano terapêutico de J.R.	44
Tabela 6 - Plano terapêutico do grupo A.	60

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- AVD - Atividades da Vida Diária
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CBESVF - Centro de Bem Estar Social de Vale Figueira
- CP - Comboios de Portugal
- COVID-19 - Coronavírus
- ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

Sumário

Introdução.....	1
Caracterização da instituição	3
Caracterização da população-alvo	5
Enquadramento teórico.....	7
Envelhecimento	7
Envelhecimento Ativo	8
Envelhecimento em Portugal.....	8
Institucionalização na terceira idade.....	9
Doenças degenerativas na terceira idade	11
Demência	12
Doença de Alzheimer	13
Doença de Parkinson	13
Transtornos psiquiátricos mais comuns na terceira idade	14
Depressão	14
Ansiedade	15
Musicoterapia	16
Métodos e técnicas da musicoterapia	18
Musicoterapia em patologias comuns no idoso.....	19
Musicoterapia na demência	19
Musicoterapia na depressão.....	20
Musicoterapia na ansiedade.....	21
Musicoterapia com idosos institucionalizados durante a pandemia COVID-19....	22
Objetivos do Estágio.....	25
Método.....	27
Participantes	27
Instrumentos de Avaliação	29
Procedimentos	31
Fase de integração e preparação	31
Fase de observação e seleção.....	32
Fase da intervenção	34
Técnicas de musicoterapia.....	35

Agenda semanal.....	36
Estudo de caso I.....	39
Identificação – J.R.	39
Diagnóstico.....	39
Encaminhamento para a musicoterapia	39
Avaliação inicial.....	40
Plano terapêutico	43
Processo terapêutico	45
Fase inicial.....	45
Fase intermédia.....	46
Fase final	49
Resultados.....	49
Discussão.....	51
Estudo de caso II	53
Identificação dos utentes	53
R.E.	53
J.F.	53
C.T.	53
A.S.	54
L.M.	54
Diagnóstico coletivo.....	54
Encaminhamento para a musicoterapia	54
Avaliação inicial.....	56
Plano terapêutico	57
Processo terapêutico	60
Fase inicial.....	61
Fase intermédia.....	62
Fase final	65
Resultados.....	65
Discussão.....	67
Restantes casos clínicos intervencionados	69
Caso Dupla	69
Caso individual – I.A.....	70

Caso individual – T.O.....	71
Caso individual – A.A.	71
Caso individual – H.V.	72
Outras atividades	75
Apresentação sobre a Musicoterapia	75
Atividade - Música e movimento	75
Discussão e Conclusão Geral	77
Reflexão final	79
Referências	81
APÊNDICES	89
LISTA DE APÊNDICES	91
APÊNDICE A	93
APÊNDICE B.....	97
APÊNDICE C.....	101
APÊNDICE D	105
APÊNDICE E.....	109
APÊNDICE F	113
APÊNDICE G	117
APÊNDICE H	121
APÊNDICE I.....	125

Introdução

O presente relatório enquadra-se na disciplina Seminário de Estágio no âmbito do mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa e trata-se da descrição do progresso da intervenção musicoterapêutica com idosos institucionalizados na Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) do Centro de Bem Estar Social de Vale Figueira (CBESVF).

Neste documento descreve-se todo o processo terapêutico desenvolvido durante o estágio e respetivas metodologias utilizadas para a realização do mesmo, refutando todo esse conteúdo no enquadramento teórico de acordo com a bibliografia já existente sobre os temas abordados.

O estágio teve início em outubro de 2020 e decorreu até finais de maio de 2021. Para a intervenção de musicoterapia foram selecionados doze idosos tendo em conta as suas necessidades físicas e psicológicas e de acordo com as necessidades e regras da instituição. As sessões realizaram-se num contexto de grupo e individual, assim, dos doze utentes selecionados, sete usufruíram de intervenção grupal e os restantes de uma intervenção individual.

A musicoterapia pode ser considerada uma terapia de autoexpressão, o que provoca uma forte influência nas funções do corpo humano, maioritariamente nas funções cognitivas. Assim sendo esta prática não farmacológica contribui diretamente para o envelhecimento ativo, na medida em que os idosos têm acesso a um contacto com o poder criativo, com as suas memórias e potencialidades, fortalecendo a sua identidade e autoestima. Estes benefícios tornaram-se bastante notórios nos doze idosos que usufruíram da intervenção de musicoterapia no CBESVF, obtendo variadas melhorias nas particularidades únicas de cada idoso.

Caracterização da instituição

O Centro Bem-estar Social Vale de Figueira (CBSVF) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, que entrou em funcionamento a 26 de maio de 1997, com localização em Vale de Figueira, concelho de Santarém, exercendo a sua ação nas freguesias Vale de Figueira e S. Vicente do Paul.

A presente instituição tem como principal missão melhorar a qualidade de vida das populações através do desenvolvimento, da criação e da prestação de serviços na área social e da saúde, adequando-se ao máximo às necessidades das pessoas e das suas famílias, promovendo a solidariedade, a cidadania, e a luta contra a pobreza e a exclusão social.

Para prestar respostas sociais em conformidade com a missão do Centro, o CBSVF apresenta as seguintes valências: Centro de Dia, em que atualmente conta com vinte seis utentes protocolados com a Segurança Social e encontra-se capacitado para receber quarenta utentes; o Apoio Domiciliário de cinco a sete dias, atualmente com vinte e nove utentes protocolados com a Segurança Social apresentando uma capacidade para receber quarenta e nove utentes; Centro de Convívio, atualmente com quinze utentes protocolados com a Segurança Social, e capacitado para receber vinte utentes; e ainda a Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) em funcionamento desde dezembro de 2013.

A ERPI rege-se por valores de confiança, solidariedade, humanismo, segurança, confidencialidade; privacidade, integridade e responsabilidade social perante a sociedade, e são ainda prestados serviços e espaços de qualidade como a fisioterapia, um ginásio, uma sala snoezelen para estimulação cognitiva e sensorial, pilates clínico, um grupo de suporte para familiares de pessoas com demência e formação para

cuidadores informais, de forma a responder às necessidades dos utentes e da comunidade.

O CBSVF é constituído pelos órgãos sociais da assembleia geral, direção e conselho fiscal, e a ERPI conta com os seguintes funcionários: diretor técnico, diretora técnica, enfermeira, educadora social e psicóloga.

Como auxiliares de serviços gerais a instituição conta com ajudantes de ação direta: uma administrativa, duas cozinheiras, ajudantes de cozinha, e eletricista. Fazem ainda parte da equipa uma médica, fisioterapeuta, uma estagiária de educação social e uma estagiária de serviço social, em regime de avença.

Caracterização da população-alvo

Na ERPI do Centro Bem-Estar Social Vale de Figueira encontram-se atualmente 34 utentes, sendo que 8 deles se encontram nas residências da Instituição. Nove utentes são do sexo masculino e 25 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 54 e os 94 anos, apresentando uma média de idades de 84 anos.

As patologias degenerativa e psicológica de maior incidência na instituição são a Demência do tipo doença de Alzheimer, a doença de Parkinson e demência não especificada. São ainda reportadas um conjunto de problemáticas em comum a alguns utentes, nomeadamente, hipertensão, insuficiência cardíaca, diabetes do tipo II, depressão, défice cognitivo; isolamento social, trauma, síndrome vertiginoso, traumatismo craniano, acidentes vasculares cerebrais (AVC's) e problemas respiratórios.

A população da ERPI mostra-se bastante divergente, na medida em que é composta por idosos com diferentes graus de dependência, desde totalmente dependentes, tanto a nível funcional como cognitivo, até completamente autónomos.

Para além da demência, que é a patologia psicológica e degenerativa mais frequente, as patologias físicas que mais se destacam são a hipertensão e a diabetes tipo II. Estas e outras patologias presentes nos utentes da ERPI acarretam um conjunto de problemáticas como o isolamento social, a ausência da comunicação e de apoio familiar, défices motores, respiratórios, cardíacos e digestivos, problemas de contenção urinária, problemas de pele, ansiedade, depressão, entre outros.

Enquadramento teórico

Na presente secção apresenta-se a revisão da literatura realizada ao longo do decorrer do estágio e que se considera de maior importância para a compreensão da temática em estudo e para a realização do estágio.

Envelhecimento

Durante a idade adulta dá-se o aparecimento gradual de alterações naturais nas funções físicas e psicológicas a partir de um processo contínuo do envelhecimento onde é apresentada uma falta de capacitação física e funcional, o que leva o idoso ao sedentarismo, tornando-se dependente de cuidados de outrem e passando por um declínio no seu funcionamento e na sua qualidade de vida.

O envelhecimento está associado a mudanças naturais no corpo humano em diferentes processos, nomeadamente, biológicos, fisiológicos, psicológicos, ambientais e comportamentais, em que é muito comum a aparência de algumas mudanças relacionadas à terceira idade. Outras mudanças resultam em declínios nas funções dos sentidos e das atividades da vida diária, aumentando a suscetibilidade e frequência de doenças, fragilidade ou incapacidade (Lamb et al., 2017).

O processo biológico de uma pessoa idosa, ao sofrer uma deterioração celular, faz com que exista uma perda significativa de reservas fisiológicas, aumentando o risco de contração de várias doenças e, conseqüentemente, maior perda da sua capacidade.

Estas mudanças fazem com que os idosos adotem uma forma diferente de reagir às situações sociais, recorrendo a um menor número de atividades e dando preferência às mais essenciais, procuram obter uma melhoria nas suas capacidades restantes e tentam compensar a perda de algumas competências através de outros métodos de realização das tarefas diárias (Johnson, Bengtson, Coleman, & Kirkwood, 2005).

Envelhecimento Ativo

Um envelhecimento ativo e saudável refere-se ao adiamento ou à redução dos efeitos indesejáveis do envelhecimento, em que os objetivos deste processo se baseiam em manter a saúde física e mental; em evitar distúrbios e em manter a atividade e a independência. Este processo depende da capacidade intrínseca física e mental de um indivíduo para lidar com as aparentes adversidades ao longo do tempo e do ambiente em que se apresenta e como interage no mesmo, pois esse ambiente pode oferecer recursos ou obstáculos que põem em questão o nível da sua capacidade para lidar com os mesmos (Nelson, 2016).

Assim, este processo consta no desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar numa idade avançada, sendo que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem constantes, pois embora ambas tendam a diminuir com o avanço da idade, as escolhas ao longo do percurso de vida de um indivíduo irão definir qual o rumo de cada pessoa.

Envelhecimento em Portugal

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020), em Portugal, o índice de envelhecimento indica que o número de idosos passará de 2,2 para 3,0 milhões, subindo de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens no ano de 2080, resultando num decréscimo da população jovem e num aumento da população idosa.

Em Portugal, o envelhecimento é menos notório nas áreas metropolitanas e mais evidente nas regiões autónomas, podendo-se dever ao facto destes municípios beneficiarem do efeito atrativo das dinâmicas económicas e imobiliárias, ou pelo facto dos níveis de fecundidade e de natalidade se manterem elevados até mais tarde do que em outras regiões (Moreira, 2020).

Outro parâmetro não menos importante que a autora Moreira (2020) destaca é que é de extrema importância a adaptação das cidades ao perfil demográfico da sua população no que diz respeito a acessibilidades, transportes, espaços e edifícios públicos. Considerando este fator, a mobilidade apresenta ser um dos maiores desafios das cidades, no que se torna imprescindível ir ao encontro das necessidades específicas de todos os idosos que têm mobilidade condicionada.

Os bairros históricos das cidades são frequentemente os mais envelhecidos encontrando-se localizados em áreas com desníveis topográficos dificultando nas acessibilidades, nomeadamente quando é necessário desenvolver atividades básicas ou manter relações sociais (família, amigos, ou em comunidade).

Estes contextos social, ambiental e local são as maiores condicionantes nos processos e padrões de envelhecimento em Portugal, contribuindo para a perda não só de recursos sociais como também para a perda de recursos de saúde.

De acordo com Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura (2012), para que seja possível enfrentar o processo de envelhecimento é de realçar a necessidade da promoção da renovação demográfica, do emprego, da produtividade e dinamismo da Europa nos próximos anos, assim como o acolhimento e a integração efetiva de imigrantes e das finanças públicas sustentáveis, para que haja um número maior de cidadãos idosos que possam beneficiar de uma vida mais ativa, saudável e participativa.

Institucionalização na terceira idade

A população idosa é a que se apresenta mais suscetível à institucionalização, o a torna detentora das várias consequências decorrentes da inatividade, nomeadamente, a dificuldade na realização das atividades da vida diária (AVD's), o isolamento social, o início do aparecimento de sintomas depressivos, entre outros (Christensen, Støvring, Schultz-Larsen, Schroll, & Avlund, 2006).

A institucionalização gera habitualmente receio e rejeição por parte do idoso. Ainda assim, este procedimento é considerado uma boa opção em termos de promoção da qualidade de vida, segurança e apoio social da terceira idade, o que leva aos cuidadores/familiares, que apresentam falta de capacitação de cuidados aos idosos ou por motivos financeiros ou emocionais, a escolherem esta alternativa (Agüero-Torres, von Strauss, Viitanen, Winblad, & Fratiglioni, 2001).

A maioria dos idosos institucionalizados passam pelo sentimento de solidão e com o acumular deste estado correm um risco mais elevado de virem a ter sintomas depressivos, ou mesmo, a depressão. Este risco aumenta em casos de institucionalização, comparativamente a idosos que vivem em comunidade ou com a própria família. Para além disso, a falta de apoio social da família ou da comunidade pode levar à solidão e ao isolamento social do idoso. Quando existe uma obrigatoriedade de mudança residencial para uma instituição, os idosos acabam por ter de testar os seus limites perante as mudanças e as pressões ambientais a que são submetidos (Runcan, 2012).

A residência pessoal torna-se uma necessidade imprescindível no dia-a-dia de um indivíduo, mas para um idoso, uma casa tem um significado especial na sua vida que vai além do conforto, sendo criado um valor emocional e afetivo à sua volta e reforçando os seus sentimentos pessoais sobre a família e outros relacionamentos. Ao ser obrigado a deixar a sua casa e a ter de alterar os seus hábitos diários, por vezes o idoso passa por episódios traumáticos e fica mais sujeito a passar por transtornos psiquiátricos, podendo vir a cometer atos irreversíveis como o suicídio (Sarin, Punyaapriya, Sethi, & Nagar, 2016).

Doenças degenerativas na terceira idade

As doenças crônicas degenerativas englobam diversas patologias não transmissíveis que estão interligadas diretamente à incapacidade funcional dos idosos e à diminuição da sua qualidade de vida, comprometendo as funções vitais do indivíduo, de forma irreversível e crescente. São degenerativas pois são doenças que provocam deterioração de células, tecidos e órgãos e podem surgir a partir de aspetos genéticos, fatores ambientais, má alimentação ou sedentarismo. As doenças degenerativas não têm cura nem um tratamento específico, mas é usual o recurso a medicação para o alívio de sintomas da doença e para proporcionar melhores condições de vida aos doentes.

Segundo Gonzalez, Cabo, Studenski & Ferrucci (2014), existem dois tipos de classificação para estas patologias, nomeadamente, as doenças degenerativas do sistema nervoso (neurodegenerativas) e as doenças degenerativas do sistema muscular (neuromusculares). As doenças degenerativas do sistema nervoso constam em distúrbios que afetam o cérebro, a medula espinhal ou os nervos. Este sistema envolve diversas funções do corpo e no caso de existência de sintomas podem variar conforme a sua origem, provocando transtornos do sono, alteração da consciência, distúrbios dos sentidos (audição, visão, olfato, tato e paladar), mau funcionamento dos músculos, prejuízo da função mental, entre outros. Na terceira idade, as doenças mais frequentes que atacam o sistema nervoso são: doença de Alzheimer; Esclerose lateral amiotrófica; Ataxia de Friedreich; doença de Huntington; doença do corpo de Lewy; Atrofia muscular espinhal e a doença de Parkinson.

As doenças degenerativas do sistema muscular englobam patologias como a deterioração muscular (miopatias), dos nervos (neuropatias), dos cornos anteriores da medula (atrofia espinal) e de perturbações da junção neuromuscular (miastenias), (Childers & Wang, 2016).

Demência

Segundo Mitchell (2015), na fase do envelhecimento são reveladas mudanças neuropsicológicas, nomeadamente, alterações na memória capazes de despoletar episódios de confusão e reduzir a capacidade do raciocínio. Na maioria dos casos estas alterações estão relacionadas com síndromes demenciais, sendo a demência a patologia mais frequente nesta faixa etária.

A demência nos idosos abrange défices em vários domínios, nomeadamente sociais, ocupacionais, cognitivos e nas atividades do quotidiano. Esta doença degenerativa caracteriza-se pela falta da memória associada à insuficiência de uma outra função cognitiva, e pode apresentar uma intensidade suficientemente capaz de interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo, dando origem aos diversos tipos de demência, sendo os mais ocorrentes: a doença de Alzheimer, a demência Vascular, a demência de Corpos de Lewy, demências frontotemporais, doença de Huntington e doença de Parkinson (Hancock & Larner, 2007).

Por norma, o envelhecimento já por si acarreta alterações de memória consideradas normais na terceira idade, o que torna difícil o processo de diagnóstico da demência. Durante o envelhecimento é muito comum o aparecimento de alterações cognitivas, o idoso apresenta queixas de perda de memória mas ainda assim mostra-se capaz de se lembrar de acontecimentos recentes e não tem problemas a nível de discurso. Já num caso com demência, o idoso não se queixa com perda de memória, e pode-se verificar pausas frequentes no discurso para se lembrar de palavras. Neste caso é ainda habitual notar-se uma diminuição na capacidade de reter memórias de acontecimentos recentes, a perda de interesse em atividades sociais ou a ocorrência de comportamentos de forma inadequada numa sociedade (Elahi & Miller, 2017).

