



## Universidades Lusíada

Tiago, Bruno Alexandre Bica, 1986-

### **Música viva : musicoterapia nas estruturas residenciais para idosos**

<http://hdl.handle.net/11067/6264>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2021

**Resumo**

Este documento trata-se de um relatório no qual é descrito o trabalho desempenhado pelo Estagiário durante o estágio curricular do Curso de Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, no ano letivo de 2020/2021. O estágio em questão foi realizado na AMITEI, uma Instituição de Solidariedade Social situada nos Marrazes, concelho de Leiria. O principal objetivo do estágio foi proceder a um completo e personalizado processo musicoterapêutico junto de idosos institucionalizados, aut...

This document is a report that describes the work performed during the curricular internship of the master's Course in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, in the academic year 2020/2021. Occurred at AMITEI, a Social Solidarity Institution located in Marrazes, Leiria. The main goal of this work was to stablish and apply a complete and personalized music therapy process with institutionalized autonomous and dependent elderly people. With a duration of eight months, music therapy inte...

**Palavras Chave**

Musicoterapia para idosos, Idosos - Assistência em instituições, Musicoterapia - Prática profissional, Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

yes

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:20:29Z com informação proveniente do Repositório



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

## Música viva: musicoterapia nas estruturas residenciais para idosos

**Realizado por:**  
Bruno Alexandre Bica Tiago

**Supervisionado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

**Orientado por:**  
Dr.<sup>a</sup> Anália Ferreira Tomé Ruivo

### Constituição do Júri:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Supervisora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 18 de março de 2022

Lisboa

2021



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

# Música Viva: Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

Bruno Alexandre Bica Tiago

Lisboa

agosto 2021





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

Música Viva: Musicoterapia nas Estruturas  
Residenciais para Idosos

Bruno Alexandre Bica Tiago

Lisboa

agosto 2021

Bruno Alexandre Bica Tiago

# Música Viva: Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

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

Supervisora de estágio: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora  
Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Anália Ferreira Tomé Ruivo

Lisboa

agosto 2021

**FICHA TÉCNICA**

**Autor** Bruno Alexandre Bica Tiago  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez  
**Orientadora de estágio** Dr.<sup>a</sup> Anália Ferreira Tomé Ruivo  
**Título** Música Viva: musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2021

**MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO**

TIAGO, Bruno Alexandre Bica, 1986-

Música viva : musicoterapia nas estruturas residenciais para idosos / Bruno Alexandre Bica Tiago ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Anália Ferreira Tomé Ruivo. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRREZ JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - RUIVO, Anália Ferreira Tomé Ruivo, 1970-

**LCSH**

1. Musicoterapia para idosos
2. Idosos - Assistência em instituições
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Older people - Institutional care
3. Music therapy - Practice
4. Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade (Leiria, Portugal)- Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

**LCC**

1. ML3920.T53 2021

### **Agradecimentos**

Aos meus pais e à minha irmã, por nunca terem deixado de acreditar em mim.

À minha namorada, pelo apoio incondicional, pela persistência e pelo alento!

À Judite e ao Bruno por estarem sempre presentes, serem especiais e serem para sempre!

Aos “primos” Pedro, Sandra e Francisca, pela bonita amizade e pela compreensão!

Ao Dr. Pedro, pela orientação ao longo de toda este caminhada. Obrigado!

À Professora Susana, pela sua confiança, compreensão, perseverança, disponibilidade, orientação e ajuda durante todo o estágio.

À Professora Teresa Leite pela oportunidade e pela presença constante no sentido de proporcionar a concretização deste projeto.

Aos idosos da AMITEI, em especial a cada um dos utentes que partilhou memórias e vivências inesquecíveis e que tornou este projeto possível.

A todos os elementos da equipa técnica da AMITEI, pelo acolhimento, pelos bons momentos, pela oportunidade de aprendizagem e pela enorme partilha de experiências.

À Dr.<sup>a</sup> Anália Ruivo e ao Dr. Miguel pela orientação exemplar e pelo companheirismo diário, contribuindo para a minha formação enquanto profissional e enquanto pessoa.

Um muito obrigado a cada um de vós.

## Resumo

Este documento trata-se de um relatório no qual é descrito o trabalho desempenhado pelo Estagiário durante o estágio curricular do Curso de Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, no ano letivo de 2020/2021.

O estágio em questão foi realizado na AMITEI, uma Instituição de Solidariedade Social situada nos Marrazes, concelho de Leiria. O principal objetivo do estágio foi proceder a um completo e personalizado processo musicoterapêutico junto de idosos institucionalizados, autónomos e acamados. Com uma duração de oito meses, foram praticadas intervenções de musicoterapia junto de trinta e dois utentes, com sessões de grupo e sessões individuais.

Através da aplicação de duas escalas de avaliação – a escala Geriátrica de Depressão e o *Mini Mental State Test* aplicadas antes e após o processo terapêutico, foi possível aferir a existência ou não de benefício nos utentes após o processo musicoterapêutico.

Este relatório apresenta ainda dois estudos de caso: o primeiro aborda uma utente com síndrome demencial e depressão, com descrição do trabalho desempenhado ao longo do estágio. O segundo aborda um processo terapêutico num utente mais dependente a nível motor.

Verificou-se, à semelhança do que se encontra descrito na literatura, que intervenções terapêuticas de musicoterapia podem acarretar feitos positivos nos idosos institucionalizados, quer a nível do bem-estar físico quer a nível psicológico, promovendo a saúde dos mesmos.

**Palavras-chave:** Música, Musicoterapia, Residenciais, Idosos, Demência, Institucionalização

### **Abstract**

This document is a report that describes the work performed during the curricular internship of the master's Course in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa, in the academic year 2020/2021.

Occurred at AMITEI, a Social Solidarity Institution located in Marrazes, Leiria. The main goal of this work was to establish and apply a complete and personalized music therapy process with institutionalized autonomous and dependent elderly people. With a duration of eight months, music therapy interventions were carried out on thirty-two people, in group sessions and individual sessions. Through the application of two evaluation scales – the Geriatric Depression Scale and the Mini Mental State Examination, which were applied before and after the therapeutic process, it was possible to measure the benefits accomplished after the music therapy process.

This report also presents a detailed description of two case studies: the first respects to a patient with dementia and depression, with a description of all the music Therapy process performed. The second corresponds to a patient, more dependent on a motor level with a description of his music therapy process.

It was found, similarly to what is described in the literature, that therapeutic interventions in music therapy can have positive effects on institutionalized elderly, both in terms of physical and psychological well-being, promoting their health.

**Keywords** - Music, Music Therapy, Residential, Elderly, Dementia, Institutionalization.

**Lista de Tabelas**

**Tabela 1** - Áreas de aplicação da Musicoterapia -----39

**Tabela 2** - Tabela de dados dos utentes intervencionados -----57

**Tabela 3** – Dados referentes à pontuação e presença ou não de défice cognitivo nos utentes de acordo com o MMS inicial e final dos mesmos -----62

**Tabela 4** – Análise estatística entre MMS inicial e final ( *T-Student Test*) -----63

**Tabela 5** – Dados referentes à pontuação e presença ou não de depressão nos utentes de acordo com o EGD inicial e final dos mesmos -----64

**Tabela 6** - Avaliação de normalidade MMS e EGD -----65

**Tabela 7** - Planificação semanal das sessões musicoterapêuticas -----66

**Tabela 8** – “*Cut-off*” considerados na avaliação do *MMS* -----70

**Tabela 9** - Plano Terapêutico M. J. S. -----71

**Tabela 10** - Plano Terapêutico J. P ----- 79

**Tabela 11** - Elementos do Grupo I -----91

**Tabela 12** - Elementos do Grupo II -----92

**Tabela 13** - Elementos do Grupo III -----93

**Lista de Gráficos**

<b>Gráfico 1</b> – População Residente em Portugal, 2019 .....	20
<b>Gráfico 2</b> – Gráfico do Estudo na Amitei .....	56
<b>Gráfico 3</b> – Gráfico de distribuição por género e idade dos utentes .....	58
<b>Gráfico 4</b> – Diagnóstico principal dos utentes intervencionados .....	59
<b>Gráfico 5</b> – Motivos de Institucionalização dos utentes intervencionados .....	60

**Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

- AAAF** - Atividades de Animação e Apoio à família
- AMITEI** - Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- AVDs** – Atividades de Vida Diárias
- CD** - Centro de dia
- CS** - Cantina Social
- DGS** - Direção Geral de Saúde
- ERPI** - Estrutura Residencial para Idosos
- IPSS** - Instituições Particulares de Solidariedade Social
- MIDAS** - Music in Dementia Assessment
- MMEM** – Mini Exame do Estado Mental
- MMS** – Mini Mental State
- MMST** – Mini Mental State Test
- MT-SAS** - Music Therapy Assessment
- N.A.** – Não aplicável
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- PAIPS** - Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social
- PEA** - Programa de Emergência Alimentar
- PIL** - Programa de Idosos em Lar
- PPAII** - Programas como o Programa de Apoio Integrado a Idosos
- Programa PARES** - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
- RLIS** - Rede Local de Intervenção Social
- SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário
- Si** – Sessão Individual
- Sgrup** – Sessão de Grupo
- Uac** – Utente acamado
- WFMT** – World Federation of Musictherapy

**Índice**

<b>Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>Caracterização da Instituição .....</b>	<b>12</b>
<b>A AMITEI - Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade .....</b>	<b>12</b>
<b>População Alvo .....</b>	<b>16</b>
<b>Enquadramento Teórico.....</b>	<b>18</b>
<b>O Envelhecimento .....</b>	<b>18</b>
<b>Envelhecimento Demográfico.....</b>	<b>19</b>
<b>Envelhecimento Biológico.....</b>	<b>21</b>
<b>O Idoso e a Institucionalização .....</b>	<b>22</b>
<b>O Idoso Independente .....</b>	<b>24</b>
<b>O Idoso Dependente .....</b>	<b>25</b>
<b>Cuidados Paliativos.....</b>	<b>26</b>
<b>Os Problemas Principais que Afetam a Qualidade de Vida do Idoso .....</b>	<b>27</b>
<b>Música .....</b>	<b>31</b>
<b>Musicoterapia .....</b>	<b>34</b>
<b>Musicoterapia Humanista .....</b>	<b>42</b>
<b>Musicoterapia Neurológica.....</b>	<b>43</b>
<b>Musicoterapia e Geriatria .....</b>	<b>46</b>
<b>Musicoterapia no Idoso em cuidados paliativos .....</b>	<b>49</b>
<b>Objetivos do estágio .....</b>	<b>53</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>54</b>
<b>Seleção dos Participantes.....</b>	<b>54</b>
<b>Utentes Seleccionados .....</b>	<b>55</b>
<b>Desenho do Estágio .....</b>	<b>56</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>57</b>
<b>A Amostra .....</b>	<b>57</b>
<b>Intervenção .....</b>	<b>60</b>
<b>Avaliação.....</b>	<b>61</b>

<i>Mini Mental State Test (MMS)</i> .....	62
<b>Escala Geriátrica de Depressão (ECG)</b> .....	64
<b>Horário Semanal</b> .....	66
<b>Procedimentos</b> .....	66
<b>Outras ações</b> .....	67
<b>Recursos materiais</b> .....	68
<b>Estudos de Caso</b> .....	69
<b>Estudo de Caso nº 1</b> .....	69
Caracterização da Utente.....	69
Identidade Musical .....	70
Avaliação Cognitiva.....	70
Objetivos Terapêuticos.....	71
Plano Terapêutico.....	71
Processo Terapêutico.....	73
Sessão Individual Inicial .....	74
Sessão Individual Intermédia .....	74
Sessão Individual Próxima do Final do Processo Terapêutico.....	75
Sessões em Grupo .....	76
<b>Estudo de Caso nº 2</b> .....	77
Características da Utente .....	77
Motivo de Encaminhamento para o Processo Musicoterapêutico.....	78
Identidade Musical .....	78
Avaliação Cognitiva.....	78
Objetivos Terapêuticos.....	78
Plano Terapêutico.....	79
Processo Terapêutico.....	81
Sessão Individual Inicial .....	81
Sessão Individual Intermédia .....	82
Sessão Individual Próxima do Final do Processo Terapêutico.....	83
Conclusão do Caso .....	83
<b>Outros Casos</b> .....	84
<b>Caso – A. D.</b> .....	84

Caso M. A. M.....	84
Caso A. G. ....	85
Caso J. M. C.....	85
Caso C. F. ....	86
Caso A. J. ....	86
Caso M. V. E. S.....	87
Caso O. F.....	87
Caso C. S. ....	88
Caso A. G. ....	88
<b>Intervenções em Grupo.....</b>	<b>89</b>
Caso Grupo I .....	89
Caso Grupo II.....	91
Caso Grupo III .....	93
<b>Discussão .....</b>	<b>94</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>97</b>
<b>Reflexão Final.....</b>	<b>99</b>
<b>Referências.....</b>	<b>100</b>
Anexo 1 .....	110
Anexo 2.....	113
Anexo 3.....	114
Anexo 4.....	115
Anexo 5.....	117
Anexo 6.....	118
Anexo 7.....	119

### **Introdução**

O presente relatório de estágio, referente ao grau de mestre em Musicoterapia, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa, está inserido na disciplina “Seminário de estágio”, do segundo ano, ocorrido no ano letivo 2020/2021, realizado na Associação de Solidariedade Social de Marrazes - Amitei, uma Estrutura Residencial para Idosos (ERPI). O relatório pretende fundamentar um estudo realizado na Instituição referida, no âmbito da Geriatria, acerca dos benefícios da Musicoterapia na prevenção da deterioração cognitiva, como as demências, como meio para alcançar um envelhecimento ativo.

São várias as alterações biológicas relacionadas com o envelhecimento, embora não sejam totalmente conhecidas as possíveis relações existentes entre elas. As alterações morfológicas, anatómicas e bioquímicas que acontecem no cérebro dos adultos Idosos ocorrem numa elevada percentagem de indivíduos, mas não em todos. Os estudos longitudinais irão permitir obter resultados mais claros quanto à evolução temporal destas alterações. (Ribeiro & Guerreiro, 2002).

A música, através da disciplina da Musicoterapia, assume um papel de grande relevância junto dos Idosos, principalmente no que concerne à experiência musical na sua infância e juventude. A partir da música, o idoso pode expressar os seus sentimentos, tristezas, recordações, emoções e fatos que se entrelaçam com a sua identidade musical. A música pode também estabelecer contactos sem linguagem, através da musicoterapia, facilitando a comunicação

Preende-se por um lado descrever a intervenção musicoterapêutica durante o estágio, fundamentada teoricamente na literatura, e por outro, os efeitos da Musicoterapia nas demências e deterioração cognitiva no âmbito da geriatria. Refletindo acerca do uso da Musicoterapia e seus efeitos na demência, com especial atenção na deterioração cognitiva e na sua prevenção, através das técnicas implementadas.

Na primeira parte do presente relatório, é apresentada uma caracterização da instituição, assim como as suas valências e recursos humanos, descrevendo-se de seguida a população alvo. O enquadramento teórico desenvolve-se ao longo do relatório incidindo sobre temas como o envelhecimento, demências, música e musicoterapia, seguido dos objetivos do estágio. Na segunda parte, descrevem-se as metodologias do estágio, métodos

Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

de avaliação e resultados. Foram realizadas sessões de musicoterapia com 32 utentes institucionalizados na Amitei. Os mesmos foram inicialmente divididos segundo o seu grau de autonomia em dois grupos.

A divisão dos utentes acima descrita tem por objetivos principais dar a resposta terapêutica necessária aos utentes acamados e utentes autónomos e entre utentes autónomos, comparar os benefícios de sessões de musicoterapia individual vs. sessões de musicoterapia em grupo.

Foram usados instrumentos de avaliação e aplicadas técnicas e metodologias adequadas a cada utente contando com os objetivos propostos em cada plano terapêutico.

Encontram-se também descritos dois casos de estudo selecionados e uma sumária apresentação do processo terapêutico dos restantes casos intervencionados.

A intervenção musicoterapêutica teve em vista auxiliar a instituição na humanização dos serviços, promovendo a interação entre os utentes e diminuindo o isolamento social dos mesmos, com o objetivo de prevenir o declínio cognitivo e físico.

### **Caracterização da Instituição**

#### **A AMITEI - Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade**

AMITEI - Associação de Solidariedade Social de Marrazes, designada até ao ano de 2012 como Associação dos Amigos da Mata de Marrazes, Infância e Terceira Idade foi fundada por um grupo de cidadãos do lugar de Marrazes (Leiria) em outubro de 1979. Aquando da sua fundação, as instalações iniciais, cedidas para sede e desenvolvimento da sua atividade, eram compostas pela antiga Casa do Guarda Florestal da Mata de Marrazes e pelo recinto de “picnic” para lazer. O objetivo inicial era promover o convívio aos fins-de-semana na Mata de Marrazes e posteriormente com o significativo crescimento da freguesia, sentiu-se a necessidade de redirecionar a sua ação, numa primeira fase ao nível da infância, durante mais de 20 anos e a partir de 2013 da terceira idade.

As primeiras iniciativas da AMITEI tinham carácter recreativo, musical e desportivo. Em 1988 abriu oficialmente um Centro de Atividades de Tempos Livres. Em 2002, sentindo-se a falta de respostas sociais na área da população idosa, a instituição, em estreita colaboração com a então Junta de Freguesia de Marrazes, promoveram a elaboração de um projeto de arquitetura para construção de um Lar de Terceira Idade, Centro de Dia e Apoio Domiciliário. Através de candidatura ao Programa PARES I foi possível inaugurar em fevereiro de 2013 o complexo social que viria a albergar as respostas sociais de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), vulgarmente conhecida por lar, Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e assim dar resposta a mais de 120 idosos da freguesia. Em 2018, atentos à crescente procura dos seus serviços, AMITEI ampliou as suas instalações para assim responder a mais 60 utentes.

Em 2020, em tempo de pandemia, os contornos sociais tornaram-se mais específicos e limitativos. A instituição pretendendo fazer face a diferentes situações desenvolveu uma nova resposta social através da Rede Local de Intervenção Social (RLIS), prevendo-se que ainda este ano seja possível ampliar o ERPI.

A missão da AMITEI é promover a qualidade de vida para os seus utentes, associados e famílias. Pretendendo ser reconhecida como entidade de referência na criação e prestação de serviços de qualidade, contribuindo para a coesão social. Tendo por valores-base o rigor,

respeito, honestidade, cooperação, solidariedade, contínua melhoria e a preservação do ambiente. (AMITEI)

O estagiário desenvolverá o seu estágio na AMITEI, mais especificamente no componente de Lar onde residem idosos. No âmbito da terceira idade a instituição presta um conjunto diversificado de respostas sociais, nomeadamente com serviços relacionados com:

- Estrutura Residencial Para Idosos – ERPI
- Serviço de Apoio Domiciliário - SAD
- Centro de Dia – CD

No que respeita aos critérios de inclusão dos utentes, há a destacar o facto da população da Freguesia de Marrazes e Barosa ter prioridade no que diz respeito à intervenção. São condições de admissão nesta Estrutura as seguintes:

- Manifestar vontade de ser admitido;
- Ser, preferencialmente, residente na freguesia de Marrazes/concelho de Leiria;
- Possuir idade igual ou superior a 65 anos e que, devido ao seu estado físico e/ou psíquico-social, necessite de cuidados permanentes. Poderão ainda ser admitidas pessoas com idade inferior a 65 anos, nas condições acima referidas, sendo esses casos individualmente analisados pela equipa técnica e sujeitos à aprovação da Direção;
- Não sofrer de doença impeditiva que prejudique o regular funcionamento do serviço ou as condições de trabalho dos colaboradores da instituição.

São critérios de prioridade na seleção dos Utentes:

- Ser o candidato já Cliente da AMITEI, que frequente a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia, com situação de dependência que não possa ser gerida nas respostas sociais referidas;
- Ter o cônjuge a beneficiar da resposta social de ERPI;
- A precariedade da situação económico - financeira do Utente;
- Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários;
- Situações de isolamento pessoal e/ou geográfico;
- Abandono por parte da família;
- Conflitos familiares/marginalização/exclusão;

- Associado da AMITEI;
- Ordem de inscrição na Instituição;
- Idade do Cliente;
- Grau de dependência.

(Amitei, Estrutura Residencial para Idosos, Regulamento Interno)

A ERPI permite o alojamento coletivo com carácter temporário ou permanente para idosos em situação de risco e de perda de independência e/ou autonomia. Comporta uma capacidade máxima de 60 utentes para esta valência, pretendendo no corrente ano aumentar a sua capacidade quanto ao alojamento permanente de idosos, uma vez que, existe uma elevada procura por parte das famílias desta resposta social.

O SAD pretende assegurar aos idosos e /ou famílias a satisfação das necessidades básicas como a higiene, limpeza e alimentação, bem como a prestação de cuidados tanto a nível físico como psicossocial. A sua capacidade máxima aponta para os 60 utentes.

O CD tem uma capacidade máxima de 60 utentes e consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar, respondendo de maneira alargada às necessidades das famílias. (AMITEI)

No que respeita às famílias com carências alimentares por diversas razões, a AMITEI apresenta uma outra solução através da Cantina Social (CS) que faz parte da Rede Solidária de Cantinas Sociais do PEA (Programa de Emergência Alimentar) que cursa com a confeção e disponibilização de refeições para consumo no domicílio ou em espaços próprios. Com limite máximo de 46 refeições diárias durante 7 dias por semana.

Relativamente à área da infância e da família, a instituição desenvolve, através de protocolo de colaboração com o Município de Leiria, as Atividades de Animação e Apoio à Família (AAAF) que consiste em proporcionar às crianças na idade pré-escolar e 1º ciclo um conjunto de atividades que permitissem a gestão do tempo não escolar, estas estão intrinsecamente ligadas a ações lúdicas, pedagógicas e didáticas. Este projeto tem como objetivo complementar o plano pedagógico escolar. As atividades de animação e o serviço de refeições estão distribuídos por seis espaços diversos (Bairro das Almoinhas, Gândara dos Olivais, Quinta do Amparo, Marinheiros, Marrazes e Pinheiros), com capacidade para mais de 300 crianças.

A AMITEI tem ainda vários outros projetos, merecendo destaque a RLIS que consiste numa estrutura local com responsabilidades no desenvolvimento de serviços de ação social, assegurando o atendimento e o acompanhamento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e exclusão social, bem como de emergência social, em estreita cooperação e articulação com outras entidades e serviços de comunidade, designadamente nas áreas da educação, saúde, justiça, segurança social, emprego e formação profissional.

No que respeita aos recursos humanos que permitem o funcionamento desta instituição há a referir um total de 79 profissionais em distintas áreas. Na área da Infância, a equipa é constituída por 16 pessoas: 7 auxiliares de educação e 9 auxiliares de serviços gerais. A área dos idosos conta com 57 profissionais: 1 diretor serviços, 1 assistente social, 1 assistente social, 2 animador sociocultural, 2 enfermeiros, 32 ajudantes de ação direta, 10 auxiliares de serviços gerais, 4 cozinheiros, e 4 ajudantes de cozinheiro. Na área da família e comunidade desempenham funções 3 assistentes sociais. A área administrativa conta ainda com 1 administrativa e 2 rececionistas.

### **População Alvo**

De acordo com o estipulado no regulamento interno a AMITEI acolhe idosos com mais de 65 anos da zona geográfica de Leiria, e que, “devido ao seu estado físico e/ou psíquico-social, necessite de cuidados permanentes, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos Clientes. Presta ainda serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, criando condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar e potenciar a integração social.” (AMITEI – Regulamento Interno)

Desta forma são desenvolvidas atividades pedagógicas para estímulo cognitivo, lúdicas, fisioterapia e de época, como por exemplo decorações de Outono, Magusto e de Natal. Todas estas atividades, algumas das quais com necessidade de ação manual, que permite melhorar a destreza, são desempenhadas pelos próprios idosos com a ajuda da equipa institucional, para que estes se mantenham ativos e se sintam úteis no dia-a-dia na instituição.

De entre as patologias diagnosticadas, os relatórios médicos contam com quadros de demência de diversas ordens, com afeção da linguagem, motricidade e cognição importantes, como por exemplo a afasia, a agnosia, a apraxia, a anomia ou a amnésia. Entre os diagnósticos clínicos principais dos doentes internados destacam-se também múltiplas patologias distintas do foro vascular cerebral (AVC) condicionando sequelas motoras, visuais, auditivas e do equilíbrio.

Destacam-se como necessidades primárias no idoso a preservação da saúde emocional e motivação através da demonstração de cada pessoa como “útil” para a sociedade.

Neste contexto, motivar e conservar a saúde emocional das pessoas idosas, promovendo a criação de novos contactos sociais, é uma garantia ao respeito, reconhecimento, valorização e fortalecimento da rede de relações. O que ajuda a superar as perdas físicas e sociais que acontecem durante o processo de envelhecimento.

Promover o desenvolvimento de potencialidades, auxiliar o idoso no desenvolvimento de uma maior independência funcional, favorece uma melhoria na

Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

qualidade de vida do idoso, contribuindo para mudanças significativas nas suas rotinas, promovendo um envelhecimento ativo, através do bem-estar.

Neste caso, a Amitei, proporciona aos seus utentes uma vasta diversidade de atividades de modo a conseguir manter os idosos ativos, proporcionando um ambiente onde os idosos se sintam segurança e bem-estar no seu e processo de envelhecimento.

## Enquadramento Teórico

*“A cultura é o melhor conforto para a velhice.”*

*(Aristóteles)*

### O Envelhecimento

#### O Idoso

Segundo estudos psicológicos, a vida pode ser dividida em 8 períodos de desenvolvimento, correspondendo o oitavo período ao período da vida adulta tardia que se inicia após os 65 anos de idade.

O termo “velho”, associado a uma conotação depreciativa leva a que se opte pela palavra “idoso”. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o termo “idoso” pode ser aplicado a todos os indivíduos com 60 ou mais anos. (OMS). A Organização das Nações Unidas (ONU), define o idoso como o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento e com idade superior a 65 anos nos países desenvolvidos, sendo este um critério cronológico utilizado na maioria das pesquisas devido à dificuldade em definir a idade biológica. (Santos & Júnior, 2014)

Para a Direção Geral de Saúde (DGS), o envelhecimento consiste em todo o processo de “deterioração” endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo.

