



Universidades Lusíada

Froes, Taiana Torres Ribeiro, 1982-

Musicoterapia na diminuição da solidão e do isolamento de pessoas idosas em estrutura residencial

<http://hdl.handle.net/11067/7313>

Metadados

Data de Publicação

2023

Resumo

No presente relatório descreve-se o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada, em Lisboa, no ano letivo de 2022/2023. O estágio foi realizado no Lar “Nossa Senhora da Paz” do Centro Social Paroquial Penha de França (CSPPF). O aumento da expectativa de vida impôs aos países a procura de soluções para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Um dos principais problemas dessa população é o isolamento social que se encontra associado a...

This report describes the work carried out within the scope of the curricular internship of the Master's in Music Therapy at Universidade Lusíada, in Lisbon, in the academic year of 2022/2023. The internship was carried out at the Lar “Nossa Senhora da Paz of the Centro Social Paroquial Penha de França (CSPPF). The increase in life expectancy has imposed on countries the search for solutions to improve the quality of life of the elderly. One of the main problems of this population is the social ...

Palavras Chave

Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, | Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal, Isolamento social - Portugal

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-30T09:01:16Z com informação proveniente do Repositório



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

**Musicoterapia na diminuição da solidão e do
isolamento de pessoas idosas em estrutura
residencial**

Realizado por:
Taiana Torres Ribeiro Froes

Supervisionado por:
Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientado por:
Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Arguente: Prof.^a Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Dissertação aprovada em: 5 de janeiro de 2024

Lisboa

2023



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

**Musicoterapia na diminuição da solidão e do
isolamento de pessoas idosas em estrutura
residencial**

Taiana Torres Ribeiro Froes

Lisboa

Julho 2023



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

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

Mestrado em Musicoterapia

**Musicoterapia na diminuição da solidão e do
isolamento de pessoas idosas em estrutura
residencial**

Taiana Torres Ribeiro Froes

Lisboa

Julho 2023

Taiana Torres Ribeiro Froes

Musicoterapia na diminuição da solidão e do isolamento de pessoas idosas em estrutura residencial

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 Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientador de estágio: Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira

Lisboa

Julho 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Taiana Torres Ribeiro Froes
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez
Orientador de estágio Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira
Título Musicoterapia na diminuição da solidão e do isolamento de pessoas idosas em estrutura residencial
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FROES, Taiana Torres Ribeiro, 1982 -

Musicoterapia na diminuição da solidão e do isolamento de pessoas idosas em estrutura residencial / Taiana Torres Ribeiro Froes ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Cláudio Manuel Silvério Ferreira. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - FERREIRA, Cláudio Manuel Silvério, 1983-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa
2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
3. Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal
4. Isolamento social - Portugal
5. Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people - Portugal - Lisbon
2. Older people - Institutional care - Portugal - Lisbon
3. Aging - Social aspects - Portugal
4. Social isolation - Portugal
5. Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F76 2023

Agradecimentos

A Deus que me iluminou durante todo o percurso do mestrado Ao meu pai que pacientemente revisou o meu trabalho e ao meu esposo por todo o apoio.

Resumo

No presente relatório descreve-se o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada, em Lisboa, no ano letivo de 2022/2023. O estágio foi realizado no Lar “Nossa Senhora da Paz” do Centro Social Paroquial Penha de França (CSPPF).

O aumento da expectativa de vida impôs aos países a procura de soluções para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Um dos principais problemas dessa população é o isolamento social que se encontra associado ao sentimento de solidão. É necessário buscar soluções para ambos os problemas, pois podem trazer inúmeras consequências negativas para a saúde física e mental dessas pessoas.

Realizaram-se sessões de musicoterapia com 17 utentes com o objetivo geral de reduzir o isolamento e o sentimento de solidão dos idosos residentes no lar. Essas sessões tiveram uma periodicidade semanal e uma duração aproximada de 30 minutos.

Foi feita uma avaliação pré e pós intervenção com um questionário de avaliação do histórico musical do utente, a escala de Solidão – UCLA e a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS -6). Também se realizou uma avaliação intermédia com uma escala de likert e uma recolha qualitativa da opinião dos utentes sobre as sessões.

Foi possível averiguar que a intervenção musicoterapêutica é benéfica para os idosos melhorando sua qualidade de vida e ajudando a diminuir o sentimento de solidão.

Palavras-chave: Musicoterapia; Envelhecimento; Idosos; Isolamento Social; Solidão.

Abstract

This report describes the work carried out within the scope of the curricular internship of the Master's in Music Therapy at Universidade Lusíada, in Lisbon, in the academic year of 2022/2023. The internship was carried out at the Lar “Nossa Senhora da Paz of the Centro Social Paroquial Penha de França (CSPPF).

The increase in life expectancy has imposed on countries the search for solutions to improve the quality of life of the elderly. One of the main problems of this population is the social isolation that is associated with the feeling of loneliness. It is necessary to seek solutions for both problems, as they can have numerous negative consequences for the physical and mental health of these people.

Music therapy sessions were held with 17 patients with the general objective of reducing the isolation and the feeling of loneliness of elderly residents in the nursing home. These sessions were held weekly and lasted approximately 30 minutes.

A pre- and post-intervention assessment was carried out using a questionnaire to assess the user's musical history, the Loneliness Scale – UCLA and the Lubben Brief Social Network Scale (LSNS -6). An intermediate evaluation was also carried out with a Likert scale and a qualitative collection of the patients opinion about the sessions.

It was possible to verify that the music therapy intervention is beneficial for the elderly, improving their quality of life and helping to reduce the feeling of loneliness.

Keywords: Music Therapy; Aging; Elderly; Social isolation; Loneliness

“David pegava na harpa e tocava. O espírito mau deixava Saul, este acalmava-se e sentia-se melhor.”

1 Samuel 16, 23

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Doenças comuns em idosos</i>	9
Tabela 2. <i>Técnicas em musicoterapia aplicadas à população idosa.</i>	31
Tabela 3. <i>Dados dos Participantes</i>	43
Tabela 4. <i>Horário Semanal</i>	44
Tabela 5. <i>Estrutura geral das sessões</i>	45
Tabela 6. <i>Estrutura geral das sessões de grupo</i>	59
Tabela 7. <i>Resultados da Escala de Likert</i>	64
Tabela 8. <i>Resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben</i>	64
Tabela 9. <i>Resultados da Escala de Solidão – UCLA</i>	66

Lista de Gráficos

Gráfico 1. <i>Dados do isolamento social</i>	65
Gráfico 2. <i>Dados da solidão pré-intervenção</i>	66
Gráfico 3. <i>Dados da solidão pós-intervenção</i>	67

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- APA - Associação Americana de Psiquiatria
- AVC - Acidente Vascular Encefálico
- AVD's - Atividades de Vida Diária
- CDC - Controle e Prevenção de Doenças (USA)
- CSPPF - Centro Social Paroquial Penha de França
- DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos
- UE - União Europeia
- Eurostat - Gabinete de Estatística Europeia
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- NLM - National Library of Medicine (U.S.)
- NR - Nordoff-Robbins
- NRMT - Modelo Nordoff-Robbins de Musicoterapia
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- ONU - Organização das Nações Unidas
- WFMT - World Federation of Music Therapy

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Gráficos	XV
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XVII
Sumário	XIX
Musicoterapia na Diminuição da Solidão e do Isolamento de Pessoas Idosas em Estrutura Residencial.....	1
Caracterização da Instituição	3
Caracterização da População Alvo	5
Enquadramento Teórico	7
Envelhecimento	7
Doenças Comuns da População Idosa.....	8
Demência.....	10
Depressão	12
Depressão no Idoso	13
Depressão Reativa	15
A Epidemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) e Seu Impacto na População Idosa	15
A Institucionalização.....	16
Isolamento Social	18
O Sentimento de Solidão	19
Musicoterapia.....	23
Modelo Nordoff Robbins	25
Técnicas de Musicoterapia Aplicadas aos Idosos	30
Técnicas Recetivas	32
Benefícios da Musicoterapia Para a População Idosa	34
Benefícios do Canto Para o Idoso	37
Musicoterapia Para Diminuir a Solidão e o Isolamento.....	39
Objetivos do Estágio	41
Metodologia	43
Participantes	43
Procedimento.....	44
Instrumentos de Avaliação	46
Questionário de Avaliação do Histórico Musical do Utente.....	46
Escala de Solidão – UCLA.....	46

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS -6)	47
Escala de Likert	48
Recursos Materiais	48
Estudo de Caso 1 – A.G.	51
Estudo de Caso 2 –O par S.C. e M. F.	55
Outras intervenções.....	59
O Grupo.....	59
Outras Atividades	60
Intervenção no Ambiente Sonoro-Musical do Lar	60
Apresentações para Divulgação da Musicoterapia.....	61
Resultados	63
Resultados da Escala de Likert.....	63
Resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben	64
Resultados da Escala de Solidão UCLA	65
Discussão	69
Conclusões	77
Referências.....	79
Anexos	89
Lista de Anexos.....	91
Anexo A	93
Anexo B.....	97
Anexo C.....	101
Anexo D	105
Anexo E.....	109

Musicoterapia na Diminuição da Solidão e do Isolamento de Pessoas Idosas em Estrutura Residencial

Neste relatório está presente a descrição da intervenção realizada no estágio curricular do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada, em Lisboa, no ano letivo de 2022/2023. O referido estágio iniciou em outubro de 2022 e se estendeu até maio de 2023, na Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI) Nossa Senhora da Paz, pertencente ao Centro Social Paroquial Penha de França (CSPPF).

Na fase de observação da instituição, a estagiária pôde averiguar que os idosos se encontravam isolados, com escasso estímulo diário, com sintomas de depressão e a interação entre eles era muito superficial. Também se observou que muitos deles sentiam-se sozinhos. Com base nessas observações e na avaliação foram traçados os objetivos da intervenção. Pretendeu-se verificar, como objetivo geral, em que sentido a musicoterapia pode ajudar a reduzir o isolamento e o sentimento de solidão dos idosos residentes no lar.

O envelhecimento é um processo universal, inevitável de todos os seres humanos, porém a população mundial encontra-se cada vez mais envelhecida, consequência da baixa natalidade e do aumento da expectativa de vida. Essa realidade levou os países a buscar soluções para melhorar a qualidade de vida da população idosa para que haja uma boa integração dessas pessoas na sociedade, procurando promover um envelhecimento ativo e saudável (OECD & ONU, 2020).

Com o avançar da idade é provável que as pessoas venham a enfrentar condições como a demência, problemas motores, osteoporose, diabetes, AVCs (acidentes vasculares cerebrais), depressão, problemas de fundo oftalmológico, problemas auditivos entre outras. A demência é uma das doenças mais prevalentes na população idosa, é uma das principais causas de incapacidade em indivíduos com mais de sessenta anos e a causa da maior parte das institucionalizações (Huang, 2021).

Uma das consequências da institucionalização é o isolamento. O sentimento de solidão e o isolamento são conceitos distintos apesar de estarem correlacionados, porque um pode levar ao outro. O isolamento é um estado concreto em que o indivíduo tem pouca ou nenhuma interação social, por outro lado a solidão é um sentimento negativo, um conceito subjetivo, que pode surgir em consequência da falta de interações significativas. Esses dois problemas são muito prevalentes na população idosa e é muito importante buscar-se soluções para minimizá-los, porque podem levar a consequências muito negativas para a qualidade de vida dessas pessoas.

O musicoterapeuta ajuda a promover a saúde dos clientes, utilizando-se da música, do som e de seus elementos para desenvolver uma relação terapêutica como uma força dinâmica de mudança. Nesse sentido a musicoterapia, com a população idosa, promove uma melhoria emocional, um estado de bem-estar, através do aumento da interação social, principalmente num contexto de grupo.

Realizaram-se sessões de musicoterapia, semanalmente, com 17 utentes. Algumas em modalidade individual, outras em pares e foi formado um grupo aberto com aproximadamente 10 pessoas. Foi realizada avaliação pré e pós intervenção. Elaborou-se um questionário de avaliação do histórico musical do utente e também foram aplicadas a escala de Solidão – UCLA e a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS -6).

Com base nos dados recolhidos pré e pós intervenção foi possível concluir que as sessões de musicoterapia tiveram um impacto positivo nos idosos da instituição ajudando a melhorar sua qualidade de vida, diminuindo o sentimento de solidão.

Caracterização da Instituição

O Centro Social Paroquial Penha de França (CSPPF) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), pertencente ao Patriarcado de Lisboa, que, desde 1957, procura atender às necessidades da população mais carenciada da zona, promovendo assistência, educação e saúde. É regido por uma direção e tem como principais respostas sociais, um ATL, um Centro de Dia, um Serviço de Apoio ao Domicílio e a Residência “Nossa Senhora da Paz”. O CSPPF está situado na rua Francisco Pedro Curado 1C, código postal 1170-105, em Lisboa.

A missão principal do CSPPF é cooperar com as famílias mais carenciadas, prestando serviços que promovam assistência, saúde e educação de qualidade, respondendo às suas necessidades. Os serviços do CSPPF para a população idosa tem como objetivo traçar planos individualizados, preventivos ou de reabilitação, no sentido de promover, o máximo possível, sua autonomia, seja no domicílio ou no próprio Centro Social. (CSPPF, 2019).

A residência “Nossa Senhora da Paz” é a resposta do CSPPF para idosos com idade igual ou superior a 65 anos, exceto em situações muito específicas, que se encontram em situação de dependência de terceiros para poderem realizar suas atividades de vida diária (AVDs), em consequência de uma deterioração da sua mobilidade ou por doença, a demência, por exemplo. Em funcionamento a mais de 20 anos.

O Lar é uma Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI) e presta todos os serviços que caracterizam uma residência de idosos, nomeadamente, cuidados de higiene e imagem pessoal, cuidados de saúde gerais (clínica geral e familiar uma vez por semana e enfermagem geral todos os dias em regime não permanente), alimentação, assistência medicamentosa, tratamento de roupa, entre outros.

A ERPI é constituída por um diretor técnico, uma encarregada de serviço, uma médica de clínica geral e familiar, três enfermeiros e dezasseis ajudantes de ação direta, e ainda, uma

fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional que desenvolvem o trabalho de estimulação motor e de autonomia.

O lar tem capacidade para 35 pessoas no máximo, possui 15 quartos duplos e um quarto individual. Os utentes são selecionados mediante pré-inscrição, ou encaminhados de outras respostas sociais da Instituição, como por exemplo, o Centro de dia ou Serviço de Apoio Domiciliário. Os casos são analisados levando em consideração se pertencem a Freguesia de Penha de França e o seu nível socioeconómico. Segundo o diretor técnico, o lar conta ainda com uma lista de espera de mais de 100 pessoas, porque não consegue dar resposta a todos que o procuram devido as suas limitações de espaço físico.

Caracterização da População Alvo

Os idosos intervencionados, residentes no Lar “Nossa Senhora da Paz”, são pessoas com idades compreendidas entre os 82 e os 92 anos, provenientes de várias zonas de Portugal, porém em sua maioria moradores do distrito de Lisboa. Os utentes, no geral, têm um estatuto socioeconómico baixo e pouca escolaridade. Enfrentam os problemas e patologias característicos do envelhecimento tardio, bem como as suas limitações características. Doenças como a demência, problemas motores, osteoporose, diabetes, AVCs (acidentes vasculares cerebrais), depressão, problemas do foro oftalmológico, problemas auditivos entre outras, são condições que têm em comum.

Esses idosos estão isolados, com sintomas depressivos ou foram anteriormente diagnosticados com depressão e muito pouco estímulo durante o dia, passando a maior parte do tempo vendo televisão, com pouca interação e comunicação com outros utentes. As rotinas são muito importantes para eles, optam, voluntariamente por manter mais ou menos as mesmas atividades todos os dias. Deixaram a sensação na estagiária como se todos os dias fossem iguais, salvo quando há alguma atividade, por exemplo, nos dias em que têm apoios terapêuticos como terapia ocupacional e fisioterapia, ou nos dias em que há a celebração de culto religioso católico e ainda quando participam das atividades de animação sociocultural no Centro de Dia. Um número considerável de residentes tem uma resposta evitativa, optando por não se comprometer em nenhuma das atividades propostas, por muito que os técnicos tentem motivá-los.

Os utentes apresentam muita necessidade de contacto humano, de conversar e interagir com alguém, pois tem uma rede de suporte social muito pequena e suas interações diárias se limitam aos técnicos, às ajudantes de ação direta e a poucos familiares.

Enquadramento Teórico

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo universal, inevitável de todos os seres humanos que alcançam a longevidade. Esse processo provoca mudanças físicas, psicológicas e sociais consideráveis (Mercadall-Brotons, & Augé, 2008).

A população mundial encontra-se cada vez mais envelhecida, chegando a aproximadamente 727 milhões de pessoas em 2020, configurando 9.3% da população total do mundo. Prever-se que poderá chegar a 1.5 bilhão de pessoas em 2050, de acordo com estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OECD & ONU, 2020).

Em Portugal 23.4 % da população está acima dos 65 anos de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021). Essa taxa está acima da média europeia de 20.6%. Portugal é o quarto país da União Europeia (UE) com maior percentagem de população idosa segundo o Gabinete de Estatística Europeia (Eurostat, 2020). E ainda, de acordo com o INE, entre 2018 e 2080 prevê-se que o número de pessoas com 65 ou mais aumentará de 2.2 para 3 milhões (INE, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida torna-se imperativo que existam soluções para melhorar a qualidade de vida dessa população, promovendo um envelhecimento saudável e ativo (ONU, 2002).