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a síndrome mais comum da demência que provoca uma deterioração cerebral progressiva em idades mais avançadas. É muito característico nesta patologia a deterioração global de funções cognitivas, nomeadamente, da memória, atenção, concentração, linguagem e pensamento, originando alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, o que torna difícil para o idoso realizar as suas atividades de vida diária (Chertkow, Feldman, Jacova, 2013).

O sintoma inicial mais comum da demência de Alzheimer é a perda de memória a curto prazo, com dificuldades em recordar eventos recentes ou nomes de locais ou objetos. Contudo, no decorrer da evolução da mesma, começam a aparecer outros sintomas incluindo dificuldades na linguagem, desorientação, perder-se com facilidade, alterações de humor, perda de motivação, desinteresse por cuidar de si próprio, desinteresse por tarefas do cotidiano e a saliência de comportamentos agressivos (Seetlani, Kumar, Imran, Ali. Shams, & Sheikh, 2016).

Segundo Kivipelto, Mangialasche e Ngandu (2018), os melhores métodos de prevenção da doença de Alzheimer são a adoção de um estilo de vida adequado com a prática de exercício físico, manter o cérebro ativo, participar em atividades sociais, manter uma alimentação saudável, não fumar e ter um maior controlo nos fatores de risco cardiovasculares como a hipertensão e a diabetes.

Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é causada pela degeneração idiopática das células produtoras de dopamina na substância negra, localizada no mesencéfalo, tornando-se numa doença progressiva do sistema nervoso central que afeta os movimentos. Os sintomas começam gradualmente, por vezes com um tremor quase impercetível em

apenas uma das mãos, seguindo-se de rigidez nos membros e articulações e lentidão nos movimentos (Weil, Hsu, Darby, Soussand, Fox, 2019).

Segundo Hanagasi et al. (2017), o perfil cognitivo da demência na doença de Parkinson é caracterizado pelo prejuízo no planeamento, no pensamento abstrato, na flexibilidade mental e na apatia, sendo esta perda precoce e proeminente da atenção e funções viso espaciais, em que ocorre uma perda moderada da memória episódica e das funções básicas da linguagem.

Nos estágios iniciais da doença de Parkinson, o idoso manifesta apatia e pouca ou nenhuma expressão. Para além disso, os membros superiores começam a ficar estáticos durante a locomoção e a fala fica suave ou arrastada, sintomas estes que vão piorando com o passar do tempo. Este conjunto de sinais da doença resulta na diminuição da qualidade de vida, levando o idoso a perder a independência e a autonomia, o que pode originar as quedas, o isolamento social, a redução do potencial para o autocuidado e ocasionar comprometimento nas Atividades da Vida Diária (Cholewa et al., 2014).

Transtornos psiquiátricos mais comuns na terceira idade

Com o avançar da idade e o aparecimento das doenças degenerativas é comum a manifestação de transtornos associados a estas problemáticas. Entre as condições mentais que mais afetam a terceira idade, os casos de depressão e ansiedade são os mais ocorrentes.

Depressão

A depressão é um transtorno do humor que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (Gilbert, 2016).

Os principais sintomas desta patologia constam num estado de tristeza persistente, na diminuição do interesse, na perda de prazer e falta de energia, juntamente

com outro, como distúrbios do sono, perda de apetite e de peso, falta de concentração, alterações psicomotoras, sentimentos de culpa, de inutilidade, e baixa autoestima.

Por norma, o transtorno depressivo tem origem em fatores sociais, psicológicos e biológicos a que o indivíduo está submetido, bem como acontecimentos indesejados e negativos ao longo da sua vida, como por exemplo um trauma psicológico ou problema financeiro.

É também na terceira idade que o diagnóstico de depressão se realiza, principalmente quando o idoso sofre de demência. De acordo com Winter et al. (2011), a taxa de prevalência da depressão varia entre 20 e 30% nos utentes com doença de Alzheimer e 24% em utentes com demência, sendo estas taxas de prevalência da doença mais elevadas comparativamente a idosos sem demência.

Os idosos com depressão estão mais propensos à institucionalização, mortalidade, decadência de atividades da vida, agressão e sofrimento psíquico. Contrariamente à demência, a depressão é uma doença tratável, no que se torna essencial a procura por tratamentos eficazes no caso da existência de sintomas depressivos (Wang & Blazer, 2015).

Ansiedade

A ansiedade é uma emoção que todo o ser humano sente na sua vida e é saudável. Contudo, quando os níveis de ansiedade se tornam excessivos e desproporcionais pode vir a tornar-se num distúrbio clínico.

Numa dada situação, quando a ansiedade é extrema e difícil de controlar, pode afetar a saúde e bem-estar do indivíduo. Este sintoma engloba uma série de perturbações que podem começar na infância ou mais tarde, se não tiverem tratamento ou apoio precoce. O apoio atempado ajuda as crianças e os adolescentes a desenvolverem

resiliência e, através de técnicas, ensinar a lidar com a ansiedade numa fase mais tardia das suas vidas (Lenze, 2011).

De acordo com Sridevi e Swathi (2014), muitas famílias tendem a colocar os idosos em instituições, o que lhes provoca uma sensação de solidão e abandono. Este acontecimento tem, na maioria das vezes, efeitos negativos na saúde mental do idoso, já que este passa a sentir uma falta de controlo sobre a sua própria vida ao mesmo tempo que sente incapacidade para tomar decisões sobre questões básicas do dia-a-dia.

A maioria dos idosos com perturbação de ansiedade sofre também de disfunções cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio e doença coronária), respiratórias ou do aparelho vestibular, sendo que a ansiedade pode agravar essas patologias recorrentes. Para além disso, na maioria das vezes, os sintomas manifestam-se em conjunto com comorbidades psiquiátricas, principalmente a depressão, podendo estar associada a uma deficiência física ou outras situações que limitam e incapacitam a vida cotidiana dos idosos (Wolitzky *et al.*, 2010).

Musicoterapia

A música é amplamente acessível, apreciada pela maioria das pessoas e apresenta vastas possibilidades de participação, tendo um potencial único de provocar emoções e memórias significativas que podem vir a fornecer-nos memórias do passado e promover sentimentos de interconexão com outras pessoas e com a sociedade em geral. Assim, a música pode constituir-se como uma experiência prazerosa, promover o bem-estar, facilitar a expressão e regular emoções, melhorando a comunicação e as relações entre os indivíduos.

A música é uma arte mas também é um fenómeno físico que contém elementos diferentes tais como o ritmo e a melodia. Em contexto terapêutico, o recurso à música produz resultados significativos, visto que o estímulo musical mobiliza diferentes partes

do cérebro, particularmente o sistema límbico, que lida com emoções, e as diversas estruturas do hemisfério esquerdo que comandam funções como a linguagem e a fala (Wall & Duffy, 2010).

Enquanto profissão na área da saúde, a musicoterapia baseia-se no uso da música para ajudar os pacientes a melhorar e manter a sua saúde. Ao longo do tempo tem vindo a ser cada vez mais comprovado que a musicoterapia melhora a função cognitiva, as competências motoras, o desenvolvimento emocional e afetivo, as competências comportamentais e sociais e a qualidade de vida dos pacientes (Kemper & Danhauer, 2005).

A musicoterapia tem vindo a ser considerada como o uso clínico da música e respetivos componentes para auxiliar na integração fisiológica, psicológica e emocional do ser humano durante o tratamento de uma doença ou patologia (Rafieyan, & Ries, 2007). Assim, a musicoterapia recorre a intervenções musicais para atingir objetivos individualizados, através da utilização de técnicas de musicoterapia e atividades musicais, individualmente ou em grupo, através de técnicas de improvisação livre, do canto, da composição, escuta e discussão musical para alcançar metas e objetivos do tratamento desejado.

Segundo Bunt *et al.* (2013), um musicoterapeuta tem como funções acompanhar musicalmente a pessoa fornecendo-lhe apoio a nível psicológico, facilitar a tarefa musical do utente dando preferência à promoção do seu desenvolvimento pessoal, conduzir os processos não-musicais para a vivência musical e trabalhar musicalmente a relação afetiva, tendo assim de proceder a uma intervenção sistematizada, com base no levantamento de dados do utente, na identificação do(s) seu(s) problema(s), na definição dos objetivos a alcançar, no planeamento de atividades e estratégias a realizar nas sessões e por fim na avaliação dos resultados obtidos.

Métodos e técnicas da musicoterapia

Segundo Bruscia (1998) e Edwards (2016), podem ser identificados quatro métodos de musicoterapia: criativo (composição), recreativo, improvisação e recetivo (auditivo).

Edwards (2016), esclarece ainda que as técnicas de musicoterapia são as formas mais específicas do recurso à música dentro do método utilizado e incluem o canto, composição, escuta musical, técnicas de relaxamento musical, improvisação musical, tocar um instrumento e outros processos e interações musicais.

Segundo Lotter (2018), o método criativo refere-se essencialmente ao processo no qual o terapeuta apoia o utente na composição de uma música ou na escrita de uma canção. Este método pode auxiliar o utente na validação de experiências, fomentar a criatividade e ajudar na expressão de pensamentos ou emoções.

O método de improvisação envolve a produção musical espontânea e criativa com recurso a instrumentos musicais, percussão corporal ou a voz. Este tipo de intervenção explora a interdependência musical e expressão instrumental, vocal ou corporal terapeuta-utente, e atinge alguns benefícios terapêuticos como o desenvolvimento da autoconfiança, a escolha e tomada de decisão, desenvolve a capacidade de inter-relação através da música, entre outros (Baker, 2015).

O método recreativo é uma abordagem centrada na música em que o utente é encorajado a tocar ou cantar junto com uma música pré-composta. A recriação pode envolver cantar canções novas ou conhecidas, ou tocar vários instrumentos. Este método foca-se no fortalecimento das capacidades motoras grossas e finas e promove ainda a interação social (Lotter, 2018).

O método recetivo foca-se na audição musical em que o utente ouve música e responde à experiência silenciosamente, verbalmente ou noutra modalidade. A música

usada pode ser improvisações ao vivo pelo terapeuta ou música gravada. É uma abordagem que se direciona a aspetos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais. As técnicas de musicoterapia recetiva englobam o relaxamento musical, escuta imaginária (guiada ou não), entre outras técnicas recetivas. O uso deste método pode ajudar na facilitação da memória ou reminiscência, desenvolvendo competências auditivas, melhorando o humor e reduzindo a ansiedade (Grocke & Wigram, 2007).

Musicoterapia em patologias comuns no idoso

A música tem dois efeitos fundamentais na vida das pessoas idosas. O primeiro é que ela tem poderes evocativos e o segundo é que permite às pessoas desfrutarem de interesses e atividades comuns, não sendo por vezes possível de realizar de outra forma. Assim, a música pode ser considerada uma forma fácil e conveniente de incentivar a interação social, ultrapassando obstáculos que dividem as pessoas (Hays, Bright & Minichiello, 2002).

A intervenção musicoterapêutica permite ao idoso saudável uma melhor adaptação e participação social, enfatizando o seu valor identitário e recorrendo à sua estimulação cognitiva e intelectual, com auxílio na sua mobilização física e emocional. Na intervenção de doenças crónicas e/ou degenerativas, a musicoterapia tem-se mostrado eficaz na redução de sintomas, no retardamento da deterioração cognitiva e no reforço de laços afetivos (Golino *et al.*, 2019).

Musicoterapia na demência

Até à atualidade não existe uma cura para a demência. Existem tratamentos farmacológicos que ajudam a aliviar alguns sintomas, mas ainda assim a sua eficácia é limitada, levando vários profissionais de saúde a recomendar em paralelo o recurso a abordagens não farmacológicas como a musicoterapia em que as atividades musicais

têm vindo a ter um sucesso crescente para pessoas com demência e respetivos cuidadores.

A demência engloba a deterioração da memória e de diversas funções cognitivas, no entanto, a perceção musical, a emoção musical e a memória musical podem perdurar até ao fim da vida de uma pessoa. Na demência, o uso da música pode melhorar o humor, o comportamento e, em alguns casos, a função cognitiva, que pode persistir por horas e dias após o fim da aplicação da mesma. O objetivo da musicoterapia em pessoas com demência foca-se em abordar emoções, melhorar funções cognitivas, pensamentos e memórias através de estímulos de forma a trazê-los para o primeiro plano. Para além disso objetiva enriquecer, dar liberdade, estabilidade, organização e foco ao idoso (Vink, Bruinsma, & Scholten, 2003).

Os resultados da aplicação da musicoterapia com idosos portadores de demência têm vindo a ser cada vez mais notórios, revelando uma melhoria na interação social, para além de que esta abordagem também incentiva a estimulação do movimento, com claros benefícios na melhoria da coordenação motora espontânea e na indução de emoções positivas que podem auxiliar na diminuição de sintomas como a depressão, a ansiedade e a agitação (Devlin, Alshaikh & Pantelyat, 2019).

A musicoterapia tem vindo a ser considerada um privilégio nas fases mais avançadas da demência, pois é um meio de comunicação não-verbal capaz de evocar memórias através do uso de músicas constituintes da preferência e vivência dos idosos, potencializando as suas memórias autobiográficas e levando à promoção do bem-estar geral dos mesmos (Melhuish, Grady & Holland, 2019).

Musicoterapia na depressão

A música leva ao relaxamento físico e mental de pessoas que sofrem com depressão. Através da sua capacidade impactante a nível psicológico, ela é capaz de

diminuir os sintomas comportamentais e psicológicos e os níveis de depressão dos idosos (Clair, & Memmott, 2008).

Para além do recurso à música ser capaz de reduzir comportamentos relacionados com a depressão e a ansiedade, como a agitação e a vocalização disruptiva, também tem vindo a mostrar-se uma mais-valia para a maioria dos idosos diagnosticados com a depressão co mórbida da demência (Li *et al.*, 2019).

Segundo Castillo-Pérez *et al.* (2010), embora a musicoterapia não seja uma cura para a depressão, ela pode oferecer benefícios de curto prazo, melhorando o humor e estimulando a conexão e a autoexpressão.

O uso da técnica de musicoterapia recetiva permite diferentes tipos de estímulos musicais que induzem diretamente mudanças emocionais (com influências em métodos cognitivo-comportamentais), através de atividades adjuvantes como a audição musical ao vivo ou gravada, o relaxamento, a meditação e o movimento, o desenho ou a reminiscência. Esta técnica musicoterapêutica pode ajudar a reduzir o stress, aliviar a dor e fornecer energia ao corpo (Bruscia, 2014).

Já na musicoterapia ativa, utilizam-se técnicas de improvisação clínica para estimular, guiar ou responder ao paciente, e este pode usar a sua voz ou qualquer instrumento musical à sua escolha dependendo das suas capacidades. Esta técnica foca-se na relação musical entre o terapeuta e o paciente e permite ao idoso ter uma experiência e perceção diferente de si mesmo, confrontando os seus problemas relacionais, depressivos e emocionais de forma peculiar (não-verbal) através de um diálogo musical (Aalbers *et al.*, 2019).

Musicoterapia na ansiedade

Atualmente existem diversas terapias que produzem melhorias psicológicas e bem-estar físico, melhoram a qualidade de vida e que promovem integração social na

terceira idade. De todas essas terapias, a musicoterapia é aquela que tem demonstrado mais benefícios na qualidade de vida dos idosos, preservando as competências de expressão e socialização, melhorando a ansiedade, a depressão, a irritabilidade e o isolamento social.

Segundo Mohammadi *et al.*, (2011), a musicoterapia tem vindo a ser muito utilizada sobretudo para ajudar nos níveis de stress, ajudando na diminuição do mesmo e na indução de relaxamento. De acordo com diversos estudos, a musicoterapia reduz sintomas da ansiedade, incluindo em pessoas com cancro e com pessoas que se submetem a cirurgias, pois a música é eficaz na redução da pressão arterial e dos batimentos cardíacos, tendo um impacto direto na forma como um indivíduo sente ansiedade (Mehrabizadeh *et al.*, 2017).

É ainda notória a influência positiva da musicoterapia nas estruturas cerebrais que controlam os níveis de ansiedade e stress, sendo uma terapia capaz de aliviar o sofrimento psicológico e físico através de diversas técnicas terapêuticas, alcançando metas como por exemplo ajudar o idoso a melhorar a perspetiva perante a sua identidade, tornando possível reconectar-se consigo próprio, permitindo ao indivíduo sentir-se mais fortalecido e também relembrar memórias remetentes ao seu passado (Istvandity, L., 2017).

Musicoterapia com idosos institucionalizados durante a pandemia COVID-19

Os idosos residentes em lares são comprovadamente o grupo com maior risco de resultados adversos e mortalidade durante a pandemia do coronavírus. Esta população é particularmente vulnerável ao vírus uma vez que nestas estruturas residenciais residem maioritariamente idosos com multimorbilidade, fragilidade, elevado grau de dependência, bem como confinamento frequente em espaços fechados. O risco de

transmissão do vírus entre os idosos e pelos cuidadores ou visitantes é consideravelmente alta, daí ser de extrema importância a restrição de visitas nestas instituições (Fallon et al., 2020).

Segundo Nguyen (2021), muitas instituições reduziram as terapias integrativas para evitar a transmissão do vírus, mas a musicoterapia tem sido fundamental no processo de combater o isolamento social provocado pelas distâncias sociais; na redução do stress e da promoção do bem-estar durante a pandemia COVID-19. A musicoterapia é ainda um recurso positivo nos cuidados paliativos, demonstrando aliviar a dor, a depressão, a ansiedade e a falta de ar, além de suscitar uma conexão espiritual entre os utentes.