O envelhecimento da população é assim uma realidade, que advém de vários fatores, nomeadamente do avanço tecnológico, com consequente aumento gradual da esperança média de vida humana, melhores acessos à saúde e consequentemente a melhoria da qualidade de vida. (Costa & Mercante, 2013)

O aumento da esperança média de vida e o aumento da imunização, tais como a implementação de políticas públicas de saúde e assistência social para os idosos, tem contribuído para o aumento do número de idosos a nível mundial. Para tal, as políticas de saúde baseiam-se na promoção da saúde e do bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida, atendendo às necessidades específicas da população idosa. Tudo isto não impede a incidência de doenças inertes à idade, tais como Alzheimer, Doença de Parkinson e/ou sequelas de Acidentes Cerebrais Vasculares, trazendo novos desafios para a medicina e equipas multidisciplinares que apoiam a população idosa. (Lana, 2009)

As pessoas idosas já em fase final de vida ou que já não estão ao alcance de possibilidades terapêuticas, são muitas vezes isoladas em hospitais, pela família e pela sociedade, o que faz aumentar sintomas depressivos, esquecimento e angústia. A institucionalização dos idosos provoca uma quebra no relacionamento interpessoal. Assim sendo, é importante olhar para a população idosa do ponto de vista emocional, espiritual e social. (Oliveira & Lopes, 2011)

Ao falarmos de envelhecimento temos de ter em conta a palavra “gerontologia”. Gerontologia é a área de estudo do envelhecimento humano e as problemáticas que o mesmo acarreta. As questões bio-psico-sociais têm vindo a ser constantes pontos de estudo da gerontologia, pois têm reflexo direto na vivência de cada ser humano. (Zanini, 2003)

A gerontologia, diz Rodrigues (2012), também tem como missão fazer com que os idosos se olhem como pessoas, fazendo com que estes se recusem a sentir-se como um peso ou um encargo social, devendo a gerontologia positivar o envelhecimento e a velhice através da sua valorização, independentemente do seu estado psicossocial.

No ramo da medicina, o cuidado de pessoas idosas e o tratamento de problemas associados ao envelhecimento denomina-se por Geriatria. Esta especialidade médica é responsável pelos aspetos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários às pessoas idosas. A atenção adequada à saúde do idoso requer conhecimentos específicos diferentes daqueles necessários ao cuidado do adulto, justificando-se assim, a formação do médico especializado no cuidado do indivíduo idoso, o geriatra. (Pereira, Schneider & Schwank, 2009)

O Geriatra é um médico especializado no cuidado de pessoas idosas. Consiste numa formação pós-graduada realizada posteriormente à conclusão de uma especialidade médica, frequentemente por médicos de Medicina Interna, vocacionados para a intervenção no doente como um todo. Interligando patologias de todos os sistemas orgânicos e funcionais presentes no mesmo doente, e ajustando a intervenção e terapêutica às peculiaridades do doente idoso.

### **Envelhecimento Demográfico**

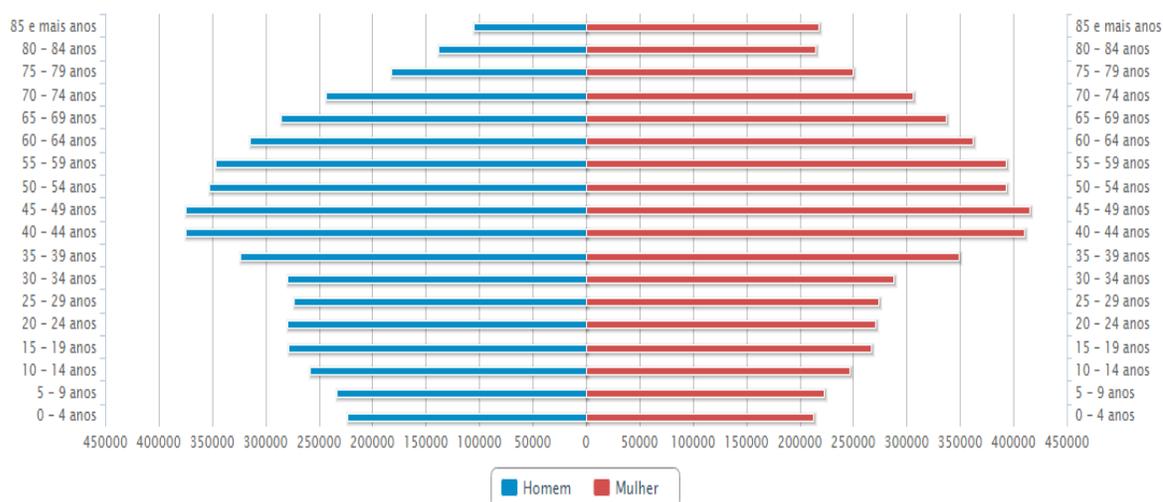
O processo de envelhecimento humano é um processo complexo que faz parte do ciclo natural da vida e também um fenómeno que tem suscitado o interesse ao longo dos séculos. Pode ser considerado como um processar de mudanças progressivas das estruturas biológicas, psicológicas e também sociais do indivíduo. Trata-se de um processo inevitável

que é o amadurecimento humano associado a perdas físicas, ganho de experiências, acumulação de sabedorias e muitas outras características positivas e negativas. (Zanini, C. 2003) (Côrte & Neto, 2009)

O envelhecimento populacional pode ser reversível, caso ocorra o aumento de fecundidade, fenómeno este que não tem vindo a ocorrer nos países mais desenvolvidos, num mundo em que a esperança média de vida continua a aumentar. O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento progressivo dos indivíduos com idades avançadas em relação ao grupo total de idosos. É um fenómeno social, que não passando despercebido à sociedade, encontra-se em constante crescimento. Atualmente, assistimos a um crescente envelhecimento da população a nível mundial, nomeadamente com contributo maioritário pelos países desenvolvidos, à semelhança de Portugal. No conjunto dos 28 Estados Membros da União Europeia, em Julho de 2015, Portugal exibia o quinto valor mais alto do índice de envelhecimento, com cerca de 141 idosos por cada 100 jovens. Em 2020 estima-se que Portugal tenha cerca de 2 milhões de indivíduos com mais de 60 anos. (Instituto Nacional Estatística) (Zanini & Medeiros, 2014)

### Gráfico 1

*População Residente em Portugal, 2019. (Dados do Instituto Nacional de Estatística)*



Estima-se que até 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos em todo o mundo seja de 2000 milhões e de quase 3000 milhões em 2100. Calcula-se que em 2050, o número

de idosos seja o dobro do número de jovens. (Nações Unidas (UN) 2013. Perspetivas demográficas mundiais).

Mantendo-se a tendência para o envelhecimento populacional, Portugal só tenderá a ter uma taxa de mortalidade sobreponível à taxa de natalidade dentro de 40 anos. Entre 2015 e 2080, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, a população com mais de 65 anos de idade residente em Portugal, poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas. Contudo, o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40 dos anos 2000, momento a partir do qual se prevê o seu decréscimo.

Com este considerável aumento da população idosa, países europeus como Portugal, Espanha e Bélgica, possuem sistemas previdenciários que consomem muito do seu produto interno bruto (PIB) e, ao mesmo tempo, possuem também pouca população economicamente ativa, o que gera dificuldade em cobrir o gastos com previdência social e a necessidade de criação de políticas para o amparo e assistência ao idoso. Deste modo, o que se observa é a criação de políticas para tentar reverter este quadro, como por exemplo: a atração populacional com incentivo à migração, políticas de fecundidade, bolsas financeiras, ajuda na educação e melhores oportunidades de emprego. (Mendonça, 2015)

Podemos, no entanto, afirmar, que o século XXI, será o século dos idosos, o que se deve sobretudo ao crescimento exponencial da população idosa e à diminuição da taxa de natalidade. Neste contexto, o envelhecimento ativo será o grande desafio do milénio.

### **Envelhecimento Biológico**

O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano que vem sendo alvo de inúmeros estudos, nomeadamente relativos ao crescimento da população de idosos. Apesar das dificuldades e problemas que surgem nesta fase da vida, o ser humano deseja envelhecer em companhia de pessoas que favoreçam o bem-estar, com as quais se consigam relacionar. (Araújo *et al*, 2013)

Os aspetos biológicos atuam de forma diferente em todos os seres humanos.

O envelhecimento individual representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo. Efeitos estes que podem ser negativos ou positivos sendo observáveis nas diversas dimensões do indivíduo: organismo e psiquismo. Ambas as dimensões são importantes na medida em que são coadjuvantes para a manutenção da autonomia e independência do

indivíduo. O envelhecimento pode ser considerado biologicamente como o definhamento morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável. No entanto, este definhamento não impede a pessoa de se manter ativa, independente e feliz. (Moraes, 2008; Moraes, Moraes & Lima, 2010)

Birren e Schroots (1996) citado por Santos e Júnior (2014) escrevem que o envelhecimento pode ser compreendido a partir de três subdivisões: primário, secundário e terciário.

O envelhecimento primário, conhecido como envelhecimento normal, atinge todos os seres humanos, atingindo o organismo de forma gradual e progressiva, possuindo efeito cumulativo.

O envelhecimento secundário é resultante das interações das influências externas, sendo variável entre indivíduos em meios diferentes, tendo como característica o facto de ocorrer de fatores culturais, geográficos e cronológicos.

O envelhecimento terciário ou terminal é o período caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade.

Deste modo, o envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico e progressivo no qual estão inseridas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, modificações estas que podem levar à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. (Santos & Júnior, 2014)

### **O Idoso e a Institucionalização**

Uma das situações que pode acarretar prejuízos e contribuir para o isolamento do idoso é a institucionalização. O isolamento pode tornar o idoso vulnerável podendo desencadear fenómenos de depressão e ansiedade, resultando no declínio do estado de saúde, dificultando a capacidade de lidar com o quotidiano. (Luz, 2015)

Atualmente, as ERPI's são estabelecidas para um atendimento global, oferecendo cuidados de primeira necessidade a pessoas de 60 e mais anos, dependentes ou não, pessoas essas que não dispõem de condições de permanência no seu domicílio ou em casa de familiares. As ERPI's proporcionam serviços aos seus utentes idosos nas áreas social, psicológica, médica, terapia ocupacional, de enfermagem, espiritual, entre outras, conforme

as necessidades que os idosos apresentem. Considerando a estrutura familiar moderna e as novas exigências sociais, o idoso, na maior parte dos casos, terá que escolher a instituição, facto que nem sempre significa uma solução de sucesso e garantia de bem-estar. A solidão, vivenciada comumente pela pessoa idosa, prende-se com o facto de este se encontrar desvinculado do seu meio familiar e social e necessitar de se adaptar a um novo meio, sendo estas questões centrais quando pensamos no idoso institucionalizado. (Carvalho, P. 2011, Costa & Mercadante, 2013)

Assim sendo, o Estado torna-se responsável pelo bem-estar e qualidade de vida dos idosos desprotegidos e desenquadrados de uma estrutura familiar, com a Organização Mundial de Saúde e a Direção Geral de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, a delinarem um conjunto de políticas sociais e programas de apoio permanente à população envelhecida com o intuito de colmatar esta mesma questão.

Programas como o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PPAI), Programa de Idosos em Lar (PIL), Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), são programas definidos pelo Ministério da Saúde em associação com a Direção Geral de Saúde para este fim.

Também é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo é o grande objetivo no processo de envelhecimento.

Entre as principais causas de institucionalização estão: perturbações emocionais ou psicológicas, doenças físicas que exijam cuidados de supervisão ou enfermagem, alterações no comportamento ou perda de autonomia na ausência de um cuidador. A perda de familiaridade com o ambiente circundante, o sentimento de abandono por parte dos familiares pode de certa forma dificultar a mudança para uma instituição, mudança esta por vezes vivida com um certo receio e resistência. (Brito, 2019)

É importante garantir que o idoso se adapte à vida na instituição, ajudando-o a superar com eficiência as suas dificuldades, resolvendo conflitos e conseguindo satisfações e realizações socialmente aceitáveis, caso contrário, o idoso pode mostrar sentimentos de medo, dependência, descontentamento, apatia, isolamento, ansiedade, inferioridade, mostrando assim uma má adaptação, podendo levar a sintomas de solidão e/ou depressão. (Mozer, Oliveira & Portella, 2011; Pfeiffer, 2020; Bright 1993)

Santos (2018), defende a ideia de que é preciso uma educação para reforma, uma educação que prepare os indivíduos para uma transição de vida. De uma vida profissional ativa para a vida de pessoa reformada. Período da vida no qual são perdidos vários elementos, devendo estes ser substituídos pela realização de atividades alternativas igualmente satisfatórias que façam a pessoa sentir-se útil e feliz. No entanto, se houver uma perda significativa de papéis sociais, menor será a satisfação do indivíduo, levando assim à ocorrência de episódios de ansiedade e dificuldade em se ajustar às perdas.

### **O Idoso Independente**

A capacidade funcional de um indivíduo pode ser definida como a manutenção da capacidade em realizar as Atividades Básicas da Vida Diárias (AVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária, as quais são necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autônoma. Na procura de uma melhor qualidade de vida, causado por um envelhecimento com independência e autonomia, por um envelhecimento saudável e ativo, tem-se vindo a investir no desenvolvimento de programas sociais e de saúde de modo a intervir na preservação da independência e da autonomia.

Autonomia e independência têm diferentes significados. A autonomia é a capacidade de decidir; poder garantir o curso da sua própria vida. Ter autonomia é poder tomar decisões importantes, sem precisar de delegar essa decisão a outros membros da família. Este princípio é de certa forma essencial à manutenção do bem-estar, da saúde e da promoção de uma boa qualidade de vida nos idosos. A independência de um indivíduo caracteriza-se por conseguir executar as suas tarefas sozinho, tais como atividades quotidianas ou até atividades mais complexas, pelos seus próprios meios e sem a necessidade de ajuda de outras pessoas, estando relacionado com o seu estado físico e cognitivo. No entanto, é possível que uma pessoa seja autónoma e independente, ou então que preencha apenas um dos requisitos. Neste sentido, o estudo da capacidade funcional dos idosos tem-se tornado um componente chave para a avaliação de saúde dos mesmos. (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012)

### **O Idoso Dependente**

Assunção (2010), cita que o Conselho da Europa define dependência como um estado no qual o indivíduo que, por razões aliadas à falta de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de uma assistência para realizar as tarefas de vida diária. Uma pessoa dependente é, então, uma pessoa que durante um período prolongado de tempo, necessita de ajuda para realizar determinadas tarefas da vida diária, como a higiene pessoal, vestir, fazer compras, comprar medicamentos, atividades de lazer e contactos sociais.

O grau de dependência, segundo Figueiredo (2007), citado por Assunção (2010), pode ser qualificado em dois níveis: dependência ligeira ou dependência grave. No que respeita à dependência ligeira, nesta o idoso necessita de supervisão ou vigilância, necessitando apenas de ajuda de terceiros para o desempenho de algumas atividades como a mobilidade, uma vez que possui autonomia pessoal para realizar determinadas tarefas da vida diária. Nos idosos com dependência grave, estes necessitam de uma ajuda permanente no seu dia a dia, ou seja, não têm capacidade para executar um determinado conjunto de tarefas básicas. São no geral, idosos acamados ou com graves limitações de mobilidade e que variavelmente possuem disfunções a nível de controlo esfíncteriano, entre outras possíveis disfunções.

A dependência, sendo um conjunto de fatores biológicos e cognitivos, é um fator resultante da idade e do estilo de vida do idoso. Assim sendo, os idosos mais autónomos são os que apresentam maior capacidade física e mental. (Assunção, 2010)

Segundo Carvalho (2010), existem três tipos de sistemas de proteção à dependência em Portugal. O sistema universalista segundo o qual atua o Sistema Nacional de Saúde, o sistema de segurança social e o sistema assistencialista, pelo qual se rege o sistema social. A Segurança Social atua em duas áreas no que respeita às políticas de intervenção na dependência:

- Centralização e supervisão das parcerias com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS);  
Financiamento de instituições com respostas destinadas à população com carência económica.
- São estas algumas das metodologias utilizadas no apoio ao idoso dependente em Portugal.

### **Cuidados Paliativos**

O desenvolvimento tecnológico e o aumento da esperança média de vida, provoca um envelhecimento significativo da população. Neste processo de envelhecimento, surgem novas condições clínicas, específicas de pessoas mais idosas e surgem também novas “maneiras de morrer”. E surgem os chamados Cuidados Paliativos, prestados por equipas multidisciplinares que cuidam do paciente e da família do mesmo.

Existe um momento, na evolução de uma doença crónica em que o paciente, não passível de cura mesmo que se disponha de todos os recursos, inicia um processo de morte inevitável, muitas vezes considerada bem vinda. E nos casos em que é tomada a decisão de suspender as medidas de manutenção da vida num paciente com doença terminal, os cuidados prestados têm por principal propósito o alívio do sofrimento e da angústia dos familiares, bem como proporcionar uma morte digna, cabendo à equipa de Cuidados Paliativos continuar a cuidar e proteger o utente garantindo a sua higiene, conforto e controlo da dor ou quaisquer outros sintomas. (Burlá & Py, 2011)

Devido aos avanços da biotecnologia, doenças que provocavam a morte sem possibilidades terapêuticas, hoje podem ser tratadas e controladas. No entanto, não são passíveis de serem curadas, acarretando sequelas que podem produzir incapacidades, gerando vários níveis de dependência. A partir deste instante, a perda de autonomia evidencia-se e o idoso torna-se um ser dependente. A morte, um processo natural e inevitável da vida, pode ser vivida de forma distinta, dependendo da pessoa, da doença, do local onde se encontra e da assistência prestada. É fundamental a manutenção da dignidade, tendo como foco a promoção do conforto e do alívio físico, emocional e espiritual. (Frankl, 2011)

Os cuidados paliativos são uma área da medicina que possui uma vasta gama de profissionais e de disciplinas de forma a corresponder às totais necessidades dos indivíduos em estado final de vida, englobando médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas de várias áreas, assistentes sociais, auxiliares de ação médica, padre, etc. As necessidades a suprir podem ser físicas, psicológicas, sociais, emocionais e espirituais. Os cuidados paliativos propõem-se a manter a integridade e as escolhas pessoais dos indivíduos, com cuidados individualizados e interdisciplinares de forma a proporcionar ao utente um encorajamento para viver o máximo de tempo possível, com dignidade e rodeado dos seus familiares. Ao longo do desenvolvimento da doença terminal, o utente apresenta várias necessidades a nível

físico, que vão desde o alívio da dor ou à assistência nas atividades de vida diária; psicológico, com necessidade de aumentar ou manter o estado de humor, promover a expressão de sentimentos; social, com necessidade da companhia e de momentos com a família e amigos; e espiritual, como o aconselhamento religioso e apoio emocional. (Brito, 2019)

### **Os Problemas Principais que Afetam a Qualidade de Vida do Idoso**

Entre as condicionantes que acarretam ausência de bem-estar no idoso, destacam-se um amplo leque de patologias orgânicas das quais o mesmo pode padecer. Nomeadamente alterações da motricidade causadas por patologia vascular (ex. AVC), neurológica, reumatológica ou osteoarticular, cursando frequentemente com queixas álgicas, sendo a dor uma queixa frequente no idoso e comumente não controlada e limitativa; alterações cognitivas com afeção de diversos campos neurosensoriais, nomeadamente com afeção da memória, muitas vezes deteriorada por ausência de estímulos externos; alterações do humor e bem-estar condicionando estados depressivos, frequentemente interpretados de forma errónea como demências. (Lopes, et. al 2019)

Neste contexto, abaixo encontram-se descritos alguns aspetos que afetam a qualidade de vida do idoso, tais com a dor, afeções da cognição, alterações de memória, solidão e depressão e os síndromes demenciais.

**Dor:** A prevalência da dor no idoso é bastante elevada, sendo esta prevalência ainda mais alta em idosos institucionalizados. As dores agudas e crónicas são grandes obstáculos para a obtenção de melhor qualidade de vida e, no idoso é uma das mais importantes causas de morbilidade, pois relaciona-se fortemente com a incapacidade de manutenção de uma vida mais saudável e independente, devido às suas limitações funcionais, com afeção direta na capacidade de realização das atividades de vida diária simples, como a locomoção. (Pfeiffer, 2020)

**Cognição:** A incapacidade cognitiva traduz-se no desmoronamento da identidade que nos distingue como indivíduos. O declínio cognitivo é um fenómeno relativamente comum na idade avançada. Caracteriza-se por alterações em múltiplos domínios, incluindo a memória, a atenção, a fluência verbal e a velocidade de processamento. (Camacho, M. 2012)

**Memória:** Os défices de memória são uma das queixas mais frequentes no idoso. Com graus de gravidade vastos, condicionando frequentemente a alteração da funcionalidade do

indivíduo. Estes défices podem dividir-se em memória episódica, relacionada com eventos; memória semântica, relacionada com factos (armazenamento de informação sobre o mundo) e memória de curto prazo relacionada com o armazenamento de pequenas quantidades de informação por um curto período de tempo. A memória é a aquisição, formação, conservação e evocação de informações. A aquisição também pode ser chamada de aprendizagem, uma vez que só o que foi aprendido pode ser lembrado. A evocação pode ser chamada de recordação, lembrança ou recuperação. Apenas é lembrado o que foi guardado ou aprendido. Resumindo, pode dizer-se que somos o que recordamos, e o agregado de informações faz com que cada indivíduo seja único com características bem definidas. (Lana, 2009) Através da memória, construímos a nossa identidade e tornamo-nos indivíduos únicos e singulares. Alguns dos aspetos da memória estão ligados a quase todas as atividades, assim sendo, a memória é uma função cognitiva diretamente relacionada com a funcionalidade do indivíduo. Rosseto (2008) descreve que segundo Grieve (2016), podemos classificar a memória em três sistemas: a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. A memória sensorial refere-se ao processamento rápido de informações recebidas pelos órgãos dos sentidos, informações que são mantidas por alguns milésimos de segundo antes de passarem para a memória a curto prazo. A memória a curto prazo, também chamada de memória de trabalho, guarda durante um determinado tempo a informação vinda da memória sensorial, antes de ser transferida para a memória a longo prazo. Esta informação presente na memória a curto prazo pode ser perdida em função de interferências de novas informações que vão chegando. A memória a longo prazo retém informações por períodos mais longos de tempo que podem variar entre alguns minutos a vários anos. Este sistema de memória possui capacidade ilimitada. Informações da memória a curto prazo passam para a memória a longo prazo onde acontece um processamento relativamente ao seu significado e contexto. (Rosseto, 2008)

Solidão / Depressão: A solidão e a depressão encontram-se relacionadas com o bem-estar psicológico na velhice. A depressão é uma das doenças mentais mais comuns na velhice e também um dos problemas mais sérios das sociedades modernas envelhecidas, amplamente subdiagnosticado na população idosa. Estudos já efetuados mostram que a solidão também está na origem de sintomas depressivos, contribuindo para a redução do bem-estar dos idosos. (Fáisca, 2012)

Demência: As demências consistem num amplo conjunto de doenças que condicionam deterioração cognitiva, mais ou menos grave conforme a sua etiologia (demência de Alzheimer, demência de Parkinson, demência por doença neurodegenerativa progressiva, demência vascular secundária a AVC's, etc), a sua idade de início, a sua evolução, as áreas cerebrais afetadas, entre outras variáveis. Estas doenças condicionam uma perda progressiva, muitas vezes irreversível das capacidades cognitivas tais como a memória, a linguagem, capacidades de planeamento e execução de tarefas, conduzindo à perda de autonomia para atividades da vida diária tais como a alimentação, locomoção, higiene e toma de medicação.

Conforme a classificação internacional de transtornos psiquiátricos e comportamento, a demência é classificada como um conjunto de sintomas causados por uma doença cerebral crónica e progressiva, que conduz a distúrbios de funções cerebrais como a memória, orientação, pensamento, contagem, interferindo na capacidade de aprender, linguagem e avaliação. Afetando cada pessoa de maneira diferente, os sinais ou sintomas ligados à demência podem ser compreendidos em três fases:

- O estágio inicial, que frequentemente é esquecido porque o início da doença é gradual. Entre os sintomas mais comuns estão: esquecimento, perda de noção do tempo, perder-se em lugares que são familiares.
- Estágio intermediário: Conforme a demência progride para este estágio, os sinais e sintomas vão-se tornando mais claros e restritivos. Podem incluir: esquecimento de episódios recentes, nomes de familiares, perder-se na sua própria casa dificuldades na comunicação, necessidade de ajuda nas tarefas de vida diária e mudanças de comportamento.
- Estágio tardio: Este estágio é um estágio de dependência e/ou inatividade quase totais. Os distúrbios de memória apresentam um aumento de gravidade e os sintomas físicos tornam-se cada vez mais evidentes. Entre os sintomas estão: desconhecer a hora e o lugar em que se encontra, dificuldade em reconhecer os familiares, amigos, necessidade cada vez maior de auto cuidado assistido, dificuldade em andar e mudanças comportamentais que podem aumentar e incluir a agressão. (Nunes, Gusmão & Santos, 2021)

De um modo geral, a atrofia cerebral progressiva evolui em três fases: leve, moderada e grave. Não havendo manifestações clínicas no início, ocorre progressivamente a perda de

memória, danos na percepção do espaço e do tempo, alterações da personalidade e comportamento e a perda de habilidades na realização de tarefas instrumentais e tarefas básicas da vida diária. (Ferreira, Araújo, Farias, Bittencourt, Silva, Pereira & Fukutani, 2020)

A senescência implica mudanças neuropsicológicas, especificamente ao nível de défices cognitivos, em especial as alterações na memória, velocidade de raciocínio, sono, episódios de confusão e ainda distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária os quais podem estar relacionados com sintomas demenciais e depressivos. Outros fatores associados à demência são: hipertensão arterial, a diabetes, a depressão, os baixos níveis de vitamina D, sendo este último um fator modificável. (Zanini, 2010; Santos *et al*, 2020)

Durante o envelhecimento ocorrem diversas alterações no sistema nervoso central tais como a redução do peso encefálico, redução do fluxo sanguíneo cerebral e do número de neurónios e lentificação da velocidade da condução nervosa. Em consequência destas alterações, observam-se declínios graduais nas funções cognitivas, consideradas comuns, como a perda de memória e até deficits mentais mais acentuados. Clinicamente, são observadas a lentificação do processamento cognitivo, redução da atenção, dificuldade no resgate das informações aprendidas, diminuição da memória prospetiva e da memória contextual. (Petroianu *et al*, 2010)

As síndromes demenciais estão a tornar-se cada vez mais comuns em todo o mundo, em consequência do crescente envelhecimento populacional. Uma das principais causas de incapacidade na velhice, a demência requer cuidados durante todo o curso da doença e culmina com a dependência do doente. De entre as demências, a Doença de Alzheimer é a mais prevalente, perfazendo cerca de dois terços dos casos. O diagnóstico é feito quando a pessoa apresenta comprometimento cognitivo e comportamental que engloba pelo menos dois dos seguintes domínios: memória, funções executivas, linguagem, habilidade visuoespacial, alteração da personalidade ou alteração do humor, tais como apatia, agitação e isolamento social. (Ferreira, Resende & Vargas, 2013)

Estudos demonstram que alterações no desempenho nas atividades da vida diária podem ocorrer desde os estágios iniciais da demência e a gravidade do processo demencial é apontada como um forte preditor para o declínio do desempenho dos idosos nessas atividades. (Marra *et al*, 2007)

Se o declínio cognitivo é mais acentuado do que o esperado para a idade do utente, ocorrendo comprometimento de memória sem limitar a execução das atividades da vida diária, esse quadro caracteriza-se por comprometimento cognitivo leve (CCL). O comprometimento cognitivo leve está presente em 3% a 19% dos indivíduos acima dos 65 anos. Alguns indivíduos podem manter-se estáveis ou retornar ao estado cognitivo normal ao longo do tempo, contudo mais de metade evolui para demência. (Petroianu *et al*, 2010)

Para efetuar o diagnóstico de demência é necessária a avaliação subjetiva da função cognitiva, além do desempenho das atividades da vida diária. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um teste clínico capaz de rastrear o comprometimento e o declínio do estado cognitivo. O MEEM é constituído por duas partes, uma que abrange a orientação, memória e atenção e outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender. Aborda questões referentes à memória recente e registo de memória imediato, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem, avaliando assim funções cognitivas específicas. O MEEM foi elaborado por Folstein e tal (1975), sendo um dos testes mais empregado e estudado em todo o mundo, fazendo parte das várias baterias de testes neuropsicológicos. É usado em ambientes clínicos, para a deteção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. A demência e a depressão estão entre as principais causas de anos vividos com incapacidades, por levarem à perda da independência e da autonomia. Outro aspecto é a perda de interesse e/ou da motivação para aderir a atividades físicas, sociais e culturais, principalmente pelas pessoas que sofrem de depressão, o que acarreta uma diminuição das suas actividades diárias, tornando-se o idoso mais sedentário no lar ou na sociedade. (Lourenço & Veras 2006; Moreira & Moreira 2017; Medeiros & Zanini 2014)

## **Música**

A questão “o que é a Música?”, é alvo de discussão desde algumas décadas. Há quem defenda que a música é a combinação de sons e silêncios, de forma organizada. Podemos considerar a Música como uma manifestação artística e cultural de um povo, numa determinada época ou região. A música é também um veículo usado para expressar os sentimentos.