Cada pessoa faz uma experiência do processo de envelhecimento de maneira muito individual e essa será positiva ou negativa de acordo com inúmeros fatores psicológicos e espirituais (Cesarz, 2017).

Existem três tipos de envelhecimento, de acordo com uma abordagem psicogerontológica, o envelhecimento normal, o patológico e o ativo. No envelhecimento considerado normal existem mudanças naturais que acontecem em consequência da longevidade, sem a intercorrência de uma doença grave, é caracterizado por um certo declínio

das funções físicas e cognitivas. No envelhecimento patológico as mudanças são produzidas por uma doença, ou por maus hábitos, podendo ser prevenidas ou controladas, no entanto, em outras situações podem ser irreversíveis, como por exemplo, nas doenças neurodegenerativas, demências, na doença de Alzheimer e na doença de Parkinson. O envelhecimento ativo pode ser alcançado nas melhores condições físicas, psicológicas e sociais, com poucas ou nenhuma perda de habilidades cognitivas, psicossociais e físicas, tendo como consequência uma melhor qualidade de vida e uma maior expectativa de vida. Depende diretamente de bons hábitos como alimentação saudável, atividade física frequente e atividades sociais e de lazer (Diaz Abrahan, Lemos Jaramillo & Justel, 2019).

A longevidade pode trazer doenças psicológicas como, por exemplo, ansiedade, angústia, stress, depressão, que levam a pessoa a isolar-se. Esse isolamento social pode comprometer a qualidade de vida do idoso (Mazalli, Petreça & Campos, 2019).

É muito importante para os idosos nutrir laços sociais, tendo impactos significativos em sua saúde mental e dos que estiverem a sua volta. Os idosos que conseguem manter relações gratificantes e contacto social afetivo tem uma saúde mental mais positiva. Com as perdas que vão sofrendo ligadas a longevidade é necessário, para a inclusão social dessas pessoas, que se fortaleça o vínculo e a interação intergeracional (Jang, 2020).

Doenças Comuns da População Idosa

Na Tabela 1, descreveremos as doenças mais comuns da população idosa e as suas características mais relevantes.

Tabela 1.

Doenças comuns em idosos

Doença de Alzheimer
É uma doença neurológica degenerativa, progressiva e irreversível. É um tipo de demência. A deterioração cognitiva afeta funções como a memória, o raciocínio, a comunicação, a capacidade de aprender, entre outras. Também leva a alterações de comportamento. Nas fases mais avançadas há dificuldades de locomoção e de orientação, condicionando o funcionamento diário do paciente.
Parkinsonismo
Esse transtorno, progressivo e degenerativo, é caracterizado principalmente por tremor em repouso, rigidez dos músculos, movimentos lentos e reduzidos, instabilidade postural e de marcha. Pode ser controlado com medicação e fisioterapia, apesar de se tratar de uma doença crônica.
Acidente Vascular Cerebral (AVC)
Os acidentes vasculares cerebrais são uma categoria de Doenças que consistem na obstrução localizada e abrupta da circulação sanguínea no cérebro, provocando prejuízos neurológicos. É a maior causa de incapacidade mental e física ou de morte na população idosa. É possível ocasionar complicações na comunicação oral, no deslocamento, na ingestão de alimentos e no entendimento, tornando a pessoa incapaz de executar as atividades cotidianas mais básicas sem auxílio.
Doenças e alterações auditivas
É comum com a idade o aparecimento de doenças ou alterações auditivas, sendo uma das principais causas de limitações de comunicação e interação social. Essas condições incluem: presbiacusia, perda gradual da audição; zumbidos; otosclerose, calcificação anormal do ouvido médio; neuropatia auditiva, alteração do sistema nervoso que compromete a audição e a fala, entre outras.
Transtornos depressivos
A depressão é a disfunção psicológica mais frequente entre os idosos. Nos Estados Unidos, foi reconhecida como uma questão de relevância para a saúde pública. É definida por um estado de tristeza intensa e duradoura. Trata-se de uma enfermidade grave, debilitante e capaz de influenciar as atividades diárias do doente. As origens da depressão nos idosos podem ser variadas, incluindo a perda de pessoas queridas, o isolamento social, a aposentadoria, problemas de saúde, entre outras causas.
Outras patologias médicas: doenças cardiovasculares, cancro, osteoporose, diabetes, catarata, dificuldades respiratórias, entre outras.

Nota. CDC (2001); CDC (2019) e MSD (2023)

Demência

A Demência é uma degeneração geralmente irreversível, crônica e global da cognição. Afeta maioritariamente os idosos, porém, em alguns casos, pode ocorrer em qualquer idade (Huang, 2021).

A patologia afeta cerca de 55 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo estimativa de 2021 da Organização Mundial de Saúde. É uma das principais causas de incapacidade em indivíduos com mais de sessenta anos, com uma prevalência que aumenta com a idade. Provoca prejuízos cognitivos que interferem no funcionamento diário do doente. A demência tem um impacto desproporcional nas mulheres, 65% do total de mortes por demência são do sexo feminino (OMS, 2022).

Portugal é o 4º. país da Europa com mais casos por cada mil habitantes segundo o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Para cada mil habitantes a média da OCDE é de 14,8%, em Portugal essa média seria de 19,9 %. Ainda segundo o relatório estima-se que o número de casos de pessoas com demência no país esteja a alcançar 205 mil, dado que poderá subir para os 322 mil casos até 2037. (OCDE, 2017)

As demências são classificadas como: não Alzheimer, ou Alzheimer; cortical ou subcortical; potencialmente reversível ou irreversível e ainda comum ou rara. Podem ser causadas por distúrbios cerebrais ou por outras patologias. Os tipos mais comuns são: a doença de Alzheimer; demência com corpos de Lewy; demência vascular; demência associada ao HIV e a demência frontotemporal (Huang, 2021).

Os sintomas depressivos podem ser confundidos com a demência, antigamente a depressão era designada como pseudodemência e geralmente as duas condições coexistem. Contudo as primeiras manifestações de demência podem incluir sintomas depressivos. Além disso, as pessoas idosas têm alterações na cognição e memória que são normalmente associadas ao processo de envelhecimento, porém não comprometem o funcionamento diário

da pessoa, por isso não são diagnosticadas com demência. Porém, os primeiros sintomas da doença se assemelham muito a essas alterações (Huang, 2021).

A doença afeta cada pessoa de maneira particular, dependendo do que causou a doença, do estado de suas funções cognitivas antes de se tornar doente e das suas condições de saúde. A demência pode ser dividida em três estágios: precoce, intermediária e tardia. Em seu estado precoce, ou leve, inclui sintomas como: esquecimento, perda do sentido de tempo e se perder em ambientes familiares. Geralmente esses sintomas são negligenciados, pois aparecem gradualmente. No estado intermédio, ou moderado, os sinais se tornam mais evidentes e podem incluir: perda de memória recente, estar confuso mesmo em casa, aumento de dificuldades de comunicação, necessidade de ajuda para realizar atividades básicas e mudanças de comportamento e personalidade. A doença progride para o estado tardio, ou grave, e se caracteriza por uma total dependência e inatividade, os sintomas incluem: perder completamente a noção de tempo e espaço, não reconhecer amigos e familiares, ter necessidade total de cuidados de terceiros, dificuldades de andar e mudanças de comportamento, por vezes agressivo (OMS, 2022).

O tratamento dessa patologia é apenas de suporte, havendo alguns tratamentos paliativos e nenhuma cura conhecida até o momento. Os objetivos no cuidado na demência são: um diagnóstico o mais precocemente possível; tomar medidas para garantir a segurança do doente, ótimos cuidados de saúde, estímulo cognitivo e atividades de bem-estar; entender e responder adequadamente a alterações de comportamento; identificar e tratar doenças físicas; prover ajuda e informação aos cuidadores (OMS, 2022).

É importante promover atividades de estímulo e bem-estar para as pessoas com demência. Essas não devem ser muito desafiantes e devem ser agradáveis, aquelas atividades que já eram interessantes para o doente antes do diagnóstico são boas escolhas. A musicoterapia pode ser uma boa resposta de atividade para os doentes com demência pois

proporciona um estímulo cognitivo não invasivo, adequado e não verbal, além de estimular a coordenação fina (Huang, 2021).

Mais de 50 % das institucionalizações em lares e casas de saúde para a população idosa são devido a essa patologia (Huang, 2021).

Depressão

A depressão é um transtorno mental que condiciona os sentimentos, os pensamentos e o comportamento de uma pessoa. É caracterizada por sentimentos de tristeza e desesperança persistentes, perda do prazer e do interesse em desempenhar atividades e apresenta uma variedade de sintomas psicológicos, físicos e cognitivos. Essa condição pode interferir no funcionamento da pessoa e limitar o desempenho e envolvimento em suas atividades diárias. Existem algumas causas prováveis como por exemplo, alterações nos níveis de neurotransmissores, alteração da função neuroendócrina, bem como hereditariedade e fatores psicossociais. (Coryell, 2022)

A doença é considerada um problema de saúde pública, é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo e estima-se que aproximadamente 280 milhões de pessoas tem o diagnóstico. (OMS, 2023)

O transtorno depressivo é classificado no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V (APA, 2013) por sintomas: transtorno depressivo maior (ou depressão maior), transtorno depressivo persistente (distímia), outro transtorno depressivo específico ou inespecífico. Outros são classificados por etiologia: transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo decorrente de outra condição médica e transtorno depressivo induzido por substância/medicação. (Coryell, 2022)

Em Portugal, mais de 100 mil idosos tem depressão, o número de pessoas que sofrem com a condição deverá ser muito maior, pois muitos sintomas são ignorados, ou mal diagnosticados (Drago & Martins, 2012).

Depressão no Idoso

A depressão no idoso pode se manifestar de forma diferente em comparação com outras faixas etárias. Geralmente apresenta-se de maneira atípica: o paciente faz uma série de queixas somáticas associadas a um quadro aparente de ansiedade, que, na verdade, mascara a depressão. A pessoa quando entra na terceira idade inicia um ciclo de perdas, como, por exemplo, declínio físico, maior aparecimento de doenças, diminuição da rede de suporte social e familiar, perda de sua posição laboral e de poder económico, além do surgimento de condições incapacitantes, esses problemas podem contribuir para o aparecimento dos sintomas depressivos (Silva, Silva, Lopes & Silva, 2010).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013) alguns dos sintomas mais comuns da depressão em idosos incluem:

Humor persistente deprimido: Sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo ou vazio que duram a maior parte do dia, quase todos os dias.

Perda de interesse ou prazer: Diminuição da capacidade de desfrutar de atividades que antes eram consideradas agradáveis, incluindo hobbies, interações sociais e eventos familiares.

Mudanças no apetite e no peso: Perda ou ganho de peso significativo sem uma explicação aparente, associado a mudanças no apetite.

Distúrbios do sono: Dificuldade em dormir, insônia, despertar precoce ou sono excessivo durante o dia.

Fadiga ou falta de energia: Sensação constante de cansaço, falta de energia e diminuição da capacidade de realizar atividades diárias.

Problemas de concentração: Dificuldade em se concentrar, lembrar detalhes e tomar decisões.

Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva: Pensamentos persistentes de ser um fardo para os outros, sentimentos de culpa injustificados ou autocondenação.

Aumento da irritabilidade: Mudanças de humor, agitação, impaciência ou irritabilidade.

Sintomas físicos: Queixas de dores inexplicáveis, problemas digestivos, dores de cabeça crônicas ou outros sintomas físicos persistentes.

Pensamentos suicidas: Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio.

A doença se manifesta de maneira particular em cada pessoa, sendo que algumas podem ter alguns sintomas e outras não. No caso do idoso também pode haver confusão entre os sintomas depressivos e outros sintomas que são características comuns do processo de envelhecimento, dificulta o diagnóstico, podendo ser muitas vezes ignorados, mal compreendidos e tratados de maneira inadequada (Cataldo, Bittencourt & Marquette, 2019).

O tratamento da depressão pode ser de suporte geral, psicoterapia, ou um tratamento farmacológico. O paciente pode alcançar a remissão de forma espontânea, principalmente quando se trata de uma depressão leve, ou de curta duração. No caso de uma depressão moderada a grave o tratamento inclui terapêutica farmacológica, psicoterapia ou a combinação de ambas. Os pacientes são tratados em ambulatório, porém pacientes com tendência suicida exigem hospitalização, principalmente na ausência de suporte familiar adequado (Coryell, 2022).

A depressão pode ser confundida com a demência. Os primeiros sinais de demência podem englobar sintomas depressivos. Anteriormente, a depressão era conhecida como pseudodemência e frequentemente ambas as condições coexistem. Além disso alguns anti-depressivos podem ter como efeito colateral a acentuação das perdas cognitivas e esses efeitos são mais intensos em idosos com idade avançada. Huang (2021) e Petersen (2006).

Os idosos que se encontram internados em estruturas residenciais tem maior risco de apresentar depressão, existindo, portanto, uma relação entre a institucionalização e o aparecimento ou agravamento de sintomas depressivos. O isolamento, a viuvez e a institucionalização parecem ser fatores de risco para a depressão (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

É importante promover atividades de interação social para que o idoso deprimido não se entregue a um comportamento antissocial. (Silva, Silva, Lopes & Silva, 2010).

Depressão Reativa

Diferentemente da depressão maior a depressão reativa tem uma ligação direta com eventos traumáticos ou de stress elevado ocorridos na vida pessoal do paciente. O aparecimento dos sintomas depressivos coincide diretamente com a situação adversa que a pessoa experimentou. Também é conhecida como depressão situacional. Essa condição é, portanto, uma resposta psicológica e emocional a eventos e ou acontecimentos que tiveram um impacto negativo relevante na pessoa. Uma catástrofe natural, um trauma, um acidente que deixa a pessoa incapacitada ou deficiente, o luto, o término de uma relação importante, problemas financeiros, o burnout, são exemplo de situações que podem desencadear uma depressão reativa. Os sintomas dessa condição são semelhantes aos da depressão maior, já expostos nesse trabalho, bem como o seu tratamento (NLM, 2023).

A Epidemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) e Seu Impacto na População Idosa

A pandemia de COVID-19 acabou por piorar a situação de isolamentos dos idosos, principalmente daqueles internados em estruturas residenciais. A pandemia de COVID-19 é uma propagação em massa da doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Identificado pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019, o vírus se espalhou rapidamente pelo mundo. Em março de 2020, a OMS declarou o surto como uma pandemia. Até março de 2023, houve 6.866.434 milhões de mortes relacionadas à doença, tornando-a uma das

epidemias mais mortais da história. Os idosos têm sido particularmente afetados, com um número significativo de mortes, embora não seja possível quantificar com precisão. A pandemia levou a um aumento desproporcional na mortalidade dessa população em todo o mundo. Os sintomas variam desde assintomáticos até insuficiência respiratória grave e morte. Os fatores de risco para doença grave incluem idade avançada, sistema imunológico enfraquecido, condições de saúde preexistentes e gravidez. As vacinas mostraram-se eficientes na prevenção da transmissão e na redução de doenças graves e óbitos. A prevenção envolve imunização, medidas de controle de infecção, como uso de máscaras, higienização das mãos, distanciamento físico e isolamento de pessoas infectadas. Os sintomas podem incluir tosse, febre, dor de garganta, dor de cabeça, coriza, perda de olfato e paladar, calafrios, dificuldade para respirar, entre outros. Andersen, Rambaut, Lipkin, Holmes, & Garry (2020); OMS (2023) e Tesini (2022).

A Institucionalização

Em Portugal, segundo o Serviço Nacional de Saúde, no final de 2020, existiam 2.526 lares para idosos nos quais estavam institucionalizadas 99.234 pessoas (SNS, 2020).

Os motivos pelos quais as famílias recorrem as instituições são vários. De acordo com Lini, Portella e Doring (2016) a dependência na realização das atividades de vida diária, ausência de companheiro, não ter filhos e o comprometimento cognitivo foram os fatores mais associados à institucionalização de idosos. Segundo Perlini et al. (2007), os motivos citados pela família para a institucionalização foram o desejo do próprio idoso de não sobrecarregar a família e limitações da mesma em termos psicológicos, financeiros e físicos para cuidar do idoso em domicílio. A ausência de disponibilidade de tempo para cuidar de seu familiar idoso, que muitas vezes requer cuidados em tempo integral, também foi uma das principais razões relatadas pelas famílias para a institucionalização. Pode haver resistência por parte do idoso no processo de institucionalização. Muitas vezes podem ser admitidos sem

o consentimento e até sem aviso, ou preparação prévia. Esse fato complica a adaptação do idoso à vida institucional que já seria difícil e por vezes penosa (Tier, Fontana & Soares, 2004).

De acordo com Pinquart and Sörensen (2001) os idosos institucionalizados acabam por ficar isolados. Essas pessoas têm muito menor contato com família e amigos do que idosos inseridos na comunidade, porque esses idosos têm pouco ou quase nenhum suporte social. As interações sociais diminuem consideravelmente, limitadas às pessoas estranhas, ou seja, os outros residentes, aos colaboradores da instituição e alguns poucos familiares que ainda visitam seus idosos. A qualidade das interações também fica muito comprometida, as relações entre os utentes é por vezes muito superficiais, fazendo o idoso sentir um enorme sentimento de solidão.

