



Universidades Lusíada

Pacheco, Daniela Areias, 1993-

“Nunca é tarde para cantar” : musicoterapia com idosos em contexto de centro de dia

<http://hdl.handle.net/11067/6616>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>O presente relatório descreve o trabalho clínico realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu na Casa do Povo de Santa Bárbara da Ilha Terceira, entre outubro de 2020 e junho de 2021. A população alvo do presente estudo são os idosos, com uma faixa etária compreendida entre os 70 e os 93 anos. As principais problemáticas a eles associadas são a perturbação depressiva, a perturbação de ansiedade, a demência, a debili...</p> <p>The present document describes the clinical work carried out within the scope of the curricular internship of the Master in Music Therapy Program at Universidade Lusíada de Lisboa. The internship took place at Casa do Povo de Santa Bárbara, on Terceira Island, between October 2020 and June 2021. The target population of the present study is the elderly, aged between 70 and 93 years. The subjects presented problems associated with depressive disorder, anxiety disorder, dementia, motor weakness, ...</p>
Palavras Chave	Musicoterapia para os idosos - Portugal - Açores, Centros de dia - Portugal - Açores, Envelhecimento, Musicoterapia - Prática profissional, Casa do Povo de Santa Bárbara da Ilha Terceira (Açores, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T06:32:05Z 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

**“Nunca é tarde para cantar”: musicoterapia com idosos
em contexto de centro de dia**

Realizado por:
Daniela Areias Pacheco

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

Orientado por:
Dr.^a Alexandra Martins Menezes

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 10 de novembro de 2022

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**“Nunca é tarde para cantar”: musicoterapia com
idosos em contexto de centro de dia**

Daniela Areias Pacheco

Lisboa

Julho 2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**“Nunca é tarde para cantar”: musicoterapia com
idosos em contexto de centro de dia**

Daniela Areias Pacheco

Lisboa

Julho 2022

Daniela Areias Pacheco

“Nunca é tarde para cantar”: musicoterapia com idosos em contexto de centro de dia

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Alexandra Martins Menezes

Lisboa

Julho 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Daniela Areias Pacheco
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Alexandra Martins Menezes
Título “Nunca é tarde para cantar”: musicoterapia com idosos em contexto de centro de dia
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

PACHECO, Daniela Areias, 1993-

“Nunca é tarde para cantar” : musicoterapia com idosos em contexto de centro de dia / Daniela Areias Pacheco ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Alexandra Martins Menezes. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - MENEZES, Alexandra Martins, 1989-

LCSH

1. Musicoterapia para os idosos - Portugal - Açores
2. Centros de dia - Portugal - Açores
3. Envelhecimento
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Casa do Povo de Santa Bárbara da Ilha Terceira (Açores, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

Agradecimentos

“Cá dentro inquietação, inquietação” – uma música que retrata bem o ser inquieto que sou e me permitiu chegar até aqui e agradecer às seguintes pessoas:

À Professora Doutora Teresa Leite, por ter supervisionado este trabalho e por todo o apoio e conhecimento que me transmitiu ao longo deste percurso.

À Dra. Alexandra Menezes, por ter orientado este estágio e por ter depositado toda a sua confiança no meu trabalho. Por todos os desafios, por todas as partilhas de ideias e emoções, por toda a dedicação, obrigada.

A todos os utentes da Casa do Povo de Santa Bárbara da Ilha Terceira, porque sem eles não teria sido possível realizar este trabalho. Por me ensinarem que “nunca é tarde para cantar” e que somos nós que tornamos a vida bonita.

A todos os trabalhadores da Casa do Povo de Santa Bárbara, pela forma como me acolheram e sempre me ajudaram em tudo o que precisei e pedi. Obrigada pela camaradagem, pelo espírito de equipa e por embarcarmos juntos em todos os desafios propostos.

A todos os professores deste mestrado, que me permitiram conhecer o mundo encantado da musicoterapia.

Aos meus colegas de curso, pela turma amiga e unida que fomos e somos.

À minha família, presença incondicional em todas as minhas escolhas.

A todos os meus amigos. Aos insulares, aos do continente, aos espalhados pelo mundo. Obrigada por serem teto em dias de desespero e por serem luz no caminho, que me faz sorrir.

À Sociedade Musical Recreio da Terra Chã, o meu berço musical. Sem ela não estaria aqui hoje e acompanha-me onde quer que eu vá. E à Sociedade Comércio Indústria da Amadora, por ser um amor maior sem explicação que me faz crescer pessoal e musicalmente.

A todas as pessoas que se cruzaram no meu caminho e me ajudaram a crescer no mundo da música.

Ao Queijo Vaquinha, por se ter tornado Casa, mesmo quando eu senti estar sem chão.

Resumo

O presente relatório descreve o trabalho clínico realizado no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio decorreu na Casa do Povo de Santa Bárbara da Ilha Terceira, entre outubro de 2020 e junho de 2021.

A população alvo do presente estudo são os idosos, com uma faixa etária compreendida entre os 70 e os 93 anos. As principais problemáticas a eles associadas são a perturbação depressiva, a perturbação de ansiedade, a demência, a debilidade motora, as dificuldades auditivas e visuais, o decréscimo da capacidade de autonomia e da agilidade mental e cognitiva. Há evidência científica sobre a eficácia da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, com ou sem disfunção cognitiva, sendo esta capaz de promover um envelhecimento saudável.

Ao longo dos 8 meses de intervenção, realizaram-se sessões individuais e de grupo, com periodicidade semanal. A intervenção individual dirigiu-se a 6 idosos com diferentes problemáticas: ansiedade, depressão, demência, impulsividade e dificuldades motoras. Para a intervenção de grupo, agruparam-se os idosos com características mais parecidas, sendo que existiram 3 no total: o grupo A (autonomia mental), o grupo D (demência) e o grupo S (surdez). Para a avaliação individual quantitativa, utilizaram-se as escalas HADS e o Mini Mental State. Qualitativamente, os indivíduos foram avaliados através de uma grelha de observação/avaliação, baseada na de Minds-Musken. Esta grelha foi também utilizada para avaliar os indivíduos em grupo, tendo sido adicionado mais um item.

Os resultados obtidos na intervenção individual demonstram uma melhoria da expressão emocional, uma maior desinibição e uma diminuição dos níveis de depressão. O aumento da expressão facial, da tomada de iniciativa e da interação musical com os pares e a musicoterapeuta foram os aspetos mais relevantes da intervenção de grupo. Assim, é possível afirmar que a musicoterapia exerce benefícios na qualidade de vida dos idosos e no seu bem-estar físico e psicológico.

Palavras-chave: musicoterapia, idosos, intervenção individual, intervenção de grupo, ansiedade, depressão, demência.

Abstract

The present document describes the clinical work carried out within the scope of the curricular internship of the Master in Music Therapy Program at Universidade Lusíada de Lisboa. The internship took place at Casa do Povo de Santa Bárbara, on Terceira Island, between October 2020 and June 2021.

The target population of the present study is the elderly, aged between 70 and 93 years. The subjects presented problems associated with depressive disorder, anxiety disorder, dementia, motor weakness, hearing and visual difficulties, decreased capacity for autonomy and mental and cognitive agility. There is scientific evidence on the effectiveness of music therapy in improving the quality of life of elderly people, with or without cognitive dysfunction, thus contributing to a process of healthy aging.

Over the 8 months of intervention, individual and group sessions were held on a weekly basis. The individual intervention addressed 6 elderly people with different problems: anxiety, depression, dementia, impulsivity and motor difficulties. For the group intervention, elderly people with the most similar characteristics were grouped, with 3 in total: group A (mental autonomy), group D (dementia) and group S (deafness). For the quantitative individual assessment, the HADS and Mini Mental State scales were used. Qualitatively, the individuals were evaluated through an observation/evaluation grid, based on the Minds-Musken one. This grid was also used to assess individuals in groups, with one more item added.

The results obtained in the individual intervention demonstrate an improvement in emotional expression, greater disinhibition and a decrease in depression levels. The increase in facial expression, initiative taking and musical interaction with peers and the music therapist were the most relevant aspects of the group intervention. Thus, it is possible to affirm that music therapy benefits the quality of life of the elderly and their physical and psychological well-being.

Keywords: music therapy, elderly, individual intervention, group intervention, anxiety, depression, dementia.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Descrição das utentes do sexo feminino

Tabela 2 – Descrição dos utentes do sexo masculino

Tabela 3 – Grupos S e D

Tabela 4 – Grupo de utentes com autonomia física e sem comprometimento cognitivo

Tabela 5 – Utesntes em intervenção individual

Tabela 6 – Agenda semanal

Tabela 7 – Plano terapêutico da Clarice

Tabela 8 – Descrição dos elementos do grupo A e nº de sessões frequentadas

Tabela 9 – Plano terapêutico do grupo A

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

CD – Centro de Dia

CPSB – Casa do Povo de Santa Bárbara

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Pessoal

Sumário

Introdução.....	1
Descrição da instituição.....	3
Descrição da população alvo	7
Enquadramento Teórico	9
O processo de envelhecimento	9
Patologias do idoso.....	12
Ansiedade.....	12
Demência.....	14
Depressão.....	16
Musicoterapia	18
Musicoterapia com idosos.....	22
A musicoterapia e a ansiedade do idoso.....	24
Musicoterapia na demência.....	26
Musicoterapia e a depressão do idoso.....	29
Musicoterapia de grupo	30
Objetivos.....	35
Metodologia.....	37
Participantes	37
Instrumentos de Avaliação	42
Grelha de observação (Munk-Madsen, 2001).....	42
Hospital Anxiety & Depression Scale – HADS.....	43
Mini Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro e colaboradores, 1994).....	43
Sessões individuais.....	44
Sessões de grupo	44
Instrumentos musicais	44
Procedimentos	44
Estrutura das Sessões.....	46
Agenda Semanal	47
Estudos de caso.....	49
Intervenção individual – Clarice	49
Descrição da utente	49
Plano terapêutico	50
Setting.....	52

Intervenção	53
Resultados.	60
Discussão.	61
Conclusão.....	63
Intervenção de grupo – Grupo A	64
Elementos do grupo.....	64
Objetivos e plano terapêutico.....	65
Setting.....	68
Intervenção	68
Resultados.	73
Discussão.	73
Conclusão.....	76
Outras intervenções clínicas	79
Outras atividades	89
Conclusão	93
Reflexão pessoal	99
Referências Bibliográficas.....	101
APÊNDICES	113
LISTA DE APÊNDICES	115
APÊNDICE 1	117
APÊNDICE 2	122
APÊNDICE 3	125
APÊNDICE 4	129
APÊNDICE 5	133
APÊNDICE 6	137
APÊNDICE 7	141
APÊNDICE 8	145
APÊNDICE 9	151
APÊNDICE 10	155
APÊNDICE 11	159
APÊNDICE 12	161
APÊNDICE 13	163
APÊNDICE 14	165

Introdução

O presente relatório incide sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da disciplina seminário de estágio, pertencente ao segundo ano do mestrado em musicoterapia. Pretende-se apresentar e descrever a intervenção realizada no Centro de Dia (CD) da Casa do Povo de Santa Bárbara (CPSB), na ilha Terceira, Açores, bem como o enquadramento teórico base para a concretização deste trabalho.

As sessões de musicoterapia foram dirigidas aos 13 utentes da instituição. Todos os utentes tiveram intervenção de grupo, tendo sido divididos em 3 grupos de acordo com as suas necessidades e os objetivos delineados. 6 dos 13 idosos tiveram intervenção individual. Todas as sessões foram de período semanal e decorreram uma vez por semana.

Tendo em conta que o declínio cognitivo, a demência e a depressão/ansiedade são patologias comuns nesta população, o presente trabalho terá uma focagem particular nestas problemáticas e no papel da musicoterapia nas mesmas. Assim, os principais objetivos foram o de promover a relação, a expressão, a criatividade, bem como diminuir os níveis de isolamento e de ansiedade.

Em termos estruturais, o presente trabalho divide-se em várias partes. Começa por apresentar a instituição e a população alvo, seguindo para o enquadramento teórico e os objetivos, terminando com a metodologia e a apresentação dos dois estudos de caso escolhidos.

Descrição da instituição

Intervir, Inovar e Interagir. Esta é a regra dos três “i” adotada pela CPSB, sita na Ilha Terceira, arquipélago dos Açores, concelho de Angra do Heroísmo. Esta é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que incide o seu foco de atuação em intervenção comunitária e territorial, inovação e formação e interação associativa. Foi fundada a 27 de junho de 1973 com o objetivo de salvaguardar a prestação de serviços do estado de providência social de então e, em paralelo, deu início a atividades culturais e desportivas, projetando-se posteriormente as valências sociais. Atualmente, a CPSB desenvolve o seu trabalho com 30 colaboradores, estando entre eles 13 técnicos superiores.

A missão objetiva da CPSB é a promoção do desenvolvimento social, educativo, cultural e económico da ilha Terceira, atuando em áreas sociais, educativas, culturais e da saúde. Rege-se pelos valores do dinamismo, solidariedade, intergeracionalidade, cooperação, inovação, rigor e qualidade. A sua política de intervenção tem por base a sua intenção de se afirmar como uma organização-chave para o desenvolvimento local, reconhecida na promoção da modernização, da inclusão social, do conhecimento e da inovação da ilha Terceira.

A inovação social é basilar nas ações da CPSB, que visa a capacitação comunitária e atua em congregação e rede com outras congéneres em relação a diversos projetos e através de várias valências. Estes dirigem-se a todas as faixas etárias, envolvendo as famílias, e trabalhando com o objetivo de minimizar as dificuldades e potencializar os recursos existentes. As iniciativas de índole social que esta instituição desenvolve são: ATL (Atelier dos Tempos Livres); esTUDO A SALTAR; Campos de Férias; Gabinete de Apoio Comunitário; CD; Centro de Convívio; Academia Oeste; Projeto Digital(idade). Outra vertente a que a CPSB se dirige é a promoção da saúde,

que assenta no desenvolvimento de dois projetos de cariz regional (Giros e Movimento Carta Aberta à Prevenção) e um de índole municipal (Âncora). Esta instituição também implementa ações na área da formação, da promoção do desenvolvimento rural e do envolvimento dos cidadãos na cultura, desporto, participação cívica, entre outras, objetivando a fomentação de níveis de bem-estar e desenvolvimento dos cidadãos.