A palavra Música deriva do termo grego “*Mousikè*”, que significa “a arte das musas” e que define a arte de organizar lógica e sensivelmente uma combinação coerente de sons e silêncios. Para este efeito, são utilizados os princípios fundamentais da melodia, da harmonia e do ritmo.

De uma forma abrangente, a Música é a combinação de ritmo, harmonia e melodia, de maneira agradável ao ouvinte. No sentido amplo, é a ordenação temporal do sons e do silêncios, ou seja, pausas. No sentido estrito, é uma arte capaz de coordenar e transmitir os efeitos do som, podendo este ser transmitido através da voz, através do canto ou de instrumentos musicais, através da sua execução.

Na realidade, todos os corpos ou objetos apresentam cada um, uma vibração natural na sua estrutura física. As suas partículas, moléculas e átomos vibram a uma determinada frequência, chamadas de frequências de oscilação ou frequências de ressonância. A ressonância é um fenómeno que consiste numa transferência de energia mecânica a um sistema físico. Os instrumentos de sopro, a caixa de ressonância dos instrumentos de cordas, os tampos dos pianos e os tambores, apresentam propriedades de ressonância, amplificando o som emitido, além de influenciarem o timbre e outros aspetos ligados ao som. (Baptista & Baptista 2013)

A música, enquanto produção natural, vem acompanhando o ser humano na sua trajetória existencial, podendo ser tão antiga como a existência humana. É considerada um meio de comunicação e expressão universal e os seus elementos mais simples apresentam muitas diversidades. Os diferentes ritmos, instrumentos e elementos derivados variam e estão relacionados com a questão social e cultural do ser humano. Seguindo a Teoria Modal dos Gregos, a música é dividida em três elementos básicos: melodia, harmonia e ritmo, os quais podem provocar diversas alterações fisiológicas no ser humano. (Oliveira & Lopes, 2011)

O século XX representa um contexto bastante particular no que diz respeito à significação de música. O aparecimento dos meios de gravação no final século XIX e o desenvolvimento da indústria fonográfica durante o século XX, colocaram à disposição do ouvinte uma quantidade e diversidade de músicas de todas as épocas, géneros e estilos que nunca ocorreram em nenhum outro período da história. Um ouvinte do século XVIII que tivesse o privilégio de estar presente durante a execução de uma sinfonia de Mozart, seguramente teria uma escuta muito atenta. A qualidade fugaz do som musical o obrigaria a

fazer todo esforço possível para reter em sua memória tudo aquilo que aquela experiência única de escuta poderia lhe conceder naquele momento. Ao final da obra, tudo o que lhe restaria daquela música seria aquilo que sua atenção e concentração lhe permitissem guardar na memória. (Puchivailo & Holanda, 2014)

Com a evolução da música através dos séculos, resulta uma grande variedade de gêneros musicais, onde podemos incluir a música sacra ou religiosa, a música erudita e a música folclórica, onde cada um destes gêneros musicais resulta numa série de subgêneros e estilos que conhecemos atualmente.

A música, por ser um conteúdo da humanidade, apresenta-se em constante movimentação e transformação, que se vai atualizando a partir das relações entre os homens, do próprio indivíduo consigo mesmo e com o meio ambiente, nos mais variados planos de espaço-tempo. Em consequência desta interação espaço-tempo é que a música alcança tão alto valor, nomeadamente por acompanhar a evolução do espaço e da sociedade, que acabam por compor a relação homem-natureza. Desde o seu surgimento que a música vem acompanhando de perto o desenvolvimento da humanidade, e por consequência, do espaço, em detrimento das modificações ocasionadas pelas sociedades e culturas. A sociedade modifica o espaço de acordo com as necessidades que vão surgindo, transformando-o e é justamente a partir dessas transformações que se notam as características da sociedade que já viveu ou vive em determinado espaço, sendo a música muitas das vezes o retratamento dessas características e relações. (Amancio, 2019)

A música é possivelmente uma das Belas Artes mais difundidas e com maior capacidade de comunicação. É também a forma mais antiga de expressão, que surge com uma palavra falada, uma terapia para o compositor, para o intérprete e para o ouvinte. O som é capaz de produzir impactos sobre conduta humana, individual ou coletiva, e converte-se numa expressão de estados anímicos. A estética musical apenas se vê alterada pela melodia, os estados de ânimos que as reforçam, que exerce uma influência musical sobre a cultura, religião e na sociedade. A música era extremamente importante no mundo antigo, uma forma de socialização apenas para os mais avantajados, repleta de significados e com os mais variados objetivos. A maioria dos povos criou a sua própria escala, cada uma organizada de diferente forma, desde a árabe à chinesa. (Paula, Santos, Leite, Eisenbach, Sossai, Rosseto & Paduim, 2006)

O comportamento do homem perante a música levou a que esta viesse a ser objeto de estudo em várias áreas, incluindo a psicologia, antropologia e terapias nas quais a música era utilizada em pessoas com doenças, nascendo assim uma nova área terapêutica, a Musicoterapia.

### **Musicoterapia**

O uso da música nos cuidados da saúde mental, cura ou prevenção do sofrimento mental remonta aos surgimentos do homem.

Registos da antiguidade, revelam que a música já era utilizada como meio terapêutico, revelando a influência de sons melódicos ou rítmicos sobre a fertilidade feminina. Já Pitágoras, tratava de dementes com sessões musicais. Como processo curativo, podem-se distinguir na música, três grandes épocas: curas relacionadas com magia, com a religião e como pensamento científico-racional. (Côrte & Neto, 2009) (Mercadal-Brotons & Augé, 2008, p. 9).

A primeira referência à “terapia pela música”, pelo médico O’Neill Kane (1914), relata o uso do fonógrafo para “acalmar e distrair os pacientes” durante as cirurgias, e avançou a partir do uso da música para o tratamento da fadiga de combate entre soldados na Segunda Guerra Mundial. Pitágoras utilizava melodias tocadas na sua lira para sintomas de ansiedade inquietação da mente dos seus discípulos. Uma revisão efetuada por Nemes et al, (2017), dá-nos conta de que a musicoterapia é capaz de oferecer estímulos relacionados com os sentimentos, podendo favorecer a recuperação a nível físico, mental e até emocional, mostrando efeitos positivos em vários aspectos tais como: qualidade de vida, espiritualidade, comunicação, controlo do stress e da dor e regulação de sinais vitais. Já Eva Vescelius (1903) citou que “quando o valor terapêutico da música for compreendido e reconhecido, ela será tão necessária no tratamento de doenças quanto a água, o ar e os alimentos”. Em 1918, a Universidade de Colúmbia, ofereceu o primeiro curso de Musicoterapia. A Musicoterapia como hoje se conhece, foi desenvolvida nos finais dos anos 40, iniciando enquanto profissão e disciplina em 1950 e desde então, tem procurado aprofundar ainda mais os estudos científicos para saber mais acerca do papel da música nos cuidados à saúde mental (Côrte & Neto, 2009) (Nemes, Arruda, Gomes & Vagetti, 2017) (Puchivailo & Holanda, 2014)

Pesquisar os efeitos da música sobre o corpo e o cérebro é possível e resulta em aspectos visíveis e mensuráveis, onde é possível obter resultados concretos dos efeitos da música sobre o homem e o seu comportamento.

A musicoterapia pode produzir três níveis de resposta:

- Resposta física, que tem como objetivo o fortalecimento e mobilidade dos membros superiores e inferiores;
- Respostas psicossociais, funcionando como elemento catalisador na abertura e expressão sentimental ou reminiscências, com vista à facilitação da expressão corporal, autoestima e restabelecimento da socialização;
- Respostas cognitivas modificadas, com vista a melhorar a atenção, diminuir o estado de confusão, facilitação do uso da memória e estimulação de ideias e imagens. (Lana, 2009)

A Musicoterapia é, segundo Federação Mundial de Musicoterapia, “a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um Musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.” (WFMT, 2008) Tais como através da intervenção em ambientes médicos, educacionais e quotidianos. Os principais modelos musicoterapêuticos suportam as suas técnicas na psicologia.

A Musicoterapia tem como objetivos: o desenvolvimento das potencialidades do utente, o restabelecimento de funções do utente, participação social, para que este possa alcançar uma melhor integração intra ou interpessoal e, por consequência, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação e tratamento. Estimula a expressão de sentimentos, fazendo com que o utente se sinta acolhido. A musicoterapia consiste na aplicação de som e movimento por distintas formas, com ganhos a vários níveis tais como cognição, afetos, motricidade e criatividade. (Yuri, Marina, Cláudia, Samana & Marina. 2017) (Nemes, & Vagetti, 2018)

Com a Musicoterapia, é possível ajudar os utentes a atingir uma variedade de objetivos não-musicais, como por exemplo, a melhoria de competências sociais, expressão,

emoções, aumento da autoestima, a melhoria de habilidades motoras, relaxamento e a melhoria de habilidades cognitivas, como por exemplo a concentração. Podem beneficiar da Musicoterapia utentes com deficiências de desenvolvimento ou de aprendizagem, demências como a doença de Alzheimer, solidão, depressão ou outras doenças relacionadas com o envelhecimento, problemas com abusos de substâncias, lesões cerebrais, dor aguda ou crónica, stress. (Medeiros & Zanini 2014)

A Musicoterapia ajuda a desenvolver atividades cognitivas e motoras que estão relacionadas com o processamento da música, principalmente através do estímulo de funções como a audição, a coordenação motora e processos cognitivos e emocionais. Estas funções são assimétricas e estimulam a plasticidade cerebral. Em sete de oito artigos selecionados para um estudo, a musicoterapia mostra resultados com evidências positivas em aspetos como a redução de stress, melhoria do estado emocional, melhorias na função cognitiva, melhoria de sintomas depressivos e de ansiedade, tanto em sessões individuais como em sessões de grupo. Enquanto que apenas um estudo demonstrou não constatar diferenças significativas na melhoria do comportamento intervindo em sessões de grupo. (Ferreira *et al*, 2020)

O musicoterapeuta atua em várias áreas que exigem uma formação especializada, interdisciplinar, sendo necessária uma preparação específica para utilizar a música como terapia. Esta preparação ampla é necessária porque a Musicoterapia atua de forma integral, favorecendo o desenvolvimento criativo, bem como o emocional e afetivo.

Existem na Musicoterapia vários métodos reconhecidos mundialmente, tais como:

Método Benenzon: esta metodologia sugere que todo o indivíduo possui uma identidade sonora singular e exclusiva, constituída por uma herança sonora fetal e em construção ao longo da vida, chamada de ISO. Esta identidade sonora sofre alterações ao longo da vida e como se trata de um conceito dinâmico, o Princípio de ISO caracteriza cada indivíduo. O ISO pode ser: gestáltico, quando constituído por sonoridades vivenciadas inconscientemente; cultural, através de vivências construídas a partir do nascimento; grupal, resultante de características étnicas e/ou culturais e complementar, gerada a partir de vivências momentâneas e temporais.

Método Nordoff-Robbins: também conhecido como Musicoterapia Criativa, foi criado a partir dos trabalhos do músico e compositor Paul Nordoff e do músico e educador Clive Robbins. Tem como premissa que todas pessoas possuem uma musicalidade inata, independentemente das suas limitações. Centrado na utilização da improvisação, este modelo propõe uma constante interação entre Musicoterapeuta/paciente nos processos criativos musicais. Através da improvisação criativa, os terapeutas estimulam a condição musical inata da pessoa trazendo para a sessão conteúdos musicais que poderão ser decodificados posteriormente. O objectivo é envolver o utente numa experiência passível de ser incorporada na improvisação musical, concedendo ao utente um lugar de criador ativo na improvisação musical.

Método de Musicoterapia Analítica: criado na década de 70 pela musicoterapeuta Mary Priestley, este método recebe inspiração de trabalhos de Freud, Jung e Melanie Klein. Faz uso da improvisação musical entre utente e musicoterapeuta, utilizando a voz, o silêncio, instrumentos musicais, fazendo uso da música de forma analítica e simbólica.

Método de Imagens guiadas e Música: criado por Hellen Bonny na década de 70, elaborava estudos em que a música, LSD e outras drogas psicadélicas, eram usadas para o tratamento de dependências químicas e sofrimento emocional. Após a proibição do uso de drogas, Bonny cria um modelo terapêutico que investe na audição musical, surgindo assim uma nova abordagem Musicoterapêutica. Esta abordagem consiste na audição de um programa musical elaborado sobretudo de repertório erudito com a finalidade de induzir estados alterados de consciência favorecendo a criação de imagens, símbolos ou sentimentos, que são compartilhados verbalmente com o terapeuta. As capacidades da música em provocar estados alterados de consciência, propõe que o utente se possa livrar de comportamentos indesejáveis ligando-se a sensações e sentimentos mais profundos já vividos. Este método é utilizado em adultos e crianças, não sendo recomendado a indivíduos portadores de doenças mentais graves.

Modelo de Musicoterapia Behaviorista: este modelo incide na modificação de comportamentos dos utentes. Propõe pensar a música como um elemento reforçador, isto é, potente para a modificação comportamental, partindo do princípio que o comportamento humano é resultado de estímulos ambientais externos. Os procedimentos adotados para este método envolvem a recompensa para comportamentos adequados, o reforço positivo ou negativo imediato. O controlo de comportamentos agressivos por parte do utente ou estereótipos estão entre os objetivos da musicoterapia behaviorista.

Experiências Musicais de Bruscia: Bruscia separou os principais tipos de experiências musicais e transformou o fazer musical em potencial terapêutico. Os quatro tipos de experiências apresentadas são: a improvisação, a execução, a composição e a audição. Nestas experiências o importante é que toda e qualquer expressão musical que seja produzida, não contenha julgamento de valor, cada experiência musical envolve uma pessoa, um processo musical específico, um produto e um contexto. (Romão, 2015)

Neste sentido, a Musicoterapia pode fazer parte de programas de envelhecimento ativo oferecidos às pessoas idosas. Melhorando algumas funções cognitivas e psicológicas. Como medida não farmacológica a Musicoterapia apresenta diferentes formas de utilização da música como elemento terapêutico:

- Musicoterapia recetiva: na qual o utente recebe música feita pelo Musicoterapeuta ao vivo, ou através da escuta da música em CD, rádio ou computador; pode ser aplicada também em doentes acamados, com técnicas de relaxamento e visualização acompanhada de música, audição, assim como o canto e composição musical. (Mercadal-Brotons & Augé, 2008)
- Musicoterapia ativa: na qual o utente faz música, como por exemplo, a improvisação;
- Musicoterapia Interativa: em que a experiência musical é partilhada pelo Musicoterapeuta e o utente, ambos ativos no processo de fazer música, o que representa uma interação simultânea, facilitada pelo facto de a música acontecer no

tempo, que corresponde mais facilmente à interação dos participantes e dificulta o isolamento. (Arndt & Maheirie, 2019)

A Musicoterapia envolve sempre um processo terapêutico, um Musicoterapeuta e uma relação que se desenvolve com ou na música e no processo. É utilizada uma variada gama de experiências como recetivas (audição), improvisação, recriação e composição. A música e a relação terapêutica, servem como componentes curativos, mesmo que se tenha realce num deles, ou ambos, durante o respetivo tratamento. A música e o terapeuta alternam a função de agentes de mudanças e agentes de intervenções. Ou seja, quando a música é utilizada “como” terapia, ela assume um papel primário na intervenção, atuando diretamente no utente e o terapeuta é o facilitador, ajudando o utente no relacionamento com a música. Já quando a música é utilizada “na” terapia, o terapeuta posiciona-se como principal agente na intervenção, utilizando a música para intensificar e facilitar os efeitos da relação terapeuta-cliente e dos objetivos terapêuticos a serem alcançados. (Bruscia, 2000)

A relação terapêutica requer um contrato com orientações sobre todo o tratamento que será proposto e desenvolvido durante a intervenção, assim como tem a qualidade de ser uma relação profissional baseada por regras de conduta e ética profissional, sendo a ética um princípio moral indispensável à prática clínica. (Romão, 2015)

A Musicoterapia deve ser realizada por um profissional com formação na área, uma vez que se utilizada de forma inadequada, a mesma pode acarretar efeitos negativos no utente tais como, desorganização do pensamento, isolamento e sofrimento. (Puchivaillo & Holanda, 2014). Cada sessão é pensada em atender as necessidades individuais de cada utente. De uma forma geral, o Musicoterapeuta utiliza variadas técnicas nas sessões, como compor músicas, análise de letras das músicas, improvisação, imagens guiadas, canto entre outras ações terapêuticas.

No quadro a seguir, apresentado por Mercadal-Brotons e Augé, 2008, encontramos as áreas de aplicação da musicoterapia:

**Tabela 1**

*Áreas de aplicação da Musicoterapia (Mercadal-Brotons & Augé, 2008, p. 13) (traduzido pelo autor)*

<u>Educação</u>	<u>Medicina</u>	<u>Saúde Mental</u>	<u>Geriatría</u>
	Hospitais Centros de Reabilitação	Hospitais Psiquiátricos Centros de Dia	Centros Geriátricos Hospitais

## Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

Escolas Escolas de Educação Especial	Clínicas	Centros penitenciários	Associações Domicílios
Atrasos de desenvolvimento Incapacidades físicas	Bebês prematuros Pediatria	Esquizofrenia e outros transtornos psicológicos	Transtornos do estado de ânimo
Autismo Problemas sensoriais	Cirurgia Problemas Respiratórios Cardiologia Reabilitação física	Abuso de substâncias Transtornos de comportamento	Problemas Neurológicos AVC Parkinson Demências
Problemas de aprendizagem Problemas de Comportamento Défice de atenção	Cuidados paliativos Neurologia Cirurgia	Ansiedade	Problemas médicos Estados terminais

Seguindo os standards de prática clínica, toda a intervenção de musicoterapia deve contemplar as seguintes fases:

- **Derivação e aceitação:** a derivação e aceitação de um indivíduo ao tratamento musicoterapêutico devem seguir critérios estabelecidos pelo musicoterapeuta que avalia, em conjunto com outros profissionais da equipa multidisciplinar, se o indivíduo é suscetível de beneficiar de tratamento com musicoterapia.
- **Assessment / avaliação inicial:** qualquer indivíduo encaminhado par a musicoterapia deve ser avaliado previamente pelo musicoterapeuta. Esta avaliação inicial permite observar capacidades e necessidades da pessoa em várias áreas (cognitiva, física, socio-emocional e espiritual).
- **Planificação do tratamento:** momento em que o musicoterapeuta elabora um plano terapêutico individualizado baseado nos resultados da avaliação inicial, no prognóstico e na revisão da história clínica.
- **Implementação:** o musicoterapeuta desenvolve sessões de musicoterapia segundo o plano terapêutico.

- Documentação: é responsabilidade do musicoterapeuta documentar cada fase da intervenção: Derivação, Avaliação Inicial, Planificação, Implementação e tratamento.
- Encerramento do tratamento: o musicoterapeuta pode terminar a sua intervenção quando o utente apresenta alguma das seguintes condições: alcance dos objetivos inicialmente propostos; ausência de benefício neste tipo de tratamento; alta clínica. (Mercadal-Brotons & Augé, 2008, p. 44-45)

A musicoterapia possui instrumentos de avaliação, que permite uma avaliação com base científica. Numa pesquisa efetuada por Zmitrowicz & Moura (2018), obteve cerca de 55 instrumentos de avaliação em musicoterapia publicados entre 1971 e 2017. A avaliação em musicoterapia é a parte do processo terapêutico em que o musicoterapeuta observa o utente em experiências musicais para identificar problemas clínicos. As informações que advêm das avaliações podem ser obtidas através de questionários ou entrevistas ou índices e escalas. Na musicoterapia, questionários referentes à relação entre comportamentos musicais, funcionalidade e significados para o utente são relevantes. O uso destes instrumentos de avaliação tem aumentado na área da musicoterapia com o desenvolvimento da prática baseada em evidências e pela necessidade de melhor compreensão dos efeitos das intervenções musicoterapêuticas. Entre alguns dos instrumentos usados em musicoterapia na área da geriatria estão:

- Music in Dementia Assessment (MIDAS), tem como aplicação clínica a demência e avalia a evolução d qualidade de interação musical, qualidade de vida e intensidade de sintomas psiquiátricos.

Music Therapy Assessment, tem como aplicação clínica utentes em casa de repouso e avalia o comportamento.

- Geriatric Music Therapy Clinical Assessment, tem como aplicação clínica os idosos e faz a coleta de dados para avaliação e prescrição.

Os instrumentos de avaliação em musicoterapia apresentam como finalidade, permitir ao musicoterapeuta uma avaliação objetiva do quadro clínico do utente, ajudando a estabelecer um plano terapêutico e conseqüente análise da evolução no decorrer da terapia. (Zmitrowicz & Moura, 2018)

### **Musicoterapia Humanista**

Entre os vários modelos de musicoterapia, encontramos o modelo de Musicoterapia Humanista.

O modelo de Musicoterapia Humanista assenta principalmente no desenvolvimento pessoal, centralizando a ação na pessoa através da integração da Musicoterapia e do uso profissional da Música, assim como de capacidades psicoterapêuticas, psico-corporais e atitudes humanistas. Isto é o que torna este modelo Musicoterapia Humanista num modelo único no mundo. O modelo de Musicoterapia Humanista é definido pelo autor, Dr. Víctor Polit como sendo um espaço psicoterapêutico onde se facilita o desenvolvimento pessoal e transpessoal do indivíduo através do som e da música, assim como a incorporação de atitudes de respeito, aceitação e empatia com outro. Um dos elementos importante na Musicoterapia Humanista é o conhecimento da situação em que se encontra o utente: estado de ânimo, circunstâncias presentes no momento de ser direcionado para a musicoterapia, com o objetivo de determinar o recursos a utilizar durante o desenvolvimento das sessões, tais como sessões gravadas, uso de instrumentos, trabalho de corpo e voz. (Bey & Pastor, 2012)

Com a fundação do Instituto Mexicano de Musicoterapia Humanista, iniciou-se a resposta à necessidade de treino e formação que surgiram nesta área, inicialmente com surgimento no México. As maiorias das atividades de Musicoterapia desenvolvidas foram inicialmente desenvolvidas por membros graduados no Instituto Mexicano de Musicoterapia Humanista, desenvolvendo-se sob uma perspectiva teórica e metodológica na Musicoterapia Humanista. O modelo de Musicoterapia Humanista tem como principais aplicações a psicoterapia, o desenvolvimento pessoal, o trabalho social, o trabalho clínico e das artes, utilizando a música e técnicas de musicoterapia para permitir aos utentes alcançar um bem-estar psicoemocional, conhecerem-se a si mesmos, encontrar o sentido da vida, ultrapassar crises pessoais e melhorar as suas relações pessoais. Este modelo usa o poder do som e da música para ligar o paciente numa relação significativa e profunda com a sua sabedoria orgânica, com a fidelidade do desenvolvimento do potencial humano e da auto consciência. O encontro entre música (som), o paciente e o musicoterapeuta cria a possibilidade de transcender a histórias que interrompem o fluxo natural do crescimento pessoal. Desta relação estabelece-se o campo psicoterapêutico para o oferecer à pessoa a oportunidade de

acessar ao seu “eu” onde reside a complexidade da sua natureza humana e também a capacidade de se curar. (Pólit, 2008)

As principais características da Musicoterapia Humanista são:

- Centrar a atenção na pessoa por observação direta e, dessa maneira, focalizar a experiência como fenômeno primordial no estudo do ser humano;
- Enfatizar qualidades humanas distintas como escolha, criatividade, valorização e autorrealização, em oposição ao pensamento acerca do ser humano;
- Manter-se fiel ao significado na seleção de problemas para estudo e procedimentos de pesquisa em oposição à ênfase primordial em objetividade, à custa do significado;
- Mostrar preocupação básica com a dignidade e valor do ser humano.
- Fortalecer e desenvolver a auto estima;
- Facilitar a crença de voltar a desenvolver as suas capacidades e potencialidades como ser humano.