Segundo Fernandes (1997) existe um fenómeno social chamado desenraizamento no qual o idoso tem o seu modo de vida habitual interrompido. É retirado do seu ambiente, do seu lar que por vezes habitou por muitos anos, do convívio familiar e social e colocado numa instituição, onde deve cumprir regras, horários, no convívio de pessoas estranhas. Portanto perde seus rituais de rotina, sua convivência diária com pessoas significativas para ele, um processo por vezes difícil, doloroso e até desorientador (Tier, Fontana & Soares, 2004).

No geral os idosos nas instituições são dependentes funcionais, quer por possuírem limitações em sua mobilidade, quer limitações consequentes de doenças várias, ou por limitações de doença neurológica, ou de fundo psicológico. Alguns são mais autónomos em algumas áreas do que outras, porém outros são totalmente dependentes para realizar as atividades de vida diária (AVD's), como, por exemplo, os doentes com demência em estágios mais tardios (Tier, Fontana & Soares, 2004).

Com pouco ou nenhum estímulo a deterioração cognitiva acentua-se em idosos institucionalizados, principalmente se já estavam diagnosticados com doenças

neurodegenerativas. Por essa razão, segundo Parola et al. (2019) existe uma grande necessidade da implementação dentro das instituições de atividades que promovam estímulos cognitivos, como, por exemplo, a terapia ocupacional, os jogos promovidos por animadores socioculturais e a musicoterapia.

Os idosos institucionalizados podem apresentar passividade e inatividade. É uma forma da pessoa se adaptar negativamente, se submete de modo passivo, sem, porém, ter desenvolvido sentido de pertença ao grupo e à instituição. Essa maneira de reagir advém de sentimentos de incapacidade, impotência, inutilidade e de desvalorização de si mesmo (Pimentel, 2005).

Por todas essas questões aqui levantadas uma grande parte dos idosos institucionalizados desenvolvem sintomas depressivos. Alguns, porém, já são admitidos com o diagnóstico de depressão. De acordo com Vaz & Gaspar (2011) aproximadamente metade dos idosos que participaram no estudo apresenta depressão (47%), com maior prevalência em mulheres (51 %) do que entre os homens (40 %), esses dados estão relacionados a menor adaptação à instituição, a menor capacidade cognitiva, a uma menor relevância dada às atividades de lazer e a maiores índices de dependência para a realização das AVds e a maiores índices de solidão.

Isolamento Social

O isolamento social pode ser entendido como falta de interações sociais, porém uma definição mais completa definiria uma pessoa isolada socialmente como tendo o mínimo, em quantidade e em qualidade, de suporte social e de interações sociais significativas (Dickens et al.2011).

O isolamento social e a solidão são conceitos separados, embora estejam intimamente correlacionados, pois uma realidade pode levar a outra. O isolamento é um estado objetivo,

no qual um indivíduo tem o mínimo de contato com outros e pouco envolvimento comunitário (Grenade & Boldy, 2008).

A existência de muitas pessoas isoladas tem se tornado um problema de saúde pública, porque é muito comum na população idosa e também porque existem cada vez mais evidências de que o isolamento resulta em consequências graves no bem-estar e na saúde física e mental das pessoas (Dickens et al. 2011).

Meio milhão de idosos moram sozinhos em Portugal, de acordo com o Gabinete de Estatística da EU (Eurostat, 2020). Portanto passam a maior parte do tempo isolados, com pouco convívio com as famílias e com outras pessoas.

A pessoa idosa, com o passar dos anos, pode perder muitos familiares com quem nutria relações importantes. A perda e o luto, são processos penosos para essa população. Com o passar do tempo perdem também muito de sua rede social, quando se reformam, por exemplo, deixam de conviver com uma considerável parte das pessoas com quem costumavam conviver. A viuvez, não terem filhos, ou esses já terem saído de casa, fazem com que essas pessoas vivam sozinhas e com a deterioração da saúde, principalmente física, se tornam cada vez mais isoladas (Grenade & Boldy, 2008).

Em um estudo realizado pela Universidade de Exeter verificou-se que as intervenções que são mais eficazes para minimizar o isolamento social são aquelas que oferecem atividades sociais e ou de apoio, em grupo, em que os idosos possam participar ativamente (Dickens et al. 2011).

O Sentimento de Solidão

Solidão é um conceito subjetivo relacionado a um sentimento negativo correlacionado a ausência de interações sociais significativas. Uma pessoa pode ter uma rede social razoável e mesmo assim sentir-se sozinho. Pelo contrário há pessoas que moram sozinhas, mas não se sentem sozinhas (Grenade & Boldy, 2008).

A definição de solidão seria uma experiência de sofrimento em consequência de um déficit de contatos. Uma segunda definição, cognitivo-social, seria uma discrepância entre o tipo de relações interpessoais que uma pessoa gostaria de ter e o tipo de relações que tem na realidade. Essa discrepância pode abranger a quantidade de relações, a frequência dos contatos, se são contatos próximos, ou a qualidade dos relacionamentos. Por vezes as definições do sentimento de solidão abrangem duas dimensões: a social e a emocional. A social se refere a ausência de engajamento em atividades sociais e a emocional se refere a ausência de relações emocionais íntimas (Dahlberg et al.2022).

Alguns fatores podem fazer com que as pessoas sejam mais suscetíveis à solidão como: timidez e personalidade introvertida, ou altas expectativas e demandas (Pinquart and Sörensen,2001).

Os fatores de risco para a solidão são: Pessoas não casadas/sem parceiros ou que perderam seus parceiros, uma rede social muito limitada, um baixo nível de atividades sociais, um alto cuidado pobre, depressão/ou humor depressivo ou ainda aumento dos sintomas de depressão (Dahlberg et al.2022).

A solidão pode ter consequências muito negativas no bem-estar psicológico, físico e mental do idoso, além de ter um impacto nas taxas de mortalidade (Grenade & Boldy, 2008).

Algumas circunstâncias da vida podem contribuir para um maior sentimento de solidão como o gênero, falta de integração social, competência diária, status socioeconômico e institucionalização (Aartsen & Jylhä 2011).

Com a idade o número de contatos sociais e a sua frequência tende a diminuir. As oportunidades para estabelecer esses contatos também são limitados pela perda dos parceiros, pela perda de posição social (como na reforma) e por limitações físicas, como no caso de déficits sensoriais que limitam a comunicação ou problemas de mobilidade que atrapalham a

visita aos amigos e a família. Portanto o número de relações emocionais próximas parece diminuir com a idade (Pinquart and Sörensen,2001).

As mulheres são mais propensas a se tornarem viúvas do que os homens. Também são elas que assumem, com maior frequência do que os homens, os cuidados de um companheiro doente ou deficiente, essas mulheres têm maior risco de se sentirem sozinhas (Aartsen & Jylhä 2011).

Dados sobre gênero e solidão parecem ser contraditórios no sentido de que as mulheres são mais propensas a se identificarem com esse sentimento, mas, no entanto, são os homens que obtêm maiores pontuações na escala UCLA de solidão. As mulheres parecem ser mais suscetíveis a solidão, porém os homens não casados, ou seja, viúvos, divorciados e solteiros, têm maior solidão do que as mulheres. Pessoas que tem competência limitada tendem a se sentirem mais sozinhas. Igualmente pessoas que tem pouca atividade. Quanto maior a competência e atividade menores os índices de solidão. Pessoas com maior status social tem menor índice de solidão, pois com maiores recursos podem mais facilmente ativar apoio profissional provido por outros. Também uma maior renda permite a essas pessoas participar em uma variedade de atividades e isso combate o sentimento de solidão. Pelo contrário, poucos rendimentos podem levar a baixa autoestima e pode inibir a pessoa de buscar novos contatos sociais. Idosos institucionalizados tem muito menor contato com família e amigos do que idosos inseridos na comunidade. Porém alguns idosos que vivem sozinhos decidem viver em um lar à procura de novas oportunidades de socialização. Quando a saúde começa a se deteriorar pode levar o idoso à institucionalização e à solidão (em caso de déficits sensoriais). Porém a associação entre institucionalização e a solidão pode ter outras variáveis. Idosos inseridos na comunidade tem acesso a uma maior rede social e melhores cuidados de saúde, portanto os idosos institucionalizados têm maior propensão ao sentimento de solidão (Pinquart and Sörensen,2001).

O sentimento de solidão é um importante problema da população idosa. É necessário buscar soluções para o problema, pois pode trazer inúmeros efeitos negativos para a vida dos idosos. Pode, por exemplo, aumentar a possibilidade de um diagnóstico de depressão (Aartsen & Jylhä 2011).

Musicoterapia

O uso da música como ferramenta terapêutica, ou seja, a utilização dos sons para tratar doenças mentais e físicas advém de tempos muito remotos da história da humanidade. Na Grécia antiga, por exemplo, surgiu a "Teoria do Ethos", é uma teoria que sugere que a música pode ter um impacto direto na emoção e no caráter das pessoas que a ouvem. Segundo essa teoria, diferentes tipos de música podem influenciar o comportamento humano de maneiras distintas. Por exemplo, a música alegre pode trazer alegria e entusiasmo, enquanto a música triste pode causar melancolia e reflexão. “Na Teoria do Ethos”, acreditava-se que cada modo musical possuía uma qualidade emocional específica que poderia influenciar a psiquê humana. Por exemplo, o modo dórico era associado à coragem e à seriedade, enquanto o modo lídio era associado à suavidade e à tranquilidade. Essa teoria foi amplamente adotada pelos filósofos e músicos da Grécia antiga, e sua influência pode ser vista em muitas obras literárias e musicais da época. Acredita-se que a Teoria do Ethos tenha sido uma das primeiras tentativas de entender e explicar a relação entre a música e a emoção humana (Aigen, 2014, p.281); (Bruscia, 2014, p.391) e (Gurgel, 2003).

Atualmente a World Federation of Music Therapy, define musicoterapia como:

Musicoterapia é a utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e no cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais, 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. ¹ (WFMT, 2011).

¹ Tradução do autor.

Por sua vez, Bruscia (2000, p.22), no seu trabalho exaustivo em busca da definição de musicoterapia, afirma que:

Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde, usando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através deles como forças dinâmicas de mudança.²

A Musicoterapia tem como meta desenvolver habilidades e/ou recuperar funções do sujeito, a fim de que este possa atingir uma maior integração consigo mesmo e com outros, o que resulta em uma melhor qualidade de vida. Tal objetivo pode ser alcançado por meio da prevenção, reabilitação ou tratamento. (WFMT,1996).

Segundo Pomponet et al. (2000) a musicoterapia é uma abordagem terapêutica centrada na autoexpressão, que tem o potencial de fomentar a criatividade e a melhoria da capacidade de comunicação, mobilizando facetas culturais, psicológicas e biológicas.

Para Edwards (2016) a musicoterapia é uma terapia relacional em que um musicoterapeuta profissional emprega a música e seus componentes em um processo terapêutico para indivíduos ou grupos. Essa é uma forma única de utilizar os diversos atributos da música para atender às necessidades do cliente, da família ou do grupo.

Segundo Jacobsen, Pedersen & Bonde (2019), a definição de musicoterapia deve incluir e integrar as seguintes definições: música, terapia e saúde. Consideram a definição da WFMT (2011) bastante abrangente, porém é inevitável que seja variável de acordo com diferentes tradições e culturas.

Ruud (1990), um dos pioneiros na área, afirma que a musicoterapia é uma profissão em que o terapeuta utiliza a música como ferramenta ou canal de expressão para iniciar alguma transformação ou processo de evolução voltados ao bem-estar pessoal, ajustamento social, desenvolvimento complementar ou outras finalidades. Ele afirma que a música por si

² Tradução do autor.

só não atua como “curativo”, mas que seus efeitos terapêuticos são resultados da aplicação metodológica e sistemática do profissional musicoterapeuta.

A musicoterapia é, portanto, uma profissão, que deve ser exercida apenas por profissionais para este fim habilitados, formados em suas várias áreas de atuação. Os musicoterapeutas atuam em uma ampla gama de ambientes: hospitais psiquiátricos, instalações de reabilitação, hospitais, clínicas ambulatoriais, centros de tratamento, creches, instituições, centros de saúde mental, centros comunitários, programas de reabilitação para dependentes químicos, centros de dia, lares residenciais, programas de cuidados paliativos, estabelecimentos prisionais, centros de reabilitação, escolas e clínicas particulares (APMT, 2023).

A musicoterapia é considerada uma terapia complementar à medicina, que colabora com as demais técnicas terapêuticas para prevenir doenças físicas e mentais ou recuperar o paciente para a sociedade, se desenvolvendo ao nível da fisioterapia, da terapia da fala e da terapia ocupacional (Benezon, 2011).

A música é uma forma de comunicação não verbal que evoca respostas emocionais e tem a capacidade de acessar áreas do inconsciente, que contêm informações que às vezes não são facilmente expressas conscientemente. Nesse contexto não verbal, o musicoterapeuta permite ao paciente expressar suas emoções e sentimentos, enquanto adota uma atitude empática de compreensão e aceitação. O musicoterapeuta entra temporariamente na vida do paciente e caminha por ela com cuidado, sem fazer julgamentos (Ruud,1990) e (Rogers,1980).

Modelo Nordoff Robbins

Paul Nordoff, pianista e compositor, e Clive Robbins, professor de educação especial, desenvolveram em parceria um dos métodos pioneiros em musicoterapia, a Musicoterapia Criativa, ou o método Nordoff-Robbins (NR). Originalmente trabalhavam em escolas de

educação especial, com crianças portadoras de diversas patologias do desenvolvimento, problemas de aprendizagem e portadoras de deficiência, utilizando a música como principal meio terapêutico para criar uma relação empática única com cada uma delas (Jacobsen, Pedersen, & Bonde, 2019).

Esse método teve grande influência das ideias da corrente filosófica humanista, de Rogers e de Rudolf Steiner, a antroposofia, na qual acredita-se que todos os seres humanos trazem uma capacidade inata dentro de si para se desenvolver e alcançar o seu potencial (Rogers, 1980).

O conceito principal do método NR de musicoterapia é o de ‘Music child’, definido pela capacidade inata que todos temos de perceber e responder a estímulos musicais. Eles perceberam que o diálogo musical ativava a criança profundamente, motivando-a para que pudesse dar o próximo passo em seu desenvolvimento, apesar das enormes limitações e desafios de sua doença (Wheeler, 2015).

Nas palavras do próprio Robbins, sobre o método:

There is something in the human being born implanted in us as a species that is open to music, that needs music, that is fulfilled by music so it's far more than entertainment, it's even more than cultural enrichment ³ (NordoffRobbins, 2010)

Em outras palavras a música é utilizada para desbloquear o potencial que as pessoas com deficiência têm para que possam interagir com o mundo ao seu redor, como uma nova forma de comunicação. Segundo Nordoff- Robbins citados por Ruud (1990, p.72):

A música é uma linguagem e, para as crianças, ela pode ser uma linguagem estimulante, uma linguagem confortadora. Ela pode encorajar, animar, encantar e falar com a parte mais interna da criança. A música certa, utilizada com discernimento, pode retirar a criança

³ Existe algo no ser humano que está implantado em nós como espécie que se abre à música, que precisa da música, que nos realiza, então é muito além de entretenimento, é mais até que enriquecimento cultural. (Tradução do autor).

incapacitada dos limites de sua patologia e colocá-la num plano de experiência e reação, onde esta estará consideravelmente livre de disfunções intelectuais ou emocionais.

Nesse método a música é o meio essencial utilizado pelo terapeuta para promover interação e comunicação com o utente, ou seja, ‘music centred approach’. O terapeuta é treinado para responder de forma espontânea às emoções e às intenções comunicativas de cada pessoa. Surge o conceito de improvisação clínica, na qual o musicoterapeuta utiliza a música para comunicar-se e conectar-se com o utente. A improvisação é a ferramenta utilizada para que o terapeuta e o utente colaborem juntos na criação de uma atmosfera musical única e original, que reflete as necessidades e emoções do utente naquele momento específico. Na improvisação clínica o terapeuta entra em sintonia com o utente, observando suas respostas musicais, gestos, expressões faciais e movimentos corporais. Ele utiliza essas informações ajustando a música em tempo real, moldando-a às características e necessidades do paciente. Essa abordagem sensível e flexível permite que o terapeuta explore diferentes estilos musicais, ritmos, tons e dinâmicas para criar um ambiente terapêutico acolhedor e estimulante. A improvisação clínica oferece ao utente um espaço onde pode se expressar livremente através da música, mesmo que não possua habilidades musicais convencionais. O terapeuta valoriza as respostas musicais do utente, encorajando-o a explorar e experimentar sons, melodias e ritmos de forma criativa. A ênfase está na interação musical, na comunicação não verbal e no processo compartilhado de criação musical, em vez de se concentrar em metas pré-determinadas ou resultados. Em resumo, a improvisação clínica é a música produzida ao vivo, pelo terapeuta e pelo paciente à serviço de objetivos terapêuticos, através da qual pode-se atingir altos níveis de criatividade e interação. (Wheeler, 2015).

O paciente é, portanto, envolvido pela música, esse envolvimento no fazer musical entre pessoas e com pessoas é o conceito de musicking, no qual a música deixa de ser vista apenas como um objeto e passa a ser vista como um verbo, o ato de musicar (Small, 1998).