Os musicoterapeutas nesta época epidémica demonstram ser fornecedores essenciais com intervenções exclusivas e evidentes durante uma crise de saúde pública. A musicoterapia tem demonstrado uma capacidade de criar conexão social e catalisar respostas ótimas do cérebro e do sistema nervoso, o que impactua no preenchimento da lacuna criada pela distância física entre os idosos institucionalizados e os seus familiares (Junior, M., 2019).

Objetivos do Estágio

De acordo com as temáticas referidas no enquadramento teórico e as necessidades da instituição e dos idosos institucionalizados, os objetivos gerais do estágio focaram-se na melhoria das competências socio emocionais, comunicacionais, cognitivas e sensoriomotoras, estimulando o funcionamento físico e cognitivo dos idosos.

Tornou-se também essencial a promoção da participação social ativa e do relacionamento interpessoal do idoso, com o intuito de reduzir o isolamento social, facilitar a comunicação e promover a sua identidade.

Com este estágio pretendeu-se igualmente promover o desenvolvimento pessoal dos utentes da ERPI fomentando a participação ativa nas sessões de musicoterapia.

Para além disso, a musicoterapia pode ainda ser uma prática fundamental em auxílio dos utentes, pois para além de estar apta a melhorar o seu bem-estar físico e emocional e a sua qualidade de vida, proporciona também uma intervenção complementar à farmacológica, sendo esta uma intervenção que permite aos utentes ter uma participação ativa, criativa, verbal e não-verbal.

Método

Na presente secção, irão ser descritos os métodos, técnicas e procedimentos que garantiram a intervenção musicoterapêutica. Numa primeira secção, serão apresentadas tabelas com a caracterização de cada participante e, posteriormente, serão descritos ao pormenor dois dos casos clínicos que beneficiaram de intervenção musicoterapêutica, sendo que os restantes casos serão descritos de uma forma mais generalizada.

Participantes

A ERPI do Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira compreende um total de 34 utentes em que 12 dos mesmos foram seleccionados para usufruir da musicoterapia (9 do sexo feminino e 3 do sexo masculino). Dos utentes seleccionados 5 obtiveram acompanhamento individual e os restantes foram acompanhados em formato de grupo.

A seleção dos participantes foi executada de acordo com as regras da instituição e as necessidades dos idosos, tendo em conta os consentimentos de ambas as partes, compatibilidades de horário, e também as condições físicas e psicológicas de cada utente.

De seguida, serão apresentadas tabelas com a descrição dos dados e caracterização de cada utente, revelando as suas idades, sexo, tempo de permanência na instituição (TPI) e respetivo ano de entrada (AE), diagnóstico e condição atual. De forma a proteger a privacidade dos utentes, serão utilizadas apenas as iniciais do nome próprio e sobrenome dos mesmos.

Tabela 1 - Dados e Caracterização - Grupo A

Nome	Idade	Sexo	Diagnóstico	AE TPI	Condição Atual
R.E.	87	M	Sem precedentes	2016 5 anos	ERPI
J.F.	86	M	Problemas Cardíacos Apneia do sono	2020 1 ano	ERPI
C.T.	80	F	Hipertensão Arterial Obstipação Crónica Depressão	2015 6 anos	Faleceu
A.S.	83	F	Demência Alzheimer Insuficiência Cardíaca Hipertensão Arterial	2018 3 anos	ERPI
L.M.	78	F	Parkinson Insuficiência Cardíaca Hipertensão Arterial Depressão	2020 1 ano	ERPI

Tabela 2 - Dados e Caracterização - Dupla

Nome	Idade	Sexo	Diagnóstico	AE TPI	Condição Atual
B.S.	74	F	Síndrome depressivo Psicose Ansiedade Hipertensão Arterial Dislipidemia	2018 3 anos	ERPI
R.C.	81	F	Depressão Disfunção mnésica	2020 1 ano	ERPI

Tabela 3 - Dados e Caracterização - Individual

Nome	Idade	Sexo	Diagnóstico	AE TPI	Condição Atual
I.A.	80	F	Síndrome demencial Hipertensão Arterial Dislipidemia Psicose	2013 8 anos	ERPI
J.R.	89	M	Demência Alzheimer Depressão Diabetes	2014 7 anos	ERPI
T.O.	92	F	Síndrome Vertiginoso Hipertensão Arterial Ansiedade	2013 8 anos	ERPI
H.V.	88	F	Parkinson Hipoacusia bilateral Depressão	2014 7 anos	ERPI
A.A.	79	F	Demência Alzheimer Depressão Ansiedade	2019 2 anos	ERPI

A partir das tabelas apresentadas, verifica-se que a média de idade dos utentes que usufruíram do acompanhamento de musicoterapia é de 83 anos e as patologias mais comuns nos idosos intervencionados são a demência de alzheimer, depressão e ansiedade.

Instrumentos de Avaliação

Para registo e avaliação da evolução interventiva de cada participante, a estagiária recorreu a instrumentos de cariz qualitativo tanto da vertente de psicologia como de musicoterapia, conforme os domínios ou problemáticas a avaliar.

Estes instrumentos foram utilizados com o intuito de facilitar a avaliação e de ter um preenchimento mais rápido e intuitivo, com o objetivo de alcançar uma melhor análise e interpretação de dados.

O instrumento de avaliação Geriatric Music Therapy Clinical Assessment de Michelle R. Hintz (2000) auxiliou na avaliação dos domínios musicais ativos (expressão vocal; expressão instrumental) e recetivos; relacional/social; motricidade (fina e grossa); e cognição/memória. Com a adaptação deste instrumento (apêndice A) foi permitido à estagiária ter uma maior perceção de como se apresentavam as capacidades motoras, cognitivas e sociais de cada utente naquele instante, facilitando-lhe posteriormente o processo de seleção de técnicas e atividades musicais a serem aplicadas, assim como a traçar objetivos e sub-objetivos pertencentes ao plano terapêutico.

Para a avaliação do funcionamento psicológico de cada utente, foi aplicada nesta fase a grelha adaptada (apêndice B) do instrumento de psicologia Brief Symptom Inventory de Canavarro, M. C. (1999). A adaptação deste instrumento avalia os domínios da depressão, ansiedade, psicose e hostilidade, e foi aplicada aos utentes que aparentemente transmitiam algum tipo de descompensação emocional e/ou mental, igualmente aos que estavam diagnosticados com depressão ou ansiedade. Esta grelha foi aplicada nas sessões de avaliação inicial e de avaliação final antes e depois do decorrer das mesmas, o que permitiu à estagiária compreender em que níveis psicológicos os utentes se encontravam nos momentos prévio e posterior à intervenção musicoterapêutica. Os dados deste questionário foram associados a dados já obtidos na fase de observação direta e através da consulta dos processos clínicos e da troca de observações com a psicóloga da instituição.

Ainda para a recolha de informação, preparação e construção de um repertório pré-composto, na fase de observação direta e nas primeiras sessões de musicoterapia, foi

elaborada uma ficha de identificação sonoro-musical (apêndice C) com o propósito de recolher o máximo de dados da identidade musical dos utentes. Este instrumento foi empregue através de uma conversa informal e espontânea de forma a respeitar o conforto e espaço dos utentes para que estes não sentissem qualquer tipo de invasão na sua privacidade.

Foi ainda elaborada uma grelha de registo de sessões (apêndice D) de preenchimento rápido e descritivo para suporte e auxílio da estagiária, em que a mesma anotava logo após as sessões, todas as novidades, alterações, observações, e outros apontamentos que considerasse importante para as futuras sessões. Este instrumento permitiu-lhe relembrar acontecimentos significativos de sessões anteriores, ir avaliando semanalmente os progressos das intervenções e também fazer um planeamento antecipado de atividades eficientes de acordo com as necessidades momentâneas de cada idoso.

Procedimentos

Na presente secção serão descritos os procedimentos que garantiram a implementação da intervenção musicoterapêutica na instituição. Cronologicamente, o estágio teve 3 fases diferentes: a fase de integração e preparação, a fase de observação e seleção, e a fase de intervenção.

Fase de integração e preparação

O estágio no Centro de Bem Estar Social de Vale Figueira teve início no dia 13 de outubro de 2020 e realizou-se até ao dia 26 de maio de 2021. Antes do estágio iniciar e após a escolha do local de estágio, a estagiária entrou em contacto com a sua orientadora para ser decidido qual o departamento do centro em que o mesmo iria decorrer e para definição do horário. Foi então decidido que o estágio realizar-se-ia apenas no departamento ERPI pois seria uma mais-valia para os idosos desta instituição,

visto que os mesmos passavam uma fase complicada por causa da situação adversa do coronavírus COVID-19, sendo-lhes impossibilitado sair da instituição, receber qualquer visita de familiares durante este período, ou até mesmo participarem em atividades que infringissem o distanciamento social estipulado.

No primeiro dia de estágio, ao chegar à instituição, a estagiária reuniu-se com alguns funcionários da equipa técnica para conhecer o trabalho de cada um e para deliberarem que materiais ou apoio a estagiária precisava e também decidir qual a sala iria usar para a intervenção terapêutica. De seguida uma das funcionárias deu a conhecer à estagiária as instalações da instituição e apresentou-a aos restantes funcionários e aos idosos da ERPI. Ainda nesta fase, a estagiária deu a conhecer a musicoterapia aos funcionários esclarecendo a sua definição, que benefícios a musicoterapia proporciona na área da geriatria e como pode ser aplicada nas diferentes fases da velhice. Como complemento, a estagiária criou um *flyer* (apêndice E) e distribuiu por alguns funcionários.

Fase de observação e seleção

Posteriormente à adaptação na instituição, a estagiária prosseguiu para a observação direta de todos os utentes da ERPI, participando nas suas rotinas diárias e assistindo às atividades que tinham ocasionalmente com a estagiária de educação social da instituição. Esta etapa de observação das rotinas dos idosos durou aproximadamente um mês e nela a estagiária deu-se a conhecer aos mesmos, explicando o que iria fazer na instituição e mantendo conversas informais sobre as suas vidas e gostos pessoais de forma a criar afinidades, juntando o máximo de informação possível de cada utente.

Durante a observação, a estagiária dedicava-se a observar o comportamento geral dos idosos, nomeadamente a motivação pessoal para participar em atividades e para atingir objetivos; as suas capacidades físicas, visuais e auditivas; a relação com os

outros utentes e funcionários; as capacidades comunicacionais; a interação verbal e não verbal (contacto ocular, físico e musical); a energia (hiperatividade e/ou hipoatividade); a orientação temporal e espacial; e também os comportamentos adaptativos: se seguiam regras; se respeitavam os desejos do próximo; se lidavam bem com os materiais; se esperavam pela sua vez, etc.

Durante a hora do lanche dos utentes, a estagiária aproveitava para apontar todas as observações realizadas e para consultar os planos individuais e processos clínicos a que tinha acesso. No processo de seleção de utentes e encaminhamento para a intervenção de musicoterapia teve-se em conta a disposição dos idosos por alas, não sendo possível à estagiária juntar idosos que fossem de alas diferentes devido às regras de contenção resultantes do vírus Covid-19. Por essa mesma razão não se tornava possível proceder à formação de grupos com mais de quatro elementos ou realizar atividades que exigissem contacto físico ou partilha de materiais/instrumentos musicais.

Respeitando as regras da instituição, a seleção para a musicoterapia teve como base as capacidades físicas e mentais dos utentes; as problemáticas e patologias de cada um; a volição para participar; as indicações e sugestões dos profissionais da instituição e a compatibilidade de horários. Tendo em consideração todas essas particularidades, foram selecionados 12 idosos para terem acompanhamento de musicoterapia, dos quais 7 tiveram acompanhamento em grupo e 5 acompanhamento individual.

Os utentes que participaram nas sessões de grupo apresentavam-se mais autónomos física e mentalmente, porém, demonstravam uma grande lacuna nos domínios social e emocional: mostravam-se isolados, não havendo pontos interativos nem comunicativos entre eles. Já os usufruidores de sessões individuais apresentavam uma maior dependência física e psicológica incluindo doenças neurodegenerativas e distúrbios da saúde mental como a demência de Alzheimer, Parkinson, demência não

especificada, depressão ou ansiedade, o que se julgou fundamental proporcionar a estes utentes um acompanhamento mais minucioso e precavido.

Fase da intervenção

Esta fase teve início no dia 24 de novembro de 2020 e teve uma duração aproximada de 6 meses. Para começar a intervir, a estagiária certificou-se de que tinha o consentimento para gravar as sessões, confirmando com a orientadora do estágio que lhe autorizou no mesmo instante, dizendo-lhe que todos os idosos da instituição ou os respetivos familiares deram permissão à instituição para gravar e fotografar os idosos sempre que necessário. Este consentimento foi fundamental para todo o processo do estágio de musicoterapia, possibilitando à estagiária obter um registo aprimorado dos comportamentos dos utentes e poder observar qualquer detalhe que lhe possa ter faltado durante as sessões, adicionando ainda ao facto que as gravações foram fundamentais para a supervisão de estágio.

Para as sessões de musicoterapia em grupo estimava-se uma duração de 45 minutos e as individuais de 30 minutos, contudo, o tempo variava consoante a disposição dos utentes, podendo ocorrer menos tempo ou mais tempo que o estipulado.

Nas sessões iniciais da intervenção musicoterapêutica foram aplicados os instrumentos de avaliação (anteriormente descritos em detalhe) que serviram para fazer uma avaliação inicial das competências musicais, psíquicas, funcionais e não funcionais dos utentes.

Para ajudar no processo de avaliação inicial, essas primeiras sessões foram planeadas previamente com atividades de exploração musical, vocal e instrumental, instruídas pela estagiária, com o intuito de deixar os utentes expressarem-se livremente e ao mesmo tempo realçarem as suas capacidades de forma natural e não intrusiva.

Para além da avaliação inicial, as primeiras sessões serviram também para permitir aos idosos a sua adaptação ao setting musicoterapêutico e criar uma relação terapeuta-utente. Após obtenção dos dados da avaliação realizada, passou-se à execução dos planos terapêuticos dos utentes, selecionando os problemas alvos para intervenção e respetivos objetivos e sub-objetivos a atingir.

Durante a fase interventiva as sessões foram planeadas com base nos objetivos a alcançar e nos registos efetuados nas sessões anteriores, onde foram aplicadas técnicas de musicoterapia ativa e recetiva em conjugação com outras atividades musicais e lúdicas, conforme não só o plano preestabelecido mas também pelos desejos e interesses dos utentes.

No último mês da intervenção musicoterapêutica, a estagiária começou a alertar os utentes para o fim do estágio para que estes se fossem preparando mentalmente à sua ausência. Nas duas últimas sessões voltou-se a aplicar os mesmos instrumentos de avaliação já anteriormente utilizados na fase inicial, de modo a fazer uma avaliação final e observar quais as alterações e progressos obtidos ao longo de todo o processo de intervenção.

Técnicas de musicoterapia

No decorrer do processo terapêutico, foi fundamental o recurso a técnicas de intervenção de musicoterapia ativa e recetiva para atingir os objetivos incluídos nos planos terapêuticos.

As técnicas de musicoterapia ativa são técnicas que requerem a participação ativa do utente numa atividade musical, assim, durante o percurso musicoterapêutico foram aplicadas as seguintes atividades e técnicas interventivas: o canto dirigido e livre de repertório pré-composto de canções do conhecimento do utente; a improvisação vocal, instrumental e corporal; a recriação de canções e composição de letras para as

mesmas; a construção de canções; a criação de versos e quadras a partir de um tema ou imagem; a musicalização de poemas; o preenchimento de espaços em branco para completar canções e a partilha de histórias ou emoções relacionadas com canções e letras de músicas.

Em termos de técnicas recetivas em que os utentes não participavam ativamente nas atividades, destacaram-se as seguintes: escuta de canções e partilha de emoções ou histórias significativas associadas ao que ouviam; relaxamento musical com implementação de exercícios respiratórios; escuta imaginária com ou sem orientação; e discussão de letras de canções fazendo contraste com questões pessoais dos utentes. Com estas técnicas de intervenção os utentes puderam desfrutar de uma experiência musical abrangente, com benefício nos aspetos de ativação metabólica e neurológica; na função de reminiscência; na redução de possíveis sintomas; no contacto humano e nas atividades sociais. Para que estas técnicas pudessem ser aplicadas, o recurso a materiais e instrumentos musicais foram fundamentais, por isso, foram usados guizos, triângulos, tamborins, reco-reco, pandeiretas, xilofone, maracas, ovos shakers, clavas, ukulele, piano, lenços de cores variadas, uma coluna, computador e um telemóvel para gravação de sessões.

Agenda semanal

A estagiária deslocou-se à instituição duas vezes por semana, nomeadamente terças e quartas-feiras, das 9:30h às 17:30h. Na parte da manhã, durante a primeira meia hora, procedia-se à preparação do setting terapêutico e mantinha-se uma conversa informal com os colegas da equipa técnica para obtenção de novas informações ou notícias referentes aos idosos.

Às terças-feiras decorriam as sessões individuais com os utentes da ala com pouca ou nenhuma autonomia física ou mental e às quartas-feiras decorriam sessões de grupo e individual com os utentes da ala com alguma autonomia física e/ou mental.

Na quarta-feira às 15:00 a estagiária destinou essa hora para uma sessão extra caso fosse necessário, por falta da presença de algum utente nas sessões agendas (muitas vezes faltavam por estarem em isolamento devido ao vírus Covid-19), ou caso esta achasse necessário haver uma sessão extra com algum utente.

No fim de realizar todas as sessões planeadas para o dia, a estagiária dedicava-se ao registo das mesmas; a passar algum tempo informal com os idosos da instituição; e à preparação e planeamento de futuras sessões.

Na próxima tabela será apresentada uma estruturas da agenda semanal que a estagiária planeou para durante o seu percurso na instituição do estágio de musicoterapia.