O presente estágio decorre na valência do CD, uma resposta social não residencial, dirigida a indivíduos e famílias que, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não conseguem assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária. Esta resposta social consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados e contribui para que as pessoas se mantenham no seu meio habitual de vida, tendo como objetivo a promoção de autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

Para poder integrar o CD da CPSB, os candidatos têm de preencher os seguintes requisitos:

- a) Ser residente na freguesia de Santa Bárbara ou nas freguesias limítrofes (Cinco Ribeiras, Doze Ribeiras e Serreta);
- b) Viver só e/ou com carências socioeconómicas, sendo necessário um maior apoio nas atividades de vida diária;
- c) Ter idade superior a 60 anos, na situação de reforma, de pré-reforma ou de pensionista;
- d) Ausência de retaguarda familiar;
- e) Resposta a emergências sociais;
- f) Indivíduos com idade inferior a 60 anos poderão ser admitidos, conforme a situação e avaliação do técnico e deliberação da direção;

g) Em casos pontuais, outros utentes podem ser admitidos com a devida fundamentação por orientação do IDSA de freguesias não referidas no ponto a).

Prioriza-se a admissão de candidatos que vivam em meios sociofamiliares impossibilitados de assegurar vigilância e cuidados adequados à preservação das capacidades, que estejam em situação de manifesta escassez de recursos socioeconómicos, que vivam em situação de isolamento e abandono familiar ou que frequentem outra resposta social do centro intergeracional da CPSB. Depois de recebida a candidatura, esta é analisada pela equipa disciplinar e aprovada pela direção da instituição. Quando se comunica a decisão ao candidato ou ao cuidador responsável e esta é de admissão, estes são convocados para comparecer no CD.

A equipa do CD era formada por uma psicomotricista, duas técnicas auxiliares, uma cozinheira e três empregadas de limpeza.

Na mensalidade dos serviços prestados pelo CD, estão incluídos os seguintes serviços:

- a) Supervisão, vigilância e conforto do utente durante todo o tempo em que está no CD;
- b) Fornecimento de pequeno-almoço, almoço, lanche e acompanhamento das mesmas;
- c) Administração da medicação, de acordo com a prescrição médica;
- d) Prestação de cuidados de higiene, sempre que seja necessário;
- e) Transporte entre a residência e o centro, e vice-versa;
- f) Atividades culturais, sócio recreativas e de lazer;
- g) Encaminhamento para outros serviços;

- h) Acompanhamento a serviços exteriores associados a cuidados de saúde e/ou procedimentos administrativos;
- i) Serviço de lavandaria.

Todas as atividades propostas no CD têm em conta as necessidades e interesses dos idosos. Nesse sentido, o CD dispõe de ofertas sociais como o serviço de cabeleireiro uma vez por mês e a Universidade Sénior, cuja participação é gratuita e não obrigatória.

Descrição da população alvo

O CD da CPSB tinha, à data do estágio, 13 idosos inscritos, com idades compreendidas entre os 70 e os 93 anos, sendo que prevalecia a faixa etária dos 80-90 anos. Dos 13 idosos, 10 eram mulheres, a maior parte viúvas. Duas pessoas viviam com os respetivos cônjuges, os restantes viviam ou sozinhos, ou com filhos e/ou outros cuidadores. Muitos dos idosos do CD, ainda que conseguissem realizar atividades de vida diária por si próprios, tomavam banho na valência social e precisavam de ajuda na organização da sua medicação.

As patologias mais presentes entre os utentes eram a demência, a perturbação depressiva, acidente vascular cerebral, ansiedade, Parkinson e diabetes. Salienta-se que havia idosos com mais dificuldades cognitivas e com perda de memória, e outros em relação aos quais essas funções estavam intactas. Ainda que a maioria se movimentasse por si própria, mais de metade dos utentes tinha alguma dificuldade motora e de movimento. Todos tomavam medicação consoante as suas patologias e dificuldades.

Enquadramento Teórico

Nesta secção serão apresentados alguns conceitos e abordagens teóricas que suportam o tipo de intervenção desenvolvida ao longo do estágio. Tendo em conta que a população alvo de intervenção são pessoas idosas, será descrita uma reflexão sobre o processo de envelhecimento, as principais patologias a ele associadas e o modo como a musicoterapia pode ter um papel ativo e relevante junto das pessoas que vivem com essas condições.

O processo de envelhecimento

No contexto português, tem-se notado um aumento exponencial da população idosa e presume-se que esta cresça exponencialmente até 2080, pelo que é importante estudar e compreender o processo de envelhecimento e as problemáticas a ele inerentes. Deve-se isto à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida (INE, 2008). Ainda que cada vez menos exista uma idade definida no que concerne ao “tornar-se idoso”, o INE (2017) considera que a partir dos 65 anos, os indivíduos entram nesse estágio.

O envelhecimento é um processo natural que acarreta mudanças a nível fisiológico, comportamental, bioquímico e psicossocial (Mozer, Oliveira & Portella, 2011). Para Harman (1991), o envelhecimento é a acumulação progressiva de mudanças ao longo do tempo, associado ou responsável por uma maior suscetibilidade e possibilidade de doenças e morte.

Para Platão, o envelhecimento era visto como algo individualista e positivo, em que o ser humano envelhecia enquanto vivia e que se devia preparar para o envelhecimento ao longo da vida. Já Aristóteles tinha um ponto de vista diferente, considerando a velhice como uma doença natural. Séneca também propôs que a

deterioração mental e física eram consequências do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). Segundo este autor, o envelhecimento é um fenómeno biológico e através dele há um declínio na eficiência e eficácia dos sistemas biológicos.

No entanto, todos os seres humanos são diferentes e as diferenças individuais permitem que o processo de envelhecimento seja vivido de forma única por cada um, sendo que as diferenças genéticas e os fatores ambientais acabam por modular a produção de alterações do envelhecimento e podem contribuir para as diferenças na idade da morte e no aparecimento de doenças (Fernández-Ballesteros, 2009; Harman, 1991). Para além de biológico, o ser humano é psicológico e cultural e as diferenças entre os indivíduos também se devem a componentes relacionadas com a saúde, com o ambiente, com os hábitos alimentares, com a personalidade, bem como à sua interação com fatores externos (Fernández-Ballesteros, 2009; Medeiros, 2014). A forma como o ser humano interage com o ambiente, bem como aquilo que sente, pensa e o que faz, são decisivos para a forma como envelhece, sendo que durante o processo há um aumento da vulnerabilidade para as doenças crónicas e agudas (Fernández-Ballesteros, 2009).

Segundo Medeiros (2014), existem duas abordagens ao conceito de envelhecimento: uma grupal e uma individual. A grupal refere-se ao envelhecimento comunitário ou demográfico. A conceção individual incide sobre os processos de mudança biológicos, sociais e psicológicos que ocorrem ao longo do ciclo de vida de um dado indivíduo. O envelhecimento é um processo contínuo e dinâmico que pressupõe as seguintes tarefas de desenvolvimento para que seja bem-sucedido: adaptação e reajustamento do projeto pessoal de vida; adaptação às mudanças físicas que ocorrem com o avançar da idade; desenvolvimento de atividades sociais; continuação da aprendizagem e promoção do autodesenvolvimento; otimização da

sabedoria e partilha com os mais jovens; lidar com a perda e a morte e preparar-se para a mesma (Medeiros, 2014).

A abordagem psico-gerontológica refere a existência de três tipos de envelhecimento: normal, patológico e ativo. Normal é quando há ausência de doença e há mudanças naturais que ocorrem no indivíduo, como o declínio das funções cognitivas. Patológico é quando existem mudanças produzidas por doenças ou maus hábitos. Ativo é quando se conseguem proporcionar as melhores condições de vida aos idosos sem perda das suas capacidades (Abrahan, Jaramillo & Justel, 2019).

O processo de envelhecimento é inevitável e não pode ser reduzido a condições biomédicas nem às sociais (Fernández-Ballesteros, 2009; Gopi & Preetha, 2016). Nesse sentido, o conceito de “envelhecimento ativo” vem colmatar essa visão reducionista do ser humano idoso.

O “envelhecimento ativo” é definido pela Organização Mundial de Saúde (cit. por Madeira, 2014) como um processo que visa otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Dessa forma, o desafio prende-se com a promoção da aprendizagem, da autonomia, com a integração na comunidade e assente numa solidariedade intergeracional. (Madeira, 2014). Rosa (2014) refere que prevenir algumas situações ao longo da vida, já é uma forma de envelhecer ativa e saudavelmente. A autora realça também a importância de integrar as diferentes gerações, tal como Madeira (2014), que salienta que há potencial na diversidade de idades. A qualidade de vida no envelhecimento está também relacionada com as relações familiares, os contactos sociais e as atividades, bem como com a saúde e com ter um estado funcional (Farquhar, 1995).

No entanto, a idade é muitas vezes percebida de uma forma negativa, como uma deterioração na saúde, aparência e capacidade (Insel & Roth, 1979). À medida que uma pessoa envelhece, tem de lidar com mudanças físicas e emocionais e os problemas de saúde, em especial os que se associam a doenças crónicas, aumentam com a idade (Gopi & Preetha, 2016).

Patologias do idoso

Tal como referido anteriormente, a deterioração cognitiva faz parte do envelhecimento e pode estar associada a comportamentos disruptivos, depressão e ansiedade. Para pessoas com ou sem demência, a perda de capacidades pode afetar significativamente o seu funcionamento social e ocupacional (Xu et al., 2017). De seguida, apresentam-se as principais patologias do idoso, tendo em conta a população alvo do estágio decorrido: ansiedade, demência e depressão.

Ansiedade. De acordo com o DSM-V, a ansiedade é definida como a antecipação da ameaça futura, associada a tensão muscular e vigilância em relação ao perigo futuro. A ansiedade generalizada caracteriza-se por uma ansiedade e preocupação excessivas com várias áreas, sendo que o indivíduo pode ter dificuldade em controlá-la. Barlow (2002) define ansiedade como um estado de humor orientado para o futuro e associado à preparação para possíveis eventos futuros que sejam negativos.

Quando se tem uma perturbação da ansiedade, os comportamentos geralmente não são adaptativos, por persistirem demasiado tempo e interferirem na vida e no funcionamento do indivíduo. A maioria das perturbações de ansiedade surge na infância e tende a persistir caso não seja tratada. É importante salientar que só se pode diagnosticar ansiedade quando esta não é consequência de efeitos de medicamentos ou de outras substâncias. Existem muitos tipos de ansiedade, entra as quais a ansiedade

generalizada, de separação, fobia específica ou ansiedade social. Ainda que cada um dos tipos de ansiedade tenha as suas características específicas, há sintomas transversais a todas elas, como a preocupação excessiva, o medo ou sensações corporais/físicas, que devem persistir durante cerca de 6 meses para ser considerado patológico (DSM-V).

A ocorrência de perturbação de ansiedade varia de acordo com as diferenças demográficas, socioeconómicas e com as condições de saúde (Davison, Lin, Kobayashi, Mora-Alamanza & Fuller-Thomson., 2020) e as suas principais formas de tratamento são a psicoterapia cognitiva comportamental, através de técnicas como a dessensibilização, o relaxamento e o controlo da respiração (Dattilio & Kendall, 2007; Wachtel, 1997). Os indivíduos preferem fazer terapia individual quando têm sintomas de ansiedade, mas a intervenção de grupo também pode ter um papel de relevância na redução dos sintomas (Kamaterou, 2020). O contacto emocional que emerge das relações com os outros pode ser importante na prevenção da ansiedade (Drageset, Eide & Ranhoff, 2012).

A ansiedade é uma das perturbações mentais mais comuns na terceira idade e os sintomas tendem a ser sub relatados pelos idosos (Dragestet et al.,2012; Kamaterou, 2020). Os idosos têm dificuldade em compreender como é que a terapia os pode ajudar a gerir as suas emoções e melhorar o seu bem-estar e mostram relutância a procurar este tipo de ajuda quando confrontados com *distress* emocional. É necessário adotar abordagens flexíveis no que concerne aos procedimentos de intervenção e a intervenção cognitiva comportamental pressupõe que a intervenção comece com uma breve socialização, com ênfase na educação sobre a psicoterapia, visto que os idosos não sabem o que esperar ou como se devem comportar (DeVires & Ogland-Hand, 2007; Kamaterou, 2020).

A maioria dos idosos tem de lidar com eventos ansiogénicos como doenças crónicas, morte de familiares ou amigos, mudanças no estatuto socioeconómico (DeVries & Ogland-Hand, 2007), sendo que os idosos com perturbação de ansiedade generalizada parecem ter uma atenção que privilegia a informação negativa, em detrimento da informação positiva (Cabrera, Brugos & Montorio, 2019).

Há estudos que evidenciam que ser do sexo feminino, ter um baixo rendimento e ser solteiro está mais associado a perturbações de ansiedade em idosos e a uma menor qualidade de vida (Liu, Qu, Meng & Wang, 2020; Sinha et al., 2020).

A teoria familiar sistémica pressupõe que o suporte familiar pode aumentar a qualidade de vida dos idosos, providenciando conforto emocional e reduzindo a carga psicológica, melhorando as suas funções físicas (Liu et al., 2020). E há um estudo que evidencia que a ansiedade aumenta o risco de demência (Santabárbara et al., 2019).

Demência. De acordo com o DSM-V, a demência é considerada uma perturbação neuro cognitiva, cuja característica principal é a deterioração cognitiva adquirida num ou mais domínios, como a atenção, a aprendizagem, a memória ou a linguagem. Esse progressivo declínio cognitivo tem implicações no funcionamento dos indivíduos, bem como na sua autonomia relativamente às atividades de vida diária (National Institute on Aging, 2017). É também comum existir alguma apatia, caracterizada por uma menor motivação e menor responsividade emocional. A demência afeta o pensamento, a memória e o raciocínio (National Institute on Aging, 2017).

Numa fase de pré-diagnóstico, o indivíduo com demência ou as pessoas que o rodeiam podem detetar alguns problemas de memória ou alterações no seu comportamento, que trazem alguma frustração, medo e incompreensão, à medida que tomam consciência de que algo não está a funcionar como anteriormente (Steeman,

Casterlé, Godderis & Grypdonck, 2006). A fase de diagnóstico, em que se avalia e se confirma ou refuta a existência de demência, acarreta também sentimentos de confusão, medo e negação (Steeman et al., 2006). A fase pós diagnóstico implica que o indivíduo reflita sobre as suas perdas, sinta emoções como a incerteza e a frustração, bem como faça um ajustamento constante entre as mudanças que a doença acarreta e o manter-se fiel à sua identidade (Steeman et al., 2006). Como há perda progressiva e irreversível de neurónios e de funcionamento cerebral, não existe cura para este tipo de patologia (National Institute on Aging, 2017).