Nas sessões, Nordoff improvisava ao piano, criando uma atmosfera musical envolvente para a criança, que poderia tocar instrumentos simples de percussão. Com grande sensibilidade e com suas habilidades musicais ele conseguia envolver a criança no momento musical promovendo uma experiência muito intensa para ela, provavelmente inesquecível. O papel de Robbins era fornecer apoio e ajudar a criança a manipular os instrumentos, interagindo com ela (Ruud, 1990).

As sessões originais do método Nordoff-Robbins de musicoterapia (NRMT) eram predominantemente individuais e realizadas em co-terapia, nas quais um dos terapeutas utilizava um instrumento harmônico, primeiramente o piano, posteriormente introduziu-se a guitarra, para oferecer o suporte musical improvisado e o outro terapeuta apoiava diretamente, facilitando as respostas e o engajamento da criança (Jacobsen, Pedersen, & Bonde, 2019).

Nordoff afirmava que os intervalos possuem “vida” e que devemos estudar os intervalos para descobrir aspectos escondidos na música que podem provocar respostas emocionais diversas no paciente. As notas têm uma relação entre si e podem variar do intervalo mais fechado, meio tom, que reflete movimentos internos, ao mais aberto e/ou expansivo, 8ª. justa (Nordoff & Robbins, 1998).

Os terapeutas formados no NRMT tem um procedimento muito rigoroso no qual todas as sessões são gravadas e minuciosamente analisadas posteriormente, o que provê muito material importante para investigação. Também foram desenvolvidas escalas de avaliação NR, para facilitar a caracterização e descrição dos eventos em sessão, que são: Nordoff-Robbins Scale I: Child-Therapist(s) Relationship in Coactive Musical Experience; Nordoff-Robbins Scale II: Musical Communicativeness; Nordoff-Robbins Scale III: Musicking: Forms of Activity, Stages and Qualities of Engagement e a 13 Categories of Response (Jacobsen, Pedersen, & Bonde, 2019 e Cripps, Tsiris & Spiro, 2016).

Nordoff e Robbins trabalhavam com crianças, os adultos com quem intervencionavam tinham severos atrasos de desenvolvimento. Posteriormente, as futuras gerações de terapeutas do NRMT, começaram a adaptar o método para a população adulta. O método começou a ser aplicado em grupos, na reabilitação de pessoas que sofreram lesões cerebrais, mas também com pacientes de Parkinson, Alzheimer e outros tipos de demência. Igualmente pode ser aplicado em adultos que procuram uma alternativa à psicoterapia convencional. Foi implementado com sucesso um programa NR em lares de idosos, em unidades de cuidados médicos e psiquiátricos em Inglaterra (Wheeler, 2015).

Foi criada a iniciativa Barchester Nordoff Robbins Initiative resultado de uma colaboração entre a Nordoff-Robbins Music Therapy e a Barchester Healthcare para atender ao aumento do interesse e da demanda por musicoterapeutas que trabalhem especificamente a serviço da população com demência. Durante a iniciativa foi realizado um estudo que enfatizou que a musicoterapia improvisacional musico-centrada teve um impacto positivo significativo nos residentes com demência. Os participantes relataram uma maior conexão emocional, expressão criativa, comunicação e engajamento social. Além disso, a musicoterapia, como uma forma não verbal de comunicação, facilitou a interação entre residentes e cuidadores. Foi concluído que o NRMT é uma ferramenta valiosa no cuidado de pessoas com demência, que essa abordagem terapêutica pode melhorar a qualidade de vida, a comunicação e o bem-estar emocional dos residentes, proporcionando uma experiência enriquecedora e significativa (Pavlicevic & Tsiris, 2015).

Portanto o método Nordoff-Robbins de musicoterapia foi adaptado com sucesso à população idosa, pois segundo eles, não importam as limitações da pessoa, todos temos a capacidade inata de responder à música. Tem sido aplicado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e prover ferramentas para enfrentarem os desafios próprios da velhice (Wang, 2021).

No início do processo terapêutico o musicoterapeuta avalia as habilidades cognitivas e físicas do paciente, bem como o seu estado emocional e suas preferências musicais, e traça um plano terapêutico personalizado (Aigen, 2014).

É possível que durante as sessões sejam utilizadas técnicas de canto, a improvisação clínica, a execução de instrumentos simples e a música associada ao movimento. O musicoterapeuta também seleciona canções importantes do histórico musical do paciente para promover reminiscência e respostas emocionais. Em termos gerais, o método Nordoff-Robbins demonstrou ser uma valiosa ferramenta para atender as necessidades terapêuticas da população idosa e ajudar a melhorar a sua qualidade de vida (Wang, 2021).

Técnicas de Musicoterapia Aplicadas aos Idosos

Os musicoterapeutas podem se utilizar de diversas técnicas quando atuam em sessões com idosos. As técnicas musicoterápicas são subdivididas em duas categorias: a musicoterapia receptiva e a musicoterapia ativa. A musicoterapia receptiva é aquela que tem sua base na audição musical, ou em técnicas nas quais o paciente recebe a música, podendo ser executada ao vivo pelo musicoterapeuta ou reproduzidas por gravações. A musicoterapia ativa engloba as técnicas onde o paciente produz música, seja com a utilização de instrumentos musicais, ou com a própria voz, pode improvisar, compor, recriar canções e fazer diálogos musicais com o terapeuta (Pereyra, 2017).

Listaremos a seguir, na Tabela 2, as principais técnicas utilizadas com a população idosa.

Tabela 2.*Técnicas em musicoterapia aplicadas à população idosa.*

A escuta musical	Repertório/execução musical/cantar
<p>Esta técnica é conhecida como musicoterapia receptiva, envolve a audição de música, seja gravada ou ao vivo, com o objetivo de estimular a imaginação do paciente e explorar as metáforas sugeridas pela música. Dentre os benefícios proporcionados pela musicoterapia receptiva, destacam-se a melhoria da memória, o aumento da concentração e da atenção. Além disso, a técnica favorece a expressão dos sentimentos do paciente, tanto verbalmente quanto não verbalmente. A escolha da música é baseada nas preferências musicais do paciente e, preferencialmente, deve ter uma estrutura rítmica e melódica que proporcione calma.</p>	<p>A técnica envolve a seleção e execução de um repertório musical personalizado, com base na identidade sonora e musical do paciente. Durante a execução, podem ser utilizados instrumentos musicais e/ou a voz. Um dos principais benefícios dessa abordagem é a possibilidade de revisitar memórias por meio da música.</p>
Improvisação	Recriação/ composição de canções
<p>O indivíduo tem a opção de improvisar individualmente, em conjunto com o terapeuta ou em um ambiente grupal. Esta prática é fundamental para diversos modelos em musicoterapia. A improvisação pode ser realizada através do uso de instrumentos, da voz ou do corpo, possibilitando ao paciente a exploração de diferentes aspectos de sua personalidade e interações com os outros. Isso estimula a expressão de emoções inconscientes e o desenvolvimento de habilidades para solução de conflitos.</p>	<p>A técnica envolve a escolha, adaptação ou criação de novas canções. Isso possibilita a expressão de conteúdos emocionais significativos para o paciente e permite que esses conteúdos sejam compartilhados.</p>

Análise de letras e partilha verbal	Revisão de vida
Além da abordagem de escuta musical, o musicoterapeuta pode realizar uma análise conjunta com o paciente das letras das canções. Isso envolve uma conversa verbal sobre os conteúdos que surgem nesse processo e sobre os sentimentos associados às letras das músicas.	Esta técnica possibilita resgatar lembranças, reestruturá-las e conferir-lhes sentido. É possível elaborar uma playlist que narre a trajetória de vida de um indivíduo. Além disso, é factível efetuar uma improvisação musical na qual o paciente e o terapeuta podem sonorizar episódios marcantes da vida do paciente. Tal abordagem estimula a expressão de emoções e oferece suporte emocional.
Música com movimento	Escrita criativa com suporte musical
É possível explorar outras modalidades artísticas em conjunto com a música durante uma sessão de musicoterapia. Quando a música é combinada com o movimento, o paciente tem a oportunidade de expressar, através de seu corpo, aspetos de seu mundo interior. A música favorece o movimento, estimulando a sensação e a percepção corporal.	O terapeuta encoraja o paciente a redigir um poema ou registrar ideias de forma livre em um papel, ao mesmo tempo em que ouve uma música previamente escolhida. Normalmente, essa prática é seguida pela criação de uma canção a partir das ideias registradas pelo paciente.

Adaptado de Mercadall-Brotons, & Augé (2008).

Técnicas Recetivas

A audição musical é aplicada de diversas formas e para responder a diversos objetivos terapêuticos, dependendo da população a que se aplica. Existem várias técnicas e diferentes maneiras de utilizar a escuta musical em musicoterapia, para atender as necessidades terapêuticas individuais ou em grupos, como ilustra alguns exemplos a seguir: audição musical para relaxamento; métodos receptivos e indução para adultos; audição, visualizações e imagética (guiada ou não guiada); análise de letras de músicas; audição de música e produção de trabalhos artísticos (desenho e narrativa); terapia vibroacústica e musicoterapia receptiva; música e movimento (Jacobsen, Pedersen, & Bonde, 2019).

Dependendo do objetivo terapêutico o musicoterapeuta deve eleger o tipo de música mais adequado para cada sessão. Por exemplo, para relaxar é possível escolher uma música relaxante, ou, pelo contrário, para ativar fisicamente o utente, escolher uma música estimulante.

A música relaxante ou sedativa é caracterizada por ser melódica, contínua e sem ritmos fortes. Possui um volume suave, intensidade gradual, crescendos e diminuendos graduais, acentos esporádicos e um tempo estável com mudanças suaves (entre 72-90 pulsações por minuto), acompanhando o ritmo cardíaco. Estruturas métricas ternárias podem ser mais relaxantes, harmonias e melodias estáveis, intervalos como terças, quintas, oitavas e sextas, cadências perfeitas e esquemas harmônicos I-V. O timbre e a instrumentação também são agradáveis, com pausas que criam a sensação de continuidade musical e previsibilidade. A sensação é de tranquilidade e podem existir reações de natureza contemplativa, intelectual, superando respostas físicas.

Por outro lado, a música excitante ou estimulante é aquela que induz energia física, atividade muscular, emoções e reações mais instintivas. Ela possui um volume mais alto, intensidade variada, contrastes de crescendos e diminuendos, acentos inesperados e mudanças de tempo, incluindo tempos rápidos e marcados, acelerandos, ritardandos e rubato, além de cortes ou silêncios inesperados, contribuindo para um caráter enérgico. As velocidades são rápidas, acima de 120 pulsações por minuto, e há muita variação rítmica que provoca um aumento da frequência cardíaca. As alterações harmônicas são marcadas, as dinâmicas são imprevisíveis e as cadências são inesperadas. A melodia apresenta saltos e variações de intervalos excessivas, frequências muito agudas ou graves que saturam a percepção e estimulam diferentes órgãos e partes do corpo (Bruscia, 2014), (Kirkland, 2013) e (Hallam, 2016).

O musicoterapeuta que atua com a população idosa deve fazer escolhas musicais para a audição musical adequadas. Há uma tendência de que as preferências musicais dessa população se enquadrem na classificação de músicas relaxantes. Em termos de intensidade, cabe ao terapeuta considerar que os idosos preferem ouvir a música em volumes mais suaves, uma vez que as novas gerações foram expostas e se habituaram ouvir música em volumes mais intensos do que as gerações anteriores. O setting deve ser livre de distrações, deve-se criar uma atmosfera tranquila, diminuir a luminosidade e principalmente deve ser livre de ruídos externos, na medida do possível, que interfiram na experiência de audição musical. O silêncio é um elemento importante tanto no início como no final da sessão, no início para aumentar a expectativa e no fim para o utente poder assimilar o que acaba de experienciar. Se o paciente tiver uma boa capacidade verbal, o terapeuta poderá encorajá-lo a falar sobre o que acabou de ouvir (Grocke & Wigram, 2006).

Em sessão, o musicoterapeuta pode solicitar que o cliente fique numa posição reclinada e de olhos fechados, assim há um aumento da atenção para o sentido da audição, anulando o estímulo visual, algumas pessoas relatam que sentiram a temperatura do corpo baixar, além de sentirem aumentadas as percepções corporais, tanto internas quanto externas. (Viera, San Martín, Orellana & Fernández, 2019).

Benefícios da Musicoterapia Para a População Idosa

Segundo Diaz Abrahan, Lemos Jaramillo & Justel (2019), a intervenção musicoterápica é uma proposta que tem potencial para melhorar a qualidade de vida dos idosos, com suas técnicas não invasivas. Afirmam, também, que o aumento da interação social e sua consequente melhoria emocional, resultado da participação em atividades musicais, pode ser a causa do aumento dos indicadores de qualidade de vida. E ainda citam que as atividades musicais interativas estimulam respostas fisiológicas importantes como o

aumento da estimulação cerebral e a ativação do sistema endócrino, aumentando a produção das hormonas de bem-estar, como a oxitocina e a vasopressina.

Um estudo realizado por Medeiros et al. (2021) concluiu que as intervenções musicais com idosos foram eficazes na redução dos níveis de estresse, comprovando o valor da música como recurso terapêutico na promoção da saúde dessa população. E ainda, que as atividades de recreação, físicas e educacionais contribuíram para o aumento das interações sociais e das competências intelectuais dos participantes.

A referida evidência é uma contribuição muito relevante pois existem estudos que demonstram que o estresse é responsável por alterações nos sistemas imunológico, nervoso e gastrointestinal, bem como no sistema endócrino e nas várias interações entre eles (Antunes, 2019).

Segundo Barcellos (2015) a prática da musicoterapia contribui para a melhoria emocional dos pacientes, tendo impacto na depressão, na ansiedade, na expressão de sentimentos inconscientes e na subjetividade. Favorece o empoderamento dos utentes, promovendo a aderência/adesão aos tratamentos e, por consequência, a melhoria de indicadores fisiológicos como, por exemplo, a atenuação da tensão arterial.

A utilização da música como terapia promove a criação da relação terapêutica, a comunicação, a expressão dos sentimentos e induz ao movimento, com benefícios para médicos, enfermeiros, pacientes, familiares e outros profissionais, não apenas no sentido físico, como, também, emocional e psicológico, tendo um impacto social significativo (Barcellos, 2015).

No caso de pacientes com demência, embora a condição afete a memória de diversas maneiras é consenso que, muitas vezes, a memória musical pode ser preservada até fases muito tardias da doença. Essa memória está ligada a diversas partes do cérebro e em muitos casos permanece menos afetada ou até mesmo intacta, em comparação com outras memórias,

como, por exemplo, a memória semântica (conhecimentos gerais) ou a memória episódica (lembranças de eventos pessoais). Isso acontece porque a música tem uma capacidade única de estimular diversas áreas cerebrais e ao mesmo tempo evocar lembranças emocionais e sentimentos. As pessoas com demência podem lembrar-se de canções populares da infância e da juventude, cantarolar músicas conhecidas e até mesmo tocar instrumentos musicais mesmo quando outras funções cognitivas estão comprometidas. Em razão da preservação da memória musical, a musicoterapia tem sido amplamente utilizada como uma ferramenta não farmacológica com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses pacientes. A utilização da música como terapia, seja pelo canto, pela audição, ou execução de instrumentos, resulta em benefícios emocionais, cognitivos e sociais, reduzindo a ansiedade, promovendo interações sociais positivas e estimulando a atividade cerebral, ou seja, retardando o avanço da doença. (Andrade, 2004) e (Fernandez et al.2010).

Segundo Bruscia (1991) os pacientes com demência vão se deteriorando física e cognitivamente, se tornando cada vez menos funcionais e mais isolados. A musicoterapia promove uma estimulação/ativação sensorial e a relação com outras pessoas. A música tem um papel importante, pois é através dela que o paciente pode ter contacto social, o retirando de seu isolamento, mesmo por um breve período.

Segundo Jacobsen, Pedersen,& Bonde (2019), pacientes com demência beneficiam-se do poder da música de os envolver socialmente, emocionalmente e fisicamente. Este pode ser o seu único meio de autoexpressão e de vivência de sentimentos de empatia e compreensão. A musicoterapia, nesse caso, tem uma abordagem centrada na pessoa com demência e em sua personalidade, promovendo interações positivas relevantes para combater a crescente deterioração cognitiva e sensorial. O musicoterapeuta utiliza a música para criar um ambiente seguro, para a regulação da agitação do paciente com demência e como forma de engajar e compartilhar experiências. Estudos apontam para a eficácia da musicoterapia na prevenção da

depressão e para reduzir os níveis de excitação na demência. A musicoterapia pode, portanto, ajudar essas pessoas a ultrapassar o isolamento provocado pela doença e encontrar formas de autoexpressão.

Segundo Pasqual & Cunha (2020), a prática musicoterapêutica em grupo, de acordo com uma revisão de literatura que realizaram entre 2008 e 2018 com todas as populações, promove um aumento da expressão corporal, do equilíbrio, da mobilidade, a melhoria das capacidades respiratórias, maior concentração, ativação de memórias, o desenvolvimento de capacidades cognitivas e de resolução de problemas. Reduz o isolamento e constrói redes de interação social importantes através do fazer musical, com consequente aumento da sensação de bem-estar e na qualidade de vida.