### **Musicoterapia Neurológica**

A musicoterapia neurológica consiste na aplicação da música para estimular mudanças nas áreas cognitivas, motoras e de linguagem após doença neurológica, nomeadamente que curse com afeção da memória. É uma prática de intervenção clínica da musicoterapia que atua na reabilitação de pacientes neurológicos. Baseia-se no modelo neurocientífico de percepção e produção musical, na influência da música em regiões não musicais do cérebro e no uso da música como meio de tratamento. Thaut (2008)

O modelo atual de Neuro musicoterapia criado por Thaut, procura o efeito terapêutico da música nas funções cerebrais paralelas e partilhadas relacionadas à cognição, linguagem, motricidade e emoção. Assim, a musicoterapia na reabilitação neurológica pode auxiliar nas capacidades funcionais no processo de recuperação do paciente. A Neuro musicoterapia fundamenta-se em quatro pontos-chave:

- Reabilitação orientada pela neurociência e focalizada no tratamento baseado em conceitos clínicos;

- A aprendizagem e o modelo de treino estão direcionados para a aprendizagem motoro-rítmica, treino da estrutura temporal, organização de intervenções terapêuticas e recuperação de funções cognitivas, do discurso e da linguagem;
- Em modelos como o de plasticidade cerebral, a música é considerada uma linguagem complexa, ritmicamente organizada e diversa para determinar padrões de cadeia neural, através da modulação temporal dos estímulos sensoriais.
- Os modelos de facilitação neurológica e a entrada de energia sensória padronizada estimulam a recuperação do movimento motor, discurso e funções cognitivas.

Deste modo, a Neuro musicoterapia pode ajudar no processo de reabilitação por:

- Ajudar a prevenir complicações (ex. debilidades musculares que podem obstruir o processo de recuperação);
- Ensinar estratégias adaptadas para que o indivíduo aprenda a usar partes do corpo não afetadas por doenças;
- Exercitar áreas do sistema nervoso com técnicas específicas de exercícios;
- Assegurar a disponibilidade e o uso de ajudas físicas apropriadas (rampas, elevadores, corrimão) no quotidiano do indivíduo;
- Promover a reabilitação do indivíduo através de técnicas específicas para que o movimento se torne possível em membros deficientes. (Moreira *et al*, 2012)

Na área cognitiva, a musicoterapia estimula funções como a memória, a atenção, a orientação, a linguagem, etc. Entre as técnicas utilizadas, encontram-se as chamadas técnicas de estimulação sensorial, de orientação à realidade, de atenção, percepção ou estratégias de execução, propostas por Michael Thaut, um dos pioneiros na investigação em áreas como a Musicoterapia Neurológica. (Correa, 2014)

A música rítmica tem uma ampla abrangência em aplicações clínicas para a reabilitação de pessoas que apresentam lesões neurológicas. As atuais pesquisas clínicas indicam que a música e os seus componentes podem estimular processos complexos no cérebro, processos estes cujas funções podem ser generalizadas e transferidas para fins terapêuticos não musicais. Tudo isto é possível porque a música é processada em muitas áreas do cérebro. (Tomaino, 2014)

A neuro reabilitação é um tratamento que envolve múltiplos profissionais de várias especialidades, com vista à recuperação parcial ou total de pessoas com algum tipo de deficiência neurológica física, sensorial e cognitiva, quer sejam elas definitivas ou temporárias, envolvendo o paciente, a família e especialistas responsáveis pelo tratamento. É um processo o qual pode intervir em qualquer pessoa que apresente uma incapacidade neurológica com quadro agudo de AVC, deterioração funcional ou pacientes com esclerose múltipla. Estudos têm relatado que a música aumente a plasticidade sináptica cerebral através da comparação de cérebros de músicos e não-músicos. A plasticidade cerebral é a capacidade que o sistema nervoso tem de modificar a sua estrutura e sua função em relação a experiências anteriores que podem ser decorrentes de um processo de aprendizagem ou em consequência de traumas ou lesões neurológicas, abrindo assim portas para a neuro reabilitação. Desta forma a plasticidade depende de experiências e diz respeito à capacidade que os diferentes tipos de desafios têm de promover mudanças em determinados circuitos relacionados com a mudança de padrões comportamentais, no sentido de aprimorar conexões neurais somatossensoriais e motoras específicas. (Moreira, Silva, Silva & Moreira, 2012)

Investigadores no campo das neurociências e da psicologia como Robert Zatore, Isabelle Peretz, Oliver Sacks, entre outros, dedicaram seus estudos a decifrar os mistérios do “cérebro musical”. Demonstrou-se que escutar ou interpretar música, produz uma ativação e uma conjunção de funções cognitivas. E graças à utilização de técnicas de neuroimagem, surge cada vez mais informação mais precisa de como se processa e se produz a música. Com estas técnicas descobriu-se que o estímulo musical ativa quase a totalidade do cérebro, dependendo da atividade que se realize. (Correa, 2014)

A musicoterapia neurológica está a ser implementada um pouco por todo o mundo como por exemplo em hospitais e centros de neuro reabilitação. Trata-se de uma intervenção não farmacológica e não evasiva para tratar utentes com alterações neurológicas que apresentem disfunções cognitivas, motoras e/ou de linguagem. A musicoterapia neurológica foi desenvolvida pela Academy of Neurologic Music Therapy com o aval da World Federation for Neurorehabilitation. (Noboa, 2018)

### Musicoterapia e Geriatria

Na terceira idade, a musicoterapia é uma expressão de terapia auto-expressiva, principalmente nas funções cognitivas, refletindo o quê e o que somos, ao estimular as nossas conexões a um nível pessoal e intransferível. A música pode ser um meio de lembranças dos tempos antigos do idoso, transportando-os aos tempos de infância. Existem estudos com claras evidências dos potenciais benefícios demonstrados por diferentes trabalhos de investigação sobre a intervenção da musicoterapia no âmbito geriátrico. Os idosos através da música recebem atenção, mais reconhecimento e sentimentos de valor próprio. A música convida à participação da vida, cantando ou tocando instrumentos, levando o idoso a interagir com os que o rodeia, combatendo o isolamento social, melhorando a atividade física auxiliando na capacidade funcional. (Luz, 2015)

A musicoterapia tem vindo a intervir em diversas áreas da saúde e na prevenção de doenças do envelhecimento. A música, capaz de estimular o estado físico, emocional e a vida social do idoso, é por meio de canções que é possível relembrar uma vida inteira, momentos individuais e coletivos. A função da musicoterapia na geriatria pode passar por fomentar a comunicação, resgatando a espontaneidade perdida ao longo da vida.

Um estudo elaborado por Albuquerque *et al* (2012) conclui que o uso da música na geriatria é uma terapia alternativa valiosa e que pode exercer influência sobre os vários como por exemplo: aspetos cognitivos, emocionais, e psicossociais do idoso, desempenhando um papel importante para a melhora e manutenção da qualidade de vida, com resultados obtidos em quatro eixos temáticos: 1- A música no resgate das memórias das experiências vividas; 2- Sentimentos proporcionados pela música; 3- A música e as reações corporais; 4- A influência da música no controlo da dor. (Nemes & Vagetti, 2018)

A influência que a música tem num paciente idoso é um fator significativo para proporcionar ao mesmo uma melhor qualidade de vida, pois a música pode ajudar a melhorar o desenvolvimento motor e cognitivo e é também responsável por facilitar a expressão de emoções e é também considerada uma forma de comunicação que permite também uma maior interação social e é capaz de estimular o indivíduo a refletir acerca da sua vida. A música pode inserir-se no contexto paliativo proporcionando conforto, estímulo da memória, actuar como forma de entretenimento e auxiliar a criatividade. (Oliveira & Lopes, 2011)

A música é uma das terapias integrativas e complementares mais usadas na atualidade, destacando-se como um recurso para a realização de ações de promoção e de prevenção. Em áreas como a geriatria e a gerontologia, o uso das propriedades sonoras da música e dos seus elementos vem sobressaindo por proporcionar efeitos e mudanças significativas em aspetos psicoemocionais, físicos e sociais dos idosos, o que se repercute na melhoria da autoestima e da socialização. (Gomes & Amaral, 2012)

Sousa (2006), citado por Rosseto (2008), reforça a apresentação da musicoterapia na terceira idade como um elo de reestruturação do indivíduo que se encontra em processo de envelhecimento, fortalecendo-o enquanto sujeito das suas próprias ações e resgatando a sua identidade. No tratamento musicoterapêutico o idoso tem ainda a oportunidade de estimular as suas atividades mnémicas e, a partir destas, atingir outras funções cognitivas. Para além disso, o idoso pode ser impulsionado a executar movimentos corporais, ao mesmo tempo em que vê resgatada a sua memória como um todo, podendo gerar assim um campo fértil para a descoberta de novas potencialidades. (Rosseto, 2008)

Programas como a Musicoterapia precisam de ser implementados a longo prazo para se poder alcançar efeitos mais duradouros. As sessões de musicoterapia auxiliam os idosos a cultivar novos interesses, restabelecendo vínculos e verbalizando os seus desejos para continuar a participar na vida. Com a experiência musical, o idoso torna-se pertencente a grupo social ampliando as relações interpessoais. (Luz, 2015)

A musicoterapia tem demonstrado ser promissora no campo da saúde. Estudos demonstram bons resultados no tratamento de doenças com sequelas motoras e cognitivas. (Yuri, *et al.* 2017)

Tem também mostrado benefícios no tratamento de pessoas com deficiências físicas, assim como de pessoas com distúrbios mentais. (Côrte & Neto, 2009) (Gomes & Amaral, 2012)

Pesquisas científicas demonstram que cantar e/ou ouvir música, proporciona benefícios emocionais e comportamentais em utentes com patologias que afetam as funções cognitivas. Estes benefícios são alcançados porque as principais áreas cerebrais ligadas à memória musical nem sempre estão afetadas. Há uma série de objetivos importantes na intervenção musicoterapêutica no Âmbito geriátrico, mais concretamente em residências para pessoas idosas, entre os quais estão:

---

Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

- Melhoria de memória a curto prazo, episódica e semântica;
- Melhoria da autonomia com destreza para realização de atividades de vida diárias;
- Promoção de capacidades motoras, com melhoria da força, a mobilidade e a extensão do movimento das extremidades superiores e inferiores;
- Promoção da interação social;
- Melhoria da autoestima e noção de utilidade para a sociedade em que se insere;
- Promoção da saúde mental, através do relaxamento e alívio do stress;
- Melhoria da capacidade de comunicação verbal e não verbal;
- Redução de comportamentos disfuncionais;
- Aumento da reminiscência. (Moreira & Moreira, 2017)

A música, através da musicoterapia, tem um papel importante e de grande relevância na terceira idade. Através da música o idoso pode expressar os seus sentimentos, emoções, recordações, tristezas, amores do passado e fatos que se cruzam com a identidade musical de cada um. Principalmente no que diz respeito à sua experiência musical na infância, essas músicas de infância podem trazer significados de momentos bons ou ruins, de memórias de fatos ocorridos, experiências pessoais e sentimentos marcantes. Por pacientes com demência, às vezes avançada, conseguem cantar músicas, mas apresentam grande dificuldade para falar ou comunicar. (Vinicius, 2009)

Em idosos com demência, estudos mostram resultados positivos no controlo de sintomas típicos da doença a nível físico, cognitivo, socio emocional e conduta. Os benefícios da musicoterapia abrangem áreas como habilidades de comunicação pessoal onde se dá a estimulação da aprendizagem e melhorias a nível da memória a curto prazo, habilidades de comunicação social em que se motiva e estimula a interação, promovendo a interação social nas sessões, suscitando a aprendizagem de comportamentos espontâneos em situações sociais. Há também benefícios a nível do comportamento com redução da agitação e de comportamentos disruptivos e redução da ansiedade. (Correa, 2010)

Estudos mostram que em etapas mais avançadas de demência, mantêm-se conservadas as habilidades para produzir respostas rítmicas. Ao que parece, o ritmo é um dos elementos da música que se encontra dentro de uma espécie de memória residual e implícita, que permite uma conexão quase inconsciente. A estimulação dá-se geralmente usando

material musical conhecido do utente, uma vez que a música familiar produz uma maior estimulação sensorial. A literatura relata que o aumento do tratamento com música na terceira idade, além do prazer de tocar, cantar, improvisar, criar e recriar, estimula também o redescobrir de canções que fizeram e que continuam a fazer parte da vida sonoro-musical do idoso. Estes tratamentos podem auxiliar no resgate da identidade sonora tendo como consequência a elevação do seu amor próprio e autoconfiança. (Gomes & Amaral, 2012)

Adicionalmente, a musicoterapia na geriatria também é efetiva porque chega a qualquer pessoa, independentemente das suas capacidades motoras, uma vez que a musicoterapia nem sempre requer uma participação ativa, proporcionando momentos de comunicação, incluindo com as pessoas que se apresenta mais deprimidas, uma vez que escutar canções do passado pode trazer recordações agradáveis. (Mercadal-Brotons & Augé, 2008, p.18)

### **Musicoterapia no Idoso em cuidados paliativos**

A musicoterapia nos cuidados paliativos, pode intervir na promoção do alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis. Desta forma, é necessário um conhecimento específico para a adoção desta medida não farmacológica e uma abordagem dos aspetos psicossociais e espirituais que caracterizam cada utente. O cuidado paliativo realiza acompanhamento de pacientes em estado terminal, isto é, para os quais a própria ciência não consegue deter o avanço da doença. A musicoterapia é um método de intervenção em ascendência em cuidados paliativos a idosos. No ambiente hospitalar, onde também se encontra inserida a musicoterapia, esta vai atender às necessidades de pessoas que se encontram: internadas, em atendimento ambulatorio, episódios pré ou pós-cirúrgicos, coma, cuidados paliativos ou em estado terminal. Atendendo também a utentes com transtornos mentais, geriátricos e problemas de saúde agudos ou crónicos, a musicoterapia abrange assim várias áreas no que toca ao cuidado do idoso. (Cunha & Volpi, 2008)

A doença, quando ameaça a continuidade da vida, traz consigo uma série de perdas, com os quais o utente e a família são obrigados a conviver. Questões como a perda de autonomia, a autoimagem, a segurança, a capacidade física deteriorada, a perda de emprego, a perda de *status social*, podem acarretar sentimentos de angústia, de depressão, que podem

interferir com a evolução da doença, a sua intensidade e frequência de sintomas o que pode apresentar uma maior dificuldade no controle da doença. É sob a ótica da psicologia e da espiritualidade que a abordagem aos aspectos referidos anteriormente se torna vulnerável. Assim, visões como a da transcendência, do significado de vida, aliado ou não a questões religiosas, são temas que devemos estar preparados para abordar, sempre tendo em conta que o utente é um sujeito, nas suas crenças e nos seus princípios. (Matsumoto, 2009)

A literatura acerca da musicoterapia nos cuidados paliativos tem vindo a crescer no que diz respeito aos benefícios da musicoterapia na promoção da saúde. Outros estudos já realizados revelam que intervenções musicoterapêuticas (realizadas por musicoterapeutas profissionais) têm uma maior eficácia quer a nível fisiológico quer a nível psicológico do que intervenções *music medicine* (intervenções musicais aplicadas por profissionais da saúde). Revelam também que a musicoterapia é eficaz no tratamento da dor e da fadiga, na promoção de conforto e relaxamento e no controlo da dispneia em utentes paliativos. Entre os vários domínios da intervenção da musicoterapia, nos cuidados paliativos, a intervenção trata-se de uma terapia que promove o desenvolvimento do relacionamento entre terapeuta e utente, sendo esta relação facilitada e promovida através da interação musical. Uma vez que se estabelece este relacionamento, o terapeuta pode apoiar o utente atendendo às suas necessidades que podem estar relacionadas com a reabilitação, gestão da dor, cuidados psicossociais ou questões familiares. Utilizam-se técnicas como a improvisação, a composição, a música gravada ou até mesmo contar histórias através da música, com a finalidade de apoiar e/ou alcançar mudanças positivas de humor, gestão de dor ou a interação social. (Monteiro, 2019)

A musicoterapia apresenta-se também como uma forma de tratamento alternativo para utentes portadores de doenças que possam ameaçar a vida e que recebem cuidados paliativos. O uso da música e da musicoterapia podem trazer benefícios para estes utentes como para seus cuidadores, familiares e profissionais de saúde. A musicoterapia pode proporcionar um espaço de comunicação de ansiedades, medos e esperanças, colaborando assim com doentes em atendimento ambulatorio ou internados, estimulando a expressão de sentimentos, com momento de acolhimento e presença, ajudando na recuperação física, mental e emocional dos utentes. Estudos feitos na área dos cuidados paliativos revelam que a musicoterapia obteve como resultados bem-estar para pacientes e conforto para os cuidadores, melhorando

o relacionamento entre eles. Constata-se também que a musicoterapia como tratamento não farmacológico e não invasivo, pode ajudar utentes e familiares a lidarem com stress e com momentos mais desafiadores. (Laham & Amorosino, 2012)

Em utentes que sofreram de lesões cerebrais a reabilitação está focada em sintomas como a afasia, coma, coma induzido e outras lesões neurológicas. É preciso ter em conta, que estes pacientes permanecem imóveis por largos períodos de tempo e perdem totalmente a comunicação com o ambiente. Assim, técnicas de estimulação externas podem ser benéficas para o utente. (Correa, 2010)

Num ambiente de pessoas que convivem com a terminalidade da vida, a música reaviva sensações agradáveis, proporcionando conforto e bem-estar ao paciente, dando sentido aos seus dias. A música ocupa o lugar das emoções, possibilitando a travessia entre as emoções e o que é racional, mobilizando conteúdos com os quais a comunicação verbal não consegue por vezes lidar. O uso da música mostra-se uma terapia paliativa com grande proveito do poder que a música tem sobre as pessoas envolvidas, proporcionando grande satisfação, atenção e tranquilidade. Observa-se também uma agregação de valores nos cuidados paliativos pela inclusão, pelo alívio momentâneo da condição de dor e sofrimento por parte do utente. A harmonia provocada pela música faz com que resgate no ser humano o que há de mais saudável. (Fallavigna, Bellaguarda, Gaio & Rosa, 2016)

O progressivo curso das doenças fora do alcance das medidas terapêuticas de cura, pode levar a um extremo estado de dependência e gerar dificuldades de extrema importância para o utente, familiares e cuidadores. Isto porque a progressão da doença propicia o surgimento de sintomas de ordem física, emocional, psicológica e social, que podem produzir reações de culpa, impotência, ansiedade e medo. Entre os vários recursos utilizados nos cuidados paliativos, a música insere-se como uma atividade que pode proporcionar cuidado, conforto, estimular a memória, relaxamento e criatividade. A música também é benéfica em casos de demência causada põe exemplo, pela doença de Alzheimer. Um doente com Alzheimer sofre perda de memória que pode evoluir para uma amnésia mais profunda, perda de fala ou até da auto percepção. Mesmo quando o estado da demência é muito severo, existem aspetos da personalidade humana que podem sobreviver, em especial a resposta à música. A música pode atingir e estimular este *self* sobrevivente, as emoções, pensamentos e memórias. A musicoterapia pode ser aplicada para enriquecer e ampliar a existência,

liberdade, estabilidade, organização e foco. Isto é possível devido à persistência das capacidades relacionadas com a música, mesmo um longo período após outras formas de memórias tenham desaparecido. Os efeitos da música podem durar horas ou até dias, com registos de melhoramento de comportamento, humor e até de funções cognitivas. (Seiki & Galheigo, 2010)

A musicoterapia ainda não é muito bem aceite pela sociedade, por esta ser ensinada que as doenças só serão curadas com medicamentos. No entanto, tem vindo a crescer o número de pesquisas na área dos cuidados paliativos e mesmo não sendo comprovada a sua eficácia, os resultados na prática são evidentes e explícitos. Testes clínicos têm vindo a comprovar que a musicoterapia proporciona sensações variadas no utente de forma curativa por esta ser uma terapia criativa que intervém, assim, de uma forma saudável, proporcionando um ambiente agradável e de bem-estar. (Forte, Santana & Silva, 2018)

Num estudo realizado em Auracaria Brasil que objetivou como a família consegue compreender a influência de experiências musicais na saúde mental e física de utentes em estados terminais, os resultados que foram obtidos demonstram que o uso da música contempla preceitos filosóficos e humanistas dos cuidados paliativos, utilizados como recursos complementares para a promoção da comunicação e do relacionamento interpessoal entre doente e seus familiares. (Sales, Silva, Pilger & Marcon, 2011)

A musicoterapia, como prática terapêutica, está cada vez mais presente na intervenção com idosos, tanto como estímulo do prazer em cantar, como tocar instrumentos, improvisar, criar ou recriar as suas histórias e momentos musicais. Assim, verificam-se os efeitos benéficos da musicoterapia juntos dos idosos. (Dreher, Kappke & Zanchetta, 2014)

### **Objetivos do estágio**

Durante o período de observação, que decorreu nos primeiros dois meses de estágio, foi possível ao estagiário observar que na instituição existe um alargado número de atividades lúdicas e terapêuticas, criteriosamente agendadas pela equipa multidisciplinar inserida na ERPI. No entanto, estas atividades não chegavam a todos os utentes da mesma forma, quer pelo seu grau de dependência, quer pelas limitações que os utentes apresentam.

Como a Musicoterapia é, segundo estudos científicos obtidos nos últimos anos, uma terapia facilmente adaptável às variadas capacidades e dependências apresentadas pelos vários utentes que constituem a população-alvo, considera-se oportuno trabalhar de modo a que todos os utentes da ERPI possam experimentar sessões de musicoterapia, individual ou em grupo, de modo a que se possa promover uma relação interpessoal com todos os utentes, promovendo o bem estar físico e mental. Como se descreve na fundamentação teórica, a Musicoterapia responde às necessidades apresentadas pela população-alvo no qual se inseriu o estágio.

A Musicoterapia, enquanto terapia humanística, pode apresentar um papel relevante na vida dos utentes. Assim sendo, foi definido que o estágio terá os seguintes objetivos:

- Facultar à instituição uma resposta terapêutica adequada a toda a diversidade da população na ERPI;
- Promover entre os utentes uma maior proximidade e a criação de laços afetivos;
- Promover a expressão emocional e a comunicação verbal;
- Estimular o funcionamento cognitivo dos utentes;
- Proporcionar estimulação sensorial aos clientes acamados, com técnicas de musicoterapia recetiva.

## **Metodologia**

A presente secção serve para fazer uma descrição dos participantes, dos procedimentos, do processo de seleção, da intervenção realizada e das escalas de avaliação aplicadas.

### **Seleção dos Participantes**

O estágio iniciou a 30 de outubro de 2020. Realizou-se uma primeira fase observacional e de integração do estagiário na dinâmica da instituição. Durante este primeiro mês, o estagiário teve oportunidade de conhecer os elementos que integram o staff da instituição assim como os utentes da mesma.

Posteriormente seguiu-se uma fase em que, sob a orientação do orientador de formação, foram selecionados os utentes que participariam das sessões de musicoterapia, assim como, elaborado um horário semanal para a realização das respetivas sessões. O estagiário deu então início ao processo musicoterapêutico através da aplicação de uma ficha individual criada pelo mesmo com o objetivo de conhecer melhor cada um dos utentes. Esta ficha individual (anexo 1) é constituída por uma parte biográfica com dados relativos à idade, proveniência, profissão, escolaridade, etc. do utente e por uma segunda parte relativa à identidade musical do utente. Esta segunda parte da ficha individual teve por objetivo conhecer os gostos musicais do utente, experiência musical, músicas preferidas, músicas preteridas, instrumentos de eleição, sons gratificantes, sons irritantes assim como outras atividades satisfatórias para o utente. A aplicação desta ficha a cada um dos utentes, ainda com algum grau de autonomia, teve por objetivo aprofundar o conhecimento sobre cada um dos utentes, com o intuito de utilizar estas informações no desenvolvimento da ficha terapêutica dirigida a cada um dos mesmos. No que respeita aos utentes alectuados, como os mesmos apresentam um grau elevado de demência, a aplicação de esta ficha individual por vezes não foi possível, tendo o estagiário obtido informação sobre o background dos utentes através da equipa de funcionários da instituição. Além da vertente terapêutica, o estagiário participou desde o início do estágio nas atividades diárias dos utentes, auxiliando sempre que necessário, nomeadamente em deslocações dentro da instituição e participando em todas as atividades socioculturais desenvolvidas.

De referir que previamente ao início da intervenção, o estagiário desenvolveu um projeto de estágio no qual foi expresso o objetivo do respetivo estágio, assim como o seu papel na instituição. Foram também aplicados documentos com autorização para participação no processo interventivo e gravação de imagem/áudio (anexo 5 e 6). Estes documentos foram preenchidos pelo guardião legal.