Tabela 4 - Agenda semanal

Horas	Terça-feira	Quarta-feira
9:30	Preparação setting / conversa informal	Preparação setting / conversa informal
10:00	Sessão T.O.	Sessão Grupo A
11:00	Sessão J.R.	Sessão Dupla
14:00	Sessão H.V.	Sessão I.A.
15:00	Sessão A.A.	Sessão Extra
16:00	Preparação / Registo Sessões	Preparação / Registo Sessões

Estudo de caso I

Nesta secção será descrito e detalhado todo o processo da intervenção de musicoterapia com o utente J.R.

Identificação – J.R.

O senhor J.R. tinha 89 anos de idade e encontrava-se institucionalizado na ERPI do centro Bem-Estar Social de Vale de Figueira desde 2014, aproximadamente 7 anos.

Durante a sua infância frequentou a escola onde obteve a escolaridade básica e na sua fase adulta foi trabalhador nas ferrovias onde se manteve algum tempo como guarda de passagem de nível. J.R. tinha crença católica, era viúvo e tinha dois filhos, um do sexo feminino e outro do sexo masculino. Devido aos seus problemas já bastante avançados e por muita dificuldade da parte da família de lhe oferecer auxílio e apoio domiciliário, os seus filhos optaram por recorrer à sua institucionalização.

Diagnóstico

Conforme indicado no plano individual do seu documento de identificação, J.R. apresenta um diagnóstico que abrange várias doenças comuns no idoso, nomeadamente, demência de Alzheimer (acompanhado em consulta de doenças neurodegenerativas); depressão; diabetes *miellitus*; neoplasia da próstata (acompanhado em consulta de ura/oncologia); doença renal crónica; derrame pericárdico crónico; e dois nódulos hepáticos. Desde que se encontra institucionalizado, J.R. já teve vários internamentos hospitalares por fratura de coluna; pneumonia; infeções respiratórias e hemorragia digestiva alta.

Encaminhamento para a musicoterapia

O senhor J.R. sempre foi descrito pelos outros idosos e funcionários da instituição como sendo o homem da música e do teatro. Na sua sala, sempre que passava música na televisão fechava os olhos e apreciava, movimentando-se ao som da

mesma e quando conhecia alguma canção, vocalizava e procurava estabelecer contacto ocular com alguém para que o vissem a cantar.

Apesar de o J.R. se apresentar muitas vezes alegre quando contactava com alguma funcionária, havia dias em que se mostrava cabisbaixo, inativo e com os olhos sempre fechados, tapando a cabeça com uma manta para que não o incomodassem, e quando alguém tentava comunicar com ele, mostrava-se pouco responsivo, recorrendo apenas a gestos afirmativos ou negativos com a sua cabeça.

Aquando da observação direta do utente nas suas rotinas e participação em atividades, J.R. demonstrava-se muitas vezes incapaz de compreender questões e instruções e tinha muita dificuldade a concentrar-se e a manter-se atento. Manifestando frequentemente um baixo nível de energia e alguma imprevisibilidade emocional, o Sr. J.R. foi perdendo a sua identidade, à medida que se verificava uma deterioração nas suas competências sociais e cognitivas.

Para além destas dificuldades do senhor J.R., o seu estado de demência de Alzheimer já estava bastante avançado à data de início da intervenção, já não tinha qualquer noção da orientação temporal nem espacial e também já não possuía qualquer capacidade de memória a longo prazo.

Com estas observações da estagiária; os dados do processo terapêutico e plano individual; a sintomatologia do utente; e as sugestões por parte dos colegas da equipa técnica, foi determinado iniciar a intervenção de musicoterapia com o objetivo de estimular as competências funcionais ainda existentes e de retardar o agravamento das suas patologias degenerativas. Assim, o utente J.R. foi selecionado para usufruir de intervenção musicoterapêutica individual.

Avaliação inicial

A problemática mais considerável do senhor J.R. era a doença

neurodegenerativa demência do tipo alzheimer.

Nas sessões iniciais da intervenção a estagiária aplicou instrumentos de avaliação e realizou uma observação mais diretiva e pormenorizada do utente. Para alcançar uma avaliação eficiente, recorreu a atividades musicais e técnicas de musicoterapia e criou diálogos com o utente para ter uma melhor perceção relativamente às suas capacidades e competências comunicacionais. Nesta fase verificou-se que o utente não tinha qualquer orientação temporal nem espacial, pois ao lhe ser perguntado a sua idade respondia que tinha 12 anos e quando a estagiária o ia buscar para as sessões dizia que não podia ir porque a mãe não queria que ele saísse de casa. Igualmente durante a sessão ele dizia que tinha de ir embora para casa porque a sua mulher (já falecida) estava à sua espera. Para além do declínio na orientação da realidade, estes sinais são também indicadores de perda de memória a longo prazo, perda de identidade e uma deterioração cognitiva acentuada.

A implementação da grelha de observação adaptada pela estagiária do instrumento de avaliação “Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” auxiliou na descoberta de outras fragilidades do utente, mais concretamente nas competências musicais ativas/recetivas, relacionais/sociais, motoras e cognitivas. Dos domínios avaliados, o musical ativo, a motricidade grossa, e o cognitivo foram os que se revelaram mais debilitados.

Após aplicação da grelha, a estagiária complementou a avaliação inicial com o preenchimento da ficha de identificação sonoro-musical do utente. Esta ficha facilitou no processo de descoberta dos gostos e preferências musicais do utente para construção de um repertório musical pessoal e possibilitou adquirir outras informações relativamente às suas vivências e recordações relacionadas com música.

A avaliação inicial do senhor J.R. (apêndice F) decorreu durante as três primeiras sessões de musicoterapia e após recolha e obtenção dos dados, a estagiária procedeu ao planeamento terapêutico do utente.

O estado demencial de J.R. já se encontrava avançado, no qual se tornava possível identificar uma recorrente perda de memória, baixa capacidade intelectual, comprometimento no raciocínio, poucas competências sociais e alterações nas reações emocionais. Após identificação dos domínios que apresentavam maiores problemas eram o musical ativo, a motricidade grossa e o cognitivo, a estagiária criou um plano terapêutico com objetivos e respetivos sub-objetivos para promover a estimulação e preservação destas problemáticas.

No domínio musical ativo, o Sr. J.R. mostrava maiores fragilidades na realização de tarefas que requeressem iniciativa própria e criatividade, especificamente no canto voluntario de canções familiares sem o auxílio da estagiária; na improvisação rítmica sem qualquer estrutura definida e na vontade pessoal para tocar os instrumentos. Estas lacunas evidenciavam a perda de capacidades de raciocínio e concentração e também a apatia que manifestava a ausência de interesse, falta de respostas a estímulos e a falta de energia.

No domínio da motricidade grossa mostrava maiores fragilidades na realização de tarefas que requeressem coordenação, consciência espacial e mobilidade independente, não se mostrando apto a tocar um instrumento no tempo correspondente de uma música nem sendo capaz de tocar com alternância de mãos.

No domínio da cognição, o utente mostrava maiores fragilidades na realização de tarefas que requeressem a memorização de nomes, sequências, padrões ou letras/palavras, e também não era capaz de permanecer na sessão do início ao fim

demonstrando pouca tolerância a estímulos e falta de reconhecimento do espaço. Estas falências evidenciam a perda de memória, degeneração cognitiva e perda de identidade.

Plano terapêutico

Depois da identificação dos problemas de J.R., a estagiária selecionou os seguintes para intervenção musicoterapêutica: 1) degeneração cognitiva, 2) apatia, e 3) dificuldade de concentração.

Para o primeiro problema (degeneração cognitiva) definiu-se o objetivo de estimulação das capacidades cognitivas do utente, de modo a ser possível observar ligeiras melhorias a nível do seu funcionamento cognitivo aquando da sua demência progressiva. Para o alcance deste objetivo, ao longo da intervenção, J.R. deveria mostrar-se capaz de imitar ritmos simples; de repetir uma canção pré-estabelecida do repertório (cantar); e memorizar melodias ou trechos de canções conhecidas.

Para o segundo problema (apatia) definiu-se o objetivo de promoção da iniciativa própria. Para o alcance deste objetivo, ao longo da intervenção, J.R. deveria ser capaz de participar ativamente do início ao fim numa atividade musical; improvisar vocalmente com acompanhamento harmónico; e dirigir o olhar para a fonte sonora.

Para o terceiro problema (dificuldade de concentração) definiu-se o objetivo de um aumento de concentração na atividade musical. Para o alcance deste objetivo, ao longo da intervenção, J.R. deveria ser capaz de cantar uma letra de canção com suporte em papel; mostrar-se com atenção durante a escuta ativa de uma canção; e imitar uma sequência de gestos recíprocos com a terapeuta.

Seguidamente encontra-se uma tabela (tabela 5) onde se pode observar o plano terapêutico estabelecido com respetivos problemas, objetivos e sub-objetivos a serem desenvolvidos durante o processo de intervenção clínica com o utente J.R.

Tabela 5 - Plano terapêutico de J.R.

Problema 1		
Degeneração cognitiva		
Objetivo		
Estimulação das capacidades cognitivas		
Sub-objetivos		
Imitar ritmos simples	Memorizar melodias ou trechos de canções conhecidas	Repetir uma canção pré-estabelecida do repertório (cantar)
Problema 2		
Apatia		
Objetivo		
Promoção da iniciativa própria		
Sub-objetivos		
Participar ativamente do início ao fim numa atividade musical	Improvisar com voz ou instrumento em sincronia com o acompanhamento harmónico	Dirigir o olhar para a fonte sonora
Problema 3		
Dificuldade de concentração		
Objetivo		
Aumento de concentração na atividade musical		
Sub-objetivos		
Cantar letra de canção do início ao fim com suporte em papel	Mostrar-se com atenção durante a escuta ativa de uma canção	Imitar uma sequência de gestos recíprocos com a terapeuta

Processo terapêutico

A Intervenção clínica com o senhor J.R. decorreu de dezembro de 2020 a maio de 2021 e foram realizadas 18 sessões individuais. O desenvolvimento do seu processo clínico pode ser descrito em 3 fases diferentes: a fase inicial que ocorreu da 1ª à 3ª sessão; a fase intermédia que se desenrolou da 5ª à 16ª e a fase final que ocupou lugar nas 17ª e 18ª sessões.

Fase inicial

Nas primeiras sessões o foco incidia na adaptação do senhor J.R. ao setting terapêutico. Nestas primeiras sessões, o utente mostrava-se bastante comunicativo com a estagiária, principalmente se o tema fosse relacionado com música, partilhando com ela que costumava cantar muitos fados e canções populares portuguesas nos teatros. No entanto, quando lhe foi pedido para especificar alguma canção ou cantor, o Sr. J.R. não se recordava de nenhuma, acabando por responder que cantava tudo ou qualquer uma. Quando eram feitas outras perguntas referentes à sua vida de forma a criar uma relação terapêutica entre ambos, o utente respondia dizendo “sim”, “não” ou “não sei” e parava de estabelecer contacto ocular, tornando-se evidente a sua perda de memória relativa a momentos familiares ou da sua infância.

Apesar de se mostrar responsivo à estagiária, o senhor J.R. inicialmente apresentava um controlo postural limitado curvando-se para a frente, apoiando a cabeça nas mãos e queixando-se de cansaço, logo de seguida, fechava os olhos perdendo completamente a motivação e concentração, mostrando-se intolerante a qualquer estímulo. Quando a estagiária aplicava técnicas de musicoterapia recetivas como a audição de canções do repertório musical de um período significativo para o utente, o mesmo reagia espontaneamente fazendo comentários positivos, vocalizando e movimentado levemente o corpo ao som da música.

Já em atividades ou técnicas que requeressem a sua participação ativa (pegar em instrumentos musicais ou movimentar os membros superiores) o Sr. J.R. dizia que não queria participar, e não interagia nem colaborava com a estagiária.

Fase intermédia

Esta fase engloba todos os progressos e alterações significativas do utente no desenvolvimento da intervenção. Nesta fase intermédia tornou-se essencial seguir a estrutura que a estagiária pré-idealizou para as sessões com o Sr. J.R., ajustável a eventuais alterações. Essa estrutura dispunha de cinco momentos: 1) momento introdutório; 2) momento de exploração; 3) momento instrumental com orientação rítmica; 4) momento de canções do repertório; 5) momento de reflexão e partilha verbal.

No momento introdutório, a estagiária tocava e cantava a canção do bom dia que compôs com o propósito de auxiliar J.R. na sua orientação do tempo e espaço. Esta canção continha uma melodia simples e repetitiva com poucas palavras “bom dia senhor J.R.”, para que o ajudasse a reconhecer a sua identidade, o cativasse para a sessão e para estimulação da sua memória. Inicialmente, o senhor J.R. limitava-se a ouvir a canção fazendo comentários no final da mesma como “ah, coisa linda!” e “tu sabes cantar”. A partir da 8ª sessão, o utente começou a participar ativamente, cantando em resposta à estagiária (repetia a letra imediatamente a seguir a ela cantar). Na 13ª sessão, ao ouvir a harmonia no piano, J.R. lembrou a letra e começou a cantá-la por iniciativa própria antecipando-se à estagiária, revelando reconhecimento da letra de sessões anteriores.

O momento de exploração servia para o utente explorar a sua criatividade e promover a sua perceção sensorial através de técnicas de improvisação instrumental; para estimular a sua coordenação olho-mão através de atividades com movimentos corporais; e também para promover a sua iniciativa própria. No começo J.R. negava a participação em atividades que puxassem pelo seu raciocínio, colaborando apenas

quando fosse a estagiária a improvisar, imitando muito pouco os movimentos e os padrões rítmicos que ela fazia. Poucas sessões depois, num destes momentos de exploração, o utente já dava uma oportunidade à criação no qual improvisava ritmos simples (ainda que indefinidos) quando a estagiária lhe pedia, já se disponibilizando para a elaboração de tarefas por iniciativa própria mas ainda desistindo pouco tempo depois por não conseguir manter a concentração. Em sessões mais avançadas o utente já tinha curiosidade para explorar os instrumentos, pegava neles quando os avistava começando por explorar um e depois trocava para experimentar outros. Nestas últimas sessões J.R. já conseguia improvisar mantendo-se concentrado por um tempo bastante considerável.

No momento instrumental com orientação rítmica eram aplicadas técnicas de *turn-taking*, imitação, suporte e *mirroring* em que a estagiária dispunha de instruções para auxiliar no processo do desenvolvimento das competências rítmicas do utente. Essas técnicas eram aplicadas através de atividades rítmicas expressivas (expressar sentimentos nos instrumentos; tocar em instrumentos com acompanhamento harmónico com um tempo bem marcado; jogos de imitação e memorização rítmica) e recetivas (a estagiária tocava um instrumento de altura indefinida em sítios diferentes para ver se o utente dirigia o olhar para a fonte sonora e eram escutados variados estilos musicais com frases rítmicas diferentes para dissociação de ritmos). Este momento destinava-se a trabalhar com J.R. a intencionalidade; a autoexpressão; a atenção e a perceção. Inicialmente J.R. mostrava dificuldades em imitar ritmos simples, produzindo no instrumento apenas ritmos irregulares e não era capaz de seguir direções simples. Contudo, a partir da 9ª sessão o utente começou a reproduzir ritmos em forma de ostinato, fazia um ritmo simples e repetia-o constantemente. Nas sessões finais J.R. já se mostrava mais atento, começando a tornar-se capaz de seguir direções simples.

No momento de canções do repertório eram aplicadas diversas técnicas, designadamente a improvisação vocal, recreação de canções, canto dirigido, *sing-along*, construção de canções a partir de temas ou imagens, audição musical, etc. Este momento focava-se no trabalho do domínio cognitivo: para estimular a memória, promover a atenção e concentração, fomentar o raciocínio e preservar competências intelectuais e sociais. Desde o início da intervenção este era o momento onde J.R. participava mais. Nas sessões iniciais a estagiária apercebeu-se do quão fundamental era ter um repertório com as músicas conhecidas do utente, assim, concluiu que as mais familiares para ele eram canções e fados da década de 70. Inicialmente J.R. reconhecia as canções mas era rara a vez que cantava a letra, acabava por vocalizar apenas a melodia (maioritariamente o refrão). Ainda assim sempre mostrou facilidade em cantar no tom, tempo e volume apropriados, talvez devido à sua experiência prévia nos teatros, conseguindo seguir direções mais complexas. A partir da 6ª sessão os progressos começaram a ser notórios, J.R. começou a memorizar letras de canções através da repetição das mesmas (começava a cantar a letra antecipando-se à estagiária e sem suporte de papel), mas essa memória não se prolongava por muito tempo; começou a associar palavras a canções (a estagiária dizia uma palavra simples e o utente começava a cantar uma canção com essa palavra); e com o tempo começou a completar com sucesso espaços em branco de canções (incluindo versos para além do refrão). Na 14ª sessão a canção predominante foi a “olhos castanhos” de Francisco José (umas das mais conhecidas do utente), nesta altura este fado já tinha sido cantado e explorado várias vezes com ele em sessões anteriores. Quando lhe foi perguntado qual a canção que se acabara de cantar, o utente não soube responder, mas após a sessão teve momentos em que começava a cantá-la espontaneamente. Esses momentos foram ocorrendo ao longo

da tarde, deixando colegas da sala e funcionários admirados por este se recordar da letra durante um período de tempo significativo.

No momento de reflexão e partilha a estagiária e o utente verbalizavam sobre letras de canções, que versos e frases eram os preferidos e dialogavam sobre as mesmas. Era nesta parte da sessão em que o utente mostrava uma maior relembração do seu passado, onde o mesmo partilhava histórias de vida, tornando-se num momento muito importante para a promoção da identidade de J.R..