Benefícios do Canto Para o Idoso

Cantar é uma expressão musical humana importantíssima. É um dos primeiros contactos do ser humano com a música, principalmente através da tradição imemorial das canções de embalar. O primeiro contacto com a música se dá através da musicalidade da voz materna, com poucos meses de gestação, ainda dentro do útero materno. É o ato mais natural de resposta do ser humano a música (Hohmann & Weikart, 2011).

Em seu estudo, Clements-Cortés (2014), afirma que cantar é uma atividade considerada divertida e não ameaçadora. Concluíram que participar em um coro terapêutico ajudou na melhoria da energia, do humor e diminuiu sintomas de dor e ansiedade de idosos institucionalizados. Outros benefícios verificados foram o aumento do sentido de significado, da confiança e da concentração, além de ganharem mais sentido de comunidade. Os musicoterapeutas nas funções de maestro e o acompanhante do coro, promoveram um clima de positividade, no qual os participantes aproveitaram ao máximo a experiência coral e tiveram um sentimento de valorização. De acordo com esse estudo qualitativo o coro foi uma

oportunidade para os residentes de participarem numa atividade que gostaram muito e que os fez crescer.

Fernandes et al. (2017) afirmam que atividades utilizando o canto, que também agregam recursos musicais, estimulam áreas cognitivas, a socialização e despertam lembranças e reminiscências da vida dos participantes. Com isso há um reforço da identidade coletiva e individual, além de uma melhora da autoestima.

De acordo com Mercadall-Brotons, & Augé (2008) participantes de atividades de canto alcançam um sentimento de autorrealização, lembrando e cantando as letras de suas canções preferidas, se envolvem numa experiência bem-sucedida. Essas atividades promovem estímulo cognitivo: trabalhando a memória, a concentração e a linguagem; estímulo socio-emocional: melhorando o estado de ânimo, a autoestima e aumentando a interação social; e também estímulo físico: melhorando a capacidade respiratória dos participantes.

O canto é terapêutico porque constitui um veículo de auto-expressão, a voz e o estado psíquico de uma pessoa estão intimamente relacionados, bem como com a sua personalidade. Para cantar é necessário que a pessoa tenha alguma saúde física e psicológica. Uma sessão de musicoterapia, utilizando o canto, principalmente em grupo, pode ter objetivos: físicos (como conscientização do corpo, da respiração, da voz e melhora da capacidade respiratória); emocionais (valorização da identidade, da auto-expressão e prevenção de doenças mentais); e sociais (como melhorar as relações intra e inter-pessoais). Também pode prevenir perdas de memória e doenças como a demência (Zanini, 2003).

O canto é uma ferramenta terapêutica que pode gerar, também, benefícios físicos para os idosos. É uma atividade que tem impacto nas funções respiratórias e cardíacas dos idosos, melhorando a sua qualidade de vida. Pode ser também, uma prática complementar à fisioterapia para mobilizar volumes, aumentar a capacidade pulmonar e diminuir a obstrução

do fluxo aéreo, abrandando os efeitos negativos do envelhecimento nas funções respiratórias de idosos institucionalizados (Mazalli, Petreça & Campos, 2019).

Musicoterapia Para Diminuir a Solidão e o Isolamento

Medeiros et al. (2021) em um estudo concluíram que as intervenções musicais com idosos foram eficazes na redução dos níveis de estresse, comprovando o valor da música como recurso terapêutico na promoção da saúde dessa população e que as atividades de recreação, físicas e educacionais contribuíram para o aumento das interações sociais e das competências intelectuais dos participantes.

A prática musicoterapêutica em grupo promove um aumento da expressão corporal, do equilíbrio, da mobilidade, a melhoria das capacidades respiratórias, maior concentração, ativação de memórias, o desenvolvimento de capacidades cognitivas e de resolução de problemas. Além disso, reduz o isolamento e constrói redes de interação social importantes através do fazer musical, com consequente aumento da sensação de bem-estar e na qualidade de vida (Pasqual & Cunha, 2020).

Um estudo realizado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Kesan Yoruk School of Health, na Turquia, concluiu que sessões de musicoterapia aplicadas a idosos que vivem em residências são eficazes para reduzir os níveis do sentimento de solidão dessas pessoas. Depois da intervenção musicoterápica os níveis da Escala UCLA de solidão foram considerados significativamente mais baixos em comparação com o grupo que não recebeu as sessões (Kurt & Alpar 2021).

O Centro de Musicoterapia, Educação e Pesquisa do Instituto Médico Mahatma Gandhi, na Índia, aferiu que, as sessões de musicoterapia em grupo, utilizando o canto como principal ferramenta, tiveram um impacto tanto na diminuição de sintomas depressivos como no sentimento de solidão dos idosos institucionalizados. Os resultados demonstraram que

houve uma melhora das pontuações da GDS-SF (Escala Geriátrica de Depressão) e os da Escala UCLA de solidão nos idosos intervencionados (Mathew et al. 2017).

Pessoa (2022), em seu trabalho na área de geriatria, concluiu que a musicoterapia é uma intervenção que promove competências interpessoais e relacionais dos idosos institucionalizados. Podemos concluir, então, que a musicoterapia, nesse sentido ajuda a reduzir o isolamento social dessa população.

O estudo conduzido por Sheibani, Pakdaman, Dadkhah, & Hasanzadeh (2010) concluiu que a musicoterapia diminuiu a depressão dos idosos intervencionados, mas também pôde averiguar que o sentimento de solidão das mulheres melhorou consideravelmente, porém os níveis de solidão dos homens não tiveram grandes alterações.

Objetivos do Estágio

A referida revisão bibliográfica nos permite perceber que a musicoterapia é uma intervenção segura, não invasiva e bastante eficaz na promoção da qualidade de vida dos idosos. As sessões musicoterápicas promovem um espaço de bem-estar, de interação social, no qual os utentes tem a oportunidade de exercitar sua criatividade, suas capacidades cognitivas, sua memória, auto expressar-se, partilhar suas histórias de vida, recuperando sua auto-estima e sentimento de utilidade. A intervenção pretendeu compreender e caracterizar em que sentido as sessões de musicoterapia podem reduzir o isolamento e o sentimento de solidão dos idosos institucionalizados no Lar.

Os objetivos específicos traçados foram:

- Promover e melhorar os laços afetivos entre os utentes;
- Melhorar a comunicação entre os pares;
- Proporcionar estímulo cognitivo;
- Fomentar a expressão emocional;
- Prover à instituição uma intervenção terapêutica complementar que possa vir de encontro às necessidades emocionais e de socialização dos utentes.

Metodologia

No presente capítulo encontra-se a exposição dos participantes, procedimentos, avaliação e as intervenções realizadas durante o estágio realizado no Lar Nossa Senhora da Paz, no CSPPF, durante o período de 11 de outubro de 2022 a 30 de maio de 2023.

Participantes

Foram selecionados com base nos instrumentos de avaliação aplicados, as escalas UCLA de Solidão e a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, 17 utentes, descritos na Tabela 3, a seguir. Foi determinada a modalidade de intervenção dos mesmos: individual, em pares ou em grupo, por grau de autonomia e interesse dos participantes.

Tabela 3.

Dados dos Participantes

Nome	Género	Ano de Nascimento	Local de nascimento	Diagnóstico Relevante	Intervenção em Musicoterapia
A. F.	Feminino	1930	Covilhã	Insónia	Individual
A. G.	Feminino	1939	Mértola (Alentejo)	Depressão reativa	Individual
A. L.	Masculino	1937	Beira Baixa	AVCs	Grupo
A. R.	Masculino	1936	Guarda	Diabetes	Grupo
A.S.	Masculino	1943	Odemira	Diabetes	Grupo
A.T.	Feminino	1934	Lisboa	Demência	Grupo
B.M.	Feminino	1932	Coimbra	Patologia cardíaca	Dupla
D.S.	Feminino	1931	Lisboa	Demência	Grupo
I.O.	Feminino	1928	Lisboa	Demência	Grupo
J.C.	Masculino	1938	Almeirim	Demência	Grupo
M. D.	Feminino	1942	Beja	Demência	Individual
M. F.	Feminino	1936	Beira Alta	Demência	Dupla
M. R.	Feminino	1938	Pampilhosa da Serra	Síndrome Vertiginoso	Dupla
M.J.A.	Feminino	1932	Aveiro	Parkinson	Grupo
S. C.	Feminino	1934	Lisboa	Demência	Dupla
V.M	Feminino	1931	Portimão	Depressão	Dupla
V.S.	Feminino	1934	Lisboa	Atrofia cerebral difusa	Individual

Procedimento

Foram realizadas sessões de musicoterapia, com periodicidade semanal. As sessões dos pares e individuais tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos e o grupo aberto, que contou com o máximo de 10 participantes, 45 minutos. Foram realizadas, ao todo 161 sessões.

Todas as sessões foram gravadas em vídeo para posterior análise em supervisão. Foi elaborado um documento de consentimento informado (Anexo A) que foi assinado pelos utentes com competência para autorizar e, em alguns casos, pelos familiares ou responsáveis legais.

Os participantes foram organizados em um horário semanal, constituído por 3 horas diárias no período da manhã, que pode ser visualizado no quadro a seguir:

Tabela 4.

Horário Semanal

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
10:00	Preparação do setting	Preparação do setting	Contacto com os utentes	Contacto com os utentes	Contacto com os utentes
11:00	A. F. (individual)	M. D. (individual)	Preparação do setting	Preparação do setting	Preparação do setting
11:30	V.M. e V.S. (par)	A.G. (individual)	B. M. e M. R. (par)	Grupo (no máximo 10 participantes, início as 11:15)	S.C. e M.F. (par)
12:00	Registo da sessão e Planeamento das próximas sessões	Registo da sessão e Planeamento das próximas sessões	Registo da sessão e Planeamento das próximas sessões	Registo da sessão e Planeamento das próximas sessões	Registo da sessão e Planeamento das próximas sessões

Nos horários reservados para a preparação se realizava o prévio contacto com os utentes e a preparação do setting de musicoterapia. As sessões geralmente tinham início às onze horas, exceto a sessão de grupo que começava às onze e um quarto. Ao meio-dia era o horário de almoço da instituição e por essa razão não pôde ser utilizado para as sessões, o horário foi aproveitado para o preenchimento de registos de sessões e o planeamento das sessões dos dias seguintes.

Houve uma interrupção na realização das sessões decorrente a um surto de Covid-19, no período decorrente entre 08 de março e 20 de março de 2023.

As sessões de musicoterapia foram conduzidas, porém não de forma rígida, seguindo a seguinte estrutura:

Tabela 5.

Estrutura geral das sessões

1ª. Atividade	Música de acolhida
2ª. Atividade	Conversa Verbal
3ª. Atividade	Audição Musical/Relaxamento
4ª. Atividade	Improvisação com instrumentos de percussão simples
5ª. Atividade	Execução de repertório significativo para o utente

As sessões iniciavam-se com uma música de acolhida, com a seguinte letra “Bom dia, o nome das pessoas presentes, que bom estarmos aqui! Hoje é (o dia da semana), hoje é dia de musicoterapia”. Após essa música seguia-se uma conversa verbal de acolhida, onde se pretendia averiguar qual o estado de ânimo e de saúde dos utentes, além de proporcionar um espaço onde podiam expressar os seus sentimentos. A seguir, iniciava-se a parte recetiva, de audição de uma peça musical. Se a sessão fosse individual utilizava-se os auriculares. Era um momento de relaxamento e reflexão, portanto escolhia-se uma música relaxante.

Posteriormente, poderia haver um breve momento de conversa verbal sobre as impressões, os

sentimentos e as imagens que foram surgindo durante a audição musical, muitas vezes foram relatadas a recuperação de memórias muito antigas. Seguiu-se a improvisação, utilizando instrumentos de percussão simples, de acordo com temas que poderiam ter surgido na conversa anterior. Posteriormente, havia uma atividade de execução de canções escolhidas de acordo com o histórico sonoro musical dos utentes, na qual se cantava e tocava. A estagiária fazia compassos de pausa, para que os utentes se lembrassem das letras das canções. Depois era encerrada a sessão com um “muito obrigado” e a partilha de fases positivas sobre o momento vivenciado. No geral, foi promovido um ambiente de relaxamento das tensões vividas num ambiente institucional, de expressão de sentimentos e de bem-estar.

As técnicas utilizadas durante as sessões foram, portanto, a execução de repertório, a escuta musical, a análise de letras e partilha verbal, o trabalho de reminiscência, improvisação com instrumentos, entre outras.

Instrumentos de Avaliação

A seguir descreve-se os instrumentos de avaliação que foram aplicados ao longo do estágio.

Questionário de Avaliação do Histórico Musical do Utente

Foi elaborado o Questionário do Histórico Sonoro e Musical do Utente (Anexo B). As perguntas foram elaboradas no sentido de averiguar qual a vivência musical dos utentes, suas experiências anteriores, a vivência musical familiar, as preferências musicais, os nomes das canções preferidas, entre outras informações consideradas relevantes para a intervenção. O questionário foi aplicado logo após o período de observação, no início do estágio.

Escala de Solidão – UCLA

A UCLA-loneliness Scale é uma escala psicométrica utilizada para medir os níveis de solidão em adultos. Desenvolvida por Russel, Replau e Ferguson na década de 70. É um dos instrumentos de avaliação mais utilizados para medir a solidão em pesquisas académicas.

O instrumento é composto por 20 itens que pretendem avaliar a solidão percebida pela pessoa em diversos contextos e situações. Possui quatro alternativas de respostas que variam entre o nunca (1) e o frequentemente (4). As questões foram desenvolvidas a partir de frases de pacientes solitários que descreviam o sentimento de solidão (Russel, Replau e Ferguson 1978).

A pontuação total da escala varia de 20 a 80, sendo que quanto maior a pontuação, maior o grau de solidão percebida pelo paciente. O instrumento tem sido aplicado em diversos estudos que pretendem investigar a relação entre a solidão e diversos aspetos de saúde física e mental, e também para avaliar a eficácia de intervenções que pretendem reduzir a solidão.

A validação da Escala UCLA de Solidão para idosos portugueses foi realizada por Margarida Pocinho, Carlos Farate e Carlos Amaral Dias. A versão portuguesa do instrumento conta com 16 itens e apresenta duas dimensões: afinidades e isolamento social. A pontuação global da escala é de >32 , que indicam sentimentos negativos relacionados a solidão (Pocinho, Farate & Dias 2010).

A escala pode ser visualizada no Anexo C e foi aplicada no início e no final do estágio.

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS -6)

A Lubben Social Network Scale (LSNS) é um instrumento de avaliação utilizado para medir as interações sociais e o risco de isolamento social. Pode ser encontrada no Anexo D.

A escala é constituída por 10 itens e tem duas dimensões: rede familiar e a rede de amigos. Os itens são constituídos por perguntas simples onde se pretende perceber a quantidade e a qualidade das interações sociais da pessoa, como, por exemplo “Com quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?” e “De quantos amigos se sente

próximo?”. A pontuação é de 1 a 5, onde 1 indica “nenhum” e 5 indica “muitos”. Se houver uma pontuação < 12 a pessoa encontra-se em Isolamento Social.

Esse instrumento é aplicado com frequência em estudos sobre saúde mental e envelhecimento, podendo também ser aplicado em outros tipos de pesquisa. A escala de Lubben tem a finalidade de averiguar o nível de isolamento social de uma pessoa e a relação que pode haver com sua saúde mental e física. A versão portuguesa da escala foi desenvolvida por Oscar Ribeiro e colaboradores e é um dos instrumentos mais utilizados em estudos para avaliar a rede social e o apoio de idosos inseridos na comunidade (Ribeiro et al.2012).

Escala de Likert

Foi realizada uma avaliação intermédia utilizando uma Escala de Likert. Esse tipo de escala é amplamente utilizada para avaliar a opinião, a crença ou a atitude de uma pessoa em relação a um determinado tema ou evento. Ela consiste em uma escala graduada de resposta, que pode ter níveis desde o “discordo plenamente” ao “concordo plenamente”. Também é muito comum utilizar-se nessa escala emojis, ou seja, pequenos ícones que representam as emoções que os participantes experienciaram durante um determinado evento, nesse sentido a escala pode variar desde uma imagem que representa a raiva até uma imagem de contentamento. O participante deve assinalar a imagem com que mais se identifica.

Com a escala pretendeu-se conhecer a percepção dos utentes antes e depois da intervenção, ou seja, se pretendeu avaliar qual o impacto da sessão no estado de ânimo dos participantes. Utilizou-se uma escala de cinco pontos, em que 1 equivale a se sentir muito mal e 5 equivale a se sentir muito bem (Anexo E).

Recursos Materiais

Foram utilizados nas sessões os seguintes recursos:

Instrumentos simples de percussão, como, por exemplo, o adufe, a pandeireta, as maracas, tambores, um djembé pequeno, guizos, entre outros.

Instrumentos harmónicos como o piano e o ukulele.

Auriculares, somente nas sessões individuais.

Telemóvel, para o registo em vídeo das sessões.

Colunas de som, somente nas sessões em grupo.

Computador (para a execução de músicas e visualização de vídeos).

Acesso à Internet.

Estudo de Caso 1 – A.G.

A utente A.G. é do sexo feminino, viúva e estava com 83 anos no início da intervenção. Foi doméstica de profissão e teve uma escolaridade até a 4ª. classe. Estava na instituição a 8 meses. É uma utente que se encontrava isolada das demais, permanecendo longos períodos em seu quarto e com pouco engajamento nas atividades da instituição.