A paranóia, os delírios e a agitação são sintomas frequentes da demência, bem como alguns comportamentos agressivos (DSM-V). É também comum existir alguma apatia, caracterizada por uma menor motivação e menor responsividade emocional. A demência afeta o pensamento, a memória e o raciocínio, acarretando dificuldades na fala e na expressão verbal, podendo os indivíduos compreender o que lhes é dito, mas produzindo sons ou palavras sem sentido (Cunha, 2007; National Institute on Aging, 2017).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum e pode ser considerada leve, moderada ou grave, consoante os seus sintomas. Esta doença pressupõe uma declinação gradual do funcionamento do indivíduo, sendo que, à medida que os sintomas evoluem, esta passa de leve para grave. A doença de Alzheimer leve pressupõe um declínio na memória e na aprendizagem, da cognição e ausência de outra patologia. Nesta fase, o indivíduo ainda é capaz de funcionar de forma independente e participar em atividades sociais, mas os sintomas de lapsos de memórias ou de dificuldades de planeamento começam a evidenciar-se. Na fase moderada da doença, o indivíduo pode confundir palavras ou agir de forma inesperada, sendo os principais sintomas a ela associados o esquecimento de eventos ou da história pessoal, bem como

confusão sobre o local ou o dia em que estão. Para ser considerada grave, tem de haver um declínio da memória e na aprendizagem e em pelo menos um domínio cognitivo, tem de haver declínio na cognição e ausência de outra patologia. Para além disso, a perturbação grave pressupõe a existência de uma mutação genética causadora da doença a partir da história familiar ou de teste genético. Nesta fase da doença de Alzheimer, os indivíduos não são capazes de responder ao ambiente que os envolve ou de participar numa conversa, tornando-se ainda mais dependentes (Alzheimer’s Association).

Em Portugal, não há estudos que registem quantas pessoas têm esta doença, mas tendo como referência os dados da Alzheimer Europe (2019), constata-se que os números apontam para mais de 193 mil e 500 pessoas com demência. O alívio dos problemas comportamentais relativos à demência pode aumentar a qualidade de vida do idoso e diminuir o *stress* dos pacientes e dos seus cuidadores (Brotons & Picket-Cooper, 1996).

Depressão. A depressão é uma perturbação mental cujos principais sintomas são a tristeza persistente, a perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, a perda de apetite, a reação exagerada a determinados acontecimentos, insónias, cansaço e desmotivação. Os sentimentos de inutilidade ou culpa e os pensamentos sobre suicídio também são indicadores desta doença mental (Barlow et al., 2011; Blazer & Hybels, 2009; DSM-V).

Para além destes sintomas, o humor deprimido deve fazer parte da maior parte do dia e quase todos os dias. A presença de humor triste, vazio ou irritável provoca alterações no indivíduo que afetam a sua capacidade de funcionamento. O humor irritável pode levar a explosões de raiva, que acontecem muitas vezes em resposta à frustração sentida e podem adotar a forma comportamental ou verbal. Para ser considerado depressão, o episódio deve ser clinicamente significativo no funcionamento

social ou profissional do indivíduo (DSM V). Os indivíduos com depressão têm dificuldade em experienciar sentimentos positivos e frequentemente consideram que, quando algo está a correr bem, algo menos bom irá suceder (Barlow et al., 2011).

À medida que os indivíduos envelhecem, os sintomas depressivos, a desesperança, o desamparo e a solidão tornam-se mais presentes e o número de idosos com este problema de saúde aumenta. A depressão na velhice é muitas vezes associada a fatores sociais, problemas cognitivos, doenças físicas, fraqueza, adaptação à morte de um cônjuge ou inadaptação para lidar com a solidão, bem como se desenvolve mais frequentemente em indivíduos medicamente doentes (Blazer & Hybels, 2009; Gopi & Preetha, 2016; Im & Lee, 2014).

Entre os principais sintomas que os idosos apresentam quando têm uma depressão, encontram-se mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, fadiga, pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, sendo que o suicídio é a consequência mais trágica da depressão na velhice (Blazer & Hybels, 2009; DSM). Os idosos parecem ter uma maior vulnerabilidade biológica para a depressão do que a restante população (apesar de haver maior prevalência de depressão na meia-idade) e percecionam o tempo como relativamente limitado, levando-os a enfatizar as experiências negativas e a priorizar objetivos emocionalmente significativos (Blazer & Hybels, 2009).

Há alguma resistência para procurar ajuda quando se tem o primeiro episódio depressivo, sendo que a depressão muitas vezes não é tratada e, como consequência, os indivíduos são menos produtivos e têm dificuldades nos seus papéis sociais (Kessler & Wang, 2009). Assim, apesar da dificuldade de adesão do paciente, identificar e prevenir a depressão é muito importante (Bolland & Keller, 2009). Os episódios de depressão

podem entrar em remissão, mas a depressão é uma doença crónica e recorrente (Blazer & Hybels, 2009). Mesmo que existam alternativas que podem ajudar os indivíduos com depressão, como falar com amigos, sair de casa e fazer pequenas tarefas (Barlow et al., 2011), intervenções precoces e intensas que utilizam medicação e psicoterapia podem ser a estratégia mais eficaz para melhorar o resultado da doença depressiva (Boland & Keller, 2009).

Existem vários tipos de tratamento para a depressão: medicamentos antidepressivos, convulsões electroconvulsivas e psicoterapia, que podem ser eficazes para o paciente, sendo que a combinação de medicação com psicoterapia pode exercer um efeito sinérgico (Nestler et al., 2002). A literatura suporta o valor da psicoterapia no tratamento da depressão (Lynch & Aspnes, 2004, cit. por Blazer & Hybels, 2009), sendo a terapia cognitiva comportamental a mais utilizada, (Arean & Cook, 2002, cit. por Blazer & Hybels, 2009) tendo como objetivo modificar os pensamentos e as atitudes disfuncionais que iniciam os sintomas. Uma intervenção eficaz na depressão pode ser eficiente na melhoria dos sintomas depressivos e na prevenção do comprometimento cognitivo (Im & Lee, 2014). Para além dos tratamentos mencionados, a musicoterapia é outra forma de intervenção que está a tornar-se importante devido aos seus benefícios nos idosos (Ugur, Aktas, Orak, Saglambilen & Avci, 2017).

Musicoterapia

A música faz parte do quotidiano do ser humano, seja através de simples sons da natureza, seja através de instrumentos musicais. A música pode ser definida como a arte de combinar sons vocais, instrumentais ou tons numa melodia, harmonia, ritmo e timbre variados, para formar composições estruturadas, completas e emocionais (Goyal, 2012). Segundo este autor, a música é capaz de proporcionar felicidade, paz, saúde e

concentração. A música estimula a glândula pituitária, cujas secreções afetam o sistema nervoso e a pressão sanguínea.

Ainda que o ser humano, na generalidade, reconheça a música como forma de relaxamento ou entretenimento, existem poucos indivíduos que a reconhecem como uma arte com propriedades terapêuticas (Goyal, 2012). No entanto, filósofos como Pitágoras, Platão e Aristóteles tinham consciência dos poderes profiláticos e terapêuticos da música e em todas as culturas houve músicos dedicados ao uso da música para a transformação e a cura (Goyal, 2012; Hesser, 2001).

A musicoterapia é um processo interpessoal sistemático de intervenção, em que o terapeuta utiliza a música para ajudar o cliente a melhorar ou a manter-se saudável (Bruscia, 2014; Goyal, 2012; Ruud, 1991). A sua implementação requer intervenção por parte de um musicoterapeuta qualificado, intervenção essa que é única na medida em que se foca no som, na beleza e na criatividade. A música utilizada na terapia pode ser criada tanto pelo musicoterapeuta como pelo cliente (Bruscia, 1991). A musicoterapia é uma profissão que utiliza a música como ferramenta ou como veículo de expressão, com o intuito de promover mudanças ao nível do bem-estar pessoal e/ou adaptação social (Goyal, 2012; Ruud, 1991).

Os objetivos subjacentes a esta forma de intervenção são terapêuticos, nunca relacionados com as competências musicais dos pacientes. A linguagem musical abre novas formas de comunicar, sobretudo a um nível não-verbal (Vicinguerra, 2017). A musicoterapia dirige-se a todas as pessoas, desde grávidas e bebés a idosos e pessoas em cuidados paliativos, tomando diversas formas, dependendo do problema e dos objetivos em causa (Ruud, 1991). As problemáticas a que geralmente se dirige são doenças médicas, trauma, deficiências físicas e sensoriomotoras, doenças psiquiátricas, problemas emocionais e comportamentais, adições, problemas de comunicação,

relações disfuncionais, abuso, défice cognitivo, dificuldades de aprendizagem e envelhecimento. Também pode ser utilizada para promover e estimular o desenvolvimento pessoal, a aprendizagem e para facilitar o relaxamento e a redução do stress (Bruscia, 1991; Ruud, 1991). Geralmente, os musicoterapeutas trabalham em hospitais, clínicas, escolas, estabelecimentos prisionais, centros comunitários, entre outros (Ruud, 1991).

A música pode ajudar a melhorar a qualidade das relações, aumentar a consciência pessoal e a expandir o potencial criativo (Hesser, 2001). É necessário que se tenha em conta os problemas e necessidades do cliente e o potencial que a música terá nele, de forma a definir os objetivos da terapia (Bruscia, 1991).

Esta forma de intervenção é um processo interpessoal em que o terapeuta utiliza a música em todas as suas formas: física, emocional, mental, social e espiritual, com recurso a várias técnicas: improvisação, recriação, composição, escuta musical (Bruscia, 1991; Ruud, 1991).

A improvisação consiste na criação musical através do canto, de instrumentos musicais, de melodias ou ritmos, em que o musicoterapeuta também pode participar. Este pode criar um acompanhamento musical que estimula ou guia o cliente, ou pode apresentar um tema musical já estruturado de onde pode partir a improvisação (uma melodia, uma linha rítmica, uma escala). Também pode apresentar algo não musical para ser expresso através da música (uma imagem, um sentimento) (Bruscia, 1991). A recriação musical consiste na reprodução de música, seja de forma vocal ou instrumental. A composição consiste na escrita de canções, letras ou peças instrumentais e a escuta musical diz respeito à reação do cliente à música que está a ouvir, podendo esta ser física ou emocional (Bruscia, 1991).

Em termos de avaliação, todas as técnicas podem ser utilizadas, de forma a estudar as necessidades, capacidades e preferências do cliente. No tratamento, são utilizadas para induzir mudanças específicas no cliente, na sua condição ou estado de saúde, sendo importante selecionar os métodos e técnicas mais relevantes, planejar as experiências musicais, os materiais, as sessões e conduzir a sessão. As técnicas descritas também são utilizadas para verificar a evolução do tratamento, ou seja, o seu progresso, aquilo que mudou durante a terapia em comparação com o nível de funcionamento antes e depois da musicoterapia. Existem várias abordagens possíveis a estas três formas de intervir. A avaliação pode ser um processo inicial ou estender-se continuamente no tempo e estar intrincada com o tratamento e a evolução. O tratamento pode ser em grupo ou individual e a evolução deve ser baseada em mudanças musicais ou não musicais do paciente (Bruscia, 1991).

As sessões de musicoterapia também incluem discussões verbais, que podem ser consequência da experiência musical ou ser focadas em problemas específicos, sentimentos, situações ou eventos pertinentes para a terapia. Uma sessão de musicoterapia pode conter elementos de dança, drama, poesia e artes visuais (Bruscia, 1991).

O foco da intervenção musicoterapêutica deve incidir na tendência inata de todos os seres humanos para fazer música dentro do seu próprio nível de desenvolvimento. Todos tem a capacidade básica para a expressão e apreciação musical, independentemente da idade ou do background musical. É importante ter em conta as preferências do cliente, de modo a motivá-lo para as sessões, sendo por isso relevante ter em consideração o tipo de atividades, instrumento, papel, estilo, *setting* e o tipo de experiência musical que prefere (Bruscia, 1991).

Musicoterapia com idosos

Uma razão importante para explorar o significado da música na vida dos idosos é porque a música é a arte mais social de todas (Hays, Bright & Minichiello, 2002). A música traz energia e vida a muitas pessoas que chegam ao fim da vida com perdas físicas e cognitivas. Tem o poder de transformar sentimentos de desespero e de não utilidade em orgulho, quando os pacientes percebem que são capazes de ser criativos e podem aprender e desenvolver competências (Hanser, 1999).

Como referido anteriormente, a população idosa tem vindo a aumentar em todo o mundo, o que torna mais premente a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos, à medida que aumenta a esperança média de vida. Há evidência científica sobre a eficácia da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, com ou sem disfunção cognitiva, sendo esta capaz de promover um envelhecimento saudável (Abraham et al., 2019).

A musicoterapia com idosos pressupõe alguns aspetos importantes, como a escolha do repertório, que deve ir ao encontro das suas preferências; do ritmo e do tempo, visto que há uma maior lentidão das forças motoras e o ritmo pode ter de ser adaptado; a extensão vocal, visto que há mudanças na voz à medida que se envelhece e é importante que os tons estejam confortáveis para cantar; volume, adaptando-se a intensidade do som às necessidades do paciente de acordo com a sua capacidade auditiva; instrumentação, sendo que preferem música melódica acompanhada por acordes que fazem destacar a melodia e a voz e não a harmonia e o ritmo. É importante ter em conta a capacidade auditiva e motora de cada pessoa quando estas quiserem participar em acompanhamentos ou improvisações (Martín, Pereda, Serra, Hernández & Ramirez, 2015).

Em termos de avaliação de musicoterapia na geriatria, existem diversas áreas em que o musicoterapeuta se deve focar – biográfica, cognitiva, emocional e musical. Um musicoterapeuta avalia um cliente obtendo informação sobre as suas capacidades musicais, a consciência e a relação com o ambiente e a resposta às tarefas musicais. A avaliação nestas áreas dá informação ao musicoterapeuta sobre a capacidade de o cliente organizar e processar dados sensoriais em informação significativa (Hintz, 2000).

O trabalho individual de musicoterapia também representa uma forma válida de psicoterapia, na medida em que é possível criar um espaço e um ambiente de partilha, em que os indivíduos se podem sentir livres para expressar as suas emoções, pensamentos e sentimentos. Nesta forma de intervenção, utiliza-se a música e a palavra como ferramentas principais num processo que se baseia na avaliação das necessidades e em que a intervenção terapêutica se planifica consoante essas mesmas necessidades (Bright, 1993).