Fase final

As 17ª e 18ª sessões corresponderam à reavaliação (apêndice G) das competências do utente, portanto, foi reaplicado o mesmo instrumento de avaliação que na fase inicial através das técnicas de musicoterapia como o canto, improvisação e atividades rítmicas, para registo dos resultados obtidos e conclusão da intervenção terapêutica de musicoterapia. Nesta fase final, a evolução do Sr. J.R. era bastante notória em comparação aos objetivos traçados inicialmente no plano terapêutico, tendo acabado a intervenção muito mais participativo e com uma alargada tolerância às atividades musicais propostas.

Resultados

A intervenção musicoterapêutica com J.R. mostrava progressos bastante significativos e consideráveis ao longo da mesma. Os resultados obtidos com o instrumento de musicoterapia revelaram que J.R. evoluiu em todos os domínios, tendo apresentado uma evolução notável em alguns itens de cada categoria; outros itens mostraram evoluções pouco significativas; e ainda houve itens em que os resultados se mantiveram.

Relativamente ao primeiro problema (dificuldades de memória), os progressos foram evidentes. Ao longo do processo terapêutico e através da aplicação de técnicas

referidas anteriormente, J.R. exibiu maiores capacidades cognitivas, ativou memórias da sua adolescência e revelou alguma orientação temporal e espacial, sendo que numa fase inicial ao lhe ser perguntado a idade ou questões familiares o mesmo respondia que tinha doze anos e referia-se aos seus pais no presente (“os meus pais não sabem de mim, tenho que ir para casa senão metem-me de castigo”). Na fase final da intervenção já apresentava uma orientação mais próxima da realidade referindo que a sua idade rondava os 62 anos, que tinha dois filhos crescidos e já recorria a tempos verbais do pretérito passado quando fazia comentários referentes aos seus pais. Estes resultados realçavam-se maioritariamente no trabalho de letra de canções e discussão das mesmas, sendo que o Sr. J.R. posteriormente retratava situações da sua vida.

Em relação ao problema da apatia e falta de envolvimento, considera-se que o objetivo foi igualmente bem-sucedido visto que ao longo da sua caminhada terapêutica se revelou cada vez mais participativo, mostrou interesse pelas atividades a serem desenvolvidas e revelou momentos que tinha iniciativa própria para cantar, tocar num instrumento e também mostrou momentos de improvisação espontânea em simultâneo com o acompanhamento harmónico.

Finalmente, a capacidade de concentração do Sr. J.R. também se foi tornando mais flexível e duradoura. Começou a estabelecer contacto ocular em atividades rítmicas para além das vocais; reconheceu um maior número de canções do repertório pertencente à sua identidade sonora; prestava mais atenção às regras e instruções da estagiária; já seguia direções simples e algumas direções mais complexas; e a duração das sessões também foi aumentando, ao início o utente não era capaz de permanecer os trinta minutos estipulados e posteriormente, em sessões mais avançadas, o tempo por vezes ultrapassava os quarenta e cinco minutos.

Discussão

De acordo com a literatura, vários estudos indicam que a musicoterapia tem efeitos positivos nos sintomas a nível comportamental, psicológico e cognitivo coadjuvantes da doença neurodegenerativa demência. Este conceito veio-se a revelar nos resultados obtidos da intervenção de J.R.

Segundo Simmons-Stern (2010) a música na forma de canção demonstra ser uma ajuda eficaz na memória verbal de pessoas com alzheimer, particularmente a memorizar informações verbais que são transmitidas através de letras de canções em vez de recorrer à verbalização de palavras. Este princípio avistou-se nos progressos com J.R., sobretudo quando o mesmo associava canções às suas vivências, e quando se usava a técnica de recriação de canções, onde eram compostas letras novas e o utente partilhava histórias da sua vida em forma de versos cantados. Esta técnica era também a mais usada pela estagiária quando a mesma objetivava passar informações ou instruções a J.R., visto ser a maneira mais eficaz de ativar a memória do utente. Ainda de acordo com esta técnica, na 11ª sessão o utente ao entrar no setting terapêutico reconheceu a sala partilhando com a estagiária “já fiz aqui boa música consigo”.

Padilha (2008), refere que a influência musical é um fator significativo na vida de um idoso, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida, pois a música pode melhorar o desenvolvimento motor e cognitivo, sendo responsável por facilitar a expressão de sentimentos e por ser uma forma de comunicação criativa que permite uma maior interação social. Estes aspetos também estão patentes no progresso terapêutico do Sr. J.R.. No plano, a nível motor, o utente não tinha mobilidade autónoma (o que permaneceu até ao fim da intervenção) nem fazia muitos movimentos que exigissem mexer os membros superiores, tendo uma postura curvada e a cabeça apoiada nas mãos. Contudo, pequenos progressos foram notórios em atividades rítmicas e de improvisação

instrumental, em que o utente se mostrava cada vez mais disposto a participar ativamente e estabelecia um maior contacto ocular, físico e musical com a estagiária. Igualmente no nível emocional, J.R. exprimia melhor os seus sentimentos em redor da estagiária e fora das sessões, inclusive relacionava-se e interagia positivamente com ela e começou a apresentar momentos em que assumia um papel de líder nas atividades musicais.

Estudo de caso II

Nesta secção será descrito e detalhado todo o processo da intervenção de musicoterapia com o grupo A. Este era o grupo com mais elementos sendo constituído por 5 utentes com alguma mobilidade física mas com algumas perturbações cognitivas, emocionais e sociais. O processo terapêutico com o grupo A focou-se na interação e isolamento social, não desvalorizando a promoção da identidade grupal e a estimulação cognitiva.

Identificação dos utentes

R.E.

O senhor R.E. tinha 87 anos de idade e encontrava-se institucionalizado na ERPI do centro Bem-Estar Social de Vale de Figueira desde 2016, durante aproximadamente 5 anos. Frequentou o ensino básico e na sua fase adulta foi motorista e funcionário camarário. R.E. tinha crença católica e era viúvo, motivo pelo qual recorreu à institucionalização, após alguns anos como utente da valência de centro de dia.

J.F.

O senhor J.F. tinha 86 anos de idade e encontrava-se institucionalizado na ERPI desde março 2020, durante aproximadamente 1 ano. J.F. não frequentou a escola pelo qual não sabia ler nem escrever. Na sua fase adulta trabalhou como capataz no campo durante 40 anos e frequentou a tropa. R.E. tinha crença católica e era viúvo.

C.T.

A dona C.T. tinha 80 anos de idade e encontrava-se institucionalizada na ERPI desde maio de 2015 e faleceu em Janeiro de 2021, pelo que permaneceu no lar quase 6 anos. C.T. não frequentou a escola pelo qual não sabia ler nem escrever. Na sua fase adulta trabalhou na agricultura, tinha crença católica e era viúva.

A.S.

A dona A.S. tinha 83 anos de idade e encontrava-se institucionalizada na ERPI desde janeiro de 2018, durante aproximadamente 3 anos. Frequentou o ensino básico onde obteve o 4º ano de escolaridade e na sua fase adulta trabalhava na agricultura. Tinha crença católica e era viúva. A sua institucionalização deveu-se ao facto de ter demência de Alzheimer e comprometimento da sua consciência.

L.M.

A dona L.M. tinha 78 anos de idade e encontrava-se institucionalizada na ERPI desde junho de 2020, durante aproximadamente 1 ano. Frequentou o ensino básico onde obteve o 4º ano de escolaridade e na sua fase adulta trabalhava na agricultura. Tinha crença católica e era viúva.

Diagnóstico coletivo

Conforme indicado nos planos individuais e processos dos utentes as problemáticas e patologias mais incidentes do grupo eram as seguintes: insuficiência cardíaca, doença de Parkinson, hipertensão arterial, dislipidemia, doença cardiovascular, depressão e demência de alzheimer. Para além dos diagnósticos presentes nos processos dos utentes, os elementos do grupo A tinham em comum o isolamento social, a perda de vontade em participação de atividades e a desvalorização pessoal.

Encaminhamento para a musicoterapia

A seleção dos utentes para intervenção de musicoterapia baseou-se em diversos fatores, sendo o primeiro o facto de todos pertencerem à mesma ala da instituição e terem uma autonomia física razoável. Durante o primeiro mês a estagiária teve a oportunidade de acompanhar as rotinas dos utentes, onde observou as fragilidades de cada um e obteve informações importantes para o processo terapêutico em grupo.

A dona A.S. tinha uma ligação forte à música. As funcionárias partilharam que a utente se deslumbrava cada vez que passava uma canção do seu conhecimento e que imediatamente expressava um sorriso no rosto, sugerindo assim à estagiária selecioná-la para a musicoterapia. À parte desse fator seletivo, a estagiária foi observando outros fatores importantes para incluir a utente na intervenção, particularmente a sua doença de demência de Alzheimer, a sua resistência na participação em atividades, a sua falta de orientação espacial e temporal e a necessidade de estimulação cognitiva e comunicacional.

O senhor J.F. sempre se apresentou muito simpático quando alguma funcionária comunicava com ele, no entanto não comunicava com os colegas da sala e apresentava-se constantemente com expressões de tristeza e muito introvertido, ficando sempre no seu canto, muito silencioso e sem dar conversa. Além disso tinha ainda momentos em que se apresentava muito confuso e não tinha uma perceção espacial concreta.

O senhor R.E. desde que conheceu a estagiária que mostrou interesse em participar, pois com a situação do vírus Covid-19 não podia ter visitas e eram poucas as atividades em que se motivava, sendo a música e as atividades musicais que mais gostava. Esta situação afetou muito este utente, ele era uma pessoa habituada ao convívio e a ter contacto social e desde que ficou sem poder sair da instituição tornou-se muito queixoso e a fazer constantemente comentários negativos.

A dona L.M. entrou mais tarde para o grupo após o falecimento da dona C.T.. Sempre que a estagiária ia à sala buscar os seus colegas a mesma mostrava interesse pela música e demonstrava interesse pelas atividades. Para além disso sentia-se muito isolada e apresentava algumas dificuldades motoras, incluindo doença de Parkinson, sendo assim a musicoterapia uma boa solução para a sua estimulação social e motora. Esta utente era ainda um elo muito importante para motivar a dona A.S. a participar nas

sessões visto que ela resistia muito a ir por ainda não ter criado uma relação empática com a estagiária.

A dona C.T. participou no total de três sessões de musicoterapia, faltando algumas vezes por problemas de saúde. Antes do seu falecimento, a utente foi selecionada para ter intervenção musicoterapêutica por apresentar ansiedade aliada à depressão. Tinha também muito pouca interação com os seus colegas e nunca queria participar em nenhuma atividade. Mantinha-se muito reservada e não queria participar em conversas com os seus colegas.

Para além destas problemáticas encontradas ao observar individualmente cada utente, a estagiária observou outros problemas que eram comuns entre eles, nomeadamente a perda de identidade; a deterioração de competências sociais, cognitivas e motoras; a falta de estímulos auditivos e verbais; o isolamento social; frustração; e a ausência de envolvimento com o exterior.

Tendo em conta estas problemáticas, a consulta dos processos terapêuticos e as sugestões dos colegas da equipa técnica, achou-se que a intervenção de musicoterapia pudesse trazer vários benefícios para este grupo a nível de coesão grupal e valorização pessoal e comunitária. Assim, os utentes descritos foram os selecionados para usufruir de intervenção musicoterapêutica grupal.

Avaliação inicial

Nas primeiras sessões da intervenção foram aplicados instrumentos de avaliação e realizada uma observação mais diretiva e pormenorizada da coesão do grupo. Para alcançar uma avaliação eficiente, a estagiária recorreu a atividades musicais, a técnicas de musicoterapia e à criação de diálogos com os utentes para ter uma melhor perceção de como eles se relacionavam uns com os outros e com a estagiária, continuando a fazer uma observação minuciosa das capacidades e competências dos utentes.

Nesta fase inicial os utentes mostraram-se muito passivos, sem vontade de participar nas sessões de musicoterapia e muita vergonha/medo ou ansiedade. Para além disso os utentes não tinham qualquer interação, não estabeleciam contacto ocular uns com os outros e participavam minimamente nas atividades propostas.

O recurso à grelha de observação adaptada pela estagiária do instrumento de avaliação “Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” (apêndice H) auxiliou na descoberta de outras fragilidades, mais concretamente nas competências musicais ativas/recetivas, relacionais/sociais, motoras e cognitivas. Este instrumento foi aplicado individualmente a cada um deles para saber quais os domínios em comum ao grupo que estavam mais debilitados. Após essa avaliação notou-se que os domínios que se apresentaram mais comumente enfraquecidos foram o relacional/social e o musical ativo.

Após a aplicação da grelha, a estagiária complementou a avaliação inicial com o preenchimento da ficha de identificação sonoro-musical de cada utente. Esta ficha facilitou no processo de descoberta dos gostos e preferências musicais dos utentes para construção de um repertório musical do grupo.

Esta fase de avaliação inicial decorreu durante as quatro primeiras sessões de musicoterapia e após recolha e obtenção dos dados, a estagiária procedeu ao planeamento terapêutico do grupo.

Plano terapêutico

A problemática mais saliente no grupo era o isolamento social. Este problema é muito comum nos idosos e a maioria tende a isolar-se mais quando estão institucionalizados. Além disso, a situação pandémica recorrente como referido anteriormente, veio acentuar mais esta problemática, perderam o contacto com os familiares e amigos e não puderam sair da instituição durante vários meses.

Como os domínios que apresentaram maiores problemas foram o musical ativo e o relacional/social, a estagiária criou um plano terapêutico com objetivos e respetivos sub-objetivos para ir de encontro com as necessidades do grupo.

No domínio musical ativo o grupo mostrou maiores fragilidades na realização de tarefas que requeressem iniciativa própria e criatividade, especificamente no canto voluntario de canções familiares sem suporte vocal e/ou instrumental da estagiária; na improvisação rítmica sem qualquer estrutura definida e na improvisação vocal. Estas lacunas evidenciam o medo, a vergonha e a ausência de disposição do grupo perante as atividades propostas.

No domínio relacional/social o grupo mostrou maiores fragilidades na realização de tarefas que requeressem a interação com os colegas; a exposição individual e a partilha ou diálogo de vivências pessoais. Estas lacunas evidenciam o isolamento social e a falta de expressão emocional.

Após a identificação dos problemas do grupo, foram selecionados 3 problemas centrais sobre os quais incidiu a intervenção musicoterapêutica em grupo: 1) isolamento social, 2) falta de expressão emocional, e 3) ansiedade social.

Para o primeiro problema (isolamento social) definiu-se o objetivo de construir laços afetivos. Para o alcance deste objetivo, ao longo da intervenção, o grupo deveria mostrar-se capaz de tocar em sincronia uns com os outros; estabelecer contacto ocular entre o grupo numa atividade musical; partilhar histórias e vivências relacionadas com temas de canções.

Para o segundo problema (falta de expressão emocional) definiu-se o objetivo de melhorar a comunicação expressiva. Para o alcance deste objetivo, ao longo da intervenção, o grupo deveria ser capaz de vocalizar com qualidade tonal clara; mostrar

intencionalidade expressiva através de movimentos numa atividade musical; e improvisar sentimentos ou emoções num instrumento.

Para o terceiro problema (ansiedade social) definiu-se o objetivo de promover a interação social entre o grupo. Para o alcance deste objetivo, ao longo da intervenção, o grupo deveria ser capaz de criar uma canção em conjunto; aumentar a participação ativa por iniciativa própria; e expressar preferências ou fazer escolhas de atividades/canções.

Seguidamente encontra-se uma tabela (tabela 6) onde se pode observar o plano terapêutico estabelecido com respetivos problemas, objetivos e sub-objetivos a serem desenvolvidos durante o processo de intervenção clínica com o grupo A.

Tabela 6 - Plano terapêutico do grupo A.

Problema 1		
Isolamento social		
<i>Objetivo</i>		
Construção de laços afetivos		
<i>Sub-objetivos</i>		
Tocar em sincronia numa atividade musical	Estabelecer contacto ocular entre o grupo numa atividade musical	Partilhar histórias e vivências relacionadas com temas de canções
Problema 2		
Falta de expressão emocional		
<i>Objetivo</i>		
Promover comunicação expressiva		
<i>Sub-objetivos</i>		
Vocalizar com qualidade tonal clara;	Mostrar intencionalidade expressiva através de movimentos numa atividade musical	Improvisar sentimentos ou emoções num instrumento.
Problema 3		
Ansiedade social		
<i>Objetivo</i>		
Promoção da interação social entre o grupo		
<i>Sub-objetivos</i>		
Criar uma canção em conjunto início ao fim com suporte em papel	Aumentar a participação ativa por iniciativa própria	Expressar preferências ou fazer escolhas de atividades/canções

Processo terapêutico

A Intervenção clínica com o grupo A decorreu desde dezembro de 2020 a finais de maio 2021, e foram realizadas 25 sessões. O desenvolvimento do processo clínico pode ser descrito em 3 fases diferentes: a fase inicial (estabelecimento de relação

empática, acolhimento e avaliação inicial nas primeiras sessões de musicoterapia) que ocorreu da 1^a à 4^a sessão; a fase intermédia (desenvolvimento das sessões de acordo com os objetivos terapêuticos) que se desenrolou da 5^a à 22^a sessões e a fase final (reavaliação e finalização do processo terapêutico) que ocupou lugar da 23^a à 25^a sessões.

Fase inicial

Nas primeiras sessões o foco incidia na adaptação do grupo no setting terapêutico. Esta adaptação era fundamental para construir uma coesão grupal, pois nesta fase todos os utentes se mostravam pouco motivados para participar e transmitiam receio de falhar nas atividades, considerando estas como um teste de avaliação das suas capacidades em vez de usufruírem da mesma.