Na avaliação realizada pré-intervenção a utente obteve uma pontuação de 45 na Escala de Solidão UCLA, para não ser considerada solitária deveria pontuar < de 32 e obteve uma pontuação de 4 na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, para não estar em isolamento social deveria pontuar >12. Conclui-se que se tratava de uma pessoa isolada socialmente e com elevado grau de sentimentos de solidão, por essa razão foi encaminhada para a musicoterapia.

De acordo com dados preliminares disponíveis no processo fornecido pela instituição foi possível verificar que a utente apresenta os seguintes diagnósticos relevantes: diabetes, hipertensão, depressão reativa e hipoacústica. Anteriormente à sua entrada no Lar Nossa Senhora da Paz a Sra. A.G. já fazia parte da instituição, frequentando o Centro de Dia. Entre os motivos que a levaram a institucionalização destacam-se: a situação de isolamento social em que vivia, acrescida de dificuldades em realizar as AVD's e ainda o incumprimento de medicação importante e obrigatória para as doenças que apresentava.

De acordo com dados recolhidos no Questionário de Avaliação do Histórico Musical do Utente, a A.G. gosta dos cantares alentejanos. Quando adolescente ouvia serenatas. É alentejana, mas viveu muitos anos em Lisboa, por isso também gosta de fado, principalmente os da Amália. Além disso referiu que gosta de ouvir sax e acordeão.

Foi possível observar em sessão que a utente apresentava os seguintes problemas de funcionamento: pouca energia, apatia, sintomas de depressão e o discurso sempre negativo. Aspectos positivos da A.G. eram: estar aberta ao processo terapêutico e gostar de estar na

sessão de musicoterapia. Apresentava tendências de comportamento musical com pouca energia, pouca vontade e tocava os instrumentos com ritmo repetitivo. Apreciava muito ouvir as peças durante o relaxamento. A utente, apesar dos problemas, participava ativamente da sessão, era cortês e demonstrava estar aberta a relação com a estagiária.

De acordo com o observado foram traçados os seguintes objetivos terapêuticos:

Objetivo 1: Diminuir o isolamento e a solidão.

Subobjetivo a. Que a utente seja assídua à sessão.

Subobjetivo b. Fomentar a relação terapêutica.

Objetivo 2: Diminuir a apatia.

Subobjetivo a. Promover bem-estar através da música.

Subobjetivo b. Promover a expressão emocional.

Objetivo 3: Estimular as capacidades cognitivas.

Subobjetivo a. Estimular a memória através da audição musical.

Subobjetivo b. Estimular a atenção e a coordenação motora através da execução de instrumentos.

Como avaliação intermédia foi aplicada a escala de Likert na qual a utente selecionou, antes da sessão, um emoji que representa um sentimento de indiferença, ou de sentir-se nem bem, nem mal. E após a sessão a A.G. marcou a imagem do emoji que representa sentir-se bem. Verifica-se, portanto, uma melhora no seu estado de ânimo após a sessão de musicoterapia.

No final do processo foram re-aplicadas a Escala UCLA de Solidão e a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, onde foi possível verificar que não houve alteração significativa na pontuação da escala de Lubben, conclui-se que a intervenção por si só não reduziu o isolamento da utente, porém observou-se que a utente passou a interagir mais com os pares não se limitando apenas a estar confinada ao seu quarto.

Na avaliação final com a Escala UCLA de Solidão houve uma significativa melhora da pontuação. Podemos concluir que as sessões de musicoterapia ajudaram a diminuir os sentimentos de solidão da A.G.

Consideramos que os objetivos da intervenção com a utente foram cumpridos. Alcançou-se uma relação terapêutica sólida. A utente, que tinha a tendência de faltar as sessões usando desculpas, passou a ser assídua. Foi muito importante para essa utente a possibilidade de ter um espaço onde pôde expressar seus pensamentos, preocupações e receios, havia na sessão um momento de conversa verbal onde ela pôde partilhar seus sentimentos, e também foi possível expressá-los musicalmente através da improvisação. Houve um aumento crescente da sua responsividade e participação na sessão. Foram recuperadas memórias importantes da vida da A.G. em consequência das canções executadas, segundo relatos da própria. Também foi proporcionado relaxamento e bem-estar através da escuta musical, momento da sessão preferido pela utente.

Esse foi um caso que, no princípio, foi bastante desafiador, havia dúvidas se a A.G. queria realmente participar das sessões de musicoterapia, ela era resistente e possuía um discurso muito negativo, além de sintomas claros de depressão. Foi gratificante observar que aos poucos ela vinha com mais entusiasmo as sessões e percebia-se que saía delas mais animada. Foram alcançados resultados muito satisfatórios.

Estudo de Caso 2 –O par S.C. e M. F.

A S.C. é uma idosa do sexo feminino, com 88 anos quando começou a intervenção. É viúva, tem uma escolaridade até a 4ª. classe e foi gerente comerciante de profissão. Institucionalizada há 3 anos. É uma utente muito participativa nas atividades da instituição, extrovertida e alegre. Apresenta um processo demencial muito comprometido, mas tem a área motora sã, caminha bem e até dança.

O motivo que a levou a institucionalização foi a demência. Além disso tem diabetes, problemas do foro ocular e osteoporose.

Não foi possível avaliar a utente com Escala de Solidão UCLA e com a Escala Breve de Lubben, pois ela apresenta dificuldades em responder às perguntas.

Em sessão foi possível observar que a S.C. apresentava muita energia acumulada, ansiedade e alguma agitação. Aparentava gostar de música e das sessões de musicoterapia, estava muito aberta ao processo terapêutico e à relação com a estagiária. Musicalmente a utente toca os instrumentos com muito vigor e faz muitas vezes catarse, gosta de tocar os instrumentos, não importa qual, mas faz ritmos repetitivos ou imita a terapeuta, tem muita necessidade de movimento, dançando e mexe-se durante a música de relaxamento.

A utente se beneficiou da musicoterapia em grupo e em par com a Sra. M.F.

A M.F. é do sexo feminino, viúva e contava com 86 anos no início do estágio. Frequentou a escola até a 4ª. classe e era doméstica. Já vivia na instituição por aproximadamente 2 anos e foi institucionalizada juntamente com o marido, que veio a falecer. Não participava das atividades da instituição passando a maior parte do tempo na sala de convívio, assistindo televisão.

No processo da instituição consta que a utente tem demência, já com défice cognitivo avaliado pela Escala Mini-Mental, onde pontuou 19, ou seja, “presença de défice cognitivo”. Tem um síndrome vertiginoso, depressão e fraturas decorrentes de quedas. O motivo

principal que a levou a institucionalização foi a perda da capacidade de realizar as AVD's de maneira autónoma.

Foi avaliada previamente com a Escala de Solidão UCLA e teve uma pontuação de 42, e na Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, uma pontuação de 6, podemos, então, verificar que se encontrava isolada e com sentimentos de solidão, razões que a levaram ao encaminhamento para a musicoterapia.

Foi possível recolher através do Questionário de Avaliação do Histórico Musical do Utente os seguintes dados: a M.F. gosta de música tradicional portuguesa e aprecia fado, principalmente os da Amália. Quando era jovem frequentava bailaricos. Referiu que não gosta de música “barulhenta” e que o instrumento que mais aprecia é a guitarra portuguesa.

A utente passou a beneficiar de sessões de musicoterapia, em par com a S.C e em grupo.

Em sessão foi possível observar que a M.F. é tímida, o que contribui para o seu isolamento. Tem pouca energia, mas não aparentou tristeza, pelo contrário, tinha sempre um pequeno sorriso no rosto, muito serena e simpática. O ponto positivo dela foi que referiu gostar muito de música e das sessões, principalmente na atividade de audição de músicas relaxantes. Em sessão o seu comportamento musical era: cantar muito baixinho, mas gostava de cantar, e apresentava muita dificuldade de tocar um instrumento, mesmo que fosse simples, não conseguia manter o ritmo, perdendo força nas mãos. Apresentava abertura ao processo terapêutico e uma ótima relação com a estagiária.

Considerando as características das Sras. M.F. e S.C. foram traçados os seguintes objetivos terapêuticos:

Objetivo 1: Diminuir o isolamento e a solidão.

Subobjetivo a. Fomentar a relação terapêutica com ambas.

Subobjetivo b. Estimular o convívio e interação com outros utentes. (na sessão de grupo, ou com o par)

Objetivo 2: Promover as capacidades cognitivas e deter o avanço dos sintomas demenciais.

Subobjetivo a. Estimular a atenção através da audição musical.

Subobjetivo b. Estimular a memória através do canto.

Objetivo 3: Promover estimulação motora.

Subobjetivo a. Estimular a coordenação motora e a força através da execução de instrumentos simples.

Subobjetivo b. Promover alguma mobilidade através da dança.

As sessões com esse par eram bastante fluidas, porque ambas as utentes chegavam a sessão muito motivadas a participar. Devido a demência de ambas o momento verbal era bastante reduzido, o que propiciou uma maior ênfase nos momentos musicais. As utentes apreciaram muito a atividade de escuta musical e conseguiam dar esse feedback verbalmente. Durante esse momento recetivo, por vezes, espontaneamente, a Sra. S.C. iniciava movimentos com os braços, foi uma oportunidade aproveitada, pela estagiária, em outras sessões, nas quais foi utilizada a técnica de música associada ao movimento. Aplicou-se uma atividade de “maestro” em que movimentávamos as mãos no ritmo da música e posteriormente, em outra sessão, uma atividade de “dança”, com muita contenção devido às limitações motoras da Sra. M.F. Seguiu-se um momento de improvisação, com instrumentos simples de percussão, onde podiam expressar seus sentimentos e ao mesmo tempo era estimulada a força e a coordenação motora. Por fim cantava-se canções escolhidas do histórico sonoro musical das utentes, que era sempre um momento animado e descontraído, onde era conseguida a recuperação de memórias importantes para ambas.

Foi realizada uma avaliação intermédia com a Escala de Likert. A M.F. selecionou no início da sessão a imagem que representa sentir-se bem, porém depois da sessão assinalou a imagem que representa sentir-se muito bem. A S.C. respondeu que no início da sessão se sentia mais ou menos bem, mas no final da sessão marcou a imagem que representa sentir-se muito bem. Portanto, conclui-se que a sessão de musicoterapia proporcionou uma melhora no bem-estar das duas utentes.

Ao fim do estágio foi realizada nova avaliação da M.F. utilizando a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben e a Escala UCLA de Solidão, foi possível verificar que na Escala de Lubben não houve alteração, mas que na Escala de Solidão houve uma diminuição da pontuação. É possível concluir que as sessões de musicoterapia tiveram um impacto positivo, diminuindo a solidão da utente. Não foi possível comprovar-se quantitativamente que a musicoterapia diminuiu o isolamento da utente, porém observou-se que houve um aumento das interações sociais, principalmente na sessão de grupo. Ambas as utentes foram beneficiadas com a intervenção e conclui-se que houve um aumento da atividade e participação de ambas, tanto nas sessões do par como na sessão de grupo. Foi possível verificar que se alcançou uma ótima relação empática entre as utentes e também das utentes com a estagiária. Houve uma alteração positiva do estado emocional da S.C. e da M.F. depois das sessões. Foi promovido um relaxamento dinâmico, no qual, enquanto apreciavam a música também se movimentavam suavemente ao seu ritmo. Promoveu-se também estímulo cognitivo global, trabalhando a memória, a atenção, a responsividade, retardando o avanço dos sintomas demenciais. Concluímos que, no geral, os objetivos foram alcançados e que houve uma melhora da qualidade de vida de ambas as utentes.

Outras intervenções

A seguir serão descritas as demais intervenções realizadas no Lar que não foram citadas nos estudos de caso. Essas outras intervenções surgiram no sentido de ir ao encontro das necessidades da instituição, averiguadas durante o período de observação.

O Grupo

Como grupo aberto houve alguma rotatividade de pessoas. Esse fato é positivo, deu a oportunidade de participar a todos os utentes.

Nas primeiras sessões foram selecionadas canções, de acordo com o histórico sonoro musical dos utentes, para execução em sessão e acompanhamento pelos mesmos com instrumentos de percussão simples. Foi necessário respeitar os tempos de ação e repouso dos elementos do grupo. Por essa razão incorporou-se atividades de audição musical e pausas, com pequenas conversas verbais, para dar tempo para descansarem um pouco entre uma atividade e outra. Durante todo esse processo houve um ajuste da estagiária ao grupo, o ritmo das canções deveria ser mais lento, as canções deveriam ser executadas de cór pela estagiária, as sessões planeadas detalhadamente e com antecedência, entre outras questões que foram surgindo.

Posteriormente, as sessões se tornaram mais fluidas e com uma estrutura mais fixa, porém não rígida, que podemos verificar na tabela 6.

Tabela 6.

Estrutura geral das sessões de grupo

1ª. Atividade	Música de acolhida
2ª. Atividade	Pequena Conversa Verbal
3ª. Atividade	Execução de repertório significativo para os utentes
4ª. Atividade	Audição de canções do histórico sonoro-musical dos utentes.

A 3^a. e a 4^a. atividades alternavam no decorrer da sessão, conforme sentia-se a necessidade. As sessões se tornaram divertidas e proporcionou-se um ambiente agradável e de bem-estar para todos.

O grupo desenvolveu-se ao longo do tempo conforme era de se esperar. No início foi difícil, as pessoas se comportaram com alguma desconfiança face ao desconhecido, não sabiam o que esperar. Um participante, nas primeiras sessões estava sempre a desafiar a estagiária. Mais tarde o grupo encontrou o seu ritmo e não era incomum que a estagiária parasse de cantar e eles cantassem sozinhos, passando apenas a acompanhá-los ao piano.

Em um dado momento foi feita uma avaliação com a escala de Likert. Todos os participantes selecionaram imagens que indicaram uma melhora no estado de humor após a sessão de musicoterapia.

Houve uma sessão com uma participante diferente, uma menina de 7 anos, foi uma experiência inter-relacional interessante para todos, foi uma sessão muito animada e todos estavam muito participativos.

Outras Atividades

A estagiária participou das atividades do Lar nas datas festivas, no Natal, no dia de Reis, no Carnaval e na Páscoa. Nessas datas foram realizadas pequenas performances com algumas canções, de acordo com a festividade, fora do contexto de sessão, realizadas nas salas de estar do Lar, onde os utentes, inclusive aqueles que não se beneficiavam da musicoterapia, tiveram a oportunidade de apreciar as músicas. Foram sempre experiências divertidas e de bem-estar para os utentes, para a estagiária e também para os funcionários da instituição.

Intervenção no Ambiente Sonoro-Musical do Lar

Durante o período de observação percebeu-se que o ambiente sonoro e musical do Lar se encontrava inadequado. A televisão do primeiro andar encontrava-se quase sempre

sintonizada em um canal brasileiro e a rádio da instituição estava sintonizada numa rádio moderna onde ouvia-se música muito excitante, ou seja, com ritmos muito marcados, tempo irregular, acelerada, etc. Foi possível concluir que o ambiente sonoro-musical estava muito mais adequado aos colaboradores do que para os utentes. Após expor o problema ao diretor técnico foi realizado um inquérito para averiguar qual rádio os utentes costumavam ouvir em suas casas, a pergunta foi anexada ao Questionário de Avaliação do Histórico Musical do Utente, Anexo B. A televisão passou a ser sintonizada em canais portugueses e a rádio passou a ser sintonizada ou na Radio Amália, onde se pode ouvir na maior parte das vezes o Fado, que está de acordo com as preferências musicais dos utentes, ou na Radio Renascença, que muitos utentes referiram ouvir previamente em suas casas.

Apresentações para Divulgação da Musicoterapia

Foram realizadas duas sessões de formação de apresentação da Musicoterapia. A primeira para as ajudantes de ação direta, e a outra para a equipe técnica da instituição. A sessão para as colaboradoras teve como objetivos conscientizá-las sobre a musicoterapia e incentivá-las a utilizar-se mais da música ou do canto no trato diário com os utentes. A formação para a equipe técnica, na qual estiveram presentes a fisioterapeuta, uma assistente social, a animadora sociocultural, a encarregada de serviço e o diretor técnico, ocorreu para explicar como se deram as sessões e para apresentação dos resultados do estágio. Nas duas formações foi realizada uma atividade musical prática de interação de grupo, porém a salvaguarda de que a atividade não se enquadrava como musicoterapia.

Resultados

Foi aplicada uma avaliação qualitativa do trabalho realizado. Os utentes responderam as seguintes perguntas: “Gostou das sessões de musicoterapia?” e “Em que sentido considera que a musicoterapia o/a ajudou?”

Os depoimentos recolhidos foram: “Acalma muito e gostei muito. Estou distraída pelo menos e conversamos coisas diferentes do que a gente conversa aqui.” A. F. “Gostei muito e gostei muito de si. Distraí, distraí a gente e passamos ali um bocadinho...” V.M. “Gostei da musicoterapia, acho que é uma ideia que tiveram que eu nunca tinha ouvido falar, mas que ajuda, não só adultos, até, sobretudo os jovens a uma concentração pacífica. A mim ajudou a estar um bocadinho mais pacífica e gostei muito da senhora.” V.S. “Foi bom, gostei mais das músicas para relaxar. Ajudou um bocadinho.” A.G. “Gostei, gostei. A música fez sempre parte da minha vida.” A.S. “Gostei sim, muito. Fez-me estar mais calma, fez muita diferença no meu dia.” R.M. “Gostei imenso, gostei sim. Ajudou-me a distrair e a pensar em outras coisas que se não fosse isso não se conseguiria.” B.M. “Gostei, gostei. Acho que me ajudou, faz sempre bem ter essas novidades. Estou contente.” M.F. “Gostei de ouvir. Gostei de lá estar, gostei da menina. Fiquei bem-disposto a tocar aqueles aparelhos que a menina tem.” A.R.