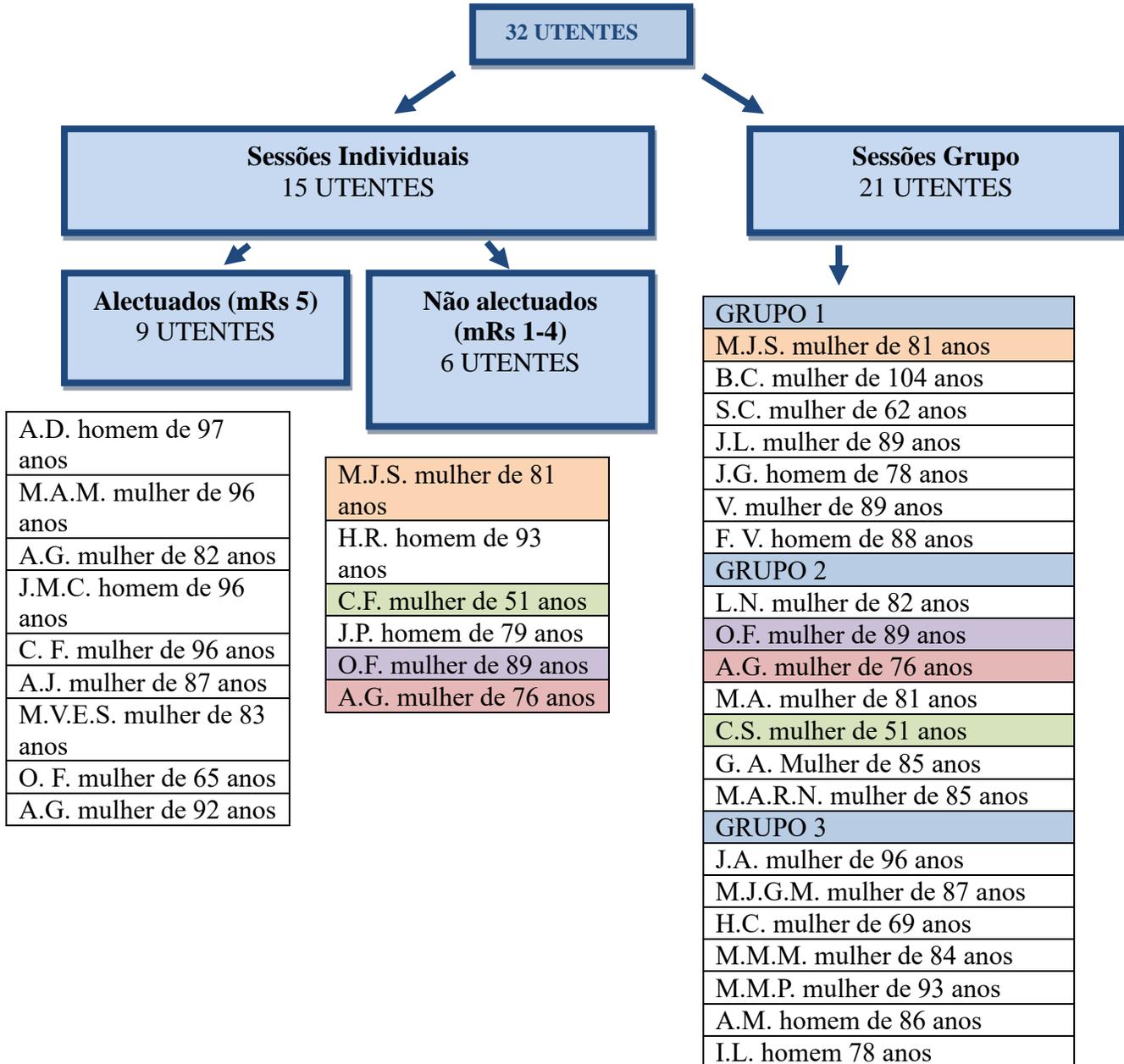
### **Utentes Seleccionados**

Os participantes que integraram a intervenção musicoterapêutica desenvolvida pelo estagiário foram um total de 32 utentes, com idades compreendidas entre os 51 e os 104 anos, após um processo de seleção realizado com auxílio do orientador de estágio. A cada um dos 32 utentes foi aplicada a escala de Rankin modificada (anexo 2) e os mesmos foram divididos em dois principais grupos: doentes alectuados com grau de dependência elevado, escala de Ranking 5 e doentes autónomos ou parcialmente autónomos, escala de Ranking 1 a 4. Nos doentes alectuados incluíam-se 9 dos 32 utentes, aos quais foram realizadas múltiplas sessões individuais ajustadas à condição dos mesmos. Por outro lado, dos 23 utentes não alectuados foram seleccionados 6 que tiveram sessões individuais, os restantes utentes e alguns dos últimos mencionados constituíram ainda três grupos com sete elementos cada grupo aos quais foram realizadas sessões de musicoterapia em grupo.

**Desenho do Estágio**

**Gráfico 2**

*Gráfico do Estudo na Amitei*



## Resultados

## A Amostra

De seguida são apresentadas tabelas com os dados principais de cada um dos doentes intervencionados. Encontrando-se sombreados de verde-escuro os doentes respeitantes aos dois casos de estudo descritos a posteriori. A cinzento representam-se os utentes aos quais as escalas de avaliação não se aplicaram dado o seu grau de dependência nos 9 alectuados e uma utente com Síndrome de Down.

Tabela 2

*Tabela de dados dos utentes intervencionados*

Nome	mRs	Género	Idade	Proveniência	Proissão	Diagnóstico Principal	Motivo de institucionalização	Data Inst.	MMS inicial	MMS final	EGD inicial	EGD final
A. D.	5	Masculino	97	Leiria	Maquinista	D. Alzheimer	Diminuição da autonomia	2015	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
M. M.	5	Feminino	96	Leiria	Vendedora	Demência	Diminuição da autonomia	2014	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
A. G.	5	Feminino	82	Coimbra	Modista	AVC	Diminuição da autonomia	2016	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
F. V.	3	Masculino	88	Leiria	Carpinteiro	Demência	Diminuição da autonomia	2017	10	11	5	5
M- J. S.	4	Feminino	81	Leiria	Professora Primaria	Demência	Diminuição da autonomia	2015	18	21	9	4
B. C.	3	Feminino	104	Leiria	Doméstica	Demência	Diminuição da autonomia	2014	16	16	2	0
S. C.	4	Feminino	62	Leiria	Agricultor	Psicose esquiz. Paranoide	Diminuição da autonomia	2017	12	15	9	3
J. L.	4	Feminino	89	Leiria	Lavadeira	AVC	Diminuição da autonomia	2016	22	22	3	8
J. G.	1	Masculino	78	Régua	GNR	Dislipidemia	Diminuição da autonomia	2016	26	27	2	1
J. M. C.	5	Masculino	98	Leiria	Agricultora	Cegueira	Perca de autonomia	2014	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
C. F.	5	Feminino	96	Leiria	Agricultora	Demência	Diminuição da autonomia	2015	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
H. R.	2	Masculino	93	Leiria	Gestor de Empresas	Traumatismo cranio encefalico	Diminuição da autonomia	2017	24	25	3	5
A. J.	5	Feminino	87	Leiria	Doméstica	AVC	Diminuição da autonomia	2015	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
M. V. E. S.	5	Feminino	83	Leiria	Doméstica	D. Alzheimer	Perca de autonomia	2016	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
L. N.	3	Feminino	82	Bélgica	Costureira	Demência	Diminuição da autonomia	2013	11	14	5	5
I. L.	4	Feminino	78	Leiria	Agente Comercial	AVC	Opção de vida	2010	24	27	1	5
M. A. R. N.	3	Feminino	85	Leiria	Doméstica	Demência	Diminuição da autonomia	2016	18	19	5	1
J. A.	2	Feminino	96	Leiria	Costureira	Diabetes	Diminuição da autonomia	2017	24	24	3	5

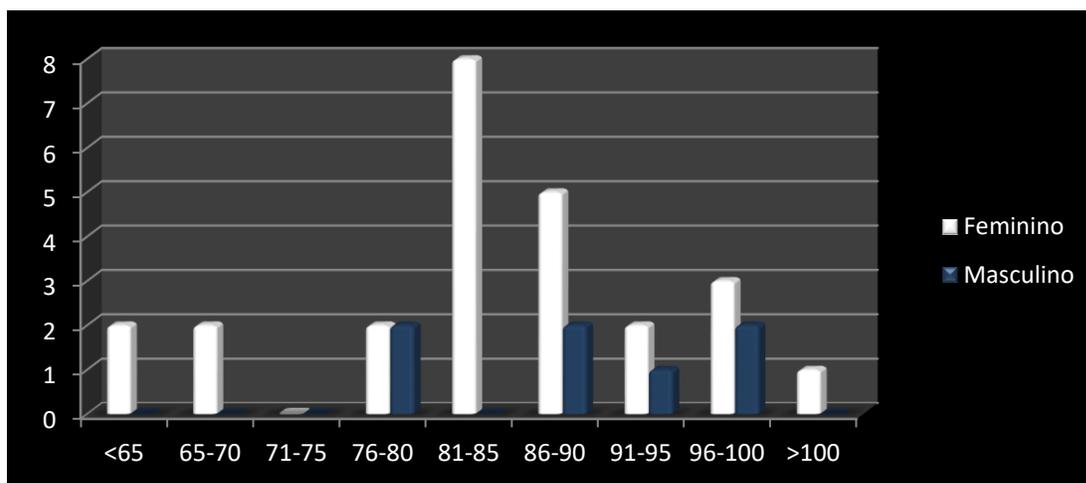
Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

O. F.	5	Feminino	65	Leiria	Pensionista	D. Alzheimer	Perca total de autonomia	2015	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
J. P.	4	Masculino	79	Leiria	Vidreiro	D. Parkinson	Falta de condições no domicílio	2014	21	26	3	4
O. F.	2	Feminino	89	Leiria	Doméstica	Demência	Falta de condições no domicílio	2014	29	29	2	0
A. G.	3	Feminino	76	Guimarães	Emp. Doméstica	Demência	Viuvez	2013	15	16	3	2
H. C.	4	Feminino	69	Leiria	Emp. Doméstica	AVC	Diminuição da autonomia	2011	21	23	9	7
M. M. M	4	Feminino	84	Leiria	Doméstica	Poliartroses	Diminuição da autonomia	2013	23	24	6	6
M. M. P.	1	Feminino	93	Leiria	Emp. Doméstica	Demência	Diminuição da autonomia	2014	21	26	5	3
C. S.	3	Feminino	51	Leiria	Desempregada	Síndrome de Down	Diminuição da autonomia	2015	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.
V.	2	Feminino	89	Leiria	Doméstica	Demência	Diminuição da autonomia	2016	29	29	0	2
A. M.	1	Masculino	86	Guarda	Pastor	Ansiedade	Diminuição da autonomia	2017	27	27	1	2
M. A.	3	Feminino	81	Leiria	Doméstica	Demência	Diminuição da autonomia	2014	21	22	3	3
M. J. G. M	3	Feminino	87	Castelo Branco	Correios	Demência	Diminuição da autonomia	2016	28	28	9	1
G. A.	3	Feminino	85	Mirandela	Costureira	Demência	Diminuição da autonomia	2015	23	23	4	5
A. G.	5	Feminino	92	Leiria	Costureira	D. Alzheimer	Diminuição da autonomia	2017	N. A.	N. A.	N. A.	N. A.

O gráfico 3 apresenta a distribuição da população intervencionada pelo Estagiário distribuída por géneros e faixas etárias:

**Gráfico 3**

*Gráfico de distribuição de idades dos utentes*



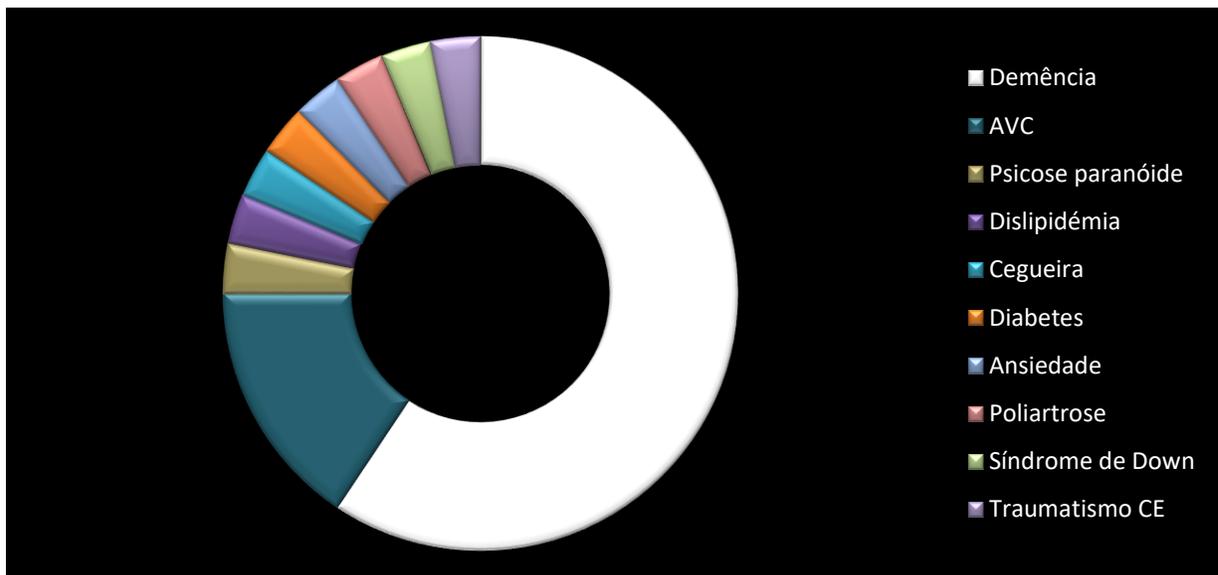
## Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

Entre os 32 utentes intervencionados 7 são do género masculino e 25 do género feminino. Com uma média de idades de 84,3 (D.P 13.32). Conforme acima explícito no gráfico a faixa etária mais prevalente é a compreendida entre os 81-90 anos com um total de 15 utentes (43% do total). Tal deve-se essencialmente ao facto do crescente envelhecimento populacional verificado em Portugal.

No que respeita ao diagnóstico principal dos utentes intervencionados, a sua representação é feita no gráfico 4:

**Gráfico 4**

*Diagnóstico principal dos utentes intervencionados*

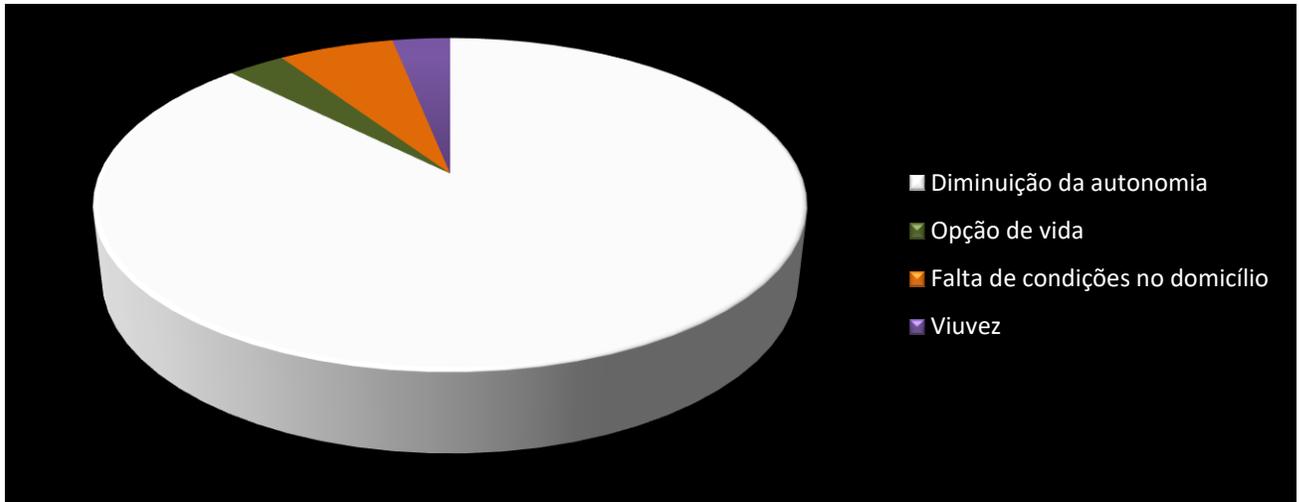


O diagnóstico mais frequente é o de Demência acometendo 19 dos 32 doentes (59.4%), entre os quais 1 utente tem diagnóstico confirmado de demência de Parkinson e 4 de demência de Alzheimer. O segundo diagnóstico mais prevalente é o de AVC implicando nos 5 (15.6%) doentes com o mesmo um quadro de demência vascular. Os restantes utentes, apesar de não terem diagnóstico referido de demência, apresentam graus variáveis da mesma conforme espelham as escalas de avaliação aplicadas pelo Estagiário.

Relativamente aos principais motivos que motivaram a Institucionalização destes idosos, os mesmos encontram-se espelhados no gráfico 5:

**Gráfico 5**

*Motivos de Institucionalização dos utentes intervencionados*



O principal motivo de admissão na AMITEI é a diminuição de autonomia para a realização das Atividades de Vida Diárias, sendo este o motivo que levou à institucionalização de 28 (87,5%) dos 32 utentes intervencionados. Dois dos utentes ingressaram na instituição por ausência de condições no domicílio, um por opção de vida escolhida por si próprio e outro por viuvez.

### **Intervenção**

O processo musicoterapêutico interventivo iniciou-se no início do mês de dezembro de 2020. O estagiário, após aplicação da ficha individual acima descrita, aplicou duas escalas de avaliação a cada utente: a Escala de Avaliação de Depressão Geriátrica (anexo 3) e o *Mini Mental State Test* (anexo 4), tendo por objetivo identificar previamente à intervenção os utentes com défices cognitivos e com alteração da memória e/ou humor.

Após a identificação dos principais problemas a intervir em cada um dos utentes, o estagiário delineou uma ficha terapêutica com o objetivo principal a alcançar no decorrer das sessões de musicoterapia.

As sessões individuais foram realizadas com uma periodicidade semanal, tanto para utentes alectuados como para utentes mais autónomos, com uma duração de 30 a 40 minutos. Cada um dos três grupos de sete elementos foi também intervencionado com sessões de musicoterapia semanais com uma duração de 40 a 50 minutos. As sessões foram previamente programadas pelo estagiário com o apoio do orientador de estágio e também de forma autónoma, com objetivos específicos definidos para cada uma das sessões, adaptados às necessidades e objetivos terapêuticos de cada utente.

As sessões interventivas foram realizadas por um período de cerca de seis meses. As sessões com doentes alectuados foram realizadas no quarto de cada um dos utentes, enquanto que as sessões individuais e de grupo dirigidas aos utentes mais autónomos foram desenvolvidas na sala comum e, por vezes ao ar livre.

A um mês do final do estágio, o estagiário iniciou um processo de explicação e preparação dos utentes para a finalização do processo terapêutico desenvolvido.

### **Avaliação**

De forma a medir a eficácia das sessões musicoterapêuticas, o estagiário aplicou, no final da intervenção as mesmas escalas aplicadas previamente ao seu início – *Mini Mental State Test* e a Escala de Avaliação de Depressão Geriátrica. O objetivo da aplicação destas escalas nestes dois momentos distintos foi o medir a evolução de cada utente após o processo musicoterapêutico desenhado personalizadamente para cada utente.

Estas escalas foram aplicadas a todos os doentes com grau de autonomia que permitisse capacidade de resposta às questões em causa. Tendo assim sido aplicados a 22 dos 32 utentes do estudo antes e no final da intervenção musicoterapêutica.

**Mini Mental State Test (MMS)**

O teste MMS tem uma pontuação variável entre 0 e 30.

O resultado no teste MMS foi avaliado de acordo com o grau de escolaridade de cada utente, tendo sido considerada presença de défice cognitivo nos pacientes que apresentaram pontuação inferior a 15 se analfabetos, inferior a 22 se cumpridos 1 a 11 anos de escolaridade e inferior a 27 se cumpridos mais de 11 anos de escolaridade.

**Tabela 3**

*Dados referentes à pontuação e presença ou não de défice cognitivo nos utentes de acordo com o MMS inicial e final dos mesmos*

MM inicial		MM final	
Pontuação	Défice cognitivo	Pontuação	Défice cognitivo
10	Sim	11	Sim
18	Sim	21	Sim
16	Não	16	Não
12	Sim	15	Sim
22	Não	22	Não
26	Não	27	Não
24	Não	25	Não
11	Sim	14	Sim
24	Não	27	Não
18	Sim	19	Sim
24	Não	24	Não
21	Sim	26	Não
29	Não	29	Não
15	Sim	16	Sim
21	Sim	23	Não
23	Não	24	Não
21	Sim	26	Não
29	Não	29	Não
27	Não	27	Não
21	Não	22	Não
28	Não	28	Não
23	Não	23	Não

Entre o total dos 22 utentes avaliados, 9 apresentaram classificações compatíveis com presença de défice cognitivo previamente ao início da intervenção Musicoterapêutica, com melhoria significativa na maioria dos utentes. Sendo que após a respetiva intervenção somente 6 utentes apresentavam pontuação compatível com défice cognitivo.

A análise estatística, através do *Kolmogorov-Smirnov Test* demonstrou distribuição normal quando comparados os valores de pontuação no MMS inicial e final em cada utente, pelo que não se exclui a hipótese nula de que existe diferença estatisticamente significativa entre o início e o final do período analisado relativamente à escala de Mini Mental State, tal como demonstrado através do *T-Student Test* com  $p\text{-value} < 0.01$ , ressaltando-se, no entanto, o pequeno tamanho da amostra analisada. Portanto, concluiu-se ter-se verificado diferença significativa entre o início e o final do período analisado relativamente à escala MMS, com global melhoria da capacidade cognitiva nos utentes estudados. Dados estes apresentados na tabela 3.

**Tabela 4**

Análise estatística entre MMS inicial e final ( *T-Student Test* )

Paired Samples Test										
		Paired Differences			95% Confidence Interval of the Difference		t	Df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower	Upper				
Pair 1	MM inicial	Final	/1.182	1.402	.299	.560	1.803	3.954	21	.001

**Escala Geriátrica de Depressão (EGD)**

A Escala Geriátrica de Depressão pontua de 0 a 15. Os resultados da mesma, foram avaliadas de acordo com as indicações apresentadas para a interpretação da mesma, ou seja, avaliaram-se utentes com pontuação entre 0 e 5 como doentes ‘sem depressão’ e os utentes com pontuação >5 como doentes ‘com depressão’.

**Tabela 5**

*Dados referentes à pontuação e presença ou não de depressão nos utentes de acordo com o EGD inicial e final dos mesmos*

EGD inicial		EGD final	
Pontuação	Interpretação	Pontuação	Interpretação
5	Sem depressão	5	Sem depressão
9	Com depressão	4	Sem depressão
2	Sem depressão	0	Sem depressão
9	Com depressão	3	Sem depressão
3	Sem depressão	8	Com depressão
2	Sem depressão	1	Sem depressão
3	Sem depressão	5	Sem depressão
5	Sem depressão	5	Sem depressão
1	Sem depressão	5	Sem depressão
5	Sem depressão	1	Sem depressão
3	Sem depressão	5	Sem depressão
3	Sem depressão	4	Sem depressão
2	Sem depressão	0	Sem depressão
3	Sem depressão	2	Sem depressão
9	Com depressão	7	Com depressão
6	Com depressão	6	Com depressão
5	Sem depressão	3	Sem depressão
0	Sem depressão	2	Sem depressão
1	Sem depressão	2	Sem depressão
3	Sem depressão	3	Sem depressão
9	Com depressão	1	Sem depressão
4	Sem depressão	5	Sem depressão

Verificou-se ausência de distribuição para os valores aferidos na EGD, pelo que se exclui a hipótese nula de que existe diferença estatisticamente significativa entre o início e o final do período analisado relativamente à escala Depressão geriátrica ( $p\text{-value}=0.37$ ), pelo Wilcoxon Test. Ou seja, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre o início e o final do período analisado relativamente à EGD.

**Tabela 6**

*Avaliação de normalidade MMS e EGD*

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test					
		MM inicial	MM Final	ECD inicial	ECG Final
N		22	22	22	22
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	21.36	22.55	4.18	3.50
	Std. Deviation	5.778	5.298	2.754	2.220
Most Extreme Differences	Absolute	.157	.141	.212	.159
	Positive	.093	.119	.212	.114
	Negative	-.157	-.141	-.142	-.159
Test Statistic		.157	.141	.212	.159
Asymp. Sig. (2-tailed)		.171c	.200c,d	.012c	.151c

**Horário Semanal****Tabela 7***Planificação semanal das sessões musicoterapêuticas*

<u>Dia</u>	<u>Segunda</u>	<u>Terça</u>	<u>Quarta</u>	<u>Quinta</u>	<u>Sexta</u>
<u>Hora</u>					
9:00 / 9:30*					
9:30 / 10:00*	D Uac	J M C Uac	A J Uac	O F Uac	A G (Si)
10:00 / 10:30*	M A M Uac	C F Uac	M V E S Uac	A G Uac	
10:30 / 11:00*	A G Uac	C S (Si)	M J S (Si)	J P (Si)	
11:00 / 11:30*					
11:30 / 12:00*	Grupo 1 (Sgrp)	H R (Si)	Grupo 2 (Sgrp)	O F (Si)	Grupo 3 (Sgrp)
12:00 / 12:30*					

Nas sessões destinadas aos doentes dependentes o estagiário executou sessões baseadas em estímulos sonoros cantados e tocados.

Nas sessões destinadas aos doentes autónomos foram privilegiados os métodos criativos e recreativos com o intuito de promover a maior interação possível por partes dos utentes.

**Procedimentos**

Os métodos preferenciais realizados ao longo de todas as sessões de musicoterapia foram: a musicoterapia humanista e a musicoterapia neurológica. As técnicas foram adaptadas diariamente a cada um dos utentes, tendo em consideração o seu estado anímico e de bem-estar, com o intuito de lhes proporcionar um momento gratificante e prazeroso. O grau de autonomia de cada utente foi sempre tomado em consideração na escolha e decisão do desenho de cada sessão efetuada.

### **Outras ações**

No decorrer do estágio, o estagiário teve oportunidade de participar de forma ativa em múltiplas datas festivas, entre as quais se destacam o Halloween, o Natal, o Dia de Reis, o Carnaval, o início da Primavera, a Páscoa e as Marchas Populares. Em cada um destes eventos o estagiário desenvolveu atividades específicas relacionadas com música com o intuito lúdico. A título de exemplo, na época natalícia, foram transmitidas aos utentes músicas relativas ao Natal, algumas das quais de cariz religioso, realizados cânticos conjuntos e elaboradas decorações de Natal. Nas Marchas Populares, os utentes elaborarão, com a ajuda do estagiário, uma letra para uma música típica dos Santos Populares, a ser interpretada e coreografada aquando das mesmas.

Ao longo do estágio, houve rotinas diárias nas quais o estagiário participou. Por volta das 14:00 horas de cada dia da semana, era hábito os utentes se reunirem na sala comum para ouvirem rezarem o Terço através de uma gravação, algumas das vezes colocada pelo estagiário. Num destes momentos o estagiário tocou e cantou o “Pai Nosso” com os utentes que ficaram agradados com a inovação.

Os utentes tiveram oportunidade passado uns meses após o período de confinamento devido à pandemia de Covid-19, de sair da instituição para ir plantar ou até mesmo espairecer na Mata dos Marrazes, que fica perto da instituição. O estagiário teve oportunidade de acompanhar os utentes nestas saídas algumas vezes.

### **Recursos materiais**

No decorrer do estágio, o estagiário utilizou os seguintes recursos:

- Instrumentos Musicais melódicos como o piano e guitarra;
- Instrumentos Musicais de percussão como tambores, maracas, pandeiretas, entre outros;
- Sistema de reprodução de som: computador, colunas, acesso à Internet;
- Outros materiais para o desenvolvimento de instrumentos feitos manualmente, tais como papel, corda, tecidos, cola, tesoura, baldes, água, areia, entre outros;
- Impressão das fichas de identificação dos utentes, assim como das escalas a utilizar.

Dado o facto de alguns dos utentes terem no seu historial um contacto próximo com a natureza e identificarem os sons da natureza como sons gratificantes para si próprios, o estagiário desenvolveu um instrumento musical colocando num suporte metálico dez campainhas de gado com timbres distintos, organizadas em escala, que utilizou nas sessões tanto com utentes alectuados quanto com utentes mais autónomos. Constatando um feedback muito positivo aquando do contacto com o mesmo.