Após a primeira sessão os utentes tornaram-se bastante resistentes para participarem nas seguintes, pois como perceberam que exigiria mais do que a audição musical de canções, requerendo a participação ativa nas atividades, ficavam muito ansiosos e com receio de ir nas sessões contínuas. A relação do grupo com a estagiária ainda era muito recente, o que fazia com que não se sentissem à vontade com ela para demonstrarem as suas capacidades livremente sem medo de falhar ou de serem julgados.

Nesta fase inicial, para além da aplicação dos instrumentos de avaliação anteriormente referidos, a estagiária considerou importante focar as atividades em técnicas recetivas de audição musical e partilha de histórias ou qualquer outra informação que o grupo quisesse partilhar. Estas atividades faziam com que os participantes do grupo se sentissem competentes/úteis nas tarefas, seguros e eventualmente motivados para futuras sessões. Estas técnicas foram aplicadas com o

intuito de promover a adaptação e participação social e também fomentar a valorização identitária do grupo.

Fase intermédia

No momento introdutório a estagiária tocava e cantava a canção do bom dia que compôs com o propósito de integrar o grupo e deixá-los confortáveis no setting terapêutico. Esta canção tornou-se bastante significativa ao longo das sessões, uma vez que em sessões mais avançadas os utentes já tinham a iniciativa própria para cantá-la antes de lhes ser solicitado. Esta técnica também foi bastante relevante para a separação de momentos, por exemplo, quando a estagiária ia buscar os utentes para as sessões, os mesmos exprimiam as suas preocupações e frustrações perante as regras recorrentes da instituição de não poderem contactar com a família nem sair do lar. Ao começar as sessões com esta canção o grupo começou a alterar completamente o seu comportamento, assim que se iniciava a canção de início de sessão, os mesmos focavam-se na melodia e logo obliteravam as suas frustrações. Ao começar as sessões com esta canção, as suas expressões faciais mudavam no mesmo instante, no qual transmitiam motivação e alegria para começar as sessões. Este momento para além de demonstrar progressos a nível comportamental também foi eficaz no domínio cognitivo, uma vez que numa fase final da intervenção musicoterapêutica, o grupo já dominava a melodia e letra da canção.

O momento de exploração servia para o grupo explorar a criatividade, promover a perceção sensorial, promover a mobilização física e emocional, e fomentar a interação social e musical. Para tal foram usadas técnicas de improvisação instrumental, improvisação de movimentos e exploração vocal/instrumental. Da 1^a à 5^a sessões o grupo apresentava-se muito recetivo, seguiam as instruções da estagiária, mas apenas de

forma superficial, com a ajuda de jogos repetitivos ou de padrões de espelho e de imitação.

Quando a estagiária pedia para alguém criar uma sucessão de movimentos ou improvisar com a voz ou instrumento para os restantes elementos do grupo imitarem, os utentes permaneciam em silêncio e transpareciam algum nervosismo. A partir da 7ª sessão já havia utentes que assumiam o papel de líder e sentiam liberdade para a criação e improvisação musical. A partir da 12ª sessão todos os utentes já mostravam iniciativa própria sem receios de possíveis erros, mostrando motivação e satisfação pessoal nas tarefas solicitadas. Este momento de exploração e improvisação adequava-se também a estimular a parte motora e musical dos utentes, visto que era um momento onde se procedia a atividades de recreação de tarefas através do movimento, ou seja, a estagiária pedia a cada utente para pensar num tema/tarefa, por exemplo passar a ferro, para recrear através da estimulação dos membros superiores e inferiores.

Nas atividades de improvisação era pedido aos utentes que vocalizassem ou tocassem nos instrumentos livremente de forma a transmitir uma emoção ou frases rítmicas para os outros participantes imitarem e recriarem as suas próprias versões.

No momento instrumental com orientação rítmica eram aplicadas técnicas de *turn-taking*, imitação, suporte e *mirroring*, nas quais a estagiária dava instruções para auxiliar no processo do desenvolvimento das competências rítmicas do grupo. Essas técnicas eram aplicadas através de atividades rítmicas expressivas (expressar sentimentos nos instrumentos; tocar em instrumentos com acompanhamento harmónico com um tempo bem marcado; jogos de imitação e memorização rítmica) e recetivas (a estagiária tocava um instrumento de altura indefinida em sítios diferentes para ver se o grupo dirigia o olhar para a fonte sonora e eram escutados variados estilos musicais com frases rítmicas diferentes para dissociação de ritmos). Este tipo de atividades destinava-

se a trabalhar com o grupo a intencionalidade, a expressão rítmica, a atenção, concentração e a percepção sonora. Inicialmente o grupo tinha alguma dificuldade de percepção ou de concentração, principalmente quando era requerida a imitação de ritmos simples, sendo que em vez de imitarem os ritmos que eram reproduzidos limitavam-se a tocar no instrumento aleatoriamente e a produzir ritmos repetitivos. Contudo, a partir da 9ª sessão o grupo começou a ter uma atenção mais focada nas atividades e um empenho mais notório na realização das atividades. Da 18ª à 22ª sessões o grupo já se mostrava mais coeso e interativo entre eles e com a estagiária, para além de que nestas sessões finais já comunicavam preferências musicais e desejos.

No momento de canções do repertório eram aplicadas diversas técnicas, designadamente a improvisação vocal, recreação de canções, canto dirigido, sing-along, construção de canções a partir de temas ou imagens, audição musical, etc.. Este momento focava-se no trabalho do domínio relacional/social e cognitivo: para estimular a memória, promover a interação e iniciativa, promover a atenção e concentração, estimular o raciocínio e preservar competências intelectuais e sociais. Era nesta parte de cada sessão onde se ouvia e cantava canções do repertório dos utentes, maioritariamente música tradicional portuguesa e fados da década de 70/80. Inicialmente o grupo limitava-se a ouvir a estagiária a cantar e a tocar, ou a ouvir músicas gravadas. Quando ela perguntava qual queriam ouvir ou cantar os utentes respondiam “qualquer coisa serve” “nós gostamos de tudo”, não propondo nem manifestando preferências. Quando lhes era pedido para cantar, apenas murmuravam com um tom pouco audível e não eram capazes de respeitar as cadências nem o tempo das canções. Entre as 1ª e 5ª sessões, respetivamente ao domínio cognitivo, lembravam-se pouco da maioria das letras das canções, apenas os refrões e mesmo assim só uma parte. A partir da 11ª sessão, numa fase mais avançada da intervenção, o grupo já participava mais ativamente, aumentando

o volume da voz e já não se inibiam nem tinham receio de não acertar no tom ou na letra de uma canção. Nas últimas sessões o grupo mostrava-se muito mais coeso e em harmonia. Os participantes interagiam uns com os outros, cantando e ao mesmo tempo estabelecendo contacto ocular. Nesta fase também já sugeriam canções e faziam pedidos especiais à estagiária. O domínio cognitivo também mostrou progressos significativos, a estimulação da memória através do canto dirigido influenciou bastante na reminiscência das canções do repertório.

No momento de reflexão e partilha o grupo tinha a liberdade de partilhar memórias e recordações que pudessem ter relembrado através das canções trabalhadas anteriormente. Era também um momento onde se refletia sobre as letras das canções, quais os versos preferidos e porquê. Este momento era muito importante para a reconstrução de significado e de identidade do grupo, e para a expressão emocional. À medida que as sessões iam avançando, especialmente a partir da 13ª sessão, o grupo sentia-se cada vez mais à-vontade para partilhar com os restantes participantes memórias significativas, tristezas e emoções que estivessem a passar.

Fase final

A fase final correspondeu à reavaliação das competências do grupo, portanto, foi reaplicado o mesmo instrumento (apêndice I) de avaliação que na fase inicial, para registo dos resultados obtidos e conclusão da intervenção terapêutica de musicoterapia.

Resultados

A intervenção musicoterapêutica com o grupo A mostrou progressos bastante significativos e consideráveis ao longo da mesma. Os resultados obtidos no instrumento de avaliação revelaram que o grupo evoluiu em todos os domínios, apresentando uma evolução notória em alguns itens de cada categoria; outros itens mostraram evoluções pouco significativas e ainda houve itens em que os resultados se mantiveram.

Os progressos relativos ao primeiro problema (isolamento social) do plano terapêutico foram evidentes. Ao longo do processo terapêutico e através da aplicação de técnicas referidas anteriormente, o grupo exibiu maiores competências afetivas.

Começaram por estabelecer contacto ocular entre eles através de atividades que requeressem a imitação e a repetição das improvisações dos utentes, e mais tarde já se disponham a partilhar histórias das suas vidas, tornando essas partilhas já um hábito e desejo por parte deles no final das sessões.

O grupo também começou a mostrar-se coeso e motivado. Quando a estagiária os ia buscar para as sessões, os utentes passaram a dizer uns para os outros “vamos lá” e “agora é a nossa vez”. Deixaram de apresentar resistência em participar nas sessões e começaram a mostrar-se cada vez mais animados e determinados para as mesmas referindo: “já tínhamos pensado em você” e “este é o momento durante a semana que temos para nos distrair”.

Estes comportamentos também vão de encontro aos objetivos criados para um dos outros problemas estabelecidos no plano terapêutico (ansiedade social). O grupo A apresentava-se cada vez mais motivado e energético, sem receios de não serem capazes de concretizar alguma atividade, muito pelo contrário, improvisavam cada vez mais tanto instrumental como vocalmente, exploravam sonoridades e movimentos e recriavam canções com letras que inventavam em grupo.

Em relação ao problema de falta de expressão emocional, os resultados obtidos também foram satisfatórios. Numa fase inicial do processo terapêutico as emoções e sentimentos predominantes que o grupo transmitia eram a tristeza, o medo e a frustração. Os utentes desvalorizavam-se constantemente e não tinham qualquer esperança em relação ao futuro, não se permitindo ter desejos nem sonhos e faziam muito poucos movimentos corporais exibindo alguma timidez. Ao longo da intervenção

e de acordo com os resultados obtidos o grupo foi-se expressando mais livre e intencionalmente, mostrando movimentos mais leves e amplos nas atividades de coordenação motora propostas. Estes resultados também foram evidentes na performance musical, em que os utentes passaram a tocar com mais precisão e um volume mais alto. A improvisação de sentimentos também se tornou mais fluida. Nas primeiras sessões, o grupo tinha muita dificuldade em expressar-se através dos instrumentos ou da voz sendo que quando o faziam era muito ligeiramente. Em sessões mais avançadas já representavam as emoções intensamente e em conjunto. Em termos de expressão vocal os resultados já não foram tão significativos, apesar de algumas melhorias ainda havia elementos do grupo que se retraíam e não cantavam num volume e tom claros. Ainda assim os utentes que já tinham algum tipo de conexão com a música, nas sete últimas sessões de musicoterapia, já assumiam um papel de líder e o seu volume e tom eram mais presentes e audíveis comparativamente à fase inicial.

Discussão

O processo terapêutico com o grupo A teve uma evolução perceptível a nível musical e relacional. Esses progressos refletiam-se nas atividades de criação instrumental e nas improvisações em conjunto, em que os utentes começaram a estabelecer contacto ocular e a tocar nos instrumentos de percussão uns dos outros.

Estes resultados vão ao encontro da afirmação de Skewes (2002) que segundo ele, na musicoterapia as improvisações em grupo são uma ferramenta poderosa para trabalhar com grupos de utentes que não se comunicam com sucesso por meios verbais.

Segundo Ridder (2005) a musicoterapia pode ajudar a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar emocional do idoso, além de beneficiar a memória, saúde e sentido de identidade. Esta autora refere ainda que o uso terapêutico da música traz benefícios para pessoas idosas que se encontram em ambientes comunitários como centros de dia

ou institucionalizações, em que os utentes por norma experienciam uma ampla gama de problemas físicos, bem como dificuldades emocionais relacionadas ao isolamento e a grandes mudanças nas suas vidas. O grupo A apresentava muitos destes problemas descritos por Ridder (2005) e após a intervenção de musicoterapia os resultados mostraram-se de acordo com o que a autora referiu, mostrando que os utentes intervencionados se apresentavam com um melhor sentido de identidade e bem-estar emocional do que anteriormente.

Powell (2006) refere que as experiências musicais em grupo criam um vínculo entre os utentes, adicionando que quando um grupo se conecta, mudanças significativas acontecem para muitos, senão todos os membros do grupo. Adiciona ainda que a musicoterapia em grupo pode fornecer um ambiente seguro para os participantes transformarem a frustração e a raiva em experiências de criatividade na produção musical ativa. O grupo A agiu em concordância com esta designação do autor, em que através da participação ativa nas atividades musicais foi criado um ambiente musical seguro que lhes ajudou a afastar a ansiedade social, deixando-lhes espaço para partilhar momentos desconfortáveis e sendo-lhes dada uma oportunidade para expressarem a sua criatividade e emoções.

Restantes casos clínicos intervencionados

Para além dos estudos caso anteriormente descritos, as sessões de musicoterapia na instituição do CBSVF decorreram com mais seis utentes, quatro em contexto individual e dois em contexto de grupo.

Seguidamente será feita uma descrição sumária das restantes intervenções clínicas, abrangendo os dados pessoais de cada utente e respetivas problemáticas identificadas; os objetivos gerais a ser trabalhados e respetivos progressos; e uma reflexão baseada nos resultados alcançados.

Caso Dupla

Esta dupla era constituída por dois utentes do sexo feminino. B.S. com 74 anos encontrava-se institucionalizada desde 2018, aproximadamente 3 anos, e as suas principais problemáticas identificadas foram a depressão, a psicose e a ansiedade.

R.C. com 81 anos encontrava-se institucionalizada desde 2020, aproximadamente 1 ano, e as suas principais problemáticas identificadas foram a depressão e uma disfunção mnésica.

Os objetivos com a dupla focaram-se no aumento da estabilidade emocional, na promoção do contacto social e na redução de estados depressivos. Esta dupla sentia muito a falta de contacto com os familiares e o exterior, o que afetava imenso na parte emocional das utentes, estavam constantemente cabisbaixo e isoladas nos seus quartos. A intervenção musicoterapêutica inicialmente era muito limitada, as utentes apenas queriam cantar canções pertencentes a um repertório religioso do seu conhecimento.

Quando a estagiária tentava introduzir novas atividades ou canções de cariz não religioso, a dupla negava e mostrava-se intolerante a atividades que requeressem o uso de instrumentos percussivos. Ao longo do processo terapêutico a dupla começou a apresentar menos ansiedade e a ficar mais recetiva a atividades diferentes. A

musicoterapia com a dupla teve um grande impacto a nível emocional e social. Em sessões mais avançadas, as utentes já se sentiam mais seguras e abstraídas da negatividade exterior, comentando com a estagiária: “você apareceu no momento certo” e “aqui sentimo-nos bem, que podemos ser nós próprias”. O trabalho das emoções através da escrita de letras e criação de canções resultou muito bem. A estagiária pedia à dupla para durante a semana escreverem o que sentiam, no qual da maioria das vezes as utentes escreviam para familiares ou direcionado a Deus. Este trabalho tornou-se um facilitador para discussão de sentimentos nas sessões, seguido do canto das letras das canções construídas pelas utentes, o que por si só ao cantar as suas letras já se expressavam mais emotivas. A nível social as utentes começaram a participar mais em atividades fora das de musicoterapia e já passavam mais tempo na ala de convívio com outros utentes.

Caso individual – I.A.

I.A. com 80 anos, encontrava-se institucionalizada desde 2013, durante aproximadamente 8 anos, e as suas principais problemáticas identificadas foram a demência e a psicose.

Os objetivos com I.A. focaram-se na estimulação cognitiva, na redução de impulsos, na promoção da atenção e no aumento do controlo dos impulsos. I.A. vinha para as sessões com muita necessidade de partilhar momentos que tivessem ocorrido com os seus colegas de sala, sendo que os partilhava mostrando alguma hostilidade. A intervenção musicoterapêutica inicialmente foi dificultada, pois sempre que a estagiária tentava captar a sua atenção para as atividades musicais, a utente num momento interagia e no segundo a seguir distraía-se começando a falar desagradavelmente sobre os seus colegas. A partir da 8ª sessão a utente ia criando uma melhor relação empática com a estagiária. Esse fator fez com que a utente viesse para as sessões já com o

propósito de cantar canções do seu repertório sonoro-musical em vez de fazer comentários desagradáveis em relação aos seus colegas, proporcionando-lhe uma melhor concentração nas atividades. A musicoterapia com I.A. permitiu-lhe obter um melhor contacto social fora das sessões e contribuiu positivamente na expressão emocional da utente.

Caso individual – T.O.

T.O. com 92 anos, encontrava-se institucionalizada há aproximadamente 8 anos, e as suas principais problemáticas identificadas foram a ansiedade e falta de valorização identitária.

Os objetivos com T.O. focaram-se no aumento de valorização própria, na redução de nervosismo numa atividade e na estimulação cognitiva. T.O. apresentava muita oposição em participar nas sessões de musicoterapia, dizia que não queria porque não sabia fazer nada, mostrando que a maior causa da sua resistência era o medo de falhar na realização de tarefas. Inicialmente, a intervenção musicoterapêutica focava-se no uso de técnicas em que a utente fosse capaz de realizar, sem desafiar o seu raciocínio ou criatividade. Desta forma a utente foi ganhando confiança e vontade em participar, começando a aceitar progressivamente a realização de tarefas de improvisação.

A musicoterapia com T.O. mostrou-se bastante benéfica em termos criativos e na construção de significado, na medida em que a utente acabou este processo reconhecendo que tem capacidades para a criatividade e autoelogiando-se após sucesso na realização das atividades musicais.

Caso individual – A.A.

A.A. com 79 anos, encontrava-se institucionalizada há aproximadamente 2 anos, e as suas principais problemáticas identificadas foram a demência, comprometimento da mobilidade física e a depressão.