As capacidades musicais do paciente podem ser categorizadas em relação a se são expressivas ou recetivas. Para avaliar as capacidades recetivas do paciente, o musicoterapeuta foca-se na consciência e na perceção da informação sensorial: perceção de ritmo, de tons, de sons, de letras; consciência de mudanças de tempo, de volume; qualidade afetiva e intensidade. Quando o cliente participa numa experiência musical recetiva, como ouvir música, o musicoterapeuta presta atenção às respostas somáticas, cognitivas, expressivas e afetivas. As respostas a este tipo de experiências incluem a respiração, a frequência cardíaca, as mudanças físicas (postura corporal, tonicidade muscular, qualidade e quantidade dos movimentos físicos), afirmações sobre memórias que a música tenha despertado, significados associados à música; expressões verbais ou vocais como *humming* espontâneo e cantar; e respostas afetivas como chorar ou rir e comentários auto avaliativos.

As experiências musicais ativas permitem avaliar as capacidades de percepção do indivíduo, memória a longo e curto prazo, conteúdo de pensamento concreto e abstrato, relações espaciais, atenção seletiva e estado afetivo. O musicoterapeuta foca-se nas capacidades expressivas incidindo no output dos comportamentos musicais. O musicoterapeuta deve estar atento à produção vocal, manipulação de instrumentos, uso do movimento físico, produção tonal, complexidade rítmica. As experiências musicais expressivas avaliam a capacidade de o paciente estar em relação com outra pessoa, de modificar respostas, de dar feedback do ambiente, e de se adaptar a mudanças no ambiente em geral. A criatividade pode ser avaliada também (Hintz, 2000).

Os quadros clínicos de idade avançada que justificam a derivação da musicoterapia individual variam amplamente e podem dividir-se aproximadamente em problemas psiquiátricos primários e aqueles se observam como sequelas ou consequências de doenças orgânicas (Bright, 1993).

A intervenção de musicoterapia é particularmente indicada quando existem quadros de patologia psiquiátrica, episódios depressivos ou deterioração cognitiva (Bright, 1993). A musicoterapia aumenta a qualidade de vida e diminui o declínio cognitivo associado à idade, sendo que as doenças mais tratadas pela musicoterapia são a demência, a depressão e as perturbações da ansiedade (Lloria, Ojea & Juste, 2019).

A musicoterapia e a ansiedade do idoso. A ansiedade é uma patologia prevalente entre os idosos, mas na maioria das vezes não é reconhecida nem tratada. Também é importante salientar que muitos idosos têm sintomas depressivos e ansiosos, mas estes não reúnem as características para ser categorizados como ansiedade ou depressão (Rawtaer et al., 2015).

Em relação à ansiedade, a musicoterapia parece ser uma intervenção eficaz na redução dos seus níveis. Esta forma de intervenção pode ajudar a fomentar a experiência

de sentimentos positivos e a melhorar a atividade geral do idoso (Werner, Wosch & Gold, 2015).

A musicoterapia, na forma de relaxamento, parece ter um impacto positivo na redução dos níveis de ansiedade (Klainin-Yobas, Oo, Ywe & Lau, 2015). Num estudo de Ziv, Rotem, Arnon e Haimov (2008) verificou-se que ouvir música com melodia lenta, com harmonia menor, com piano no instrumento principal, acompanhado por violinos e sinos, ajuda a relaxar e a melhorar os problemas de insónia. A escuta musical deste estilo de música, permitiu uma diminuição da ansiedade dos participantes, o que facilitou a redução de stress dos idosos quando estes estavam a tentar dormir.

Corroborante com este estudo, é um de 2020 (Gokalp & Ekinci), que evidencia que a audição de música tem efeitos na redução da ansiedade e aumenta a qualidade do sono.

A musicoterapia faz emergir estados emocionais prazerosos, sendo que através da sua implementação há uma estimulação direta da função cognitiva e emocional dos indivíduos, em que pode haver redução de stress e evocação de memórias positivas (Sakamoto, Ando & Tsutou, 2013). A musicoterapia tem impacto na ansiedade dos indivíduos, quer as sessões incluam música ao vivo, quer sejam através de gravações (Kaplan, 2013).

A música pode servir como forma de estimular o processamento dos afetos, facilitando a integração do afeto e da cognição, tornando a informação sintetizada e reorganizada na consciência para formar novas experiências e compreensões da situação que provocou ansiedade. Isto leva à redução dos níveis de ansiedade e a mudanças positivas de humor (Kerr, Walsh & Marshall, 2001).

Há também evidências de que a participação ativa dos idosos nas sessões de musicoterapia, aumenta os seus níveis de bem-estar, principalmente no sentido de propósito e na sua perceção de controlo e de autonomia, sendo que tocar um

instrumento musical pode diminuir o stress e que cantar requer respirar profundamente e providencia relaxamento (Hallman, Creech, Varvarigou, McQueen & Gaunt, 2014; Takahashi e Matsushita, 2006). A intervenção com música, quando associada a memórias, pode reduzir o stress e aumentar o relaxamento em indivíduos com demência (Sakamoto et al., 2013).

Musicoterapia na demência. As pessoas com demência têm dificuldade em receber, processar e responder a estímulos ambientais (Martín et al. 2015). A musicoterapia tem um impacto positivo nos sintomas dos pacientes com Alzheimer, em termos cognitivos, psicológicos e comportamentais (Gallego & Garcia, 2017). A intervenção foca-se nos domínios da comunicação, no domínio cognitivo, social, emocional e motor, e tem o intuito de aumentar a interação entre os pacientes, aumentar a comunicação apropriada e relevante entre os mesmos, diminuir a ansiedade e aumentar as respostas motoras, sendo um tempo e um espaço de reorganização cognitiva, afetiva e corporal (Cunha, 2007; Keough, King & Lemmerman, 2016).

A música facilita a comunicação e cria um sentido de normalidade para as pessoas que sofrem de demência, de Alzheimer ou de perda de memória aguda (Hays et al., 2002). A perda da memória significa ser privado do património afetivo-cultural que se construiu durante toda a vida (Cunha, 2007). A demência pode levar à perda de papéis e perturbar o autoconceito, mas a música personalizada pode contribuir para manter o sentido de identidade (Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013), sendo que a música familiar pode desencadear memórias autobiográficas que influenciam a auto percepção (Brancaisano, Baird & Thompson, 2020).

Alguns estudos evidenciam que a musicoterapia pode melhorar o funcionamento cognitivo e que a evocação de memórias contribui para a sua estabilidade emocional e uma comunicação mais gratificante (Cunha, 2007; Takahashi e Matsushita, 2006). Tal

era despoletado pelo canto de canções familiares, repertório melódico, afetivo e cultural e sonoridades significativas, bem como pelo tocar instrumentos musicais (Takahashi e Matsushita, 2006).

A componente social, que constitui uma perda para as pessoas com demência, parece melhorar com sessões de musicoterapia. Os idosos com esta problemática, aquando em sessões de grupo de musicoterapia, demonstram um pequeno aumento das ligações emocionais e no comportamento social em relação uns aos outros, existindo interações e partilhas verbais e não verbais (Madso, Molde, Hynninen & Nordhus, 2021; (Mc Dermott, Orrel & Ridder, 2014).).

Sendo as ligações com os pares importantes para as pessoas com demência, a nível de musicoterapia de grupo pode existir uma diminuição da apatia e um aumento do estabelecimento de relações diádicas, visto que as sessões podem constituir um lugar seguro para interagir socialmente, quer entre os utentes, quer entre estes e o musicoterapeuta (Ashida, 2001; McDermott et al., 2014; Takahashi e Matsushita, 2006). Na interação musical cocriada, há a possibilidade de comunicar, interagir, de expressão, sendo que os idosos permanecem ativos e comunicam verbal e musicalmente (Cunha, 2007).

A relação estabelecida entre os pacientes com demência e o musicoterapeuta no contexto da musicoterapia ativa, pode ser um facilitador para melhorar a cognição. A presença de um terapeuta ajuda o paciente a manter a atenção na tarefa e a regular as suas emoções (Fusar-Poli, Bieleninik, Brondino, Chen & Gold, 2018).

As técnicas de musicoterapia mais utilizadas com os idosos com demência são o canto, que é excelente para transitar para a sessão e para desenvolver repertório e criar familiaridade, bem como fazer emergir respostas cognitivas e comunicativas e o tamborilar, que é uma forma de aceder a capacidades motoras e físicas e movimento, em

que se pode desafiar os pacientes a serem regentes e isso os ajuda a movimentar os braços tendo em conta as mudanças rítmicas que se dão na música (Keough et al., 2016).

Para os idosos com demência, a escolha das músicas é muito pessoal. Cada indivíduo tem uma identidade musical que está estreitamente ligada a eventos de vida, à identidade cultural e pessoal e a uma época específica. O reconhecimento de músicas familiares é significativo emocionalmente, em particular para as pessoas com demência, visto que lhes permite entrar em contacto consigo próprios e com a sua história (Mc Dermott et al., 2014).

A musicoterapia é uma intervenção eficaz no controlo de comportamentos agitados de pacientes com demência, mesmo que os indivíduos não tenham um contacto prévio com a música, tendo impacto benéfico nos delírios, alucinações, irritabilidade e agitação (Brotons & Pickett-Cooper, 1996; Gallego & Garcia, 2017). Envolver a música nos cuidados que se tem com idosos com demência, ajuda-os a manter a sua função cognitiva. Por se envolverem em experiências significativas, os idosos com demência tornam-se menos passivos e agitados (Wang, Yu & Chang, 2017). Nos estágios iniciais da doença, a abordagem ativa da musicoterapia pode ser mais benéfica, enquanto uma abordagem recetiva poderia ser mais adequada nos estágios finais da doença, quando os pacientes não estão capazes de estar ativamente envolvidos no processo de tratamento (Fusar-Poli et al., 2018).

A literatura indica que os idosos com demência aumentam as suas expressões de alegria e felicidade durante as sessões de musicoterapia (Madso et al, 2021) e que a utilização de músicas familiares que permitem aceder a memórias, é eficaz no tratamento de sintomas de depressão nestes idosos (Ashida, 2001).

Musicoterapia e a depressão do idoso. A musicoterapia é eficaz na ajuda ao tratamento da depressão e pode reavivar memórias que se foram perdendo ao longo do processo de envelhecimento, permitindo aos idosos contactarem com o seu passado (Macena, Bandeira, Bezerra & Silva, Souza & Silva, 2018; Torres, 2014).

A sintomatologia depressiva pode diminuir através da audição de música, levando a que os idosos tenham experiências que lhes dão prazer e evoquem emoções positivas, podendo isso fortalecer a sua autoestima (Gallego & Garcia, 2017; Hanser & Thompson, 1994). Em quadros psiquiátricos acompanhados de tristeza e de frustração, a musicoterapia encoraja a individualidade e a integridade do paciente, constituindo um espaço em que há liberdade para os utentes falarem e expressarem os seus sentimentos (Bright, 1993).

Para os idosos, a música pode ser uma forma de manutenção do funcionamento físico e cognitivo ativo, fazendo com que eles se sintam menos isolados e potenciem a sua socialização (Torres, 2014). Existem três áreas a que a música está diretamente ligada, no que à população idosa diz respeito: identidade, na forma como se conseguem redefinir e compreender as suas emoções; bem-estar, na forma como se mantêm saudáveis; motivação, na forma como se mantêm interessados e motivados para a vida. Para os idosos, a música funciona como forma de manter o bem-estar psicológico e aumentar o afeto positivo (Hays & Minichiello, 2005; Laukka, 2007). O tipo de música também parece ter impacto positivo e ativar aspetos cognitivo-afetivos, contribuindo para o bem-estar dos idosos e para uma maior perceção sobre o seu percurso individual e coletivo (Ferreira, Rezende & Vargas, 2013).

A musicoterapia de grupo com idosos reduz significativamente os sintomas depressivos e podem ser utilizadas técnicas de improvisação instrumental, dança/movimento, para além de reflexão verbal depois de cada sessão, de forma a

facilitar a expressão de sentimentos, memórias e encorajar a comunicação e a partilha das suas experiências (Werne et al., 2015). Ainda numa perspetiva de intervenção de grupo na musicoterapia, um estudo egípcio de 2019 (Ibrahim Sayied, Ibrahim, Saraya & Osman) que pretendia avaliar o impacto da musicoterapia na redução de sintomas depressivos entre população idosa, verificou que a musicoterapia demonstrou ser uma estratégia importante na otimização psicossocial do bem-estar e na redução da depressão entre os idosos. Neste estudo, os grupos foram constituídos por 5 idosos que foram submetidos a 12 sessões de musicoterapia, que incluíam ouvir música escolhida pelos participantes. Os indivíduos demonstram conforto psicológico na partilha de emoções latentes que nunca tinham sido reveladas (Im & Lee, 2014). A musicoterapia pode ajudar os idosos a melhorar a sua qualidade de vida e o seu humor (Torres, 2014; Travers & Bartlett, 2011).

Musicoterapia de grupo

Christopher Small (1999) postula que há uma envolvência na música, com a música e através da música quando se ouve, se toca, se dança, se imagina. Este autor criou um termo – *musicking* – que define a música como ação, em que todos os que estão na sua presença têm uma responsabilidade, sejam performers ou ouvintes. Nesses encontros musicais, são gerados significados, sendo estes maiores do que aquilo que a obra musical traz.

“*Musicking*” permite tornar real uma série de relações, e é através delas que o ato de fazer música reside, na medida em que a música é experienciada em toda a sua complexidade (Small, 1999). Quando os indivíduos se reúnem para uma sessão de grupo de musicoterapia, trazem cada um aspetos do seu passado coletivo e individual, bem como da sua experiência de vida atual, experiência cultural e ligação com a música. Os indivíduos são seres complexos inseridos num mundo social, não sendo possível

separar a pessoa individual do contexto de grupo (Pavlicevic, 2003; Small, 1999). Um grupo onde se faça música é sempre muito mais acerca das pessoas que o compõem do que da própria música, porque o grupo oferece uma experiência de relação entre o próprio e os outros e estas experiências mudam constantemente e interferem com a experiência musical (Pavlicevic, 2003).

Pavlicevic (2003) apresenta o modelo de Tuckman de quatro fases da vida de um grupo. São elas: *norming*, em que todos os elementos do grupo identificam o que têm em comum; *storming*, em que identificam o que têm de diferente; *forming*, quando vêm juntos com uma compreensão mais realista uns dos outros e *performing*, quando o grupo funciona como um todo, consciente das semelhanças e das diferenças e executando as tarefas. Não se deve separar a noção de espaço musical das pessoas que, por fazerem parte do grupo musical, criam e definem o que está dentro e fora desse espaço.