### **Estudos de Caso**

A Musicoterapia é uma terapia que apresenta características únicas no universo das terapias não farmacológicas. É extremamente interessante a forma como os utentes reagem à música e aos diversos sons. Isto acontece porque a linguagem não-verbal, é de mais fácil expressão que a linguagem falada, permitindo assim, estabelecer canais de comunicação e a criação de vínculos de modo a tirar o máximo partido da experiência.

De seguida são apresentados dois casos de estudo, acompanhados durante o estágio, desde dezembro de 2020 até junho de 2021. Para salvaguardar a identidade dos utentes, apenas as iniciais dos nomes serão referidos.

#### **Estudo de Caso nº 1**

##### **Caracterização da Utente**

Os dados abaixo descritos foram recolhidos pelo estagiário através de conversas com a utente e da aplicação da ficha de identificação elaborada pelo mesmo.

M. J. S., de 81 anos, natural de Leiria, a residir na Amitei desde 2015. Trata-se de uma senhora com antecedentes de demência e hipertensão arterial. Foi professora primária e está reformada há vários anos. Sempre habitou em ambiente urbano. Viúva desde há dois anos. Tem um filho que a visita mensalmente. Institucionalizada por diminuição progressiva da autonomia, uma vez que a doente se encontra diagnosticada com síndrome demencial em progressão. Classificação na escala de Ranking 4, incapacidade moderada a grave. No que concerne à capacidade motora, a utente desloca-se em cadeira de rodas. É capaz de auxiliar na mudança de posição (exemplo, da cadeira de rodas para o cadeirão), dando alguns passos com ajuda de terceiros. A mobilidade do tronco, cabeça e membros superiores encontra-se preservada.

A M. J. S. encontra-se numa fase avançada da doença de modo que depende totalmente de auxílio para os seus cuidados pessoais e as suas necessidades básicas.

Quando questionada sobre os seus passatempo favoritos a utente refere que os mesmo são: tocar piano, desenhar, pintar, escrever e ler jornais.

### Identidade Musical

A M. J. S. sempre teve presente na sua vida a música, que lhe terá sido ensinada por uma professora de piano através de aulas particulares desde a sua juventude, embora não se recorde do momento exato. O seu cônjuge também tocava piano, sendo que tinham um piano no domicílio. A utente recorda com felicidade a leitura das pautas musicais. Quando questionada relativamente às primeiras memórias musicais remontadas à sua infância, a utente não se recorda de nada relativo às mesmas. Já na sua adolescência e juventude, refere que a sua música preferida é a música clássica e elege como instrumento preferencial o piano, considerando-o mesmo como o som mais gratificante que conhece. A música que refere não gostar de ouvir é aquela que classifica como “músicas barulhentas” (sic).

### Avaliação Cognitiva

A M. J. S. trata-se de uma senhora consciente, colaborante e orientada na pessoa e espaço, apresentando desorientação temporal quase permanente. A aplicação inicial do Minimal Scale (MMS) evidenciou uma pontuação de 18 valores, sendo que a utente tem seis anos de escolaridade, a mesma apresenta então défice cognitivo. Abaixo apresentam-se os cut-off considerados na avaliação do MMS.

**Tabela 8**

*“Cut-off” considerados na avaliação do MMS*

Défice cognitivo se pontuação MMS:	
Pontuação MMS	Escolaridade
Menos de 15 pontos	Analfabeto
Menos de 22 pontos	Idoso com 1 a 11 anos de escolaridade
Menos de 27 pontos	Idoso com mais de 11 anos de escolaridade

No que respeita à memória, a M. J. S. apresenta preservação da memória a longo prazo na maioria das situações testadas. No que respeita à memória a curto prazo e episódica, encontram-se ambas francamente afetadas. Tais dados são compatíveis com a demência previamente conhecidas da utente.

É ainda de referir que a utente apresenta labilidade emocional com frequentes crises de choro sem fator desencadeante aparente. Com fácies de tristezas e humor

depressivo/ansioso. Aquando da aplicação da escala geriátrica de depressão, a utente pontuou nove pontos, evidenciando processo depressivo subjacente.

O motivo pelo qual está utente foi selecionada para um processo musicoterapêutico duplo com sessões individuais e em grupo, foi a mesma apresentar um processo de demência em progressão e humor depressivo. E, em simultâneo, ser uma senhora que identificou sempre a música como fonte de bem-estar desde idade jovem, lamentando o facto de já não a ter tão presente na sua vida. Durante as primeiras conversas com a utente a mesma referia o nome da professora que a ensinou a tocar piano com satisfação, assim como da sua primeira aluna de aulas de piano que seria na altura sua vizinha.

### **Objetivos Terapêuticos**

O estagiário aplicou a ficha terapêutica que a seguir apresenta, na qual se apresentam evidenciados os principais objetivos terapêuticos a atingir durante o processo de musicoterapia.

### **Plano Terapêutico**

NOME DO UTENTE: M. J. S.

IDADE: 81 anos

INÍCIO DO TRATAMENTO: dezembro de 2020

DIAGNÓSTICO: Demência, Ansiedade, Depressão

#### **Tabela 9**

Plano Terapêutico M. J. S.

<p><b>INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:</b></p> <p>Foi professora primária; tocava piano tendo especial gosto por música clássica conhecendo vários compositores; mantém memória a longo prazo com evidência de saudades da família.</p> <p>Labilidade emocional, com frequentes crises de choro.</p>
<p><b>PROBLEMA Nº 1:</b></p>

Perda de memória a curto-prazo e episódica.		
SUB-OBJECTIVOS: Promover a capacidade expressiva e de memória.		
Recordar episódios antigos com conotação positiva associados a diferentes músicas.	Repetir acontecimentos / trechos musicais da sessão anterior para estimular sedimentação de memórias.	Criar novas memórias associando-as a memórias prévias felizes associadas à Música.
PROBLEMA Nº 2: Ansiedade – labilidade emocional com choro Fácil sem motivo despoletante		
OBJECTIVO: Promover estabilidade emocional		
SUB-OBJECTIVOS:		
Relaxamento –utilização de Musicoterapia recetiva	Promover momentos de boa disposição e bem-estar.	Diminuir a ansiedade mediante a identificação e escolha da música
PROBLEMA Nº 3: Depressão – saudades da família e outros entes queridos já falecidos, assim como da vida prévia à institucionalização.		
OBJECTIVO: Promover sensação de bem-estar geral e autoestima, com focalização nos aspetos positivos da institucionalização e melhoria da autonomia para integração nas atividades na instituição.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Recordar momentos positivos associados a Músicas.	Recordar de entes queridos falecidos associados a memórias musicais felizes.	Promover a partilha musical entre residentes.

O benefício no processo musicoterapêutico nesta utente, prende-se com o facto de, apesar de demenciada, ser possível manter preservada a memória musical. Uma vez que a memória musical é considerada parcialmente independente de outros sistemas de memórias

(áreas cerebrais distintas), a mesma encontra-se preservada na utente, podendo constituir uma forma de melhorar a restante memória afetada (a curto prazo e episódica). Diferentes aspetos da memória musical podem permanecer intactos enquanto a anatomia do cérebro e as funções cognitivas correspondentes estão prejudicadas.” O mesmo foi evidenciado pela doente quando se referiu à professora de piano e à vizinha que ensinou a tocar piano.

No que respeita ao problema número 1 (Perda de memória a curto-prazo e episódica), foi proposto o objetivo de trabalhar e/ou recordar memórias passadas através de experiências auditivas musicais. Com algumas delas experienciadas no piano, com o objetivo da utente recordar no imediato, ou até mesmo passado alguns segundos, a experiência vivida recentemente.

Com o problema número 2 (Ansiedade – labilidade emocional com choro Fácil sem motivo despoletante), o estagiário desenvolveu técnicas de musicoterapia humanista, uma vez que o objetivo deste método passa por fortalecer a autoestima, aplicar a empatia e a aceitação, as sessões desenvolvidas passavam por um contributo de bem-estar para a utente e para a melhoria da sua qualidade de vida em geral, tentando fortalecer o seu eu interno.

No que concerne ao problema número 3 (Depressão – saudades da família e outros entes queridos já falecidos, assim como da vida prévia à institucionalização), a audição de músicas de eleição para a utente, da sua adolescência, o reforçar de memórias dessa época associado a músicas da época e o cultivar da relação terapêutica, foi um dos modos de tentar combater a depressão.

### **Processo Terapêutico**

O processo terapêutico da M. J. S. desenvolveu-se ao longo de seis meses com realização de 25 sessões individuais (uma vez por semana, sendo que a utente não compareceu a algumas por se encontrar em isolamento profilático devido à pandemia pela Covid-19) e 25 sessões em grupo entre os meses de dezembro de 2020 e maio de 2021.

De uma forma geral, o intuito principal das sessões musicoterapêuticas foi privilegiar a melhoria da memória, assumindo a musicoterapia como um processo terapêutico ativo no tratamento de demências. Neste contexto foram privilegiados os métodos musicoterapêuticos humanístico e neuropsicológico. A título de exemplo é explanado de seguida o decorrer da

uma sessão inicial, uma a meio do processo terapêutico e uma sessão perto do final do processo terapêutico.

### **Sessão Individual Inicial**

Numa das primeiras sessões individuais realizadas com a utente com o objetivo primordial de relembrar memórias musicais, visto que a doente se apresentava um pouco reticente, cabisbaixa, com olhar triste, o estagiário procedeu a início à audição conjunta de música clássica que a utente havia referido como sons prediletos, de modo a fomentar a relação terapêutica e a criar um laço de confiança entre a utente e o estagiário. Posteriormente foi evidente uma ligeira alteração do estado anímico da utente, com um olhar mais feliz, mas facilmente chorosa sem motivo despoletante para tal. Num segundo momento dessa mesma sessão a utente em cadeira de rodas foi posicionada ao lado do estagiário ao piano e convidada a tocar algumas notas musicais que lhe pudessem ser familiares. Após as ter tocado, o estagiário reconhecendo a música que a mesma havia tocado “*for Elise*” de Beethoven, tocou em conjunto com a utente esse mesmo trecho musical.

A utente mostrou sinais não verbais de felicidade, tais como sorriso e olhos mais expressivos e abertos e continuou a tocar esse mesmo trecho repetidamente por iniciativa própria, desta feita sem chorar. No final da sessão foi efetuada uma reflexão crítica com a utente que se recordava de ter aprendido essa mesma música, mas desconhecia o momento e circunstâncias nas quais ocorrera tal aprendizagem. Quando questionada sobre como se sentia após a sessão manifestou-se saudosa e agradecida por poder ter tocado piano novamente, ainda que, segundo a própria, com perícia mínima. O estagiário enalteceu a sua capacidade em recordar-se da pauta musical, assim como de a reproduzir, desfazendo a ideia da utente de ausência de capacidade para tal e o sentimento de inutilidade que a mesma proferiu.

### **Sessão Individual Intermédia**

Cerca de três meses após o início do processo terapêutico, ocorreu uma sessão muito peculiar, que o estagiário descreve de seguida. A utente nesse dia apresentava-se com boa disposição, não chorosa e com vontade de participar na sessão, sendo que já se havia habituado a participar nas mesmas e as associava a um estado de bem-estar que muito foi apreciando. Esta sessão foi planeada tendo por base científica os princípios da musicoterapia

neuropsicológica. Numa fase inicial o estagiário procedeu à reprodução de algumas notas musicais no piano com o objetivo de trabalhar a memória através da repetição expandida. Esta técnica de reabilitação da memória é um método que parte do princípio de que uma informação deve ser conferida regularmente. Isso para que fique ancorada permanentemente na nossa memória.

O estagiário reproduzia então uma sequência de notas musicais que a utente repetiu no piano (instrumento familiar e de eleição da mesma), primeiro de imediato e posteriormente testada com gradativo aumento de intervalo de retenção. Em cinco momentos previstos para a repetição das respetivas notas musicais sequenciais reconhecidas pela utente, a mesma foi capaz de as repetir na primeira vez de imediato, na segunda vez com cerca de 15 segundos de intervalo. Numa terceira tentativa já com 20 segundos de intervalo em relação ao momento de audição inicial a utente apresentou já alguma dificuldade em lembrar todas as notas. Com maior dificuldade e erro de reprodução com o aumento gradual do tempo.

Com o objetivo de melhorar a capacidade de memória este mesmo trecho musical foi lembrado no início de várias sessões. O mesmo foi feito com letras de músicas cantadas pela utente com a finalidade de ancorar memórias, com progressiva melhoria desta capacidade com o decorrer das sessões.

Na reflexão final desta sessão a utente manifestou algum desagrado em não conseguir reproduzir as notas musicais propostas no exercício com o tempo mais espaçado. O estagiário, por sua vez, tentou mostrar o lado positivo à utente congratulando-a pelas vezes em que foi capaz de o fazer, motivando um sorriso no rosto da mesma.

### **Sessão Individual Próxima do Final do Processo Terapêutico**

Já numa fase mais avançada do processo terapêutico foi realizada a seguinte sessão: A utente apresentava-se uma vez mais bem disposta e com vontade de participar na sessão. A mesma iniciou-se com um breve diálogo com a utente para perceber o estado de espírito da mesma e evolução em termos psicológicos e físicos.

Procedeu-se de seguida ao canto pelo estagiário da música de Boas-Vindas intitulada “Olá”. A mesma foi posteriormente repetida pela técnica de “Humming” improvisada com

guitarra durante a qual a utente se recordou de algumas partes da letra da música previamente cantadas. Numa terceira fase a utente cantou em conjunto com o estagiário a música completa alternando letra e “humming”.

No final da sessão a utente demonstrou novamente uma satisfação moderada, valorizando sempre o que não consegue fazer em detrimento daquilo que consegue alcançar. Esta ideia foi uma vez mais desmontada pelo estagiário elogiando o seu progresso desde o início das sessões terapêuticas.

### **Sessões em Grupo**

Em meados do mês de março de 2021, foi utilizada para promoção de início da sessão tal como realizado comumente pelo estagiário o canto conjunto da música “Olá”. Cujas finalidades são abrir a sessão de forma interativa e promover a socialização e a memória musical.

Numa segunda fase da sessão foi desenvolvida uma atividade em que o objetivo primordial foi a promoção da coesão de grupo, através do trabalho em equipa.

Foi distribuído um pano de grandes dimensões segurado pelos utentes participantes que se encontravam dispostos em roda e colocado um balão de ar encima do mesmo. Enquanto passava uma música conhecida pelo mesmo objetivo era em equipa movimentar o pano, mantendo o balão encima do mesmo, sem que caísse ao chão. O grau de dificuldade foi aumentado de forma progressiva através de música progressivamente mais ritmada e da colocação de mais balões encima do pano.

A sessão foi finalizada com um diálogo entre os utentes sobre o que retiraram da sessão. Destacando-se a opinião dada pela utente M.J.S. que referiu ter sido uma atividade divertida, diferente e ao mesmo tempo “cansativa” (sic) o que a tornou mais interessante, uma vez que a utente se sentiu capaz de a desenvolver durante todo o seu processo. Sentindo-se satisfeita com a mesma. A opinião foi partilhada pelos outros utentes intervenientes, tendo o objetivo da sessão sido cumprido para satisfação mútua do próprio estagiário.

### **Conclusão do caso**

No final da intervenção musicoterapêutica realizado com a M. J., e após análise audiovisual das sessões e registos de observação, foi possível determinar que os objetivos propostos pelo estagiário no plano terapêutico inicial, foram alcançadas, uma vez que a M. J.

melhorou o seu humor nas sessões, participou ativamente nas mesmas, recordou memórias que tinha esquecido e apresentou melhoras na parte cognitiva, tendo obtido um score mais elevado no *Mini mental State Test* que foi feito no final da intervenção que aquele que fez no início de 18 pontos para 21, que evidencia uma melhora significativa a nível cognitivo.

Foi cultivada uma relação terapêutica, e a musicoterapia foi uma importante forma de melhorar o humor, deixando de apresentar, depois das sessões iniciais a labilidade emocional e as frequentes crises de choro com que o estagiário se deparou nas sessões iniciais.

## **Estudo de Caso nº 2**

### **Características da Utente**

Na fase inicial, procedeu-se ao levantamentos de informações acerca do utente, através do diálogo com o mesmo e através da equipa técnica, bem como a aplicação de escalas, tais como o mini-mental e a escala geriátrica de depressão. São visíveis no utente as suas limitações físicas, assim como os sintomas da doença de Parkinson.

J.P., 79 anos, de profissão vidreiro, exercendo atividade profissional no concelho de Leiria. Da sua história pessoal, aquando das entrevistas com o Estagiário, o utente referiu ter tido duas companheiras de vida, que recorda com saudade.

Refere-se à sua infância com nostalgia, lembrando-se de gostar de brincar ao “pião”, ao “berlinde” e à “malha”. Sendo a sua época áurea a vida escolar da qual muito gostava. Com apenas 19 anos de idade mudou de País e foi morar para a Alemanha, à procura de melhores condições de vida e oportunidades, onde viveu durante 15 anos. Associa o tempo em que lá viveu a muitos momentos de felicidade que relaciona com as oportunidades que teve em conhecer várias pessoas. Manifesta especial gosto na comunicação, sendo um poliglota, dominando o português, espanhol, grego e alemão. Manifesta gosto pelo contacto com crianças, sendo que tem duas filhas e cinco netos que o preenchem a nível emocional.

Institucionalizado por ausência de condições no domicílio em 2014, a sua condição física tem vindo a piorar desde então. Classificação na escala de Ranking 4, incapacidade moderada a grave. No que concerne à capacidade motora, o utente desloca-se em cadeira de rodas, se colocado na mesma, não conseguindo auxiliar nas transferências. A mobilidade do tronco, cabeça e membros superiores encontra-se preservada com algumas limitações por causa da doença de Alzheimer.

### **Motivo de Encaminhamento para o Processo Musicoterapêutico**

O motivo pelo qual este utente foi selecionado para um processo musicoterapêutico através de sessões individuais foi o facto de apesar do grande gosto pela comunicação e ensino o utente se sentir isolado e sem estímulos, acarretando algum défice cognitivo em progressão e passando a maior parte dos dias na cama sozinho.

Durante os primeiros contactos do Estagiário com o utente mostrou boa disposição aparente e comunicativo. O processo Musicoterapêutico foi-lhe então apresentado e explicado pelo Estagiário, tendo o utente reagido com agrado e interesse.

### **Identidade Musical**

O J. P. apesar de nunca ter participado em nenhum grupo musical ou aprendido qualquer instrumento, manifesta especial interesse pela Música Popular Portuguesa, folclore e música alemã. Associando várias músicas a momentos relevantes da sua vida. Aprecia a audição musical, no entanto sem grande interesse no canto ou execução de instrumentos. Após consentimento do próprio, o mesmo foi encaminhado para as sessões de musicoterapia.

### **Avaliação Cognitiva**

O J. P. trata-se de uma senhor consciente, colaborante e orientado na pessoa, tempo e espaço. Muito comunicativo. Expressando-se sem quaisquer dificuldades e com grande apetência para o ensino.

A aplicação inicial do MMS evidenciou uma pontuação de 21 valores, sendo que o utente tem cinco anos de escolaridade, o que mostra défice cognitivo. No que respeita à memória, o J. P. apresenta preservação da memória a longo prazo, curto prazo e episódica. A aplicação da Escala Geriátrica de Depressão revelou um total de 3 pontos, sem depressão.

### **Objetivos Terapêuticos**

O estagiário aplicou ao utente a ficha terapêutica que a seguir apresenta, na qual se apresentam evidenciados os principais objetivos terapêuticos a atingir durante o processo de musicoterapia.

**Plano Terapêutico**

NOME DO UTENTE: J.P.

IDADE: 79 anos

INÍCIO DO TRATAMENTO: dezembro de 2020

DIAGNÓSTICO: Demência, Solidão

**Tabela 10**

*Plano Terapêutico J. P*

<p><b>INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:</b>                  Foi vidreiro. Trabalhou 15 anos na Alemanha no seu ofício como vidreiro.                  Apresenta sinais claros de solidão e défice cognitivo ligeiro.                  Passa a maior parte dos dias na cama.                  Gosto pela música popular portuguesa, folclore e música alemã.</p>	
<p><b>PROBLEMA Nº 1:</b>                  Défice cognitivo ligeiro</p>	
<p><b>OBJECTIVO:</b>                  Desenvolver aspetos da memória, recorrendo a metodologias de Neuromusicoterapia.                  Promover a expressividade.</p>	
<p><b>SUB-OBJECTIVOS:</b></p>	
<p>Utilizar a música como veículo de interação, gerando momentos agradáveis.</p>	<p>Recorrer à audição de músicas preferidas pelo utente para recordar memórias prévias.</p>
<p><b>PROBLEMA Nº 2:</b>                  Solidão</p>	
<p><b>OBJECTIVO:</b>                  Promover contacto e interação com outros utentes, profissionais da instituição incluindo o estagiário musicoterapeuta.</p>	
<p><b>SUB-OBJECTIVOS:</b></p>	

Utilização da Música como meio de interação.	Estimulação externa com intuito de criar momentos de satisfação.	
<p>Problema nº 3:</p> <p>Doença de Parkinson – enrijecimento dos membros que comprometem os movimentos dos membros superiores e inferiores.</p>		
<p>OBJECTIVOS:</p> <p>Diminuir o enrijecimento dos membros que ainda oferecem resistência à doença de Parkinson.</p>		
<p>SUB-OBJECTIVOS:</p>		
Facilitar movimentos dinâmicos. “soltar-se” nos seus movimentos ao som da música componente do seu ISO.	Promover a motricidade fina e global a partir de execução de instrumentos musicais na tentativa de movimentar os membros superiores.	

O potencial benefício no processo musicoterapêutico deve maioritariamente à condição de isolamento que este utente ultrapassa na instituição e na forma avançada em que a demência já se encontra assim com os níveis de ansiedade, tal como a doença de Parkinson.

No que respeita ao problema número um, a presença de um défice cognitivo ligeiro levou o estagiário a utilizar técnicas de musicoterapia neurológica, uma vez que na reabilitação cognitiva, a utilização terapêutica da música pode funcionar como um elemento que aciona a memória e o acesso a informações, mostrando ser uma ajuda preciosa para utentes com danos cerebrais e/ou neurológicos.

No problema identificado como problema número dois, a solidão, as técnicas de musicoterapia humanista foram as com foco na improvisação e audição de músicas que fazem parte do ISO do utente.

No problema número três, “Doença de Parkinson – enrijecimento dos membros que comprometem os movimentos dos membros superiores e inferiores”, as técnicas de musicoterapia neurológica foram novamente postas em prática, uma vez que a escuta e

improvisação de canções com instrumentos de percussão, permite que sejam empregues recursos para recuperar funções reflexivas que impeçam o avanço da doença, prologando o mais possível a função do membros superiores.

### **Processo Terapêutico**

No decorrer deste processo, foram tidos em conta os objetivos propostos para as sessões com o utente J. P, recorrendo a técnicas e estratégias musicais, os quais foram alcançados quase na totalidade. O processo terapêutico da J. P. foi desenvolvido ao longo de seis meses com realização de 22 sessões individuais (uma vez por semana, sendo que a utente não compareceu a certas sessões por se encontrar em isolamento profilático devido à pandemia pela Covid-19 e por um episódio breve autolimitado de agravamento do seu estado de saúde, com necessidade de hospitalização).

O utente foi bastante recetivo ao que era proposto pelo estagiário, considerando fácil a criação de uma relação terapêutica, ultrapassando facilmente quaisquer barreiras que pudessem ser consideradas. Foi criado um espaço de acolhimento, onde o utente se pôde exprimir e relatar algumas das suas aventuras.

### **Sessão Individual Inicial**

Inicialmente trabalharam-se os objetivos propostos no combate à solidão. A “canção do Olá” foi uma das propostas de abertura das sessões, bem recebida pelo utente, que movia as mãos ao som da música, acompanhando o estagiário com instrumentos já pouco depois das sessões iniciais. Estava então criada a relação terapêutica para o desenvolvimento pleno das sessões de musicoterapia. A audição de música pertencente ao ISO do utente e o conhecimento desse mesmo ISO através dos dados recolhidos através da Ficha Musical, facilitou o desenrolar das sessões que eram previamente preparadas, não coincidindo por vezes o que estava planeado para a sessão, com o que se desenvolveu na sessão, em que por vezes eram trazidos outros temas ou outras formas de música, dando o mote para a comunicação não-verbal.

A comunicação não verbal manteve-se e interpretou-se que um dos objetivos propostos para o problema número um, o combate à solidão, poderia ter sido atingido, uma vez que o utente participava nas sessões abertamente, pedia músicas, e tinha ali o seu espaço para se

expressar e ter acesso a recordações que permitissem atingir um bem-estar mais prolongado, uma vez que os efeitos da música podem durar de horas, até dias.

Este processo inicial foi interrompido no mês de janeiro devido à Pandemia de SARS-CoV-2, o que obrigou aos utentes uma quarentena de uma semana nos seus respetivos quartos e uma semana de estágio interrompido.

### **Sessão Individual Intermédia**

No reinício das sessões de musicoterapia, o estado de saúde de J. P. piorou, o que o obrigou a ser hospitalizado, e a uma outra quarentena de uma semana, retomando assim as sessões de musicoterapia duas semanas depois, já no início de março. Um pouco debilitado, J. P. era com prazer que comparecia nas sessões de musicoterapia, dizendo “sentir falta de uma boa música” (sic). Nesta retoma, o estagiário apresentou ao utente música alemã, música esta que esteve presente na vida do utente nos anos de emigrante. A reação corporal do utente muda, e os membros superiores não param no lugar, em que o utente faz uma apreciação positiva do momento: “faz-me lembrar as festas na Alemanha com os amigos que fiz lá!” (sic).

Com a afirmação anterior, reforça-se a relação terapêutica e também a confiança na escolha das músicas a vivenciar nas sessões. Com vista a uma possível recuperação física depois do internamento de J. P. foram implementadas pelo estagiário técnicas de musicoterapia neurológica, com o intuito de trabalhar na área da motricidade fina, uma vez que estava bastante afetada devido à falta de estímulos dos membros superiores, proporcionando situações de exploração motora e favorecendo a reabilitação sensório-motora., trabalhando assim no problema número três.

Neste caso a musicoterapia foi usada para trabalhar a força física e amplitude de movimentos dos membros superiores, fazendo uso de técnicas musicais como marcação rítmica de modo a facilitar o movimento, ordens verbais como “para baixo, para cima, frente e trás”, exploração de instrumentos musicais, do corpo e movimento através de padrões rítmicos, contribuindo assim para a melhora de atividades da vida diária como por exemplo, alimentar-se sozinho.