Os objetivos com A.A. focaram-se na reabilitação de competências motoras aliadas ao foco da atenção; na promoção da comunicação expressiva e na estimulação cognitiva, visto que as sessões eram realizadas em co terapia com a fisioterapeuta. A.A. inicialmente mostrava alguma resistência às sessões de fisioterapia, estava constantemente com os olhos fechados na sua cadeira e acomodava-se, então quando tinha que fazer fisioterapia hesitava, e durante as pausas de descanso entre exercícios das sessões iniciais apoiava a cabeça nas mãos e tinha uma expressão de tristeza constante. Com a musicoterapia a sua intervenção foi tendo uma evolução progressiva, as técnicas de musicoterapia à base de ritmos auxiliavam a utente nos movimentos e caminhadas; e a implementação de instrumentos percussivos permitiram-lhe ter uma duração de execução de exercícios mais prolongada. Fazer os exercícios de fisioterapia com estes instrumentos musicais e com acompanhamento instrumental, para além de auxiliarem nas capacidades motoras, também mantinham a utente mais participativa durante os momentos de pausa dos exercícios. Nesses momentos eram cantadas canções do seu conhecimento com o intuito de promover a autoexpressão da utente.

Caso individual – H.V.

H.V. com 88 anos, encontrava-se institucionalizada desde 2014, há aproximadamente 7 anos, e as suas principais problemáticas identificadas foram o Parkinson, a depressão e perda auditiva bilateral.

Os objetivos com H.V. focaram-se na promoção da comunicação expressiva e verbal; na estimulação sensorial e cognitiva; e na promoção da participação social.

H.V. tinha muito pouca audição, a estagiária tinha que recorrer à escrita sendo a única forma de comunicar mais efetivamente com a utente. Este problema fez com que H.V. se isolasse bastante e não participasse nas atividades da instituição. O facto de ter audição reduzida fazia com que perdesse completamente o contacto social, o sentido

identitário e a comunicação verbal. A intervenção de musicoterapia manifestou benefícios à utente, H.V. nas sessões tinha um espaço dedicado só a ela onde podia expressar-se corporal e vocalmente. Foram usadas maioritariamente técnicas de *mirroring* e *turn-taking* de fácil perceção para H.V. tirar o melhor partido possível das atividades aplicadas. O facto desta utente saber ler e escrever ajudou imenso nas sessões, assim tornou-se possível criar letras de canções e completar espaços de canções pertencentes ao seu repertório. Para a escuta musical e auxílio do canto da utente, a estagiária recorria também a fones de ouvido para facilitar na identificação de canções, desta forma, a utente conseguia acompanhar a música e recordar as letras das canções.

O seu progresso foi bastante satisfatório dentro e fora das sessões. A utente melhorou imenso na comunicação expressiva e a aplicação de técnicas de vocalização e canto também estimularam a sua voz, passando a ter uma colocação de voz mais presente e uma extensão vocal mais diversificada, comparativamente ao início do seu processo terapêutico em que a sua voz era muito monocórdica.

Outras atividades

Durante o estágio foram realizadas outras atividades que contribuíram para um maior enriquecimento curricular e também permitiram um aumento no envolvimento da musicoterapia com todos os utentes e funcionários da instituição.

Apresentação sobre a Musicoterapia

No dia 21 de outubro de 2020 a estagiária preparou uma pequena apresentação relacionada com a Musicoterapia em Geriatria. Esta apresentação dirigiu-se maioritariamente aos funcionários da instituição que tinham um contacto mais direto com os idosos da ERPI, não sendo possível haver uma maior divulgação devido à impossibilidade de ajuntamentos e à proibição de entrada de pessoas externas na estrutura residencial para idosos por efeito da pandemia Covid-19. A apresentação elaborada fundamentava parâmetros de maior relevância a serem abordadas, nomeadamente o conceito de musicoterapia; quais os benefícios da musicoterapia para os idosos; qual o papel do musicoterapeuta; quais as problemáticas mais comuns na terceira idade e no idoso institucionalizado; e quais os diferentes tipos de intervenção da musicoterapia em geriatria e no idoso institucionalizado (prevenção e bem-estar do idoso saudável; doença crónica e degenerativa; paliativo/fim de vida).

Atividade - Música e movimento

No dia 18 maio de 2021 a estagiária dinamizou uma atividade musical com todos os utentes e funcionários da ERPI. Esta atividade foi concretizada duas vezes no mesmo dia em salas diferentes durante a hora do lanche dos idosos para que todos pudessem participar. A atividade estava dividida em 3 momentos: o primeiro consistia no canto de músicas tradicionais portuguesas; o segundo requeria o movimento corporal com auxílio de lenços coloridos ao som de uma música clássica calma para facilitar a expressão criativa e emocional; e o último momento dirigiu-se à criatividade rítmica e

de improvisação instrumental, onde cada utente utilizava um instrumento de percussão e tinham que tocar livremente ou seguir as instruções da estagiária.

Esta atividade tornou-se um ótimo contributo para a conclusão de estágio na ERPI do centro de bem-estar social de Vale de Figueira, pois com a realização da mesma foi possível consciencializar todos os participantes que a jornada da estagiária estava a acabar na instituição e foi também uma forma prática de mostrar um pouco do trabalho feito em musicoterapia, complementando assim a apresentação realizada no início do estágio.

Discussão e Conclusão Geral

Face aos objetivos gerais inicialmente propostos e idealizados para o estágio de musicoterapia na instituição ERPI do Centro Bem-Estar Social de Vale de Figueira, pode-se concluir que a intervenção clínica teve um impacto positivo nos idosos institucionalizados e respetiva instituição, trazendo vários benefícios às suas problemáticas e/ou patologias.

Todos os utentes usufruíram da intervenção musicoterapêutica de maneira diferente e, conseqüentemente, obtiveram resultados diferentes.

Os domínios mais destacados positivamente na maioria dos utentes foram o social, cognitivo e relacional/emocional. A nível motor, mais propriamente na mobilidade física, os resultados não se alteraram muito desde o início da intervenção. Porém, em termos de coordenação, manuseamento e atividade física obtiveram-se resultados bastante positivos, pois a contínua estimulação dos membros superiores dos utentes possibilitou-lhes terem uma forma física mais ativa e movimentos mais fluídos ao longo do processo terapêutico.

Com as adversidades do meio exterior ocorrentes na altura da pandemia, a prevenção do isolamento social era primordial para a instituição e os seus utentes. Assim, a musicoterapia atuou com sucesso através da promoção da participação social ativa e da promoção do contacto interpessoal dos idosos. Com esses objetivos, foi possível facilitar a comunicação e o contacto social, e ainda promover a identidade dos utentes.

O contacto da instituição com a musicoterapia também foi bastante positivo desde o início do estágio. Todos os funcionários e equipa técnica mostraram-se interessados em conhecer a modalidade e se disponibilizou para ajudar a estagiária no que fosse necessário.

Os resultados obtidos neste estágio ocorreram de acordo com a revisão de literatura previamente efetuada. Essa revisão de literatura e variados estudos, evidenciam que a musicoterapia se tem vindo a mostrar cada vez mais benéfica em indivíduos com demência reduzindo a depressão e melhorando o bem-estar geral no ambiente da ERPI.

A musicoterapia tem vindo também a ser um método crucial na reminiscência e cognição dos idosos, tanto individualmente como em comunidade. Além do mais, comprovou-se igualmente que a técnica de canto e construção de canções afeta na qualidade de vida dos utentes, realçando a sua criatividade e participação ativa verbal e não-verbal.

Reflexão final

Este estágio curricular lançou um novo desafio e uma nova experiência na minha vida. Poder fazer musicoterapia com a população idosa enriqueceu-me muito, tanto a nível profissional como pessoal. Ter que utilizar a música para fins terapêuticos em vez de focalizar esta arte em fins educacionais, mostrou-me o quão fundamental é preciso ter em consideração a saúde mental e as características pessoais dos indivíduos com quem contacto no meu dia-a-dia.

O recurso da música vai para além de ter que saber tocar um instrumento ou aprender a fazer música: ela ajuda-nos a comunicar de uma forma não-verbal se assim o desejarmos; ela ajuda na expressão de emoções e sentimentos através da expressão corporal ou através da improvisação vocal e construção de canções; e ainda nos ajuda a comunicar da forma mais autêntica e versátil de nós próprios.

Com este estágio pude sair da minha zona de conforto e explorar a minha criatividade, a minha identidade e conhecer os meus limites. Pude falhar, reconhecer e emendar sem desvalorizar ou duvidar das minhas capacidades como profissional.

O contacto com a população idosa ensinou-me que o corpo humano se vai alterando mas o nosso significado interior mantém-se com necessidade de cuidados, afeto e atenção.

Referências

- Aalbers, S., Vink, A., Freeman, R., Pattiselanno, K., Spreen, M., & van Hooren, S. (2019). Development of an improvisational music therapy intervention for young adults with depressive symptoms: An intervention mapping study. *The Arts in Psychotherapy, 65*, 101584. doi: 10.1186/1471-244X-8-50
- Agüero-Torres, H., Von Strauss, E., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of clinical epidemiology, 54*(8), 795-801.
- Baker, F. (2015). What about the music? Music therapists' perspectives on the role of music in the therapeutic songwriting process. *Psychology of Music, 43*(1), 122-139.
- Baxter, T. (2007). *The individualized music therapy assessment profile: IMTAP*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruscia, K.E. (1998). *Defining Music Therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K.E. (2014). *Defining music therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., de Sousa Fialho, J., & Sacadura, M. J. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. *Povos e Culturas, 16*, 13-32.
- Chertkow, H., Feldman, H., & Jacova, C. (2013). Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia. *Alzheimer's research & Therapy, 5*, S2. doi: <https://doi.org/10.1186/alzrt198>

- Childers, M.K., & Wang, Z. (2016). Regenerative Medicine Approaches to Degenerative Muscle Diseases. In *Regenerative Medicine for Degenerative Muscle Diseases*. New York, NY: Humana Press.
- Cholewa, J., Gorzkowska, A., Szepelawy, M., Nawrocka, A., & Cholewa, J. (2014). Influence of functional movement rehabilitation on quality of life in people with Parkinson's disease. *Journal of physical therapy science*, 26(9), 1329–1331. doi: <https://doi.org/10.1589/jpts.26.1329>
- Christensen, U., Støvring, N., Schultz-Larsen, K., Schroll, M., & Avlund, K. (2006). Functional ability at age 75: is there an impact of physical inactivity from middle age to early old age?. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16(4), 245-251.
- Clair, A., & Memmott, J. (2008). *Therapeutic uses of music with older adults*. Silver Spring: American Music Therapy Association.
- Devlin, K., Alshaikh, J., & Pantelyat, A. (2019). Music Therapy and Music-Based Interventions for Movement Disorders. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 19, 83. doi: <https://doi.org/10.1007/s11910-019-1005-0>
- Edwards, J. (2016). Methods and techniques. In J. Edwards (Ed.). *The Oxford handbook of music therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Elahi, F., & Miller, B. (2017). A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nature reviews: Neurology*. 13(8), 457-476. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.96>
- Fallon, A., Dukelow, T., Kennelly, S., & O'Neill, D. (2020). COVID-19 in nursing homes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(6), 391-392. doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa136>
- Gilbert, P. (2016). *Depression: The evolution of powerlessness*. London: Routledge.

- Golino, A., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T., & Friesen, M. (2019). Impact of an active music therapy intervention on intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 48-55. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019792>
- Grocke, D., & Wigram, T. (2007). *Receptive methods in music therapy. Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hanagasi, H., Tufekcioglu, Z., & Emre, M. (2017). Dementia in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*, 374, 26-31.
- Hancock, P., & Lerner, A. J. (2007). The diagnosis of dementia: diagnostic accuracy of an instrument measuring activities of daily living in a clinic-based population. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 23(3), 133–139. doi: <https://doi.org/10.1159/000097994>
- Hays, T., Bright, R., & Minichiello, V. (2002). The contribution of music to positive aging: A review. *Journal of Aging and Identity*, 7(3), 165-175.
- Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.
- INE. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- Istvandity, L. (2017). Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: a systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 18-25. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.003>
- Johnson, M., Bengtson, V., Coleman, P., & Kirkwood, T. (2005). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Junior, M. (2019). *Musicoterapia na gerontologia: Possibilidades em tempos de pandemia da COVID-19. Brazilian Journal of Music Therapy.*
- Kemper, K., & Danhauer, S. (2005). Music as therapy. *Southern Medical Journal*, 98(3), 282-288.
- Lamb, S., Robbins-Ruszkowski, J., Corwin, A., Calasanti, T., & King, N. (2017). *Successful aging as a contemporary obsession: Global perspectives.* Rutgers University Press.
- Lenze, E., & Wetherell, J. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 381.
- Li, H., Wang, H., Lu, C., Chen, T., Lin, Y., & Lee, I. (2019). The effect of music therapy on reducing depression in people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing*, 40(5), 510-516.
- Lotter C. (2018). Verbal affordances of active and receptive music therapy methods in major depressive disorder and schizophrenia-spectrum disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 64, 59-68. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.002>
- Mehrabizadeh, M., Salehi, M., & Kazemi, N. (2017). The Effectiveness of Music Therapy and Relaxation on Blood Pressure and Pulse in the Elderly with Hypertension. *Aging Psychology*, 2(4), 293-303.
- Melhuish, R., Grady, M., & Holland, A. (2019). Mindsong, music therapy and dementia care: collaborative working to support people with dementia and family carers at home. *British Journal of Music Therapy*, 33(1), 16-26.
- Mitchell, S. L. (2015). Clinical Practice: Advanced Dementia. *The New England journal of medicine*, 372(26), 2533–2540.

- Mohammadi, A., Shahabi, T., & Panah, F. (2011). An evaluation of the effect of group music therapy on stress, anxiety and depression levels in nursing home residents. *Canadian Journal of Music Therapy, 17*(1), 55–68.
- Moreira, M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses - envelhecimento, saúde, idadeismo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Munk-Madsen, N. M. (2001). Assessment in music therapy with clients suffering from dementia. *Nordic Journal of Music Therapy, 10*(2), 205-208.
- Nelson, D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist, 71*(4), 276.
- Nguyen, B. (2021). Music therapy for dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 69*, 2659-2667. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.17208>
- Powell, H. (2006). The Voice of Experience. *British Journal of Music Therapy, 20*(2), 109-120. doi: [10.1177/135945750602000205](https://doi.org/10.1177/135945750602000205)
- Ridder, H. (2005). An overview of therapeutic initiatives when working with persons suffering from dementia. In D. Aldridge (Ed.), *Music Therapy in Neurological Health Care Settings: Performing Health* (pp. 61-82). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Runcan, P. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 33*, 109-113. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>
- Sarin, K., Punyaapriya, P., Sethi, S., & Nagar, I. (2016). Depression and hopelessness in institutionalized elderly: A societal concern. *Open Journal of Depression, 5*(3), 21-27. doi: <https://doi.org/10.4236/ojd.2016.53003>

- Seetlani K., Kumar N., Imran K., Ali A., Shams N., & Sheikh T. (2016). Alzheimer and vascular dementia in the elderly patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(5), 1286-1290. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.325.10792>
- Simmons-Stern, N.R., Budson, A.E., Ally, B.A. (2010). Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 48(10), 3164–3167. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.04.033
- Skewes, K. (2002). A Review of Current Practice in Group Music Therapy Improvisations. *British Journal of Music Therapy*, 16(1), 46-55. doi: 10.1177/135945750201600107
- Sridevi, G., Swathi, P. (2014). Death anxiety, death depression, geriatric depression and suicidal ideation among institutionalized and noninstitutionalized elders. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4(10), 356-364.
- Trondalen, G., & Bonde, L. (2012). Music therapy: Models and interventions. In R. MacDonald, G. Kreutz, L. Mitchell (Eds.), *Music, health, and wellbeing* (pp. 40-62). Oxford: Oxford University Press.
- Vink, A.C., Bruinsma, M.S., & Scholten, R.J. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, (19) 108-13. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.2.46295>
- Wang, S., & Blazer, D. G. (2015). Depression and cognition in the elderly. *Annual review of clinical psychology*, 11, 331-360.
- Weil, S., Hsu, K., Darby, R., Soussand, L., & Fox, D. (2019). Neuroimaging in Parkinson's disease dementia: connecting the dots. *Brain communications*, 1(1), fcz006. doi: <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcz006>

- Winter, Y., Korchounov, A., Zhukova, T., & Bertschi, N. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2(1), 27-32. doi: 10.4103/0976-3147.80087
- Wolitzky-Taylor, K., Castriotta, N., Lenze, E., Stanley, M., & Craske, M. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27(2), 190-211.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Adaptação do instrumento de avaliação Geriatric Music Therapy Clinical Assessment de Michelle R. Hintz (2000)
- Apêndice B** - Adaptação do instrumento Brief Symptom Inventory de Canavarro, M. C. (1999)
- Apêndice C** - Ficha de identificação sonoro-musical
- Apêndice D** - Grelha de registo de sessões
- Apêndice E** - Flyer sobre a musicoterapia em contexto geriátrico
- Apêndice F** - Grelha de avaliação inicial – J.R.
- Apêndice G** - Grelha de avaliação final – J.R.
- Apêndice H** - Grelha de avaliação inicial – Grupo A
- Apêndice I** - Grelha de avaliação final – Grupo A

APÊNDICE A

Adaptação do instrumento de avaliação Geriatric Music Therapy Clinical Assessment
de Michelle R. Hintz (2000)



Grelha de Avaliação adaptada do Instrumento:



“Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” - MICHELLE R. HINTZ, (2000)

Fase de Avaliação: _____

Sessão: Individual Grupal

Utente: _____

Idade: _____

Domínios de Avaliação	Avaliação					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Musical Ativo						
<i>Expressão vocal</i>						
Canta canções familiares c/ acompanhamento						
Canta canções familiares por si próprio						
Vocaliza em resposta á música						
Canta no tom/ afinadamente						
<i>Expressão Instrumental</i>						
Reproduz padrão rítmico simples						
Improvisa ritmicamente						
Toca em sincronia c/ acompanhamento						
Toca por si próprio						
Musical Recetivo						
Identifica/Localiza a fonte sonora						
Identifica o tom						
Identifica ritmos simples						
Identifica ritmos complexos						
Identifica canções familiares quando dado apenas a melodia						
Identifica canções familiares quando dado a letra das mesmas						
Relacional/Social						
Relaciona-se com o terapeuta						
Relaciona-se com o grupo						
Participa em atividades adequadamente						
Mantém contacto ocular						
Segue direções simples						
Segue direções complexas						
Demonstra afeto						
Usa instrumentos / materiais adequadamente						
Toma iniciativa para interagir						
Expressa preferências / Faz escolhas						

Motricidade	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
<i>Fina</i>						
Agarra os instrumentos						
Demonstra independência de dedos						
Demonstra coordenação olho-mão adequada						
<i>Grossa</i>						
Demonstra controlo dos membros superior						
Consciência Espacial adequada						
Mobilidade independente						
Demonstra coordenação adequada						
Cognição / Memória	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Recorda o próprio nome						
Recorda nome de outros utentes						
Recorda melodias de canções familiares						
Recorda nomes de instrumentos						
Recorda a(s) atividade(s)/canção(ões)						
Permanece na sessão do início ao fim						
Começa e pára nos tempos corretos						
Mantém sincronia com a terapeuta						
Mantém sincronia com os outros utentes						
Reconhece erros e auto corrige-se						

Outras observações importantes durante a sessão:

Data de Avaliação

____/____/____

A estagiária,

APÊNDICE B

Adaptação do instrumento Brief Symptom Inventory de Canavarro, M. C. (1999)



Grelha adaptada do Instrumento de Avaliação:

BSI (Brief Symptom Inventory)

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109).