Sob a perspectiva analítica, a linguagem musical é fundamental. Não é só o que acontece, mas quando acontece. A música move-se no tempo e é importante dar foco ao que aparece uma vez e não volta a aparecer, ao que se repete, mas com variações, ao que se transforma, onde estão os silêncios. A música e a psicanálise estão ligadas porque ambas se preocupam com a emoção e, principalmente, com a comunicação da emoção. Se a música é a comunicação de um sentimento, então está imediatamente ligada a algo que é parte da experiência desde o início (Richards & Davies, 2002). A psicologia ocidental e a psicanálise postulam que a saúde na esfera mental tem a ver com a criatividade, a autoexpressão e o desenvolvimento pessoal (Pavlicevic, 2003).

A música é parte da vida pessoal, social e cultural e há que adequá-la tendo em conta a idade da população alvo. As músicas já existentes podem cair numa repetição constante e desmotivante para os elementos do grupo. Quando há espontaneidade, a

música tende a ser previsível em termos de estrutura, no sentido em que se a música dá repetição suficiente, então começa a fazer sentido para os tocadores e os ouvintes. A espontaneidade é a capacidade de partir do plano de ação, da estrutura musical e mudá-la de direção a qualquer momento (Pavlicevic, 2003).

A improvisação livre assenta na ideia de encorajar os clientes a fazer qualquer som, convidando-os a apresentarem-se através dele (Darnley-Smith, 2002). O ambiente da improvisação musical pode permitir espontaneidade do grupo, facilitar o processo inconsciente ou as áreas reprimidas dos sentimentos, que podem ser contidas e respondidas de forma não verbal (Darnley-Smith, 2002; Richard & Davies, 2002).

A improvisação reflete a dinâmica das sessões de grupo, contendo expressão de sentimentos que os elementos do grupo têm em relação uns aos outros. Este processo pode ser cheio de vida e de sentimento ou vazio e flutuante, podendo terminar gradualmente ou de repente (Darnley-Smith, 2002).

Ao participar ativamente na sessão de musicoterapia, o musicoterapeuta facilita a emergência do self e aprofunda a relação terapêutica interativa, sendo que o som se torna central para que esse encontro musical aconteça (Darnley-Smith, 2002). As interações da improvisação musical permitem que algo do processo de grupo, consciente ou inconsciente, se torne audível.

O significado do que acontece no grupo, quer a nível individual, quer num grupo como um todo, reside na inter-relação dos vários elementos (Richards & Davies, 2002). É importante ter em conta as ligações que se criam no movimento do tempo entre as palavras, o pensamento e a música, pois é nesse espaço que as realidades interna e externa do indivíduo se encontram. Esse espaço pode ser caracterizado por sons musicais ou por silêncios. Esta forma de improvisação é única na vida de cada paciente e é preciso tempo para que os aspetos mais relevantes do grupo, como a consistência e a

confiabilidade no terapeuta, se revelem (Odell-Miller, 2002). A improvisação revela a capacidade da pessoa se relacionar, que pode ser trabalhada e crescer numa jornada musical que é profundamente íntima, e pode convidar o cliente a entrar em relação com experiências desconhecidas anteriores (Pavlicevic, 2003).

Em relação aos idosos, a improvisação, por ser algo com demasiada liberdade, pode criar ansiedade, advinda do medo de falhar. Não é fácil compreender como passar de cantar músicas pré-compostas, que é algo que os idosos geralmente esperam, para a improvisação livre, em relação à qual eles expressam ansiedade e confusão (Darnley-Smith, 2002). Através de qualquer uma das formas, a relação interpessoal pode acontecer num nível exploratório significativo. Combinar canções com improvisação pode ser uma forma insatisfatória de trabalhar, porque podem ocorrer momentos estranhos entre facilitar o paciente a tocar o que gosta e tocar uma peça particular em que as noções de errado e certo estão presentes (Darnley-Smith, 2002). No entanto, quanto mais se estrutura as sessões, mais orientados e seguros os elementos do grupo se vão sentir (Pavlicevic, 2003).

A parte da reflexão, processamento e especulação sobre o que aconteceu na sessão é também importante e faz parte da prática da musicoterapia (Odell-Miller, 2002; Pavlicevic, 2003). A troca verbal é sequencial. Num grupo de musicoterapia, através da partilha de vulnerabilidade e de um desejo de ligação, um elemento do grupo pode ter duas linguagens – música e palavras – através do qual experimenta estar em relação com os outros. O espaço mental de como nos percebemos e sentimos em relação a nós próprios pode ser explorado como alternativa na improvisação musical (Richards & Davies, 2002).

Em grupo, a musicoterapia pode fomentar a criatividade, as relações interpessoais e a expressão emocional, através da improvisação musical ou do trabalho

com canções já existentes. Este é um processo relevante, essencialmente para os idosos com défice cognitivo (Smith, 2002).

Objetivos

Tendo em conta o facto de a musicoterapia ser uma área nova para a instituição, um dos objetivos gerais do presente estágio foi o de apresentar à CPSB esta nova forma de intervenção.

De acordo com as temáticas descritas no enquadramento teórico e considerando que os idosos podem apresentar uma gradual deterioração das suas capacidades, objetivou-se também, através da musicoterapia, promover o seu desenvolvimento e expressão pessoal, bem como estimular o seu funcionamento físico e cognitivo.

Através da musicoterapia, também se objetivou promover a participação social dos idosos e promover a sua comunicação verbal e não-verbal, de forma a reduzir o seu isolamento social e a facilitar a sua comunicação.

Assim, sendo a musicoterapia uma área que complementa a intervenção farmacológica, foi importante a sua utilização para a promoção do desenvolvimento pessoal dos idosos, aliado a uma participação ativa nas sessões e à promoção da sua criatividade.

Metodologia

O presente capítulo apresenta uma descrição dos métodos utilizados ao longo de todo o estágio e dos processos resultantes das intervenções terapêuticas que foram realizadas. Serão descritos dois estudos de caso específicos, um individual e um de grupo. Utilizou-se uma abordagem qualitativa e quantitativa na avaliação do caso individual e uma abordagem qualitativa na avaliação do caso de grupo.

Participantes

À data da realização do presente estágio, o CD da CPSB tinha 13 idosos inscritos (11 mulheres e 2 homens) com idades compreendidas entre os 70 e os 93 anos, sendo que a maioria dos idosos estava na faixa etária dos 80 anos. A maioria dos idosos estava no centro de dia há, pelo menos, 3 anos. Ao longo do ano letivo, houve alterações no grupo. Alguns idosos ausentaram-se por motivos de saúde, um idoso faleceu e dois foram para outra instituição por tempo indeterminado, sendo que no final do percurso da estagiária, entraram duas idosas para o CD.

As problemáticas mais comuns eram a demência, a debilidade motora, as dificuldades auditivas e visuais, o decréscimo da autonomia funcional e da agilidade mental e surgimento de sentimentos depressivos e ansiosos. Existiam utentes vítimas de acidentes vasculares cerebrais (AVC), hipertensão e doentes oncológicos. Muitos dos idosos sofriam por terem dificuldade em aceitar as suas novas condições de doença, bem como por se sentirem sozinhos ou um incómodo para quem os rodeava. As principais razões do ingresso dos utentes no CD eram a ausência de disponibilidade dos familiares para cuidar deles durante todo o dia, bem como a gradual deterioração das suas faculdades.

A tabela seguinte apresenta a lista das utentes do sexo feminino que estiveram no CD ao longo do tempo de estágio da formanda, com informação sobre a sua idade e sobre o tempo de permanência na instituição.

Tabela 1.

*Descrição das utentes do sexo feminino **

Nome	Idade	Tempo de permanência na Instituição
Ana	84	3 anos
Clarice	82	8 anos
Cláudia	92	7 anos
Constança	75	3 meses
Dalila	76	1 mês
Edite	70	2 anos
Francisca	86	1 ano
Graça	79	2 meses
Helena	83	8 anos
Joana	86	4 anos
Letícia	83	3 anos
Lúcia	93	4 anos
Olga	88	5 anos

A tabela seguinte apresenta a lista dos utentes do sexo masculino que estiveram no CD ao longo do tempo de estágio da formanda, com informação sobre a sua idade e permanência na instituição.

* *Os nomes dos utentes foram alterados para preservar a respetiva identidade.*

Tabela 2.

Descrição dos utentes do sexo masculino †

Nome	Idade	Tempo de permanência na instituição
Carlos	86	9 meses
Délio	71	1 mês
Geraldo	88	4 anos
Joaquim	81	6 anos

Posto isto e tendo em conta os seus diagnósticos, apresentados nas tabelas seguintes, os utentes foram inicialmente distribuídos por 2 grupos de intervenção:

Grupo A: Grupo de utentes com autonomia funcional.

Grupo S e D: Grupo com dificuldades auditivas e demência, que se subdividiu posteriormente em 2 grupos: o das dificuldades auditivas (**S**) e o da demência (**D**). A tabela 3 apresenta os utentes inseridos no grupo das dificuldades auditivas (**S**) e os utentes inseridos no grupo da demência (**D**), bem como os seus respetivos diagnósticos.

† *Os nomes dos utentes foram alterados para preservar a respetiva identidade.*

Tabela 3.

Grupos S e D

Nome	Diagnóstico	Nº de sessões frequentadas	Grupo posteriormente atribuído
Ana	Dificuldades auditivas; Ansiedade; Perturbação do sono; Perturbação depressiva	16	S
Clarice	Diabetes Tipo II; Pernas debilitadas; Dificuldades auditivas; Dependência física; AVC; Sintomas depressivos e ansiosos; Hipertensão; Doente oncológica	16	S
Constança	-	3	-
Geraldo	Surdez; AVC; Parkinsonismo Vascular; Demência Vascular	16	D
Lúcia	Demência; Perturbação do Sono	16	D
Olga	Diabetes; Demência	12	D

A tabela 4 apresenta os utentes do grupo com autonomia física e sem comprometimento cognitivo.

Tabela 4.

Grupo de utentes com autonomia física e sem comprometimento cognitivo

Nome	Nº de sessões frequentadas	Diagnóstico
Carlos	16	Catarata; Doença pulmonar obstrutiva crónica; Hipertrofia; Distúrbio ansioso; Hipertensão
Cláudia	10	Diabetes; Perturbação do sono
Edite	13	AVC; Diabetes tipo II; Síndrome do ombro doloroso; Distúrbio ansioso; Perturbação do sono
Francisca	7	Doente oncológica; Hipertensão; Perturbação Depressiva; Hérnia
Helena	17	Dislipidemias; Braço direito debilitado; Incontinência permanente; Asma; Perturbação do sono; perturbação depressiva, hérnia de hiato; insuficiência cardíaca
Joana	17	Diabetes tipo II; episódios confusionais; Isquemia cerebral transitória; fratura no fémur

Para além dos grupos de intervenção em musicoterapia, houve 6 utentes que tiveram intervenção individual. A tabela seguinte apresenta informação sumária sobre os participantes que receberam intervenção musicoterapêutica individual e o respetivo número de sessões que eles frequentaram.

Tabela 5.

Utentes em intervenção individual

Nome	Sexo	Idade	Problemática	Nº de sessões frequentadas
Carlos	M	86	Impulsividade	18
Clarice	F	82	Depressão Ansiedade	20
Edite	F	70	Ansiedade Depressão	14
Geraldo	M	88	Demência	15
Helena	F	83	Depressão Desvalorização de si Ansiedade	19
Lúcia	F	93	Demência	16

Instrumentos de Avaliação

Para avaliar o progresso terapêutico dos utentes em intervenção, utilizaram-se os seguintes instrumentos de avaliação:

Grelha de observação (Munk-Madsen, 2001)

Esta foi uma grelha de observação criada por Munk-Madsen para avaliar qualitativamente pessoas idosas com demência e incluía 6 dimensões: atividades musicais; atividades motoras; nível emocional; atividades cognitivas/comportamentais; atenção/contacto e comentários/reações à sessão. A cada dimensão correspondem determinados itens, avaliados numa escala que varia entre “Nada” e “Muito”, sendo que

estes permitem verificar progresso terapêutico, se aplicados em diferentes momentos da intervenção. A estagiária traduziu e adaptou a grelha original de forma a corresponder melhor às necessidades e características dos utentes, tendo excluído a última componente e acrescentado uma dimensão chamada “relacionamento.” Esta dimensão tem itens diferentes para o contexto individual e de grupo. A escala permite que se apure informação sobre a participação dos utentes em sessão, bem como a sua motricidade, as suas emoções, o seu comportamento e a sua disponibilidade e recetividade à sessão.

Hospital Anxiety & Depression Scale – HADS (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999))

Este é um instrumento constituído por 14 itens e duas subescalas – 7 itens avaliam a ansiedade e 7 itens avaliam a depressão. As opções de resposta de cada item são sempre 4, distribuídas entre os valores de 0 a 3 pontos. Somando as pontuações, a classificação final indica a presença ou ausência de problemas. Assim, valores iguais ou inferiores a 7 em cada subescala indicam ausência de perturbação, valores entre 8 e 10 pontos indicam presença leve dos níveis de ansiedade e/ou depressão e os valores entre 11 e 21 indicam valores anormais de depressão e/ou ansiedade.

Apesar de ter sido desenvolvida para avaliar estes dois níveis em relação a doentes com patologia física e em tratamento ambulatorio, esta é uma escala que tem sido utilizada na investigação e prática clínica para avaliar de forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrman, 1997).

Mini Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro e colaboradores, 1994)

Este instrumento avalia as funções executivas do utente de forma geral, no presente. Contém 30 questões divididas em 6 domínios: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada item é pontuado com 0 ou 1 valor e a pontuação total varia entre 1 e 30, sendo que as pontuações inferiores a 15 indicam défice cognitivo grave/analfabetismo, pontuações iguais ou superiores a 22 indicam alguma escolaridade e maiores de 27 pontos indicam alfabetismo.

Sessões individuais

Para avaliar o progresso terapêutico dos utentes em sessões individuais, a estagiária utilizou a grelha de observação que aplicou no início e fim da intervenção. Para os idosos que apresentavam uma sintomatologia de tipo depressiva ou ansiosa, foi também aplicada a HADS no início e fim da intervenção.

Sessões de grupo

As sessões de grupo foram avaliadas através da grelha de observação baseada na de Minds-Musken, correspondentes a cada elemento que o constituía. As diferentes grelhas utilizadas para a avaliação dos respetivos utentes encontram-se nos anexos.