Resultados da Escala de Likert

Aplicou-se uma avaliação intermédia com a escala de Likert. Responderam a avaliação, 8 utentes. Eles seleccionaram uma imagem que representava como se sentiam antes e depois da sessão de musicoterapia. Utilizou-se uma escala de cinco pontos, em que 1 equivale a se sentir muito mal e 5 equivale a se sentir muito bem. Os resultados foram:

Tabela 7.*Resultados da Escala de Likert*

Nome	Pontuação antes da sessão	Pontuação depois da sessão
A.F.	3	4
A.G.	3	4
A.R.	3	4
B.M.	2	5
I.O.	3	4
M.F.	4	5
R.M.	3	4
S.C.	4	5

Todos os 8 utentes referiram se sentir melhor depois da sessão.

De acordo com os dados é possível verificar que os utentes se sentiram melhor depois da sessão de musicoterapia. Houve, portanto, uma melhora do estado de ânimo dos utentes.

Resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

Os resultados da aplicação da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben foram: Oito utentes foram avaliados. Os que não participaram foi devido a incapacidade de responder as questões em decorrência da demência. De acordo com a escala, se obter uma pontuação < 12, a pessoa encontra-se em Isolamento Social.

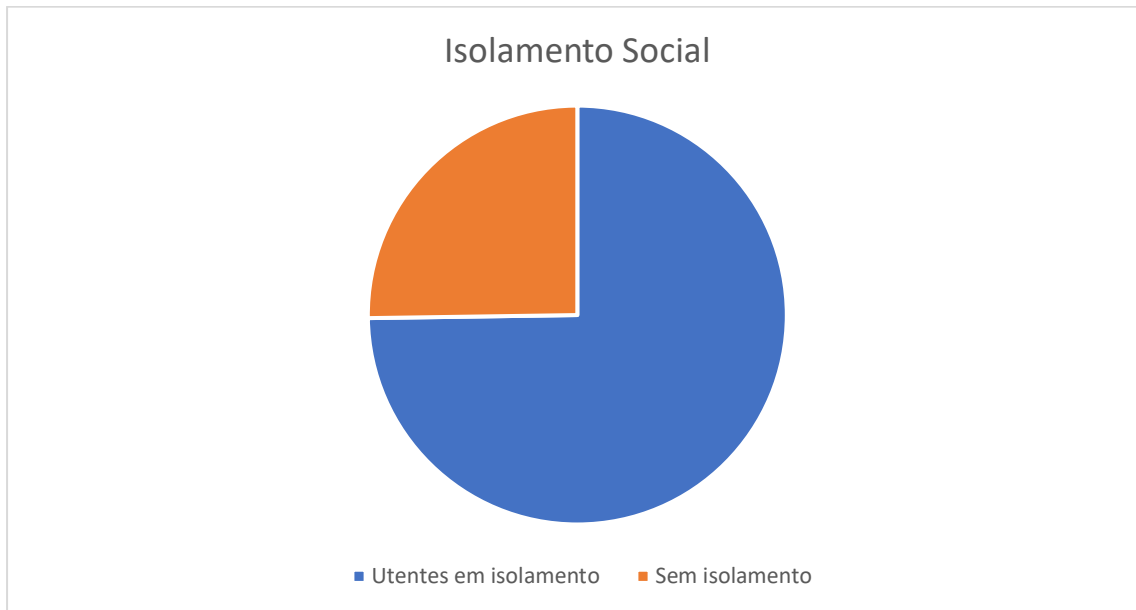
Tabela 8.*Resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben*

Nome	Pontuação pré intervenção	Pontuação pós intervenção	Isolamento
A. F.	13	13	Não
A. G.	4	3	Sim
A. R.	4	4	Sim
B.M.	12	12	Não
M. F.	6	4	Sim
M. R.	7	7	Sim
V.M.	4	4	Sim
V.S.	4	4	Sim

De acordo com os dados recolhidos 75% dos utentes avaliados encontravam-se em estado de isolamento no início da intervenção, conforme indicado no gráfico:

Gráfico 1.

Dados do isolamento social



Houve uma ligeira diferença entre as pontuações pré e pós intervenção, mas esses resultados não foram relevantes, pois foram praticamente iguais.

Foi possível verificar ainda, em alguns casos, uma diminuição da pontuação, o que demonstra que nessa faixa etária podem ocorrer perdas de familiares ou de amigos.

A intervenção musicoterapêutica em si não foi suficiente para diminuir o isolamento dos utentes institucionalizados.

Resultados da Escala de Solidão UCLA

A aplicação da escala de Solidão – UCLA teve como resultados:

Foram recolhidas respostas de 8 utentes. Os utentes não avaliados não possuíam capacidade para responder às perguntas. A pontuação global da escala é de >32 e quanto maior a pontuação maior o sentimento de solidão.

Tabela 9.*Resultados da Escala de Solidão – UCLA*

Nome	Pontuação pré intervenção	Solidão	Pontuação pós intervenção	Solidão
A. F.	45	Sim	26	Não
A. G.	45	Sim	28	Não
A. R.	48	Sim	46	Sim
B.M.	37	Sim	29	Não
M. F.	42	Sim	41	Sim
M. R.	25	Não	20	Não
V.M.	34	Sim	48	Sim
V.S.	31	Não	49	Sim

No início da intervenção, 75% dos utentes avaliados encontravam-se com sentimentos de solidão, conforme podemos visualizar no gráfico:

Gráfico 2.*Dados da solidão pré-intervenção*

Como ilustra o gráfico abaixo, após a intervenção, 50% dos utentes apresentavam sentimentos de solidão:

Gráfico 3.

Dados da solidão pós-intervenção



A maior parte dos utentes obteve uma diminuição das pontuações.

A musicoterapia ajudou a diminuir o sentimento de solidão dos utentes.

O par V.S. e V.M, foram uma exceção pois houve um aumento das pontuações, em decorrência a mudança excepcional do seu quarto habitual.

Discussão

O estágio pretendia, como objetivo principal, compreender e caracterizar como a musicoterapia pode ajudar na diminuição do isolamento e dos sentimentos de solidão de pessoas idosas em uma estrutura residencial. Os resultados apresentados coincidem com as informações da revisão de literatura, ou seja, a musicoterapia ajuda realmente a diminuir o isolamento e o sentimento de solidão dos idosos.

Uma utente relatou, em seu depoimento, que a musicoterapia “ajudou-me a distrair e a pensar em outras coisas que se não fosse isso não se conseguiria.”. Essa afirmação vem de encontro ao que afirma Ruud: a música é uma forma de comunicação não verbal que evoca respostas emocionais e tem a capacidade de acessar áreas do inconsciente, que contêm informações que às vezes não são facilmente expressas conscientemente (Ruud,1990).

“Foi bom, gostei mais das músicas para relaxar.” Afirmou outra utente. O momento de audição musical se tornou o ponto alto das sessões para muitos dos utentes, que manifestavam diversos sinais de relaxamento e bem-estar durante essa atividade, como, por exemplo, reclinar a cabeça, um sorriso, movimentar levemente as mãos e os pés ao ritmo da música. Foram escolhidas músicas relaxantes em detrimento de músicas estimulantes conforme Grocke & Wigram (2006) que afirmam que para a população idosa é mais adequado o uso de músicas relaxantes em atividades de audição musical, principalmente porque há uma tendência das preferências musicais dessa população se enquadrarem nessa classificação.

Dentro da aplicação da musicoterapia recetiva, todo procedimento aplicado, solicitar ao utente que fechasse os olhos, desligar as luzes, entre outros aspetos, foi de acordo com Viera, San Martin, Orellana & Fernández (2019) que afirmam que em sessão, o musicoterapeuta pode solicitar que o cliente fique numa posição reclinada e de olhos fechados, assim há um aumento da atenção para o sentido da audição, anulando o estímulo

visual. E também de acordo com Grocke & Wigram (2006) quando afirmam que é muito importante criar um ambiente adequado. Deve ser livre de distrações, sem muitos estímulos, deve-se criar uma atmosfera tranquila, diminuir a luminosidade e principalmente deve ser livre de ruídos externos, na medida do possível, que interfiram na experiência de audição musical. Se o paciente tiver uma boa capacidade verbal, o terapeuta poderá encorajá-lo a falar sobre o que acabou de ouvir. Nas sessões do estágio, após a audição, seguia-se esse momento de partilha verbal, onde os utentes relatavam ter tido as mais variadas experiências, como, por exemplo, lembrar-se da casa no campo, de momentos importantes vividos, dos tempos de escola, não pensar em nada apenas esquecer os problemas, entre outras.

Em relação a aplicação das técnicas de execução de canções escolhidas do histórico sonoro-musical dos utentes e de improvisação com instrumentos simples de percussão. A primeira permite a revisitação de memórias importantes da vivência dos idosos conforme Mercadall-Brotons, & Augé (2008) que afirma que um dos principais benefícios da execução de repertório é a possibilidade de visitar memórias por meio da música. Segundo a mesma autora a improvisação possibilita ao paciente a exploração de diferentes aspetos de sua personalidade e interações com os outros. Isso estimula a expressão de emoções inconscientes e o desenvolvimento de habilidades para solução de conflitos. Verificou-se, na prática, que durante as sessões com a improvisação foi possível promover esse espaço de expressão emocional.

Na utilização da técnica de música associada ao movimento, os utentes puderam descontrair e expressar-se através de seu corpo, pôde-se comprovar na prática o que afirma Mercadall-Brotons, & Augé (2008) que quando a música é combinada com o movimento, o paciente tem a oportunidade de expressar, através de seu corpo, aspetos de seu mundo interior. A música favorece o movimento, estimulando a sensação e a percepção corporal.

Nas sessões com pacientes com demência, foi possível averiguar que a musicoterapia era talvez o único espaço de interação social mais significativo, onde, pela relação empática, a estagiária conseguia comunicar com a pessoa do utente, mesmo que já não conseguisse se expressar por palavras, por exemplo, no caso de haver afasia. Foi promovida a autoexpressão e o diálogo através do não verbal. Essa experiência no estágio vai de encontro com Jacobsen, Pedersen, & Bonde (2019), que afirmam que pacientes com demência beneficiam-se do poder da música de os envolver socialmente, emocionalmente e fisicamente. Este pode ser o seu único meio de autoexpressão e de vivência de sentimentos de empatia e compreensão. A musicoterapia, nesse caso, tem uma abordagem centrada na pessoa com demência e em sua personalidade, promovendo interações positivas relevantes para combater a crescente deterioração cognitiva e sensorial. Estudos apontam para a eficácia da musicoterapia na prevenção da depressão e para reduzir os níveis de excitação na demência. A musicoterapia pode, portanto, ajudar essas pessoas a ultrapassar o isolamento provocado pela doença e encontrar formas de autoexpressão. Ressalto que esse era um dos objetivos principais da intervenção e podemos afirmar que foi possível reduzir o isolamento dos pacientes com demência.

Durante o estágio, a metodologia aplicada foi inspirada no Modelo Nordoff Robbins de musicoterapia. Sabemos que eles originalmente trabalhavam em escolas de educação especial, com crianças portadoras de diversas patologias do desenvolvimento, problemas de aprendizagem e portadoras de deficiência, utilizando a música como principal meio terapêutico para criar uma relação empática única com cada uma delas (Jacobsen, Pedersen, & Bonde, 2019). Porém considera-se totalmente possível a aplicação do modelo para criar, também com o idoso, essa relação empática única. Infelizmente há um olhar reducionista sobre o método, o associando sempre a intervenção com crianças.

Os idosos ainda trazem dentro de si a capacidade de se desenvolver e alcançar o seu potencial, como afirma Rogers (1980). Nordoff-Robbins trabalhavam para desbloquear o potencial que a criança com deficiência tem para que pudessem interagir com o mundo ao redor, como uma nova forma de comunicação. Segundo Nordoff- Robbins citados por Ruud (1990, p.72):

A música é uma linguagem e, para as crianças, ela pode ser uma linguagem estimulante, uma linguagem confortadora. Ela pode encorajar, animar, encantar e falar com a parte mais interna da criança. A música certa, utilizada com discernimento, pode retirar a criança incapacitada dos limites de sua patologia e colocá-la num plano de experiência e reação, onde esta estará consideravelmente livre de disfunções intelectuais ou emocionais.

Não se trata da infantilização dos idosos, que é uma má prática, infelizmente muito comum. Porém, também é possível desbloquear o potencial que o idoso tem para interagir com o mundo ao seu redor, principalmente, se está institucionalizado e isolado, ou ainda, afetado pela demência. Modificamos a frase acima nesse sentido: A música é uma linguagem e, para os idosos, ela pode ser uma linguagem estimulante, uma linguagem confortadora. Ela pode encorajar, animar, encantar e falar ao mundo interno do idoso. A música certa, utilizada com discernimento, pode retirar o idoso dos limites de sua patologia e colocá-lo num plano de experiência e reação, onde este estará consideravelmente livre de disfunções intelectuais ou emocionais.

Acredita-se na capacidade inata que todos temos de nos conectar com a música e através da música, nos conectarmos com os demais, ou seja, como no método Nordoff-Robbins de musicoterapia (NRMT) em que a música é o meio essencial utilizado pelo terapeuta para promover interação e comunicação com o utente, 'music centred approach'. (Wheeler, 2015).

Sabemos que as sessões originais do método Nordoff-Robbins de musicoterapia (NRMT) eram predominantemente individuais e realizadas em co-terapia (Jacobsen, Pedersen, & Bonde, 2019). Porém atualmente, salvo em situações ideais, o modelo é aplicado por apenas um terapeuta, já havendo, nesse caso, a necessidade de uma adaptação.

A escolha da improvisação como uma das técnicas principais utilizadas foi motivada pelo método, no qual utiliza-se predominantemente, a improvisação clínica como linguagem das sessões. Segundo Wheeler (2015), na improvisação clínica o terapeuta responde de forma espontânea às emoções e às intenções comunicativas de cada utente, ou seja, é a música produzida ao vivo, pelo terapeuta e pelo paciente ao serviço de objetivos terapêuticos, através da qual pode-se atingir altos níveis de criatividade e interação. Foi possível utilizar-se dessa técnica, principalmente com utentes com demência, onde praticamente tudo na sessão acontecia no não verbal, quando a estagiária improvisava livremente a “musicar” as reações, vocalizações e expressões do utente.

É verdade que Nordoff e Robbins intervencionavam com crianças e os adultos com que trabalhavam tinham atraso global do desenvolvimento. Porém, mais tarde os novos terapeutas formados no NRMT começaram a adaptação do método para a população adulta em geral. Começou-se a intervir também em grupo, na recuperação de indivíduos que experimentaram danos cerebrais, mas também com pacientes de Parkinson, Alzheimer e outros tipos de degeneração mental (Wheeler, 2015).

Averiguamos que o NRMT está a ser aplicado com êxito à população idosa. Tem sido utilizado com o objetivo de promover a qualidade de vida dessas pessoas e oferecer recursos para lidarem com os problemas próprios do envelhecimento (Wang, 2021).

A adaptação do método aos idosos na prática consiste em: no início do processo terapêutico é feita uma avaliação das capacidades cognitivas e físicas do paciente, assim como de seu estado emocional e suas preferências musicais, com base nos dados é traçado

um plano terapêutico individualizado. Durante as sessões podem ser aplicadas técnicas de canto, improvisação clínica, execução de instrumentos simples e música integrada ao movimento. O musicoterapeuta também pode escolher canções significativas do repertório musical do paciente, a fim de estimular lembranças e respostas emocionais. De maneira geral, o método Nordoff-Robbins tem se revelado uma valiosa ferramenta para suprir as necessidades terapêuticas da população idosa e contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida (Wang, 2021). Comparando o procedimento dos terapeutas NR, com o procedimento já descrito aplicado no estágio, considero que o trabalho realizado possui muitas características em comum com o NRMT, adaptado para a população idosa.

Nas sessões de grupo, o canto estava sempre presente e pôde-se comprovar o que afirmam Mercadall-Brotons, & Augé (2008) que participantes de atividades de canto alcançam um sentimento de autorrealização, relembrando e cantando as letras de suas canções preferidas, se envolvem numa experiência bem-sucedida. Essas atividades promovem estímulo cognitivo: trabalhando a memória, a concentração e a linguagem; estímulo socio-emocional: melhorando o estado de ânimo, a autoestima e aumentando a interação social; e também estímulo físico: melhorando a capacidade respiratória dos participantes.

Também foram observados muitos dos benefícios relatados por, Clements-Cortés (2014) que afirma que cantar é uma atividade considerada divertida e não ameaçadora. Pôde concluir que participar em um coro terapêutico ajudou na melhoria da energia, do humor e diminuiu sintomas de dor e ansiedade de idosos institucionalizados. Outros benefícios verificados foram o aumento do sentido de significado, da confiança e da concentração, além de ganharem mais sentido de comunidade.