### **Sessão Individual Próxima do Final do Processo Terapêutico**

Os géneros mais utilizados nas sessões de musicoterapia com J.P. foram a música tradicional portuguesa, música tradicional alemã e Fado. A partir da 15 sessão, J. P. já reconhece algumas das músicas e pede para ouvir músicas já usadas em sessões prévias. Com o passar do tempo a condição do utente tende a piorar, sendo mais difícil de continuar com as sessões de musicoterapia onde se dava prioridade ao estímulo dos membros superiores, uma vez que as dores já se acentuavam. Desta forma, foi dada continuidade ao combate à solidão e ao estímulo cognitivo. O estagiário construiu um instrumento musical com sinos numerados de 1 a 10, em que tocava sequências de 3 a 5 sinos, tendo de repetir de seguida o utente. Este exercício musical pretende trabalhar a memória, a atenção e o tempo que o utente demora a processar a informação e a devolvê-la. O mesmo exercício foi testado ao piano, mas era feito com muita dificuldade por parte do paciente.

Ao longo das restantes sessões, o utente já acertava um número considerável de sequências tocadas pelo estagiário, dando assim por atingido o objetivo proposto para o problema número um, declínio cognitivo.

### **Conclusão do Caso**

Os resultados finais advêm de um progresso ao longo do plano terapêutico e da envolvimento do terapeuta e do utente nas sessões de musicoterapia. Criaram-se canais de comunicação e cultivou-se a relação terapêutica que deixou à vontade J. P. no decorrer das sessões. Mostrou ser um utente participativo, bom ouvinte e também bom comunicador.

Tornou-se evidente a melhoria da sua disposição ao longo das sessões, bem como do movimento de um dos membros superiores que, em conjunto com a equipa técnica, nomeadamente da fisioterapia, vez com que J. P. conseguisse de novo comer a sopa sozinho. Consegue-se, assim, concretizar um dos objetivos terapêuticos propostos inicialmente, atrasar o enrijecimento dos membros que ainda oferecem resistência à doença de Parkinson.

### **Outros Casos**

Para além dos casos de estudo apresentados anteriormente, também foram realizadas mais intervenções com os utentes da Amitei durante o período em que o estágio decorreu.

#### **Caso – A. D.**

O senhor A. D. tem 97 anos, natural de Leiria e está institucionalizado desde 2007. Quando o estágio decorreu o senhor A. D. já se encontrava acamado, não efetuando levante em nenhum momento do dia, o que implicava passar o dia no seu quarto apenas com televisão ou rádio ligados.

Ao longo de todo este processo terapêutico foram realizadas sessões de musicoterapia num total de 24 sessões, na sua grande maioria com base na escuta musical e na estimulação sensorial e sonora. Nas sessões o estagiário tocava, cantava e recriava músicas, junto a cama em que o utente se encontrava e sempre vigilante a possíveis reações por parte de A. D. O estagiário apercebeu-se que quando as músicas eram do agrado do utente, este abanava a cabeça em sinal positivo e tentava bater palmas, mesmo com a sua mobilidade muito reduzida e balbuciava pequenas palavras com o estagiário que este interpretou como sendo “bom” e “muito bem”. A reação do utente à “Musica do Olá” também era interessante, uma vez que o utente tentava acompanhar o estagiário mesmo que não se percebesse muito bem o que o A. D. quisesse dizer.

Do ponto de vista terapêutico, a musicoterapia atuou como uma forma de amparo, companhia, uma vez que o utente passa o dia no quarto juntamente com outro utente, mas sem comunicação entre ambos.

#### **Caso M. A. M.**

M. A. M. é uma senhora de 96 anos de idade, natural de Leiria, institucionalizada desde 2014 por estar acamada e sem condições no domicílio para se manter lá.

Este processo terapêutico foi um pouco ingrato, no sentido de não se ter obtido nenhuma reação relevante durante as sessões de musicoterapia desenvolvidas ao longo do estágio. A utente encontrava-se acamada, sem comunicar, em que apenas lhe eram servidas as refeições pelas auxiliares e era efetuada a higiene pessoal sem sair da cama.

Este processo desenvolveu-se durante todo o estágio num total de 23 sessões com base na escuta musical e estímulos sonoros com diferentes instrumentos, de forma a proporcionar companhia e “presença” de alguém ao lado da utente, uma vez que esta não saia do quarto onde permanecia todo o dia.

**Caso A. G.**

A. G. é natural de Coimbra, tem 82 anos, era costureira, diagnosticada com AVC e hérnias, está acamada e institucionalizada desde 2016. Comunica, expressando-se com alguma dificuldade e com mobilidade dos membros superiores bastante reduzida.

Durante todo o processo terapêutico, A. G. sempre se mostrou muito interessada em ouvir músicas, quer interpretadas pelo estagiário, quer através de uma coluna de som pela qual a utente ouvia fado, um dos seus estilos preferidos, conversando um pouco no fim de cada música sobre o que achava dela e que esta lhe transmitiu enquanto a ouvia. A utente dizia então recordar-se dos seus tempo de adolescência, dos bailaricos do bairro e por vezes, a muito custo, tentava cantar músicas das quais se recordava, mas desistia a meio porque não conseguia expressar-se como queria.

Como descrito acima no enquadramento teórico, o estagiário optou por uma variante humanista da musicoterapia, com tendência para a espiritualidade e na confiança na relação entre a música e o ser humano, proporcionando momentos de bem estar e de boas recordações junto da utente.

**Caso J. M. C.**

J. M. C. está institucionalizado desde 2014, acamado, sofre de hipoacusia e é invisual. Tem 98 anos e sempre trabalhou na agricultura. Teve um problema de saúde grave que o tornou invisual. Este utente faz levante e por vezes é deslocado no cadeirão para sala comum da Amitei.

O processo terapêutico desenvolvido ao longo do estágio, foi concretizado sempre no quarto do utente. Com pouco estímulo proporcionado, o estagiário tocava e cantava para ele e no final de cada música, “muito bem”, “boa malha”, “sim senhor” (sic) eram as palavras mais proferidas pelo utente. A música “Não Venhas Tarde” de Carlos Ramos, era uma das preferidas do utente, então o estagiário, obtendo esta informação por parte da equipa técnica por vezes utilizava a coluna de som para o utente ouvir a sua música preferida, a qual ele cantava, mas sem se recordar da letra.

Depois das palavras que eram proferidas pelo J. M. C. ao longo das sessões, podemos dizer que os objetivos propostos para os utentes acamados ao longo do estágio, foram cumpridos, na área do bem-estar, na área estímulo-sensorial e na área de conforto.

### **Caso C. F.**

C. F. é uma utente acamada, de 96 anos de idade, natural do Bombarral, e sempre esteve ligada à agricultura. A falta de condições no domicílio levou a que fosse institucionalizada em 2015.

Dada a pouca comunicabilidade que esta utente apresentou, apenas o contacto ocular era mantido durante as sessões de musicoterapia. A sua postura pouco reativa perante a música, era contrária ao contacto ocular que a utente evidenciava. Aquando de músicas do seu interesse como “oh rama oh que linda rama”, “a mariquinhas”, o seu olhar abria e abanava a cabeça em tom de satisfação. Ao longo das sessões estas músicas eram então apresentadas depois da “Música do Olá”, e a reação esperada era sempre a mesma, um olhar grande e o tom prazeroso perante a música.

Em relação terapêutica, podemos dizer que a musicoterapia proporcionou bem-estar emocional na utente ao longo das 25 sessões em que participou.

### **Caso A. J.**

A. J., acamada, tem 87 anos e é natural de Leiria. Sofre de Hemiparesia, ou seja, paralisia parcial de um lado do corpo.

Ao longo das 23 sessões em que a utente participou, esta mostrou sempre uma certa indiferença ao que estava a acontecer na sessão. Preservava sempre um olhar distante, seguia por vezes o estagiário com o olhar, mas sem alguma expressão emocional ou física que se fizesse notar. Foram usados instrumentos de percussão, guitarra, melódica, mas sem nenhuma resposta concreta por parte da utente.

Terapeuticamente, tentou-se estimular a utente, tentando obter uma resposta, um meio de comunicação ou até um sinal de rejeição, o que não aconteceu. Uma vez que a utente não consegue comunicar e dada a sua reduzida mobilidade dos membros superiores, o estagiário

interpreta os resultados como uma experiência positiva, pois nem todos os utentes são iguais, nem todos reagem da mesma forma à música.

### **Caso M. V. E. S.**

M. V. E. S. é uma utente acamada, não faz levante e está institucionalizada desde 2013. Foi doméstica e é natural de Leiria.

A intervenção terapêutica neste caso incidiu na promoção do bem-estar, conforto e companhia. Uma vez que a utente passava os dias no seu quarto de duas pessoas, em que a outra pessoa apenas ia lá dormir. Com estímulo sonoro excetuando a televisão, a musicoterapia permitiu momentos de companhia à utente em que reagia sempre com um sorriso quando o estagiário entrava pelo quarto. Como já dito anteriormente, uma atitude humanista permite proporcionar ao utente e ao estagiário sessões únicas e descontraídas.

### **Caso O. F.**

O. F., uma utente acamada, institucionalizada desde 2015, perdeu a sua total autonomia. Alimenta-se por sonda nasogástrica, não comunica e mantém sempre um olhar longínquo, sem contacto.

Esta utente, devido ao seu estado de saúde grave, não efetua levante, permanecendo o dia todo no quarto onde está com mais duas pessoas. Tem também uma peculiaridade que tornou este processo terapêutico um pouco diferente. A utente, num intervalo espaçado de tempo, manda um grito alto que durava cerca de 2 a 4 segundos. Por vezes o estagiário interrompia a música aquando deste episódio. O estagiário tentou então, que durante as sessões, esse grito não fosse emitido pela utente. Foi preciso esperar quase até final do estágio para que tal tivesse acontecido. A utente passou 25 minutos da sessão número 14 sem emitir um grito.

Fica a dúvida se a musicoterapia resultou a área do relaxamento, ou se foi uma coincidência. Até ao final do estágio, o mesmo voltou a acontecer duas vezes, na sessão 17 e 21.

**Caso C. S.**

C. S. é uma utente com 50 anos diagnosticada com Síndrome de Down. É uma utente ativa, que participa nas atividades propostas com uma particularidade de gostar imenso de música.

Foi encaminhada para a Musicoterapia pelo Animador Sociocultural, e iniciou a musicoterapia em janeiro de 2021. Nas primeiras sessões mostrou-se um pouco retraída, mas sempre com o olhar focado no piano ou na guitarra. A “canção do Ola” permitiu criar o início da relação terapêutica, ao jeito de pergunta e resposta, C. S. foi baixando a guarda e respondia ao estagiário dizendo “bom dia”, “estou bem, obrigada” (sic).

No piano eram tocadas músicas infantis e músicas populares portuguesas.

Terapeuticamente, podemos dividir o processo em duas fases. Numa primeira fase, o estagiário cantava e tocava as músicas, enquanto C.S. acompanhava cantando as músicas. C. S. ouvia primeiro a música com atenção, e se a conhecesse, acompanhava cantando a letra da canção, sabendo imensas músicas, mas a ter de ser estimulada para que conseguisse cantar também.

Num segundo momento, o estagiário optou por tocar apenas as músicas sem cantar, à espera de que C. S. se recordasse e cantasse as músicas, mas com resultado negativo. O estagiário optou então por dizer apenas as primeiras palavras das músicas à espera de que C. S. continuasse, mas quando o estagiário se calava, C. S. também se calava. Depois de algumas tentativas, sessões depois, C. S. já começava a cantar apenas ao ouvir as músicas no piano, sem necessitar de ouvir as primeiras palavras das músicas, acompanhando com o piano, ao ritmo da música com notas soltas.

Aqui a musicoterapia teve um papel de assimilação de memórias, de estimulação e de momentos prazerosos, dados os sorrisos que C. S. fazia quando as canções terminavam.

**Caso A. G.**

A. G. era costureira, natural de Leiria, esta na instituição desde 2017. Com a perda de autonomia, está acamada num quarto com mais duas pessoas. Não comunica, apesar de tentar expressar-se.

Era comum o estagiário chegar ao quarto para as sessões e ela começar a mandar beijinhos e tentar bater palmas. Ao longo das 23 sessões realizadas a A. G. mostrava-se feliz com o momento proporcionado, tentando expressar-se no final de cada música, mas era

imperceptível o que ela dizia. Chegou várias vezes a adormecer durante as sessões de musicoterapia, enquanto que noutra sessão chegou a bater com a mão na guitarra ao som da música “oh Laurindinha”, episódio que aconteceu apenas uma vez durante o processo terapêutico, sendo o mais marcante desta utente ao longo de todas as sessões.

### **Intervenções em Grupo**

Durante realização deste estágio, também foram formados três grupos de intervenção musicoterapêutica. Com sessões iniciadas em janeiro, cada grupo participava numa sessão por semana.

Em cada sessão era feito o seu registo, quer a nível grupal e a nível individual.

Os grupos eram compostos, maioritariamente, por utentes autónomos, que passavam o dia na sala de estar, ou a ver televisão, ou em atividades proporcionadas pela animadora sociocultural.

#### **Caso Grupo I**

O primeiro grupo, composto por 7 utentes com idades entre os 60 e os 104 anos, dois do sexo masculino e cinco do sexo feminino, teve a sua primeira sessão dia 11 de janeiro, em que foi esclarecido o que iria acontecer nas sessões, o intervalo em que iriam acontecer e uma conversa sobre o estilo de música que mais agradava a cada elemento do grupo, sendo que no final havia muitos estilos e gostos partilhados entre eles, embora a interação entre eles fora das sessões fosse mínima.

As sessões com o grupo I ocorreram com um intervalo semanal, à segunda-feira de manhã.

Na fase de observação, o estagiário deu-se conta que os utentes eram expostos a vários estímulos diferentes ao longo da semana, havendo uma certa resistência a atividades mais criativas.

Os elementos pertencentes a este grupo, apresentam autonomia física, todos eles diagnosticados com algum tipo de demência, uns mais acentuados e progredidos que outros.

No total, foram contabilizadas 19 sessões com este Grupo I.

Uma das características deste grupo era o gosto partilhado entre todos por fado e pelas marchas populares, o que permitiu ao estagiário uma fácil seleção de músicas pertencentes ao ISO grupal que ali se iria formar. As sessões de musicoterapia revelaram interferência nos dados correspondentes à qualidade de vida e nos sintomas de depressão. As técnicas musicoterapêuticas permitiram verificar nos idosos mostrar quais as suas dificuldades, tanto a nível físico como a nível cognitivo.

Um dos problemas afeto a todos os elementos do grupo, é o isolamento social e a falta de memória. Apesar de estarem todos na mesma sala durante a maior parte do dia, a comunicação entre os utentes chega a ser mínima e o silêncio só é substituído pela televisão e pelo “ruídos” normais da instituição. Surge então um desafio para o estagiário, combater esse isolamento, incentivando a interação social entre os utentes e ao mesmo tempo, substituir o silêncio da sala de estar, que era o local onde decorriam as sessões de grupo, por momentos musicais agradáveis, em que os utentes se puderam libertar, cantar e arrancar sorrisos na sala e ter momentos de descontração.

Foi criado um sentido de grupo, em que em certa fase um utente diz: “já podemos sair e cantar os reis”, “pena essa data já ter passado, os jovens já não querem saber”, “seria uma experiência diferente”, “já fazemos uma banda”. Mas devido à situação de pandemia que atualmente atravessamos, não era de todo possível sair da instituição com os utentes para partilhar tal experiência.

Este sentido de grupo era apoiado pelas decisões que eram tomadas e pela aceitação entre os utentes nas escolhas musicais que cada um fazia, sendo raro o momento em que algum utente contrariasse as escolhas. Criou-se então aqui uma identidade grupal que se apoiavam nas escolhas que faziam entre eles e na satisfação que os membros do grupo sentem nas escolhas.

Foi visível para o estagiário que a Musicoterapia de grupo nas ERPI’S, como uma terapia não farmacológica, pode favorecer a qualidade de vida dos utentes. Através da música, os utentes puderam expressar-se, cantar, ouvir o próximo, relembrar memórias passadas e antigas vivências pessoais, proporcionando assim, um bem-estar físico e emocional.

Nos dados obtidos na comparação das avaliações do mini-mental teste State e da escala geriátrica de depressão e na ficha de observação individual de respostas, apresentada em anexo 1, pode-se concluir que as sessões de musicoterapia tiveram influência em aspetos como a qualidade de vida, a memória e nos sintomas depressivos em alguns utentes deste grupo, dando assim, por alcançados os objetivos propostos inicialmente para este grupo.

**Tabela 11***Elementos do Grupo I*

Nome	Idade	sexo	Data de institucionalização	Sessões (Nº)
F. V.	88	M	2017	17
M. J. S.	81	F	2015	18
B. C.	104	F	2014	18
S. C.	60	F	2017	18
J. L.	96	F	2014	18
J. G.	78	M	2016	18
V.	89	F	2016	17

## Caso Grupo II

O grupo II era constituído por elementos do sexo feminino, com um intervalo de idades compreendido entre os 51 e os 95 anos de idade e realizaram-se 18 sessões.

No início da intervenção, alguns dos elementos mostraram alguma resistência na participação das sessões, mas com a ajuda dos restantes elementos, iam-se se juntavam a sessão. A “música do olá” era cantada por todos em unísono, sendo um momento referenciado por alguns dos elementos como sendo “um momento divertido e prazeroso” e de bens vindas à sessão e ao grupo.

O estagiário optou por trabalhar a coesão de grupo, uma vez que este continha elementos em que a sua relação social não era a mais saudável. Ora porque se fala alto, ora porque não se concorda com a opinião, então esta relação manteve-se até ao final da intervenção, uma vez que esta relação difícil já vinha de há muito tempo.

A utente C. S. era o centro das atenções, uma vez que era a mais nova utente da ERPI e sofria de Trissomia 21, acabando por muitas das sessões serem dirigidas para ela, para que ela cantasse e se exprimisse, depois o grupo acompanhava.

Ao longo da intervenção, o estagiário foi-se dando conta que já todo o grupo não só cantava as canções da C. S., mas como também já expunham os seus gostos ao grupo, o que por vezes essas ideias não eram bem recebidas por parte dos elementos mais resistentes, mas que acabavam por aceitar, atingindo assim, um dos objetivos propostos na eficiência de grupo, que se pode medir objetivamente por um número de tarefas concluídas ou problemas resolvidos.

As atividades de improvisação musical eram uma das preferidas de todos os elementos, uma vez que apreciavam o facto de fazerem sempre coisas diferentes nas sessões. Houve também lugar para o canto com a temática do fado, exteriorização de sentimentos e evocação de memórias através de músicas escolhidas pelos elementos do grupo. Neste grupo foi também usado tabelas de medição tais como o mini mental State test, escala geriátrica de depressão e a ficha de observação individual de respostas. Podemos concluir que a musicoterapia neste grupo obteve uma apreciação positiva por parte dos seus elementos, e com resultados positivos no que diz respeito à cognição e à memória.

Atividades de concentração tais como o bingo musical, preencher uma letra de uma música com espaços em branco, lembrar letras de música, foram atividades apreciadas e bem sucedidas pelo grupo.

**Tabela 12**

*Elementos do Grupo II*

Nome	Idade	sexo	Data de institucionalização	Sessões (Nº)
L. N.	82	F	2013	18
O. F.	95	F	2014	17
C. S.	51	F	2015	18
M. A.	81	F	2014	16
A. G.	76	F	2013	17
G. A.	85	F	2015	18
M. A. N.	85	F	2016	18

### Caso Grupo III

O grupo III, constituído por 7 elementos, quatro do sexo feminino e três do sexo masculino, o mais equilibrado de todos, apresenta utentes autónomos e não autónomos, com idades compreendidas entre os 63 e os 93 anos de idade, contabilizando na intervenção um total de 18 sessões de musicoterapia.

Num momento inicial, este grupo muito motivado, julgava que as sessões iriam ser passadas a cantar e a tocar, uma vez que observam o estagiário com a guitarra e com o setting de instrumentos montados ao centro do círculo que era formado nas sessões. Uma vez explicado a propósito das sessões, a informação foi bem recebida e as sessões correram sempre de feição com as atividades propostas a serem bem recebidas e executadas com participação e boa disposição.

O fado e o cante alentejano eram os estilos preferidos dos utentes, era regular, neste grupo o estagiário por a tocar um fado enquanto os utentes ouviam, e de seguida tentar cantar sem ajuda do áudio, apenas com a letra da música. Neste aspeto, funções como a memória, o canto, a exteriorização de sentimentos, eram trabalhados ao longo das sessões, o que mostrou resultados positivos nas avaliações feitas pelo estagiário antes e após a intervenção.

**Tabela 13**

*Elementos do Grupo III*

Nome	Idade	sexo	Data de instituc.	Sessões (Nº)
M. J. G. M.	87	F	2016	18
H. C.	63	F	2011	17
M. M. M.	84	F	2013	18
M. M. P.	93	F	2014	18
A. M.	86	M	2017	18
J.A..	93	M	2017	17
I.L..	78	M	2010	18

### Discussão

Lana (2009) referiu existir uma grande incidência de doenças inerentes à idade, tais como as demências. De acordo com este pressuposto, o presente trabalho teve por principal objetivo prevenir a progressão da demência na população intervencionada, proporcionando um envelhecimento ativo e capacitando os utentes de modo a se sentirem úteis e saudáveis. Para tal foram identificados os doentes que beneficiariam de se submeter ao processo terapêutico através da Música – a Musicoterapia. Pois desde a Antiguidade que a música é utilizada como meio terapêutico. (Mercadal-Brotons & Augé 2008, p.9) A Musicoterapia apresenta três principais tipos de resposta: física, psicossocial e cognitiva, com vista a melhorar a atenção e a memória. (Lana, 2009)

No tentando a utilização de instrumentos de medida adequados é fulcral desde há séculos para mensurar o que se pretende de algum modo “quantificar”. De modo a conseguir o Estagiário recorreu a duas escalas principais – o Mini Mental State Test e a Escala Geriátrica de Depressão e aplicou-as antes e no final do processo Musicoterapêutico. Os dados foram estatisticamente analisados, revelando estas duas principais conclusões:

- Existe diferença significativa entre o início e o final do período analisado relativamente à escala MMS, com global melhoria da capacidade cognitiva nos utentes estudados;
- Não existe diferença estatisticamente significativa entre o início e o final do período analisado relativamente à escala Depressão geriátrica.

Contudo ao analisar os dados acima referidos importa salientar que os mesmos resultam de uma amostra de dimensões reduzidas pelo que poderá estar condicionada a capacidade de extrapolar estes mesmos resultados para a população em geral.

Comparando os resultados obtidos durante o estágio, no que concerne à análise estatística acima referida, com outros pequenos estudos realizados na mesma área, verifica-se que os resultados relativos à cognição são sobreponíveis, mas os relativos à depressão são melhores noutros estudos, tal como abaixo referido. Tal explica-se pelo facto das amostras neste e nesses trabalhos serem reduzidas e pelo facto da prevalência de depressão e défice cognitivo serem díspares entre todos os estudos comparados.

O estudo efetuado nesta amostra é congruente com resultados verificados em alguns outros estudos, tais como o estudo elaborado por Albuquerque *et al* (2012) que mostrou que

o uso da música na geriatria é uma terapia não farmacológica valiosa que pode exercer influência sobre vários aspetos tais como cognitivos, emocionais, psíquicos e sociais do idoso (Nemes & Vagetti, 2018) e Sousa (2006), citado por Rosseto (2008), reforça a apresentação da musicoterapia na terceira idade como um elo de reestruturação do indivíduo que se encontra em processo de envelhecimento (...) estimulando as atividades mnémicas e, a partir destas, atingindo outras funções cognitivas. (Rosseto, 2008).

No que respeita aos dados relativos à depressão, o estudo realizado não apresentou dados semelhantes aos de Mercadal-Brotons & Augé (2008) que mostrava a musicoterapia como método de comunicação incluindo nas pessoas mais deprimidas.

Importa ainda avaliar o facto de que a presença de défice cognitivo é mais prevalente na amostra do que a presença de depressão de acordo com os resultados ad início das escalas aplicadas, podendo igualmente ser um viés a ter em consideração.

Infelizmente, devido ao contexto pandémico atual, não foi possível ao Estagiário estudar a perceção das famílias dos utentes tal como efetuado no estudo de Sale, Silva, Pilger & Marcon (2011) que demonstrou que a família consegue compreender a influência de experiências musicais na saúde mental e física em estádios terminais.

É, no entanto, de referir notória noção subjetiva por parte dos utentes intervencionados relativa às sessões de Musicoterapia, não sendo mensurada, acrescenta no entanto valor ao trabalho efetuado, pois o feedback dos utentes foi manifestamente satisfatório. Tal como referido por Luz (2015), com a experiência musical, o idoso torna-se pertencente a grupo social ampliando as relações interpessoais. E segundo Gomes & Amaral (2012), estes tratamentos podem auxiliar no resgate da identidade sonora tendo como consequência a elevação do seu amor próprio e autoconfiança.

Existem algumas limitações a ter em consideração relativamente às conclusões a retirar sobre o presente trabalho, nomeadamente as seguintes: amostra reduzida; processo musicoterapêutico realizado em contexto de Pandemia pela Covid-19, condicionando por si só o bem estar dos utentes, a ausência prolongada de visitas pelos seus familiares, períodos de isolamento profilático ou por doença, etc; desconhecimento sobre a Musicoterapia, seu significado e objetivo pela população portuguesa em geral.

Com o intuito de fazer face às limitações acima descritas terá no presente e no futuro máxima importância a divulgação e implementação da Musicoterapia como método

Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

terapêutico em Portugal, nomeadamente a nível de todo o Serviço Nacional de Saúde e Instituições de Residência Permanente. Tendo o nosso País necessidade de evoluir neste sentido à semelhança do já sucedido em vários países do mundo. Cabendo a cada um de nós dar pequenos passos no sentido do reconhecimento integral da Musicoterapia.

Importa para tal demonstrar cientificamente com afinco os benefícios que a Musicoterapia acarreta quando corretamente aplicada, pelo que a investigação científica mensurada e alargada a grandes amostras pode ser a mais-valia necessária para alcançar este objetivo.

### **Conclusão**

No presente relatório, foi possível descrever e fundamentar o trabalho efetuado ao longo do estágio em Musicoterapia na AMITEI, revelando-se uma experiência bastante enriquecedora no sentido de compreender melhor a musicoterapia e sua forma de implementação entre os idosos. Perceber a sua forma de pensar e de estar e sobretudo aquilo que nos podem ensinar e transmitir, é, de facto, um processo de aprendizagem que só os idosos nos conseguem transmitir.