Instrumentos musicais

Os instrumentos musicais utilizados no estágio foram: a guitarra, o piano, as maracas, o triângulo, a caixa chinesa, os bongós, o agogô, o metalofone, os tubos *boomwhackers*, o ovo-shaker e o tambor do mar. Alguns dos instrumentos eram da instituição e os restantes eram da musicoterapeuta.

Procedimentos

O presente estágio começou a 15 de outubro de 2020, com um período de observação de cerca de um mês e meio. Nesta fase, a estagiária procurou conhecer a equipa e a identidade dos utentes do CD, começando por recolher informação sobre

cada um deles, através das respetivas capas informativas, da própria equipa e dos próprios utentes. Durante esse período, também assistiu às sessões de psicomotricidade e às atividades ocupacionais que a equipa desenvolvia com os utentes.

Após os primeiros dias de focagem na instituição e identidade dos utentes em geral, foi elaborada e aplicada uma ficha autobiográfica com cada um dos idosos, individualmente, de forma a perceber melhor a sua história de vida e condições de saúde, bem como a sua relação com a música. O processo de dar-se a conhecer e começar a criar relação com os utentes também começou nesta fase inicial de observação.

A fase seguinte foi a de selecionar os idosos para a intervenção individual e dividi-los da forma mais adequada para a intervenção de grupo. Sendo que o CD tinha apenas 13 idosos, pretendeu-se que todos os utentes pudessem passar pela experiência da musicoterapia. Dessa forma, tendo em conta o diagnóstico e as problemáticas de cada utente, criaram-se 2 grupos de intervenção, sendo que um se subdividiu posteriormente em 2 grupos, e selecionaram-se 6 utentes para acompanhamento individual, sempre em colaboração com a orientadora no local de estágio.

Em relação à intervenção de grupo, num primeiro momento, procedeu-se à respetiva subdivisão dos idosos em dois grupos distintos. De forma a incluir todos os idosos que aceitaram participar nas sessões de musicoterapia, os critérios de seleção para o grupo A foram a sua autonomia funcional e no outro grupo ficaram os utentes com demência e com dificuldades auditivas, que posteriormente se subdividiram no grupo D (demência) e no grupo S (dificuldades auditivas).

Os critérios de inclusão dos diferentes utentes para a intervenção individual prenderam-se com as problemáticas dos idosos e com a sua gravidade. Pretendia-se que, em sessões individuais, pudesse existir uma diversidade de experiência e, desse modo,

foram escolhidos 2 utentes com demência, uma utente vítima de AVC e 2 utentes com dificuldades motoras. Para além destas problemáticas, a maioria dos idosos apresentava sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, o que se revelou pertinente para a sua seleção. Foram também incluídos para intervenção individual, utentes do sexo masculino e feminino. Esta seleção foi feita em conjunto com a orientadora no local de estágio.

Salienta-se que o Mini Mental State foi aplicado apenas a uma idosa com demência, no início da intervenção, para verificar as suas capacidades cognitivas. Foi a única a quem foi aplicado porque revelava ausência de orientação no tempo e no espaço e, dessa forma, foi possível confirmar que as suas funções executivas estavam comprometidas. Não foi aplicado ao outro utente com demência, porque este tinha sérias dificuldades auditivas e de compreensão oral.

Estrutura das Sessões

Todas as sessões (individuais e de grupo) tinham uma estrutura e começavam com uma canção, geralmente a do “Bom Dia” e acabavam com outra canção, geralmente à escolha dos utentes. O desenvolver da sessão era mais flexível, dependendo muito da vontade dos utentes, da forma como se sentiam e da musicalidade que ecoava naquele próprio dia. Numa fase inicial, as sessões serviram para conhecer melhor o ISO musical dos utentes e introduzir um novo espaço terapêutico de relação, partilha e musicalidade. Existiram alguns momentos de improvisação musical nas sessões, mas esta foi sempre uma forma mais difícil de os idosos se envolverem na música.

As técnicas ativas mais utilizadas foram o canto de canções, a prática de instrumentos, improvisação vocal e/ou instrumental, escrita e construção de canções, preenchimento de espaços e as recetivas passaram pela audição musical, quer através do

computador, quer através da prática instrumental da própria estagiária e pela interpretação de letras.

Agenda Semanal

O horário estabelecido inicialmente consistia em uma permanência na instituição às terças, quartas e quintas, das 9h às 13h. Posteriormente, com o início da intervenção, a estagiária alargou o seu período horário, ficando na instituição às quartas-feiras, das 14h às 16h30. De salientar que houve flexibilidade no alargamento do horário, em função de solicitações por parte da equipa técnica e pelo decorrer de alguns eventos significativos na instituição em que a estagiária fez questão de estar envolvida.

As sessões de musicoterapia foram adaptadas ao horário e à rotina dos utentes no CD, sendo que todas elas (individuais e grupais) tinham frequência semanal. As sessões de grupo decorreram às quartas-feiras, das 10h30 às 13h e as semanais decorreram às terças e quintas-feiras, no mesmo horário. Entre sessões e em momentos livres, a estagiária passava algum tempo informal com os utentes, procedia a registos escritos de sessões e preparava algumas sessões. É importante salientar que o horário foi sofrendo algumas alterações, devido a consultas médicas, dias de banho extra, entre outras razões.

A tabela seguinte apresenta o horário da estagiária estabelecido no CD da instituição:

Tabela 6

Agenda semanal

	Terça	Quarta	Quinta
09h – 10h30	Chegada à instituição e preparação do <i>setting</i>	Chegada à instituição e preparação do <i>setting</i>	Chegada à instituição e preparação do <i>setting</i>
10h30 – 11h15	Sessão individual	Sessão grupo S	Sessão individual
11h15 – 12h	Sessão individual	Sessão grupo D	Sessão individual
12h – 12h45		Sessão grupo A	
14h30 – 15h15		Sessão individual	
15h15-16h		Sessão individual	

Estudos de caso

Nesta secção, apresentam-se dois estudos de caso, um de intervenção individual e um de intervenção de grupo. A escolha destes estudos de caso deve-se ao facto de a intervenção ter sido simultaneamente desafiante e, ao mesmo tempo, marcada pela evolução terapêutica dos utentes. Estes estudos de caso demonstram a importância da musicoterapia com idosos e o seu impacto na autoeficácia, no desbloqueio da expressão emocional e na promoção de um contacto gratificante dos idosos com os outros e com eles próprios.

Intervenção individual – Clarice

O estudo de caso individual incide sobre uma utente cujas problemáticas identificadas foram a ansiedade, a depressão e a deterioração das funções motoras.

Descrição da utente

A Clarice era uma senhora de 82 anos que estava no CD há 7 anos, sendo que permanecia na instituição diariamente, das 8h às 16h. Nasceu na ilha Terceira, Açores e fez a terceira classe de escolaridade, pelo que sabia ler e escrever, mesmo com algumas dificuldades. Enviuvou aos 44 anos de idade do seu marido alcoólico que faleceu de cirrose, permanecendo com 4 filhos ao seu cuidado. Até esta altura, Clarice havia sido doméstica em sua casa durante toda a sua vida, mas depois passou a cuidar de dois idosos, como forma de subsistência. À data da intervenção, a Clarice vivia com dois filhos rapazes, sendo que um deles já havia sido dependente de drogas e, à semelhança do seu pai, era, por vezes, agressivo para com a mãe.

Em termos de patologias, a Clarice teve um cancro da mama aos 52 anos, motivo pelo qual deixou de trabalhar, embora sempre tivesse sido uma mulher muito ativa. Teve também um AVC que afetou a parte esquerda do seu corpo, prejudicando a

sua mobilidade e deixando-a fisicamente dependente: tinha de utilizar um andarilho para andar e não se conseguia vestir ou lavar sozinha. Para além disso, a utente tinha também diabetes e já havia partido uma perna. Apresentava sintomas de depressão e ansiedade, mostrando-se um pouco apática em diversas circunstâncias e opinativa noutras, agravado por dificuldades auditivas, que dificultavam a sua interação com os outros.

Na maior parte do tempo em que estava na sala de convívio com os restantes idosos, a Clarice permanecia silenciosa e observante, sem iniciativa. Ao participar em atividades, envolvia-se e completava as tarefas propostas, gostando particularmente de colorir desenhos. Assim, apesar da sua aparente reserva e isolamento, quando estimulada ou confrontada com alguma atividade nova, após alguma resistência inicial, gostava de colaborar e acabava por aceitar o que lhe era proposto.

A Clarice revelava alguma dificuldade em aceitar a sua condição física e limitações associadas, afirmando ainda ter medo da morte.

Plano terapêutico

Face às características e problemáticas da Clarice, considerou-se pertinente que esta beneficiasse da intervenção de musicoterapia. Sendo uma pessoa mais reservada, mas tendo a capacidade de se envolver e de se focar nas tarefas propostas, considerou-se que a musicoterapia pudesse ser uma forma de potenciar algumas competências na Clarice, tais como a comunicação, a atitude positiva, a criatividade e a proatividade.

Apesar de não ter uma grande relação com a música, a Clarice, quando era mais nova, participava em rezas de terços cantados, bem como em bailes tradicionais.

Os resultados obtidos através da escala HADS, aplicada no início da intervenção com a utente, revelaram índices elevados de ansiedade e depressão (14 pontos em cada uma das escalas).

Tendo em conta o seu historial e padrões de funcionamento, foram identificados três problemas sobre os quais deveria incidir a intervenção musicoterapêutica, nomeadamente, os sintomas de ansiedade, o humor depressivo e deterioração das funções motoras.

Em relação à ansiedade, o grande objetivo delineado foi o de diminuir a agitação motora, sendo os respetivos sub-objetivos o aumento do envolvimento continuado em atividades rítmicas, o aumento de focagem nas tarefas musicais e a redução de verbalizações de ansiedade.

No que concerne à depressão, o principal objetivo era o de reduzir o humor depressivo, através do aumento do seu envolvimento vocal, diminuição da sua resistência em frequentar as sessões e as atividades musicais e aumento da frequência de verbalizações positivas.

Por fim, face ao problema da deterioração das funções motoras, o principal objetivo foi de retardar a deterioração motora, sendo os subjetivos da intervenção aumentar a atividade das partes superiores e inferiores do corpo e aumentar a coordenação.

A tabela abaixo apresenta o plano terapêutico estabelecido para a Clarice.

Tabela 7.

Plano Terapêutico da Clarice

PROBLEMA Nº 1 Ansiedade		
OBJETIVO Diminuir a agitação motora		
SUB-OBJETIVOS		
Aumentar envolvimento em atividades rítmicas	Aumentar o foco nas tarefas	Diminuir verbalizações do estado ansioso
PROBLEMA Nº2 Depressão		
OBJETIVO Reduzir humor depressivo		
SUB-OBJETIVOS		
Aumentar envolvimento vocal	Diminuir resistência à frequência das sessões/às atividades musicais	Aumentar a frequência de verbalizações positivas
PROBLEMA Nº3 Deterioração das funções motoras		
OBJETIVO Retardar a deterioração motora		
SUB-OBJETIVOS		
Participar ativamente nas sessões de musicoterapia.	Aumentar a atividade das partes superiores e inferiores do corpo	Aumentar a coordenação

Setting

As sessões com a Clarice realizaram-se maioritariamente no denominado “quarto de repouso”, que continha uma casa de banho, uma cama, uma secretária e uma janela com vista para a serra da freguesia. Nesta sala, onde os idosos tomavam banho e mudavam de roupa, era preparada a medicação dos utentes e foi onde se realizaram a maioria das sessões individuais de musicoterapia. A Clarice deslocava-se autonomamente para as sessões, sempre com o seu andarilho.

No início da intervenção, a musicoterapeuta colocava os instrumentos musicais na cama, sendo que depois passou a colocá-los na secretária. A estagiária fazia questão

de ficar de frente para a idosa, colocando-a ao lado da cama e de frente para a secretária. Desse modo, havia mais facilidade na comunicação e na possibilidade de agarrar no instrumento em que pretendia tocar. Para além do quarto de repouso, algumas sessões realizaram-se numa das salas comuns do CD, por necessidade de alteração de rotinas/horários ou necessidade da utilização do quarto de repouso para outros fins. A sala tinha uma porta de vidro com vista para a outra sala comum. Os instrumentos eram colocados numa mesa-redonda, à volta da qual se sentavam utente e musicoterapeuta.

Intervenção

A intervenção musicoterapêutica com a Clarice decorreu ao longo de 20 sessões, durante 6 meses. Nas primeiras sessões, identificaram-se músicas e estilos musicais que faziam parte do ISO da Clarice e/ou do seu percurso de vida. Os estilos predominantes prendiam-se com música portuguesa, mais concretamente, Marco Paulo e Tony Carreira. No início da intervenção, as sessões eram pouco estruturadas, de forma a compreender a sua reação e o seu envolvimento nas tarefas propostas. No seu seguimento, apesar de haver uma maior estrutura, a musicoterapeuta tentava ir ao encontro dos desejos da utente para aquela sessão, desde que correspondessem aos objetivos terapêuticos delineados.

A intervenção com a Clarice foi marcada por um processo com avanços e retrocessos no que concerne ao seu estado emocional e à sua disponibilidade para as sessões, delineando-se 3 fases de intervenção: a fase do “Desbravar”, a fase do “Assentar” e a fase do “Desinibir”, que serão descritas de seguida. Estas não são propriamente fases temporais, mas sim fases de conteúdo e do seu evoluir, mesmo que com avanços e recuos. Os fatores associados aos recuos podiam estar relacionados com a forte resistência da Clarice em participar nas sessões, bem como com a sua crença de que a música já não se adequava à sua idade, podendo estes advir também do seu humor

depressivo e, de certa forma, instável. Em relação aos avanços, os fatores a eles associados podiam relacionar-se com a curiosidade que a Clarice tinha em experimentar novos instrumentos, bem como a sua gradual abertura à novidade de participar ativamente num mundo anteriormente desconhecido para ela.

A fase do “Desbravar” prendeu-se com a adaptação da Clarice ao *setting* das sessões de musicoterapia, bem como de tentar perceber o seu envolvimento com a música. Esta utente demonstrava alguma resistência em ir para as sessões, por isso a estagiária adotou uma abordagem mais diretiva nalgumas delas, começando por cantar a canção do bom dia, ou pedindo que escolhesse um instrumento musical para acompanhar a canção inicial. Tendo em conta o objetivo de diminuir a resistência à frequência das sessões e das atividades musicais, todas elas acabaram por ser uma vitória, na medida em que a Clarice não recusou ir a nenhuma e sempre colaborou nas atividades propostas, mesmo quando se demonstrava reticente no início da sessão. Também é importante salientar que algumas sessões tiveram partes bastantes verbais e que a senhora Clarice, apesar de mais introvertida aquando na sala comum, se envolvia em conversa e partilha verbal de experiências quando estava num *setting* de um para um.