Foi possível verificar que não existe na literatura muitos estudos para compreender e caracterizar como a musicoterapia pode ajudar a diminuir o isolamento e o sentimento de

solidão. O fato foi uma limitação na fase de revisão de literatura, porém acentua a relevância da escolha desses tópicos. Foram feitas pesquisas em outras áreas transversais, como a enfermagem, por exemplo.

A escolha da Escala Breve de Lubben para medir o isolamento social revelou-se insuficiente no contexto do presente trabalho uma vez que a aplicação da escala resulta em bons resultados para a população idosa inserida na comunidade, porém é limitada na sua aplicação para idosos institucionalizados.

Conclusões

Ao longo do presente trabalho descrevemos as experiências da intervenção realizada no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Musicoterapia, da Universidade Lusíada, que teve lugar no Lar Nossa Senhora da Paz, em Penha de França.

À luz da revisão bibliográfica realizada é possível afirmar que a musicoterapia é eficaz para reduzir o sentimento de solidão de idosos internados em regime residencial e que, as intervenções em grupo aumentam o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes, diminuindo o isolamento. Kurt & Alpar (2021) e Pasqual & Cunha (2020).

De acordo com os resultados obtidos, já expostos, considera-se que os objetivos da intervenção foram, em parte cumpridos. Não houve um resultado quantitativo relevante com relação a tentativa de diminuir o isolamento dos idosos. Os dados recolhidos pré e pós intervenção pela Escala Breve de Lubben foram praticamente iguais, não havendo uma mudança significativa. Contudo, na prática, foi possível melhorar o vínculo entre os utentes e as interações sociais, principalmente nas sessões de pares e em grupo.

As sessões de musicoterapia tiveram um impacto positivo nos utentes da instituição, conforme podemos observar nos resultados da escala de Likert, os utentes se sentiram melhor depois das sessões. Houve uma melhora do seu estado de ânimo e conseqüente melhora de sua qualidade de vida.

Conforme os resultados já apresentados os utentes obtiveram uma diminuição das pontuações da Escala de solidão UCLA após a intervenção. Portanto, a musicoterapia ajudou a diminuir o sentimento de solidão dos idosos.

A presença da musicoterapia proporcionou à instituição uma intervenção terapêutica complementar que preencheu uma lacuna importante para os utentes, promovendo apoio emocional e psicológico.

Apesar das limitações e dificuldades enfrentadas foi possível, dentro das sessões, promover um espaço de confiança mútua, fomentando a relação terapêutica, criando um ambiente de expressão emocional e bem-estar. As técnicas e atividades aplicadas proporcionaram estímulo cognitivo, melhorando a comunicação entre os pares e consequentemente as relações entre os utentes.

O trabalho é relevante no sentido de que aqui foi apresentada a realidade de uma instituição residencial para idosos e como a musicoterapia é uma ferramenta importante para prevenir doenças mentais e proporcionar uma melhoria na qualidade de vida dessa população.

Com base em todas as informações recolhidas é possível concluir que a intervenção musicoterapêutica realizada durante o estágio ajudou a diminuir os sentimentos de solidão dos idosos residentes no Lar Nossa Senhora da Paz.

Referências

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38.
<https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Aigen, K. (2014). Music-Centered Dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 18–29. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu006>
- Andrade, P. E. (2004). *Uma abordagem evolucionária e neurocientífica da música*. Neurociência, Volume 1.
- Antunes J. (2019). Stress and disease: what does evidence say? *Psic Saúde Doenças*.; 20(3):590-603. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200304~>
- APA (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.
- Bruscia, K. E. (1991). *Case studies in music therapy*. Barcelona Publishers.
<http://site.ebrary.com/id/11241106>
- Bruscia, K. E. (2000). *Definindo Musicoterapia*. Enelivros.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3rd ed). Barcelona Publishers.
- Cataldo, A.N., Bittencourt, A.M.L., Marquetto, R.A. (2019). *Manual de psiquiatria geriátrica*. Edipucrs.
- Cesarz, H. (2007). Muzykoterapia jako czynnik aktywizujący i wzbogacający jakość życia osób starszych. (Polish): Music as a factor activating and enriching the quality of life of the elderly persons. (English). *Physiotherapy / Fizjoterapia*, 15(3), 67–72.
- Chagas, C. S., Ohara, D. G., Matos, A. P., de Oliveira, M. S. R., Lopes, M. G. R., Marmo, F. A. D., Pinto, A. C. P. N., & Pegorari, M. S. (2021). Association between sarcopenia and health-related quality of life in community-dwelling older adults: Relación entre sarcopenia y calidad de vida respecto a la salud de adultos mayores de una

- comunidade. *Associação entre sarcopenia e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos comunitários.*, 34(4), 1–8. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO002125>
- Clements-Cortés, A. (2014). Buddy's Glee Club Two: Choral Singing Benefits for Older Adults: Buddy's Glee Club Two : les bénéfices du chant choral auprès des personnes âgées. *Canadian Journal of Music Therapy*, 20(1), 85–109.
- Coryell, W.(2022). *Transtornos depressivos—Transtornos psiquiátricos*. Manuais MSD edição para profissionais. Obtido 7 de junho de 2023, de <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos?query=Depress%C3%A3o>
- Cripps, C., Tsisis, G., & Spiro, N. (Eds.). (2016). *Outcome measures in music therapy: A resource developed by the Nordoff Robbins research team*. Nordoff Robbins. Available at: www.nordoff-robbins.org.uk
- CSPPF. (2019). *Quem somos*. Recuperado de <https://www.csppf.pt/>
- Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 225–249. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- Diaz Abrahan, V., Lemos Jaramillo, A., & Justel, N. (2019). Benefits of Music Therapy in the Quality of Life of Older Adults: Benefícios de la musicoterapia en la calidad de vida de los adultos mayores. *Benefícios da musicoterapia na qualidade de vida dos idosos.*, 17(3), 9–19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8349>
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Drago, S., & Martins, R. (2014). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43, 79–94.

- European Commission. Statistical Office of the European Union. (2020). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU: 2020 edition*. Publications Office.
<https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105>
- Fernandes, A. A., & Nazareth, J. M. P. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Celta Editora.
- Fernandes, L. M. L., Bezerra, M. M., de Araújo, F., & Medeiros, L. (2017). *Musicoterapia E Cuidados Com O Portador De Alzheimer: Uma Revisão Integrativa*. Anais V CIEH. Realize Editora.
- Fernandes, P. V., Grangeiro, E. S., & Silva, M. N. S. A. da. (2017). Banda 6.0: A experiência da música na terceira idade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1), 120–128.
- Frade, J. Barbosa, P. Cardoso & Nunes, C. (2015). *Depressão no idoso: Sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados*. Obtido 7 de junho de 2023, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2489&id_revista=24&id_edicao=77
- Gabriel, F. (2016). *A Musical Journey through Pregnancy: Prenatal music therapy* (1st Ed.). Editorial OB STARE.
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential settings. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 32, 468–478.
<https://doi.org/10.1071/AH080468>
- Grocke, D., & Wigram, T. (2006). *Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.

- Hallam S, Cross I, Thaut M. (2016). *The Oxford Handbook of Music Psychology*. Oxford: Oxford University Press. 2nd ed. p.976.
- Ho, T., Castro, B., Ocampo, V., Arosemena, K., & López, V. (2022). *Prototipo para cuidado de pacientes con demencia basado en diseño centrado en el usuario: una colaboración multicultural*. *Revista De Iniciación Científica*, 8(2), 57-63.
<https://doi.org/10.33412/rev-ric.v8.2.3673>
- Hohmann, M., & Weikart, D. (2011). *Educar a Criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (6ª edição)
<http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/6806>
- Huang, J. (2021). *Demência*. Disponível em:
<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-neuro%C3%B3gicos/delirium-e-dem%C3%A2ncia/dem%C3%A2ncia>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*.
- Jacobsen, S. L., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2019). *A Comprehensive Guide to Music Therapy, 2nd Edition: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jang, S. (2020). Intergenerational Choir: A Qualitative Exploration of Lived Experiences of Older Adults and Student Music Therapists. *Journal of Music Therapy*, 57(4), 406–431. <https://doi.org/10.1093/jmt/thaa012>
- Kirkland K. (2013). *International Dictionary of Music Therapy*. New York, NY: Routledge. 1st ed. p.180.
- Kurt, D., & Alpar, Ş. (2022). The Effect of Music Therapy on The Sense of Loneliness of Elderly Living in Nursing Home. *International Journal of Care and Caring*, 14, 930–936.

- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: A case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1004–1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Mathew, D., Sundar, S., Subramaniam, E., & Parmar, P. (2017a). Music Therapy as Group Singing improves Geriatric Depression Scale Score and Loneliness in Institutionalized Geriatric Adults with Mild Depression: A Randomized Controlled Study. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3, 6–10. <https://doi.org/10.4103/2395-2296.198415>
- Mazalli, J., Rogério Petreça, D., & Campos, R. (2019). O uso do canto como terapêutica na reabilitação respiratória em idosos institucionalizados. (Portuguese): The use of singing as a therapeutic in respiratory rehabilitation in institutionalized elderly. (English). *El uso del canto como terapéutica en la rehabilitación respiratoria en los ancianos institucionalizados. (Spanish)*, 4(1), 31–46. <https://doi.org/10.30681/252610103318>
- Medeiros, J. da Silva Sales de., Batista Araújo de Oliveira, L. P., Queiroz de Medeiros, A. C., de Oliveira Távora, R. C., & Tomaz dos Santos Barros, W. C. (2021). Effect of music as a therapeutic resource in a support group for the elderly: Efeito da música como recurso terapêutico em grupo de convivência para pessoas idosas. *Rev Rene*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260048>
- Mendes Barcellos, L. R. (2015). Musicoterapia em medicina: Uma tecnologia leve na promoção da saúde - a dança nas poltronas! (Portuguese): Music therapy in medicine: a soft technology in the health promotion - the dance on the couches! (English). *Musicoterapia en medicina: una tecnología blanda en la promoción de la salud - la danza de los sillones! (Spanish)*, 15(2), 33–47.

- Mercadall-Brotons, M., & Augé, P.M. (2008). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Prayma, L. Técnicos, S.L. Barcelona.
<http://www.elargonauta.com/libros/manual-de-musicoterapia-en-geriatria-y-demencias/978-84-96923-62-4/>
- National Library of Medicine—National Institutes of Health. (2023). [Other]. U.S. National Library of Medicine. Obtido 6 de junho de 2023, de <https://www.nlm.nih.gov/>
- Nordoff, P. & Robbins C. (1998). *Healing Heritage: Paul Nordoff Exploring the Tonal Language of Music*. Barcelona Pub; 1st Edition.
- NordoffRobbins. (2010). *NORDOFF-ROBBINS MUSIC THERAPY 2010 .mov*. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=ZFTUroy4dhI&ab_channel=NordoffRobbins
- OECD & World Health Organization. (2015). *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9780335262274-en>
- OECD, & Organization, W. H. (2020). *Ageing*. OECD. <https://doi.org/10.1787/1ad1c42a-en>
- ONU (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid*. Naciones Unidas. United Nations; United Nations. Obtido 11 de junho de 2022, de <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002>
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., & Apóstolo, J. (2019). Effects of a cognitive stimulation program on institutionalized older people. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série (No 20)*, 47–56.
<https://doi.org/10.12707/RIV18043>
- Pasqual, F. S., & Cunha, R. R. dos S. (2020). Prática Musical Coletiva: Uma Revisão Sistemática De Musicoterapia Em Grupo. *Revista InCantare*.
<https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/3686>
- Pavlicevic, M., Tsiris, G., Wood, S., Powell, H., Graham, J., Sanderson, R., Millman, R., & Gibson, J. (2015). The ‘ripple effect’: Towards researching improvisational music

- therapy in dementia care homes. *Dementia*, 14(5), 659–679.
<https://doi.org/10.1177/1471301213514419>
- Pereyra, G. (2017). *Musicoterapia: Iniciación, técnicas y ejercicios*. Ma Non Troppo.
- Perlini NMO, Leite MT, Furini AC. *Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares*. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):229-36.
- Pessoa, A. (2022). A balada de uma vida: musicoterapia em geriatria com idosos institucionalizados. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusíada].
- Petersen, R. (2006). *Guia da Clínica Mayo sobre o mal de Alzheimer*. Anima.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto. (2ª ed.)
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology - BASIC APPL SOC PSYCHOL*, 23, 245–266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 18, Art. 18. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 217–234. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p217-234>
- Robbins, C. (2005). *A Journey into Creative Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.
- RUUD. (1990). *Caminhos da Musicoterapia* (Psicologia edition). SUMMUS - GRUPO SUMMUS.

- Sá, S. P. C., Lindolpho, M. da C., Santana, R., Ferreira, P. Â., Santos, I. S., Alfradique, P., & Bastos, R. C. da S. (2019). Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência – atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9, 101–114. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09038>
- Sahyoun, N. R., Lentzner, H., Hoyert, D., & Robinson, K. N. (2001). *Trends in Causes of Death Among the Elderly: (620692007-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e620692007-001>
- Sheibani Tazraji, F., Pakdaman, S., Dadkhah, A., & Hasanzadeh Tavakoli, M. R. (2010). The Effect of Music Therapy on Depression and Loneliness in Old People. *Iranian Journal of Ageing*, 5(2), 0–0.
- Silva, G., Silva, V., Lopes, R., & Silva, J. W. (2010). *Caracterizando a depressão no idoso: uma revisão bibliográfica*. *Enciclopédia Biofesra*, 6(09). Recuperado de <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/4728>
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Hanover and London: Wesleyan University Press.
- SNS (2020). *Estruturas Residenciais para idosos*. Obtido 7 de junho de 2023, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/08/12/estruturas-residenciais-para-idosos/>
- Sposito, G., D'Elboux, M. J., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2013). A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 3475–3482. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200004>
- Table: *Doenças mais comuns em idosos*. (2023). Manuais MSD edição para profissionais. Obtido 7 de março de 2023, de <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/multimedia/table/doen%C3%A7as-mais-comuns-em-idosos>

Técnicas de intervención en musicoterapia. (2020, outubro 29). *ISEP*.

<https://www.isep.es/actualidad-educacion/tecnicas-intervencion-musicoterapia/>

Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 332–335.

<https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000300015>

Vaz, S., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 4), 49–58.

<https://doi.org/10.12707/RIII1124>

Viera, L.; San Martín, M. Orellana, S.; Fernández, U. (2019). “*Musicoterapia receptiva y abordajes vibroacústicos grupales ne promoción de la salud*”. Publicado en Actas del VII Congreso Nacional de Musicoterapia. Segovia 2019. ISBN: 978-84-9881-611-2

Wang, Y.-C. (2021). *The Potential of Nordoff-Robbins Music Therapy Techniques in Music Therapy Practice for People Living with Dementia: A Literature Review*.

Wheeler, B. L. (2015). *Music Therapy Handbook*. Guilford Publications.

World Federation of Music Therapy. WFMT (1996). *Definitions*.

World Federation of Music Therapy. (2011). Obtido 24 de julho de 2023, de

<https://www.wfmt.info/>

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. Obtido 7 de junho de 2023, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. ONU (2019). *Ageing*. Obtido 1 de junho de 2022, de

<https://www.who.int/health-topics/ageing>

Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003).

Elderly people’s definition of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 31–39. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007>

Zanini, C. R. de O. (2003). Envelhecimento saudável—O cantar e a gerontologia Social.

Revista UFG, 5(2), Art. 2. <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/49772>

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Pedido de autorização de gravação de vídeo

Anexo B - Questionário do histórico musical do utente

Anexo C - Escala de Solidão UCLA

Anexo D - Escala Breve de Lubben

Anexo E - Escala de Likert

ANEXO A

Pedido de autorização de gravação de vídeo

Lisboa, ___ de _____ de _____

Ao Exm^o(^a) Sr(^a)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de V^a Ex^a, está inserido acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

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

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização do registo vídeo das sessões por parte do representante legal do utente. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do(a) _____.

Com os melhores cumprimentos,



Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado de Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

ANEXO B

Questionário do histórico musical do utente

Questionário do Histórico Sonoro Musical do Utente

Nome: _____

Estado Civil: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Patologias: _____

Profissão anterior: _____

Escolaridade: _____

Local onde viveu na infância: _____

Local onde viveu posteriormente:

Data de institucionalização: ____/____/____

Motivo: _____

Gosta de Música? _____

Costuma ouvir música? _____

Qual o tipo de música preferida? _____

Qual rádio costumava ouvir em casa? _____

Quais as suas canções prediletas?

Teve alguma experiência musical? Os pais ou familiares tocavam ou cantavam? Toca ou tocou algum instrumento?

Quais músicas foram importantes em sua infância? _____

O que ouvia em sua adolescência?

O que não gosta de ouvir? _____

Quais instrumentos gosta mais de ouvir?

ANEXO C

Escala de Solidão UCLA

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 – Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 – Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 – Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 – Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 – Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses	4	3	2	1
10 – Sente-se abandonado	4	3	2	1
11 – Sente-se completamente só	4	3	2	1
12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13 – As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14 – Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15 – Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16 – Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18 – É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19 – Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20 – Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1

Itens excluídos (3,6,14,20)

ANEXO D

Escala Breve de Lubben

LSNS-6

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

ANEXO E
Escala de Likert

COMO ME SINTO HOJE?



COMO ME SINTO DEPOIS DA SESSÃO DE MUSICOTERAPIA?