Para os idosos, a institucionalização pode ser bom no sentido de dispor de todos os cuidados das atividades básicas da vida diária, acesso a cuidados de saúde, entre outras atividades. Também pode ser menos bom no sentido de poder provocar no utente um estado de apatia que pode acarretar outras doenças, como a depressão e a ansiedade.

Para combater esse isolamento, a musicoterapia foi proposta na instituição com o intuito de intervir em utentes acamados e utentes autónomos e em grupo. Este estágio teve como objetivo principal, fazer chegar a musicoterapia às pessoas mais idosas, proporcionando a interação entre os utentes no caso dos grupos, reter a avanço do declínio cognitivo no caso de sessões individuais e proporcionar estímulos sonoros e também companhia e amparo, no caso dos utentes acamado e sessões individuais.

A musicoterapia foi um espaço terapêutico onde os utentes se puderam expressar, partilhar emoções, criar uma zona de conforto, desenvolver competências cognitivas, pessoais e sociais, promovendo a qualidade de vida na instituição, sempre com uma postura profissional e ativa mantendo definido o lugar do musicoterapeuta. Foi uma terapia bem recebida pelos utentes e pela equipa técnica apesar da resistência inicial de alguns dos utentes.

Durante o estágio, houve também uma paragem de duas semanas devido à pandemia por Covid-19, alguns dos utentes estiveram em isolamento e o estagiário suspendeu a intervenção direta. No regresso foram tomados todos os cuidados recomendados pela Direção Geral de Saúde e foi notável nos idosos o facto de sentirem a falta do estagiário na instituição.

Em termos pessoais, foi uma experiência enriquecedora, ajudou-me a crescer como ser humano, a ter mais amor pelo próximo, sentimento de que os idosos precisam sentir para sentirem bem. Permitiu-me também trabalhar o que considero o meu tendão de Aquiles, que é a comunicação. A presença perante um grupo e conseguir mobilizá-lo para uma determinada tarefa, era uma situação que no início das intervenções me deixava um pouco

mais nervoso e sem saber bem como proceder. Mas com o decorrer da intervenção e com a ajuda dos idosos que foram impecáveis, tornou-se uma aquisição de conhecimentos que só mesmo na prática é possível de adquirir.

Considero que os objetivos foram alcançados no sentido em que foi proporcionado à instituição uma terapia complementar às terapias já implementadas, foram obtidos resultados positivos nas várias escalas supracitadas, e o bem-estar e as medidas de cognição tiveram melhorias em alguns dos utentes intervencionados.

### **Reflexão Final**

A experiência de descoberta e de aprendizagem que adquiri ao longo deste estágio foi das mais enriquecedoras e intensas que já tive na vida. Foi um processo de autoconhecimento e de autodescoberta de situações e imprevisibilidades que pensei não ter coragem em certos momentos para não vacilar.

Trabalhar com idosos é, e sempre será, trabalhar com sabedoria e história, muita história, neste caso história musical, que é de uma riqueza extrema aquilo que os idosos têm para nos transmitir e que quando se perder, se perderá no tempo. A empatia é também um dos conceitos muito usados no trabalho com idosos, juntamente com a relação terapêutica que se cria, são o mote para que o utente se possa expressar livremente, sem que seja julgado pelos seus atos, expressões ou até mesmo o silêncio.

Como futuro musicoterapeuta, reconheço ainda um longo caminho a percorrer, repleto de surpresas boas e/ou más, aprendizagens pessoais, e este trabalho com idosos fez-me querer percorrer este caminho ao lado deles, e será ao lado deles que eu quero desenvolver a minha profissão.

*Depois do silêncio, o que mais se aproxima de expressar o inexprimível é a música.*

*Aldous Huxley*

**Referências**

Amancio, G. M. (2019) A musicoterapia e suas contribuições para o fortalecimento da identidade e da cultura dos idosos institucionalizados na cidade de cajazeiras-pb. Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura Plena em Geografia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras-PB DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p191-205>

Araújo, L., Santos, L., Amaral, E., Cardoso, A., & Negreiros, F., (2013). A Musicoterapia no fortalecimento da comunicação entre os idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (2), 191-205

Arandt, A. D., & Maheirie, K., (2019) Musicoterapia: dos fazeres biomédicos aos saberes sociocomunitários. *Rev. Polis e Psique*, 2019; 9(1), 54 – 71

Assunção, R. M. (2010) Dependência no Idoso: factores determinantes. Dissertação de mestrado para obtenção do grau mestre em Gerontologia Social. Instituto Superior Bissaya Barreto. [https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29088/1/Depend%C3%Aancia%20no%20Idoso\\_Factores%20determinantes.pdf](https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29088/1/Depend%C3%Aancia%20no%20Idoso_Factores%20determinantes.pdf)

Baptista, M. L., & Baptista L. R. (2013) A física na música. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/340385993\\_A\\_Fisica\\_na\\_Musica](https://www.researchgate.net/publication/340385993_A_Fisica_na_Musica)

Bey & Pastor (2012) Técnicas Psicomusicales con enfoque humanista, Manual de Apoio. Retrieved from <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualdeTecnicaPsicomusicale.pdf>

Bright, R. (1993). Musicoterapia Individual. In *La Musicoterapia en el tratamiento geriátrico: una nueva visión*. (37-61) Ed. Bonum

Brito, A. C. (2019) Despertar com harmonia: a musicoterapia e o idoso em contexto institucional. Relatório de estágio realizado no âmbito do mestrado em Musicoterapia, Universidade Lusíada de Lisboa, 2019. Retrieved from: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/5588>

Bruscia, K. Definindo Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

Burlá, C. & Py, L. (2014) Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. Retrieved from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qk78VZJ3PtXbq8FZGjPJbZD/?lang=pt&format=pdf>

Camacho, M. (2012) Avaliação neuropsicológica com adultos idosos: especificidades. Revista de Psicologia da IMED, vol.4, n.1, p. 662- 670, 2012. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154973.pdf>

Carvalho M. (2010) Os cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no concelho de Cascais. Tese de Doutoramento em Serviço Social. Retrieved from <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2364>

Carvalho, M. & Días, M. (2011) Adaptação dos Idosos institucionalizados. *Millenium*, 40: 161-184. Retrieved from file:///C:/Users/PC/Downloads/8226-Article%20Text-23334-1-10-20160203.pdf

Correa, C. C. (2010). Conservación de la memoria episódica en pacientes con demencia tipo alzheimer. Efectos de un programa musicoterapéutico centrado en la memoria musical. (Trabajo de grado presentado para optar al título de magister en musicoterapia, universidad nacional de colombia facultad de artes maestria en musicoterapia bogota d.c. 2010). Retrieved from <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20460>

Correa, C. C. (2014) Conservación de la memoria episódica en pacientes con demencia tipo alzheimer efectos de un programa musicoterapéutico centrado en la memoria musical.

Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI nº 16 ANO 2014. p. 78-86. Retrieved from <https://www.amplificar.mus.br/data/referencias/ver/Conservacion-de-la-memoria-episodica-en-pacientes-con-demencia-tipo-Alzheimer--Efectos-de-un-programa-musicoterapeutico-centrado-en-la-memoria-musical>

Côrte, B. & Neto L. P. (2009) A musicoterapia na doença de Parkinson, *Ciência & Saúde Colectiva*, 14(6) 2295-2304, 2009 Retrieved from [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600038&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600038&script=sci_abstract&tlng=pt)

Costa, M.C. & Mercadante, E.F. (2013, março). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, 16 (2), 209-222.

Cunha R., Volpi S., (2008). A prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação, *R.cient./FAP*, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008

Dreher, S. C., Kappke, S. C., Zanchetta, C. (2014) Musicoterapia e seus benefícios no trabalho com idosos. E-Book, PDF XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia V Fórum de Musicoterapia da AMT-RS, p. 9-20. <http://catalogo.est.edu.br:8080/pergamumweb/vinculos/000000/00000024.pdf>

Faísca, L. (2012) Sintomatologia Depressiva e Solidão na população idosa residente da Covilhã. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade Psicologia Clínica e da Saúde. Retrieved from: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2676/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Psicologia%20Cl%C3%ADnica%20e%20da%20Sa%C3%BAde\\_Leitura%20da%20Fa%C3%ADscia%20de%20Outubro%20de%202012.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2676/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Psicologia%20Cl%C3%ADnica%20e%20da%20Sa%C3%BAde_Leitura%20da%20Fa%C3%ADscia%20de%20Outubro%20de%202012.pdf)

Fallavigna, D., Bellaguarda, L. , Gaio, T., da Rosa, M. (2016) A música na assistência à saúde de pacientes em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica Estácio Saúde - Volume 5, Número*

1, 2016, página 190-201.  
<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index> - ISSN1983-1617  
(online).

Ferreira, L. B.; Resende, L. V. & Vargas, D. R. M. (2013). A influência da musicoterapia na autoestima de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência em Araguaína-to. Revista Cereus, 5(1). Retrieved from <http://ojs.unirg.edu.br/files/journals/2/articles/392/public/392-1461-1-PB.pdf>

Ferreira, M. F., Araújo, D. N., Farias, A. A., Bittencourt, V. K., Maísa, A. S., Pereira, B. S. & Fukutani. (2020) Musicoterapia em pacientes com doença de alzheimer – uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXII n° 28 ANO 2020 p 31- 52 <https://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2020/12/MUSICOTERAPIA-EM-PACIENTES-COM-DA.-FERREIRA-et-al.pdf>

Forte, A. A. O., Santana, B. V., Silva, G. R. P. (2018) Terapias complementares com o uso da musicoterapia nos cuidados paliativos. <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2018/trabalho-1000002382.pdf>

Frankl, V. E. (2011) A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da Logoterapia. São Paulo: Paulus, 2011

Gomes, L. & Amaral J. B., (2012) Os efeitos da utilização da música para os idosos: revisão sistemática. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, dez. 2012; 1(1): 103-117. <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/46#:~:text=Estes%20crit%C3%A9rios%20relativos%20%C3%A1%20%C3%A1rea,m%C3%BAsica%20na%20vida%20do%20idoso.>

Laham, C. F., Amorosino, C., 2012. Musicoterapia e cuidados paliativos: uma revisão teórica. Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XIV n° 13 / 2012, p. 39 - 52.

<https://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/10/MUSICOTERAPIA-E-CUIDADOS-PALIATIVOS.pdf>

Lana, V. A. (2009) Estimulação das funções cognitivas em idosos portadores de alzheimer: uma abordagem musicoterápica com ênfase na identidade musical. Universidade Federal de Minas Gerais Curso de Especialização em Educação Musica Escola de Música da UFMG Retrieved from [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-97ZGGL/2/capa\\_vinicius\\_14\\_01\\_09.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-97ZGGL/2/capa_vinicius_14_01_09.pdf)

Lopes, C. D J., André, R., Sousa, L. M. M., Oliveira, I. & Silveira, T. (2019) Benefícios da Musicoterapia no Idoso com Demência: Revisão Integrativa da Literatura. Revista de Investigação em Enfermagem, 45-46 Retrieved from [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27427/1/RIE\\_45-59.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27427/1/RIE_45-59.pdf)

Lourenço, R. A., & Veras. P. R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Revista de Saúde Pública, 40(4), 712-719. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>

Luz, L. T. (2015) Musicoterapia na qualidade de vida em idosos institucionalizados. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/6286#:~:text=Conclus%C3%A3o%20%3A%20Os%20resultados%20indicam%20que,decl%C3%ADnio%20cognitivo%20em%20idosos%20institucionalizados.>

Marra, T.A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D., Pereira, D. S., Martins, M. A. & Tirado, M. G. (2007) Avaliação das actividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência Revista brasileira fisioterapia, 11,4, 267-273. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/237590681\\_Avaliacao\\_das\\_atividades\\_de\\_vida\\_diarria\\_de\\_idosos\\_com\\_diferentes\\_niveis\\_de\\_demencia](https://www.researchgate.net/publication/237590681_Avaliacao_das_atividades_de_vida_diarria_de_idosos_com_diferentes_niveis_de_demencia)

Matsumoto, D., 2009. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. ANCP, 2009.

Mercadal-Brotons, M. M., & Augé, P. M. (2008) Manual de Musicoterapia en Geriatria e Demências (1ª ed.) Monsa-Prayma Ediciones

Medeiros, I. & Zanini, C. (2014). A Musicoterapia na preservação da memória de idosos institucionalizados. In: Anais do X SIMCAM - Simpósio de Cognição e Artes Musicais. Campinas - SP. 2014. Retrieved from <http://www.abcmus.org/simcam/index.php/simcam/simcam10/paper/viewFile/482/64>

Mendonça, G. (2015) Envelhecimento Populacional. uol (Consultado em 3 de novembro 2020) <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/envelhecimento-demografico.html>

Monteiro, M. S., (2019). Musicoterapia em cuidados paliativos: a sonoridade das emoções (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada) Retrieved from [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/5003/1/mmt\\_marta\\_monteiro\\_dissertacao.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/5003/1/mmt_marta_monteiro_dissertacao.pdf)

Morais, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do Idoso. Retrieved from [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_215591311.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf)

Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Revista Medicina Minas Gerais 2010, 20 (1): 67-73. Retrieved from [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/197.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf)

Moreira, S. V., Moreira, M. (2017) Neuromusicoterapia na reabilitação cognitiva em pacientes com demência. Anais do XVII SEMPEM 393-397. Retrieved from [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22886/1/17%C2%BA\\_SEMPEM\\_Interativo.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22886/1/17%C2%BA_SEMPEM_Interativo.pdf)

Moreira, S. V., Silca, T. R., Silva, D. J. & Moreira M. (2012) Neuromusicoterapia no brasil: aspectos terapêuticos na reabilitação neurológica. Revista Brasileira de Musicoterapia Ano

XIV n° 12 / 2012, p. 18-26. Retrieved from <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/10/NEUROMUSICOTERAPIA-NO-BRASIL-ASPECTOS-TERAP%C3%A9UTICOS-NA-REABILITA%C3%A7%C3%83O-NEUROL%C3%93GICA.pdf>

Mozer, N. M. S., Oliveira, S. G. & Portella, M R. (2011) Estudos Interdisciplinares do envelhecimento v. 16, n 2, 229-244 doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.14348>

Nemes, M. C., Arruda M. L., Gomes, F. R. & Vagetti, G. C. (2017) Revisão sistemática sobre intervenções com idosos na área da musicoterapia. Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XIX n° 22 ANO 2017. Revisão sistemática sobre intervenções com idosos na área da musicoterapia (p.48-67) Retrieved from <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Revis%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-sobre-interven%C3%A7%C3%B5es-com-idosos-na-%C3%A1rea-da-musicoterapia-.pdf>

Nemes, M. C. & Vagetti, G. C. (2018) Musicoterapia, saúde e idoso: uma revisão sistemática dos últimos 15 anos. [https://www.researchgate.net/publication/325171102\\_MUSICOTERAPIA\\_SAUDE\\_E\\_IDOSO\\_UMA\\_REVISAO\\_SISTEMATICA\\_DOS\\_ULTIMOS\\_15\\_ANOS](https://www.researchgate.net/publication/325171102_MUSICOTERAPIA_SAUDE_E_IDOSO_UMA_REVISAO_SISTEMATICA_DOS_ULTIMOS_15_ANOS)

Noboa, C. J., (2018) La Musicoterapia Neurológica Como Modelo de Neurorehabilitación. Neurologic Music Therapy As A Neurorehabilitation Model. Revista Ecuatoriana Neurologia. Vol. 27, No 1, 2018 página 72-79

Nunes, I. B., Gusmão, C., dos Santos, W. P. (2021) Tratamento Não-Farmacológico Para Idosos com Demência: Mapeamento Sistemático Sobre Musicoterapia. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/348559904\\_Tratamento\\_Nao-Farmacologico\\_Para\\_Idosos\\_com\\_Demencia\\_Mapeamento\\_Sistematico\\_Sobre\\_Musicoterapia](https://www.researchgate.net/publication/348559904_Tratamento_Nao-Farmacologico_Para_Idosos_com_Demencia_Mapeamento_Sistematico_Sobre_Musicoterapia)

Oliveira G. C. & Lopes, V. R. (2011) A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. Projeto de iniciação científica. Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA Retrieved from <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1011250126P414.pdf>

Paula, C. A., Santos, M. C., Leite, M. G., Eisenbach, M. N., Sossai, S. M., Rosseto, T. R., Paduim, V. (2006) Arte 2ª Edição / Curitiba: SEED-PR, 2006. - 336 p.

Pereira, A. M., Schneider, R. H & Schwanke, C. H. (2009) Geriatria, uma especialidade centenária. *Scientia Medica - Porto Alegre*, 19, (4), 154-161.

Pfeiffer, C. (2020). Musicoterapia en la Neurorehabilitación de Adultos: Potenciales y Desafíos de la Práctica Clínica. *Revista InCantare*, 11(2). Retrieved from <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/3486>

Petroianu, A., Capanema, H. X. M., Silva, M. M. Q. & Braga, N. T. P. (2010). Atividade física e mental no risco de demência em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 302-307.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400006>

Pólit, V. M., (2008) La musicoterapia humanista un modelo de psicoterapia musical. Livro Musicoterapia Humanista: un modelo de psicoterapia musical, Dr. Víctor Muñoz Pólit, Ediciones Libra, México 2008 Retrieved from [https://www.musicoterapiahumanista.com/uploads/3/1/6/3/31630229/la\\_musicoterapia\\_humanista\\_-\\_victor\\_munoz\\_polit\\_-\\_immh.pdf](https://www.musicoterapiahumanista.com/uploads/3/1/6/3/31630229/la_musicoterapia_humanista_-_victor_munoz_polit_-_immh.pdf)

Puchivailo, M. C., Holanda, A. (2014) A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia* 16 (16) 122-142. Retrieved from (PDF) A História da Musicoterapia na Saúde Mental: Dos usos terapêuticos da música à Musicoterapia (researchgate.net)

Ribeiro, F. C. & Guerreiro, M. G. (2002). Envelhecimento e declínio cognitivo ligeiro.

Rodrigues A. M. (2012) O medo de envelhecer (e o papel do gerontólogo). Monografia para obtenção da avaliação do trabalho final da Licenciatura em Gerontologia Social. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3567/1/MONOGRAFIAFINAL.pdf>

Romão, S. L. (2015) Os diferentes caminhos da música – um olhar sobre a musicoterapia. *Colloquium Humanarum*, vol. 12, n. Especial, 2015, p. 1713-1720. ISSN: 1809-8207. DOI: 10.5747/ch.2015.v12.nesp.000801

Rosetto, T. C. (2008). Interface entre a musicoterapia e a terapia ocupacional na estimulação da memória em um grupo de idosos (monografia, Universidade de Ribeirão Preto) Retrieved from <https://docplayer.com.br/15797142-Interface-entre-a-musicoterapia-e-a-terapia-ocupacional-na-estimulacao-da-memoria-em-um-grupo-de-idosos.html>

Sales C. A., Silva V, Pilger C, Marcon S. S. (2011) A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 138-145. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100019>

Santos, A. F. (2018). A transição da vida activa para a reforma. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gerontologia Social. Instituto Superior de Ciências e Políticas, Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/16705/1/Trabalho%20final%20de%20tese%20-%20Ana%20Filipa%20Santos.pdf>

Santos, C. S., Bessa, T. A. & Xavier, A. J. (2020). Fatores associados à demência em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 603-611. Epub February 03, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>

Santos, F. S. & Júnior, J. L. (2014). O Idoso e o Processo de Envelhecimento: Um estudo sobre a qualidade de vida na terceira Idade. *Revista de Psicologia*. Ano 8, No. 24. Edição electrónica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

Seiki, N.H.; Galheigo, S.M. (2010). O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.273-84, abr./jun. 2010. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200004>

Tomaino, C. M. (2014) *Musicoterapia Neurológica: evocando as vozes de silêncio*.

Vinicius (2009) *Estimulação das funções cognitivas em idosos portadores de Alzheimer: uma abordagem musicoterápica com ênfase na identidade musical*. Monografias de Especialização em Música. Universidade Federal de Minas Gerais. Retrieved from <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-97ZGGL>

Yuri P., Marina R., Cláudia M., Samana B., Marina F. (2017) *Musicoterapia na assistência domiciliar a Idosos*. *Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XIX - ED. ESPECIAL* Retrieved from: <https://www.revistas.usp.br/revistamusica/article/download/185765/174428>

Zanini, C. R. (2003) *Envelhecimento saudável - O cantar e a gerontologia social*. *Revista da Universidade Federal Goiás*, 5 (2), 142.

Zanini, R. S. (2010). *Demência no idoso*. *Revista Neurociências*, 18(2), 220-226. <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8482>

Zmitrowicz, J. & Moura, R. (2018) *Instrumentos de avaliação em musicoterapia: uma revisão*. *Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XX n° 24 ANO 2018*. Zmitrowicz, J.; Moura, R. *Instrumentos de avaliação em musicoterapia: uma revisão* (p. 114-135) Retrieved from <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2019/08/6-Instrumentos-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-em-musicoterapia-uma-revis%C3%A3o.pdf>

**Anexo 1**



Ficha Musical e de dados Pessoais do Utente  
(Musicoterapia – AMITEI)

**DADOS PESSOAIS E INFORMAÇÕES ACERCA DO UTENTE**

Nome:

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Local:

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Periodicidade de visitas:

\_\_\_\_\_

Quais as pessoas que o visitam?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais os motivos que levaram à procura da instituição?

\_\_\_\_\_

Nome dos filhos:

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

Locais onde habitou na infância:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Locais onde habitou nos últimos anos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Experiência Musical do Utente**

Realizou estudos musicais académicos? Se sim, onde?

\_\_\_\_\_

Praticou Música amadora? Se sim, onde?

\_\_\_\_\_

Experiência Musical: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Experiência Musical dos familiares (mãe, pai, irmãos, filhos, cônjuge)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Toca algum instrumento musical? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Passado Musical do Utente**

**INFÂNCIA**

Quais as primeiras músicas de que se recorda?

\_\_\_\_\_

Quais as canções mais importantes da sua infância?

\_\_\_\_\_

Canções que gostava de ouvir/cantar na infância:

\_\_\_\_\_

Outros dados musicais relevantes da infância:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE**

Músicas preferidas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Músicas que não gostava de ouvir:

\_\_\_\_\_

Instrumentos que mais gostava de ouvir:

\_\_\_\_\_

Sons gratificantes:

\_\_\_\_\_

---

Sons irritantes:

---

---

---

**História musical actual do utente**

Costuma ouvir música?

---

Ambiente sonoro/musical atual:

---

Sons/músicas que prefere:

---

Sons/músicas que rejeita:

---

Instrumentos que aceita/rejeita:

---

Ruídos que aceita/rejeita:

---

Reações perante a ausência de som ou silêncio:

---

---

---

Sons/ruídos/palavras que emite:

---

Além da Música, que outras atividades gosta de realizar?

---

Gostou de responder a este questionário?

---

---

## Anexo 2

Score	Classificação	Descrição
0	<i>Assintomático .</i>	Regressão dos sintomas.
1	<i>Sintomas sem incapacidade.</i>	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	<i>Incapacidade leve.</i>	Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3	<i>Incapacidade moderada.</i>	Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4	<i>Incapacidade moderada a grave.</i>	Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.
5	<i>Incapacidade grave .</i>	Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.
6	<i>Óbito .</i>	

## Anexo 3



## Escala Geriátrica de Depressão (GDS - 15)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

História: depressão: Sim \_\_\_ Não \_\_\_ ansiedade: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Medicado com Antidepressivos: Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

Escolha a melhor resposta relativamente a como se sentiu durante a última semana:

*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida	Sim ( )	Não ( )
2 Abandonou muitas das suas actividades e interesses?	Sim ( )	Não ( )
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ( )	Não ( )
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ( )	Não ( )
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ( )	Não ( )
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ( )	Não ( )
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ( )	Não ( )
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ( )	Não ( )
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ( )	Não ( )
12 Sente-se inútil nas condições actuais?	Sim ( )	Não ( )
*13 Sente-se cheio de energia?	Sim ( )	Não ( )
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ( )	Não ( )
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ( )	Não ( )

**Anexo 4**

**Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_

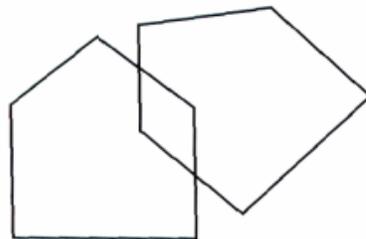
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: \_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Anexo 5**

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a \_\_\_\_\_, sob guarda legal de V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>, está inserido acolhe este ano lectivo um(a) estagiário(a) do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, que trabalham nas instalações da dita Universidade. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível à supervisora da Universidade acompanhar directo nesta instituição o trabalho do estagiário. Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/áudio das sessões de Musicoterapia em que o(a) \_\_\_\_\_ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação 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 por parte dos pais e educadores dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do \_\_\_\_\_.

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

**Anexo 6**

DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, filho (a) /guardião legal / do(a) \_\_\_\_\_ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação video/audio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado. Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projecto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) Guardião Legal,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome Legível

**Anexo 7**

Folha de observação individual de respostas em Musicoterapia

Actividade:	
Paciente:	Data:
Objectivos: Área cognitiva	
Memória remota: - recorda a letra da música:	Sim    Parte da letra    Não
Memória recente e evocação imediata: - recorda as instruções dadas:	Sim    Às vezes    não
Linguagem: - canta a letra da canção:	Sim    Com dificuldade    Não
Gnosia Auditiva: -Discrimina e reconhece o refrão:	Sim    Com dificuldade    não
Praxia motora - imita o gesto de tocar um instrumento de percussão - manipula um instrumento de percussão	Sim    Com dificuldade    não sim    com dificuldade    não
Atenção Focaliza a atenção na tarefa musical	Sim    Não
Concentração - Mantém a atenção na tarefa musical	Durante toda a actividade  Durante metade do tempo da actividade  Durante menos de metade do tempo da actividade
Objectivos: área socioemocional	
Estado anímico e auto-estima: - Sorri	Sim    Não

## Musicoterapia nas Estruturas Residenciais para Idosos

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostra expressão facial</li> <li>- Faz comentários positivos sobre a actividade</li> <li>- Mostra estado de segurança e tranquilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> </ul>
<p>Participação, interacção social e comunicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participa na actividade de grupo</li> <li>- Interage a nível verbal com os companheiros/terapeuta</li> <li>- Interage a nível não verbal</li> <li>- Expressa opiniões/comentários</li> <li>- Tolerar e respeita as preferências musicais</li> <li>- Controla a impulsividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> <li>Sim Não</li> </ul>