Desde o início que a Clarice demonstrou uma forte preferência pelas maracas e uma maior facilidade para interagir musicalmente com a musicoterapeuta através de instrumentos musicais do que através da própria voz. Em quase todas as sessões, recusava-se a cantar, mas acabava sempre por fazê-lo. Nas sessões iniciais em que a Clarice escolhia um instrumento percussivo para acompanhar a musicoterapeuta, ela mantinha a cabeça baixa, estabelecendo pouco contacto ocular no decorrer da improvisação, o que podia significar, simultaneamente, inibição e envolvimento na atividade musical. De facto, ao longo das sessões, utente e musicoterapeuta fizeram

algumas improvisações percussivas e a Clarice observava muito o instrumento que escolhera, explorando-o bastante, o que revelava, mais uma vez, foco e envolvimento nas tarefas, que eram dois objetivos delineados para o trabalho terapêutico com a referida idosa.

Aproveitando este gosto particular pelas maracas, e de forma a atingir os objetivos de aumentar a atividade da parte superior do corpo e de aumentar a coordenação, foram realizados alguns exercícios de imitação rítmica, em que a Clarice ativava quer os membros superiores (braços e mãos), quer os inferiores (pernas e pés). A Clarice tinha muitas dificuldades em aguardar que a estagiária executasse o exemplo até ao fim para depois repetir, mas era persistente, colaborativa e isso permitia-lhe ativar o corpo debilitado, sendo por isso significativo.

Ao longo desta primeira fase, a Clarice evoluiu na sua relação com a música, podendo as improvisações ter constituído situações-estímulo que a convidaram a envolver-se nas tarefas musicais propostas e, simultaneamente, permitiram que ela se adaptasse às mesmas e evocasse algumas memórias. Nesta fase, muito baseada na improvisação, a interação caracterizava-se pela sua postura de cabeça baixa e pelo pouco contacto ocular. Ao longo do tempo, a Clarice foi respondendo à música com o corpo, com expressões verbais ou vocais, podendo isto significar que a música estava a ganhar lugar na vida dela e a permitir que ela pudesse ter também um lugar na música. Este envolvimento musical permitiu também uma outra forma de estar na relação terapêutica, mais segura, interativa e expressiva, o que deu lugar à fase seguinte. A fase do “Assentar” foi uma fase marcada por uma relação cada vez mais estabelecida entre utente e musicoterapeuta e da utente com a própria música. Nesta fase, já não era estranho para a Clarice que a música fizesse parte das sessões, mesmo que se considerasse “*velha*” e “*sem paciência*” para o fazer. Houve como que uma construção

de uma base sólida, alicerçada na relação terapêutica, que permitiu que as sessões continuassem a evoluir.

Salientou-se a progressão de Clarice no que concerne ao uso da sua voz nas sessões. Sendo a voz algo íntimo e que permite um contacto diferente com o próprio corpo, foi significativo verificar que a Clarice foi ficando cada vez mais desinibida no que concerne a improvisar com a voz. Se no início fazia apenas alguns vocalizes ou sons, na fase final era já capaz de inventar quadras ou pequenas frases espontaneamente. Este tipo de improvisação vocal era, simultaneamente, uma forma de expressão e uma forma de diminuir a resistência, permitindo depois que a Clarice verbalizasse o que estava a sentir. Foi visível o aumento do seu envolvimento vocal no decorrer das sessões e, sendo esse um dos objetivos terapêuticos delineados, foi bastante significativo no seu percurso.

A partir de um progressivo aumento de confiança e espontaneidade por parte da Clarice, que foi promovendo uma relação terapêutica sólida com a musicoterapeuta, surgiu a fase do “Desinibir”. Esta fase foi marcada não só pelo desabrochar da sua voz, mas também pelas suas cada vez mais constantes iniciativas na sessão, quer fosse por querer cantar (que era raro), por tomar a iniciativa de tocar, ou por pedir um instrumento. A música tomou um lugar diferente na vida da Clarice, acompanhando um maior grau de intimidade e à vontade na relação terapêutica que, por sua vez, podem ter permitido que passasse a tomar iniciativas nas sessões.

A introdução do piano nas sessões também foi um marco no processo de desinibição da Clarice. Dada a sua envolvimento nas tarefas, o seu foco na exploração dos instrumentos e o facto de gostar de instrumentos percussivos, bem como o facto do piano ser um instrumento facilitador da improvisação e da atividade motora, permitiu a Clarice experimentar um instrumento simultaneamente percussivo e melódico.

Nas primeiras duas sessões de introdução de piano, a Clarice colaborou a tocar e dedicou-se a explorá-lo. Nas sessões seguintes, preferiu apenas ouvir a musicoterapeuta e nas últimas, acompanhava-a com as maracas. A música deu-lhe uma base para ela se mover ao som dos seus desejos e o piano, instrumento que ela nunca tinha visto anteriormente, deu-lhe uma confiança e poder diferentes do que os instrumentos anteriores lhe tinham proporcionado.

Algumas ocorrências que são de especial relevo no processo terapêutico da Clarice: o facto de, apesar da pouca relação com a música, do seu pouco sentido de ritmo e das suas dificuldades de audição, terem existido momentos de sincronia musical que levavam a que ambas as intervenientes terminassem as improvisações musicais ao mesmo tempo. Estes episódios demonstraram que a música é um canal de comunicação não verbal bastante poderoso que permite um envolvimento e uma interação única entre as pessoas.

No decorrer do processo terapêutico, houve também momentos musicais que ativaram memórias da Clarice, permitindo que ela entrasse em contacto consigo própria, enquanto participava ativamente na sessão. Um desses episódios foi na terceira sessão, onde ocorreu a primeira improvisação vocal, com a musicoterapeuta na guitarra e a Clarice a ouvir. Quando a estagiária começou a fazer sons com a voz, a Clarice começou a cantar músicas do cancioneiro regional e, quando questionada se aquelas músicas a faziam lembrar alguma coisa, ela ativou memórias da sua juventude, relacionadas com a sua mãe e com as vivências associadas às festividades em que as músicas do cancioneiro regional eram tocadas. Também na décima sessão, em que se cantou “Uma casa portuguesa” de Amália Rodrigues e na décima primeira sessão, em que se cantou “Sonhos de menino” de Tony Carreira, Clarice resgatou memórias sobre a morte de uma das filhas ainda bebé, tendo-se identificado com a situação de vida atual

do cantor, que também perdeu uma filha. Quando a estagiária perguntou o que a música lhe fazia sentir, ela respondeu “*Fico contente, vi esta voz e as cantigas que ele diz. Estou feliz.*” As suas verbalizações positivas foram significativas, na medida em que foram expressões do seu bem-estar. Estes resgates de memórias, ocorridos ao longo das diferentes fases acima descritas, demonstraram que houve uma certa evolução no processo terapêutico da Clarice. Nas primeiras sessões resgatou memórias episódicas e factuais. Nas últimas sessões, atingiu um maior grau de profundidade, tendo sido mais expressiva e estando mais desinibida, falando de memórias afetivas dolorosas. A música desencadeou emoções simultaneamente negativas e positivas e, com o evoluir das sessões, a Clarice conseguiu verbalizar mais espontânea e profundamente o que estava a sentir.

Na quarta sessão, a Clarice chegou muito cansada e revelou estar ansiosa, pelo que a musicoterapeuta sugeriu que esta fechasse os olhos enquanto ouvia uma música na guitarra. Quando a estagiária começou a improvisar com a voz, Clarice, sempre de olhos fechados, soltou também sons, balançando o corpo e vocalizando sozinha numa certa altura. Esta improvisação teve um efeito benéfico, permitindo que a Clarice se acalmasse, tendo chegado a verbalizar “*Foi bom. Foi bonito. Gostei.*” Neste episódio também se denotou uma evolução da utente na relação terapêutica, marcada por uma maior espontaneidade e um maior envolvimento emocional.

A décima segunda sessão foi marcante no processo terapêutico porque Clarice demonstrou envolvimento musical, instrumental e vocal, bem como desinibição, persistência e foco na tarefa. Esse momento tratou-se de uma improvisação em que a utente tocava maracas e a estagiária tocava guitarra. Quando a musicoterapeuta começou a introduzir a voz, a utente permaneceu calada, continuando a tocar, de cabeça baixa e sem manter contacto ocular. Numa altura em que a musicoterapeuta introduziu

letra, alusiva ao momento e à atividade (“Eu estou a cantar e a Clarice a tocar”), a Clarice parou de tocar e olhou para a estagiária, recomeçando a tocar de seguida e respondendo vocalmente ao trauteado “LA LA LA” da musicoterapeuta.

Nesta sessão surgiu também uma nova canção, chamada “Depois de velha”, na sequência de uma verbalização da Clarice. Esta disse que “*depois de velha não se podia fazer nada*” e a estagiária, com o objetivo de explorar o uso e significado da expressão, transformou esse conteúdo numa música simples que foi tocada nas sessões seguintes. A musicoterapeuta perguntava “*Depois de velha, o que se pode fazer?*” e a utente respondia “*Nada*” e repetia-se a palavra várias vezes, sendo que depois a musicoterapeuta começou a introduzir “*Quase nada, tudo, quase tudo*” para provocar a narrativa já construída e potenciar uma nova perspetiva. Este trabalho de improvisação com letra pode ter-se associado ao desenvolvimento da autoconfiança da Clarice, bem como pode ter-lhe permitido experienciar um certo tipo de controlo e uma maior externalização de pensamentos e emoções.

A introdução do piano foi também um marco nesta fase do “desinibir”. Ainda que a primeira resposta da Clarice fosse defensiva e pouco recetiva, acabou por, na sessão de introdução, tocar a 4 mãos com a musicoterapeuta. Mesmo quando verbalizava repetidamente que aquilo “*não era para a sua idade*”, a Clarice não parava de explorar o instrumento: parava e recomeçava, num misto de ambivalência e hesitação. Quando terminava essas improvisações, ria-se muito, mostrando-se mais desinibida e expressiva. O corpo da Clarice mostrava envolvimento na música num plano não verbal, o que potenciava o seu sentir. Esta forma de comunicação não verbal também a podia levar a um estado mais relaxado que acabava por potenciar a sua expressividade. Na décima quinta sessão, a Clarice não quis tocar piano, ficando apenas a ouvir a musicoterapeuta a improvisar. Depois de algum tempo, a utente começou a

reagir com o corpo à música tocada, balançando-o e batendo palmas. A utente passou a liderar o ritmo sonoro e, quando a musicoterapeuta introduziu a voz, ela começou também a cantarolar. E voltou a haver uma sincronia musical, terminando a improvisação ao mesmo tempo. Este episódio foi marcante na medida em que o corpo da Clarice reagiu à música de forma muito fluida e natural e em que ela é que acabou por liderar aquele momento musical, mesmo que possa não se ter apercebido disso. Nas últimas sessões em que se utilizou o piano, Clarice preferiu tocar maracas e acompanhar a musicoterapeuta. Nestas situações, a musicoterapeuta tocou ao ritmo da utente, dando-lhe a oportunidade de liderar, e houve encontro sonoro e sintonia musical. A sua coordenação e capacidade de escutar o outro musicalmente melhorou significativamente. O piano teve um efeito desinibidor na Clarice, levando-a a envolver-se de forma diferente na música e a expressar-se mais espontaneamente.

Por fim, é também fundamental salientar a iniciativa de Clarice na última sessão, bem como os diferentes momentos em que tomou iniciativa nas próprias sessões. Dada a sua forte resistência, estes foram marcos positivos no seu percurso terapêutico, sendo de extrema importância por constituírem um sub objetivo terapêutico e por demonstrarem que, apesar da sua negatividade, tinha alguma motivação para ir às sessões.

Resultados. A escala HADS, aplicada no início e no fim das sessões de musicoterapia, revelou uma diminuição na subescala de depressão (14 pontos iniciais e 8 pontos no fim) e uma manutenção da ansiedade (14 pontos iniciais e 13 pontos no fim). Em relação à grelha de observação/avaliação, apresentada nos anexos, os resultados demonstram que, nas atividades musicais, a Clarice melhorou nas componentes do canto, produção de sons vocais e na iniciativa. Também nas atividades motoras houve progresso na execução de movimentos e na expressão facial, tendo-se

mantido o uso da motricidade fina e grossa. No que concerne ao domínio emocional, a Clarice aumentou a sua expressão, manteve a sua motivação e aumentou a sua ansiedade. Nas dimensões cognitivas/comportamentais, a ativação de memórias melhorou, tendo-se mantido as restantes como no início. Na atenção/contacto não houve alterações e no relacionamento houve uma menor disponibilidade para as sessões no fim, enquanto a relação verbal e musical com a musicoterapeuta melhorou.

Discussão. Os principais objetivos da intervenção terapêutica com a Clarice eram o de diminuir a agitação motora, reduzir o humor depressivo e retardar a deterioração motora.

Os resultados quantitativos revelam que o índice de depressão diminuiu depois das sessões de musicoterapia e os resultados qualitativos demonstram um grande aumento do envolvimento vocal, bem como uma diminuição da resistência em ir às sessões/atividades musicais e um aumento da frequência de verbalizações/gestos positivos por parte da Clarice.

Estes resultados denotam uma redução da postura depressiva e vão ao encontro do que a literatura indica. De acordo com Bruscia (1991), os adultos depressivos manifestam uma necessidade terapêutica de experimentar novos comportamentos e papéis, permitindo um desenvolvimento da capacidade de tomar decisões. Através da improvisação musical/vocal, os utentes vão desenvolvendo a sua espontaneidade, liberdade de expressão e sentido de identidade, para além de ajudar a que terapeuta e utente estabeleçam canais de comunicação que permitem uma expressão de sentimentos muito diferente da verbal (Bruscia, 1991). Para Wheeler, Shultis e Polen (2005), a improvisação também permite desenvolver competências de comunicação não verbais, a exploração do self e a criação de um espaço de autoexpressão e experimentação com estrutura. No caso da Clarice, a improvisação vocal e instrumental

permitiu que ela fosse cada vez mais espontânea, expressiva e que tomasse cada vez mais iniciativas. A improvisação vocal também permite que se estabeleça confiança, conforto e calma, dando acesso a memórias inconscientes (Wheeler et al2005), sendo que a ativação de memórias e a melhoria da relação verbal e musical com a terapeuta foram também aspetos que se verificaram na Clarice.