Nome:..... Idade:

Data:.....

Domínio	Sintomas	Assinalar com um x				
		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
Depressão						
1	Pensamentos negativos					
2	Sentir-se sozinho					
3	Sentir-se triste					
4	Não ter interesse por nada					
5	Sentir-se sem esperança perante o futuro					
6	Sentir que não tem valor					
Ansiedade						
7	Nervosismo ou tensão interior					
8	Ter um medo súbito sem razão para isso					
9	Sentir-se assustado					
10	Sentir-se em estado aflitivo					
11	Ter ataques pânico					
12	Sentir-se tão desassossegado que não se consegue manter sentado quieto					
Psicose						
13	Ter a impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
16	Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					
Hostilidade						
17	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
18	Tem impulsos que não pode controlar					
19	Tem impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
20	Entra facilmente em discussão					

APÊNDICE C

Ficha de identificação sonoro-musical



Centro de Bem Estar Social de Vale de Figueira

Musicoterapia



Ficha Identificação Sonoro-Musical

Nome:	Idade:
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Escolaridade:	Religião:
Data Institucionalização: / /	

1. Diagnóstico/Historial Clínico:

1.1. Tratamento não farmacológico:

Não Sim Se sim, o quê? _____

1.2. Queixas/Fragilidades:

2. Gosta de ouvir música:

Sim Não

2.1. Reações à musica (emoções, o que sente quando ouve música/ tendência natural para reagir a estímulos musicais):

2.2. Sons que lhe agradam:

2.3. Sons que rejeita:

3. Tem prática musical / Já tocou algum instrumento/cantou:

Sim Não Se sim, o quê? _____

4. Atividades musicais que mais gosta de fazer (cantar, dançar, ouvir, tocar instrumentos, criar canções):

5. Memórias musicais relevantes (casamento/escola/etc):

6. Repertório / Qual(ais) música(s) preferida(s):

7. Observações:

A estagiária,

Data: _____, _____, _____

APÊNDICE D

Grelha de registo de sessões

Registo de Sessões

Nome:

Data: / /

Sessão n.º:

Momento	Acontecimentos / Observações
Canção inicial e final	
Movimentos	
Exploração Instrumental	
Canções do repertório	
Improvisação rítmica	
Improvisação vocal	
Observação direta do utente	
Palavras do dia	
A fazer	

APÊNDICE E

Flyer sobre a musicoterapia em contexto geriátrico

MUSICOTERAPIA

O que é?

"Musicoterapia é a utilização profissional da música e dos seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar as suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais e de saúde e bem-estar. A investigação, a educação, a prática e o ensino clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos."

Federação Mundial de Musicoterapia, 2011

Informações gerais:

Papel do musicoterapeuta

Benefícios da Musicoterapia

*Musicoterapia na geriatria / idoso
institucionalizado*



Estagiária Filipa Custódio
Mestrado Musicoterapia
Universidade Lusíada Lisboa
2020

Papel do musicoterapeuta

O musicoterapeuta tem como função:

- Acompanhar musicalmente a pessoa, fornecendo-lhe apoio a nível psicológico;
- Facilitar a tarefa musical do utente dando preferência à promoção do seu desenvolvimento pessoal;
- Conduzir os processos não-musicais para a vivência musical;
- Trabalhar musicalmente a relação afetiva.

O musicoterapeuta tem de proceder a uma intervenção Sistematizada, com base no levantamento de dados do utente (pessoa; a patologia; repertório); na identificação do(s) problema(s) do utente; na definição do(s) objetivo(s) a alcançar; no planeamento de atividades e estratégias a realizar nas sessões; e por fim na avaliação dos resultados obtidos.

Quais os benefícios da musicoterapia?

- Facilita e promove a comunicação e relacionamentos, contribuindo para a adaptação do paciente ao seu ambiente;
- É um estímulo que enriquece o processo sensorial e cognitivo (pensamento, linguagem, aprendizagem e memória);
- Enriquece os processos motores e melhora a coordenação;
- Incentiva a criatividade e a vontade de mudar do paciente;
- Favorece a expressão emocional e facilita a organização do pensamento.

Problemáticas centrais em geriatria:

- Perda da autonomia e ficar dependente;
- Processo de institucionalização;
- A demência;
- O fim de vida.

Problemáticas centrais - idoso institucionalizado

- Dependência funcional;
- Isolamento;
- Deterioração cognitiva;
- Resistência;
- Passividade;
- Depressão.

Musicoterapia na geriatria / idoso institucionalizado

Intervenção na prevenção e bem-estar do Idoso saudável:

- Permite ao idoso a adaptação e participação social;
- Valoriza a identidade do utente;
- Permite a estimulação cognitiva e intelectual;
- Auxilia na mobilização física e emocional.

Intervenção na doença crónica e degenerativa:

- Reduz alguns sintomas;
- Retarda a deterioração cognitiva;
- Reforça laços afetivos;
- Permite uma revisão de vida.

Intervenção no Paliativo: O fim de vida:

- Proporciona conforto;
- Fornece apoio à ligação familiar;
- Permite ao utente um contacto humanizante.

APÊNDICE F

Grelha de avaliação inicial – J.R.



Grelha de Avaliação adaptada do Instrumento:



“Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” - MICHELLE R. HINTZ, (2000)

Fase de Avaliação: Inicial

Sessão: Individual Grupal

Utente: J.R.

Idade: 89

Domínios de Avaliação	Avaliação					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Musical Ativo						
<i>Expressão vocal</i>						
Canta canções familiares c/ acompanhamento			X			
Canta canções familiares por si próprio	X					
Vocaliza em resposta á música			X			
Canta no tom/ afinadamente		X				
<i>Expressão Instrumental</i>						
Reproduz padrão rítmico simples			X			
Improvisa ritmicamente	X					
Toca em sincronia c/ acompanhamento		X				
Toca por si próprio	X					
Musical Recetivo						
<i>Identificação</i>						
Identifica/Localiza a fonte sonora			X			
Identifica o tom		X				
Identifica ritmos simples		X				
Identifica ritmos complexos	X					
Identifica canções familiares quando dado apenas a melodia			X			
Identifica canções familiares quando dado a letra das mesmas		X				
Relacional/Social						
<i>Relacionamento</i>						
Relaciona-se com o terapeuta			X			
Relaciona-se com o grupo						X
Participa em atividades adequadamente		X				
Mantém contacto ocular			X			
Segue direções simples			X			
Segue direções complexas		X				
Demonstra afeto		X				
Usa instrumentos / materiais adequadamente			X			
Toma iniciativa para interagir		X				
Expressa preferências / Faz escolhas	X					

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

Motricidade	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
<i>Fina</i>						
Agarra os instrumentos		×				
Demonstra independência de dedos		×				
Demonstra coordenação olho-mão adequada	×					
<i>Grossa</i>						
Demonstra controlo dos membros superior		×				
Consciência Espacial adequada	×					
Mobilidade independente	×					
Demonstra coordenação adequada		×				
Cognição / Memória	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Recorda o próprio nome			×			
Recorda nome de outros utentes	×					
Recorda melodias de canções familiares			×			
Recorda nomes de instrumentos	×					
Recorda a(s) atividade(s)/canção(ões)	×					
Permanece na sessão do início ao fim		×				
Começa e pára nos tempos corretos		×				
Mantém sincronia com a terapeuta	×					
Mantém sincronia com os outros utentes						×
Reconhece erros e auto corrige-se	×					

Outras observações importantes durante a sessão:

Data de Avaliação

22 / 12 / 2020

A estagiária,

Filipa Custódio

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

APÊNDICE G

Grelha de avaliação final – J.R.



Grelha de Avaliação adaptada do Instrumento:



“Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” - MICHELLE R. HINTZ, (2000)

Fase de Avaliação: Final

Sessão: Individual Grupal

Utente: J.R.

Idade: 89

Domínios de Avaliação	Avaliação					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Musical Ativo						
<i>Expressão vocal</i>						
Canta canções familiares c/ acompanhamento					×	
Canta canções familiares por si próprio				×		
Vocaliza em resposta á música				×		
Canta no tom/ afinadamente					×	
<i>Expressão Instrumental</i>						
Reproduz padrão rítmico simples				×		
Improvisa ritmicamente				×		
Toca em sincronia c/ acompanhamento				×		
Toca por si próprio			×			
Musical Recetivo	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Identifica/Localiza a fonte sonora				×		
Identifica o tom				×		
Identifica ritmos simples				×		
Identifica ritmos complexos			×			
Identifica canções familiares quando dado apenas a melodia				×		
Identifica canções familiares quando dado a letra das mesmas				×		
Relacional/Social	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Relaciona-se com o terapeuta				×		
Relaciona-se com o grupo						×
Participa em atividades adequadamente				×		
Mantém contacto ocular				×		
Segue direções simples				×		
Segue direções complexas				×		
Demonstra afeto			×			
Usa instrumentos / materiais adequadamente				×		
Toma iniciativa para interagir				×		
Expressa preferências / Faz escolhas			×			

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

Motricidade	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
<i>Fina</i>						
Agarra os instrumentos				X		
Demonstra independência de dedos				X		
Demonstra coordenação olho-mão adequada			X			
<i>Grossa</i>						
Demonstra controlo dos membros superior			X			
Consciência Espacial adequada			X			
Mobilidade independente	X					
Demonstra coordenação adequada				X		
Cognição / Memória	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Recorda o próprio nome				X		
Recorda nome de outros utentes		X				
Recorda melodias de canções familiares				X		
Recorda nomes de instrumentos			X			
Recorda a(s) atividade(s)/canção(ões)			X			
Permanece na sessão do início ao fim					X	
Começa e pára nos tempos corretos				X		
Mantém sincronia com a terapeuta			X			
Mantém sincronia com os outros utentes						X
Reconhece erros e auto corrige-se			X			

Outras observações importantes durante a sessão:

Data de Avaliação

25 / 05 / 2021

A estagiária,

Filipa Custódio

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

APÊNDICE H

Grelha de avaliação inicial – Grupo A



Grelha de Avaliação adaptada do Instrumento:



“Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” - MICHELLE R. HINTZ, (2000)

Fase de Avaliação: Inicial

Sessão: Individual Grupal

Utente: Grupo A - R.E. | J.F. | C.T. | A.S. | L.M.

Idade: 78 | 80 | 83 | 87

Domínios de Avaliação	Avaliação					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Expressão vocal						
Canta canções familiares c/ acompanhamento		A L J R		C		
Canta canções familiares por si próprio	A J	L R		C		
Vocaliza em resposta á música	J	A	L R	C		
Canta no tom/ afinadamente	L	J	A C R			
Expressão Instrumental						
Reproduz padrão rítmico simples		A R	L J C			
Improvisa ritmicamente	A	L J C R				
Toca em sincronia c/ acompanhamento		A L C R	J			
Toca por si próprio	L	A J	C	R		
Musical Recetivo						
Identifica/Localiza a fonte sonora		A	L J C	R		
Identifica o tom	J	L	A C R			
Identifica ritmos simples		A J	L R	C		
Identifica ritmos complexos	A J	L R	C			
Identifica canções familiares quando dado apenas a melodia	L	A J		C R		
Identifica canções familiares quando dado a letra das mesmas		J	A L	C R		
Relacional/Social						
Relaciona-se com o terapeuta		A	L J C R			
Relaciona-se com o grupo	J	A R	L C			
Participa em atividades adequadamente		A	C	L J R		
Mantém contacto ocular		A J R	L	C		
Segue direções simples		A J R	L C			
Segue direções complexas	A R	L J	C			
Demonstra afeto			A L J C R			
Usa instrumentos / materiais adequadamente				A L J C R		
Toma iniciativa para interagir	A L J	R		C		
Expressa preferências / Faz escolhas	A L J R			C		

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

Motricidade	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Fina						
Agarra os instrumentos		A L	J	C R		
Demonstra independência de dedos		L	A J	C R		
Demonstra coordenação olho-mão adequada	J	A R	L	C		
Grossa						
Demonstra controlo dos membros superior		L	A J C R			
Consciência Espacial adequada	A	J	L R	C		
Mobilidade independente	L	A	R	J C		
Demonstra coordenação adequada		A L R	J C			
Cognição / Memória	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Recorda o próprio nome			A	J	L C R	
Recorda nome de outros utentes	A	J		L C	R	
Recorda melodias de canções familiares	J		A L	C R		
Recorda nomes de instrumentos	A J C	L	R			
Recorda a(s) atividade(s)/canção(ões)	A L	J C	R			
Permanece na sessão do início ao fim				A J C	L R	
Começa e pára nos tempos corretos	J	A C R	L			
Mantém sincronia com a terapeuta		A C R	L J			
Mantém sincronia com os outros utentes	A R	L J C				
Reconhece erros e auto corrige-se	A L	J R	C			

Outras observações importantes durante a sessão:

A inicial de cada nome está inserido no campo correspondente que foi observado na sessão de avaliação

Data de Avaliação

02 / 12 / 2020

A estagiária,

Filipa Custódio

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

APÊNDICE I

Grelha de avaliação final – Grupo A



Grelha de Avaliação adaptada do Instrumento:



“Geriatric Music Therapy Clinical Assessment” - MICHELLE R. HINTZ, (2000)

Fase de Avaliação: Final

Sessão: Individual Grupal

Utente: Grupo A - R.E. | J.F. | C.T. | A.S. | L.M.

Idade: 78 | 80 | 83 | 87

Domínios de Avaliação	Avaliação					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Expressão vocal						
Canta canções familiares c/ acompanhamento			J A	R L		
Canta canções familiares por si próprio		J	L A		R	
Vocaliza em resposta á música		J		L A	R	
Canta no tom/ afinadamente			J L	R A		
Expressão Instrumental						
Reproduz padrão rítmico simples			R A	J L		
Improvisa ritmicamente			A	R J L		
Toca em sincronia c/ acompanhamento			R A	J L		
Toca por si próprio				R A	J L	
Musical Recetivo						
Identifica/Localiza a fonte sonora			J	R L A		
Identifica o tom			J L A	R		
Identifica ritmos simples				R J L A		
Identifica ritmos complexos			R A	J L		
Identifica canções familiares quando dado apenas a melodia			J L	R A		
Identifica canções familiares quando dado a letra das mesmas				J L A	R	
Relacional/Social						
Relaciona-se com o terapeuta				R J L A		
Relaciona-se com o grupo			A	R J L		
Participa em atividades adequadamente			A	R J	L	
Mantém contacto ocular			R J A		L	
Segue direções simples				R J L A		
Segue direções complexas			R A	J L		
Demonstra afeto			A	R J L		
Usa instrumentos / materiais adequadamente				R L A	J	
Toma iniciativa para interagir			A	R J L		
Expressa preferências / Faz escolhas	A		J	R L		

Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31-40.

Motricidade	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Fina						
Agarra os instrumentos			L	RA	J	
Demonstra independência de dedos			LA	RJ		
Demonstra coordenação olho-mão adequada			RJL	A		
Grossa						
Demonstra controlo dos membros superior			L	RJA		
Consciência Espacial adequada			JA	RL		
Mobilidade independente		L	A	RJ		
Demonstra coordenação adequada			L	RJA		
Cognição / Memória	Nunca		Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica
Recorda o próprio nome				JA	RL	
Recorda nome de outros utentes			A	J	RL	
Recorda melodias de canções familiares			JA	RL		
Recorda nomes de instrumentos	A		L	RJ		
Recorda a(s) atividade(s)/canção(ões)			A	RJL		
Permanece na sessão do início ao fim				J	RLA	
Começa e pára nos tempos corretos			A	RJL		
Mantém sincronia com a terapeuta			A	RJL		
Mantém sincronia com os outros utentes			A	RJL		
Reconhece erros e auto corrige-se		A		RJL		

Outras observações importantes durante a sessão:

A inicial de cada nome está inserido no campo correspondente que foi observado na sessão de avaliação

Data de Avaliação

26 / 05 / 2021

A estagiária,

Filipa Custódio