No que concerne à ansiedade, os resultados quantitativos não apresentam melhorias, o que vai ao encontro da avaliação qualitativa, que revela que houve um aumento da ansiedade ao longo do tempo. Ainda assim, tendo em conta os sub objetivos delineados para este parâmetro, verifica-se que houve um aumento do envolvimento em atividades rítmicas e um aumento no foco das tarefas. Apesar de não se verificar uma redução da ansiedade na Clarice, a literatura indica que tocar instrumentos de percussão é uma das formas de fazer música mais bem recebida pelos utentes que não têm um *background* musical (Faulkner, 2017). Para além disso, o ritmo tem sido utilizado para aumentar a produção de ondas cerebrais que estão associadas com a calma e a estados meditativos da consciência (Grahm, 2009). Diminuir a atenção focada em si e aumentar a atenção focada no mundo externo, tem mostrado reduzir a ansiedade (Renner, Valentine & Holzman, 2017) e, apesar de a Clarice não revelar uma diminuição da sua ansiedade, aumentou o seu foco nas tarefas. O facto de estar em processo de mudança de residência, pode ter constituído obstáculo à redução da ansiedade esperada, sendo um outro fator de stress adicional.

Ao envolver-se nas atividades rítmicas, a Clarice estava também a aumentar a atividade da parte superior do corpo, que constituía um dos sub-objetivos delineados para a sua intervenção. A literatura indica que a musicoterapia pode ajudar no desenvolvimento motor e cognitivo (Oliveira, Lopes, Damasceno & Silva, 2012) e os resultados qualitativos da Clarice demonstram que ela aumentou a sua execução de

movimentos, participando ativamente nas sessões, aumentando a atividade da parte superior do corpo e a coordenação.

Conclusão. Ao longo do tempo, a Clarice demonstrou ansiedade destacada e contínua nas sessões (mesmo sendo pontualmente regulada), sendo uma questão transversal à sua vida e relacionada com questões pessoais e familiares. Ainda assim, face aos objetivos traçados para esta problemática, verifica-se que o aumento do envolvimento em atividades rítmicas e do foco nas tarefas, foram objetivos cumpridos. Quanto ao objetivo de diminuir as verbalizações do estado ansioso, considerou-se não atingido.

Face ao problema da depressão e aos objetivos delineados, denotou-se um aumento do envolvimento vocal, contudo, a resistência à frequência das sessões e às atividades musicais foi instável, bem como as verbalizações e expressão de gestos positivos. Esta irregularidade, marcada por flutuações de humor e de disponibilidade para as sessões, podia estar associada à sua crença de que sendo idosa que não tinha idade para participar ativamente na música, bem como com o facto de haver situações de vida que a deixavam muito ansiosa e dificultavam que ela desviasse o pensamento e pudesse focar-se noutras atividades. A sua ansiedade também poderia estar associada à perceção, cada vez mais acentuada, da sua dependência funcional.

Por fim, no que concerne à deterioração das funções motoras, pode-se constatar que a Clarice participou ativamente nas sessões de musicoterapia e aumentou a atividade da parte superior do corpo. A coordenação foi um objetivo mais difícil de atingir, mas é possível relatar progressos.

Tendo em conta os objetivos delineados e a avaliação realizada, pode-se afirmar que a Clarice progrediu de forma positiva com as sessões de musicoterapia. Assim, conclui-se que a musicoterapia teve impacto positivo na saúde e na qualidade de vida da

Clarice, nomeadamente, no que concerne ao seu humor depressivo e às suas funções motoras. A Clarice demonstrou envolvimento na música e esta mostrou-se um veículo para que a utente fizesse mais verbalizações positivas, se focasse mais nas tarefas e aumentasse a sua execução de movimentos.

Intervenção de grupo – Grupo A

O estudo de caso de grupo é sobre um grupo de idosos com autonomia física, sem comprometimento cognitivo. O grupo A surgiu da necessidade de dividir todos os idosos em grupos com características semelhantes a nível de funcionalidade no plano cognitivo e de autonomia motora. A estagiária, no seu período de observação e integração no local de estágio, fez diversas dinâmicas de grupo que permitiram conhecer melhor os idosos e dividi-los de forma adequada.

Apesar de algumas dificuldades ao nível da funcionalidade motora, todos os elementos do grupo A estavam relativamente intactos do ponto de vista cognitivo e conseguiam comunicar verbalmente com expressão de ideias próprias e sem comprometimento da interação verbal ou musical (os restantes dois grupos eram compostos por utentes com demência e surdez). Em relação ao nível de autonomia motora, duas idosas eram dependentes (uma necessitava de andarilho para se deslocar e a outra tinha um braço inativo por ter sofrido um AVC). Um dos elementos do grupo não tinha escolaridade, mas, todos tinham capacidade para integrar o mesmo grupo e, a partir daí, poder-se delinear objetivos terapêuticos.

Elementos do grupo

O grupo A era constituído por 6 idosos, cujas características se encontram listadas na tabela abaixo. As suas patologias são também apresentadas, bem como o número de sessões que cada um frequentou, num total de 17 sessões. Assim, apenas duas utentes estiveram presentes em todas as sessões (Helena e Joana), um utente esteve

presente em 16 (Carlos), uma utente em 13 (Edite), outra em 10 (Cláudia) e outra em 7 (Francisca). As ausências de alguns dos elementos do grupo às sessões prenderam-se maioritariamente, por motivos de saúde ou por motivos pessoais/familiares.

Tabela 8.

Descrição dos elementos do grupo A e número de sessões frequentadas

Nome	Idade	Nº de sessões frequentadas	Diagnóstico
Carlos	86	16	Catarata; Doença pulmonar obstrutiva crónica; Hipertrofia; Distúrbio ansioso; Hipertensão
Cláudia	92	10	Diabetes; Perturbação do sono
Edite	70	13	AVC; Diabetes tipo II; Síndrome do ombro doloroso; Distúrbio ansioso; Perturbação do sono
Francisca	86	7	Doente oncológica; Hipertensão; Perturbação Depressiva; Hérnia
Helena	83	17	Dislipidemias; Braço direito debilitado; Incontinência permanente; Asma; Perturbação do sono; perturbação depressiva, hérnia de hiato; insuficiência cardíaca
Joana	86	17	Diabetes tipo II; episódios confusionais; Isquemia cerebral transitória; fratura no fémur

Objetivos e plano terapêutico

Os objetivos delineados para a intervenção terapêutica com o grupo A não se focaram especificamente em nenhuma patologia apresentada, mas de um modo global na estimulação cognitiva e na fomentação da expressão emocional e da criatividade.

Tendo em conta que o envelhecimento acarreta perda de funções cognitivas e que, como referido anteriormente, todos os elementos do grupo A estavam intactos nesse domínio, estabeleceu-se um objetivo preventivo de estimular e fomentar a atenção e a memória.

Em relação ao objetivo de “fomentar laços afetivos”, este prendeu-se com o facto de ser importante que se criasse um sentido de grupo. Os idosos já se conheciam uns aos outros, mas haver um grupo específico dirigido apenas a estes elementos, poderia potenciar uma nova dinâmica relacional. Os elementos do grupo A mostravam-se ambivalentes em relação à expressão de emoções. Por vezes, inibiam-se de as verbalizar, por outras, sentiam alguma necessidade de as expressar. Por isso, considerou-se pertinente que a intervenção do grupo A também tivesse como objetivo facilitar essa expressão emocional.

Os últimos dois objetivos estabelecidos, o de “fomentar a reflexão e a construção de significados” e o de “desenvolver a criatividade” prenderam-se com o facto de os idosos serem resistentes a sair da sua zona de conforto e de serem uma população que revela alguma rigidez. Também se relacionaram com o facto de os idosos acreditarem que não eram capazes de fazer música, por uma questão de idade. Nesse sentido, ao serem dado esse espaço, procurava-se que essa fosse uma forma de se descobrirem uns aos outros, bem como de construírem significados e de refletirem sobre alguns assuntos de forma diferente, de forma a conhecerem um pouco mais sobre si e sobre o ambiente circundante.

Na tabela seguinte, apresenta-se o plano terapêutico delineado para a intervenção com o grupo A.

Tabela 9.

Plano terapêutico do grupo A

Objetivo geral	Objetivos específico	Estratégias/Técnicas
Fazer estimulação cognitiva	Fomentar a atenção e a memória	Exercícios rítmicos Cantar canções com e sem letra Completar espaços em branco Jogos sonoro-musicais
Fomentar laços afetivos	Potenciar a coesão e a inter-relação de grupo; Promover a escuta do outro	Improvisação musical Cantar canções Jogos sonoro-musicais
Promover expressão emocional	Facilitar a partilha e expressão de estados emocionais	Improvisação Escrita de letras Construção de canções Canto de canções
Fomentar a reflexão e a construção de significados	Refletir sobre situações, eventos de vida, sentimentos	Análise de letras de canções Escrita de letras
Desenvolver a criatividade	Potenciar novas formas de interagir; Promover autoconhecimento	Improvisação Escrita de letras

Setting

As sessões de musicoterapia do grupo A decorreram numa das duas salas comuns do centro de dia, separada por uma porta com vidros. As sessões decorriam com os utentes sentados em círculo, com uma mesa-redonda no meio que continha os instrumentos musicais. Apesar de a mesa poder constituir uma barreira ao contacto entre participantes, o círculo permitia que os utentes se vissem uns aos outros e que os instrumentos estivessem num lugar de fácil acesso a todo o grupo.

Intervenção

De forma a melhor contextualizar as dinâmicas de grupo realizadas, é importante salientar dois aspetos subjacentes à gestão do mesmo.

Primeiramente, o facto dos elementos do grupo já se conhecerem anteriormente, revelou-se um facilitador da sua interação, não sendo necessário promover dinâmicas de quebra-gelo. As primeiras sessões centraram-se na potencial resistência dos utentes em relação à música e à estimulação de um sentido de grupo terapêutico, além do contexto diário de convivência.

O segundo aspeto prende-se com o facto de, ao longo do ano letivo, a estagiária ter estado envolvida em atividades musicais com os utentes para além das sessões de musicoterapia. Essas atividades envolviam todos os utentes da instituição e assumiram um cariz essencialmente recreativo, onde a música assumiu a função de criar um sentido de unicidade de grupo e estimular o trabalho em prol de um objetivo comum. No desenrolar dessas atividades, potenciou-se a relação musical em cada utente, trabalhando-se o constrangimento e resistência face à música.

As sessões de musicoterapia de grupo seguiam uma estrutura regular que incluía uma canção inicial e uma canção final. A maioria dos utentes gostava de ouvir música, bailava e cantava em festas religiosas (quando mais jovens), tendo mais à vontade com

a prática vocal do que instrumental. O desenvolvimento de cada sessão dependia da época/festividade do momento presente, bem como do estado emocional dos diferentes integrantes do grupo. Nas primeiras 3 sessões cantavam-se canções à escolha dos utentes ou da musicoterapeuta, quer no início, quer no fim da sessão. No meio dessas sessões, fizeram-se improvisações vocais e instrumentais, de forma que os utentes pudessem conhecer os instrumentos musicais disponíveis e se comesçassem a adaptar às sessões de musicoterapia. Os utentes revelaram dificuldade na escolha das canções pelo que a musicoterapeuta assumiu esse papel, explorando com o grupo o repertório a ser utilizado.

Ao longo das sessões com o grupo A, o processo de co-criação assentou na escrita de letras e músicas, composição musical e produto cantado pelos utentes que as aprenderam.

Como exemplo ilustrativo do processo de criação, na sessão que antecedeu o Natal, foi escrita e musicada uma canção, utilizando-se palavras escolhidas pelos utentes em associação à época (“tristeza, união, paz, alegria, saúde, partilha, amor”) sendo cantada pelo grupo em apresentação ao CD na véspera de Natal (Apêndice 11). Apesar das limitações musicais dos utentes e do seu descrédito relativamente à capacidade de realizarem a tarefa, o grupo não só foi capaz de ser bem-sucedido como revelou união entre os utentes e elevada satisfação ao longo da sua concretização. Esta atividade sobressaiu como um marco significativo relativamente aos objetivos da intervenção de fomentar os laços afetivos entre os utentes, bem como facilitar a expressão emocional e desenvolver a criatividade.

Na sessão seguinte, ainda no âmbito da construção de letras e já em janeiro, foi proposto aos idosos que construíssem uma letra do “Bom dia” (Apêndice 12), como forma de saudação às sessões de musicoterapia e ao dia que se iniciava. Os idosos foram

colaborantes e, no processo de desconstrução do significado atribuído “às manhãs”, foi potenciada a reflexão e a reconstrução de novos significados, associando-se à estimulação cognitiva e desenvolvimento da criatividade. No desenrolar desta atividade, salientou-se também o afeto positivo e a interação entre os elementos do grupo, com foco em emoções positivas.

De forma complementar, a elaboração da canção “As nossas dores” (Apêndice 13) assentou no foco em emoções com carácter negativo, a partir do diálogo entre utentes acerca das suas dores sentidas e percepção de inevitabilidade face à morte. Assim, a partir da improvisação da musicoterapeuta com guitarra, os utentes foram espontaneamente cantando o que sentiam, sendo elaborada a canção com base nas partilhas emocionais realizadas. A construção desta letra marcou uma nova forma de intimidade de e no grupo, na medida em que houve partilhas emocionais mais profundas e proporcionou maior abertura para a reflexão de sentimentos e sobre a própria vida. Apesar de o tema ser a dor, predominou o afeto positivo, revelado na empatia gerada entre os elementos.

Tendo em conta a capacidade e gosto revelados do grupo A pela criação de letras, bem como a partilha emocional e criativa potenciada na execução, para as últimas sessões foi proposta a elaboração de uma canção de despedida, preparando o término do processo. Partindo do desafio de reflexão sobre as sessões realizadas, o grupo autonomamente e sem aparente resistência elaborou a letra solicitada (Apêndice 14). A fácil adesão ao último desafio proposto pode traduzir a evolução da dinâmica de grupo estabelecida ao longo das sessões, conseguindo-se facilitação da expressão emocional, desinibição e interação mais positiva entre os elementos do grupo. Assim, em relação à escrita de letras de canções, pode-se afirmar que os idosos do grupo A desenvolveram a sua capacidade criativa, ativaram memórias narrativas, e partilharam

episódios de vida e emoções com o restante grupo. Adicionado à estimulação cognitiva que a música proporciona, conclui-se que parte dos objetivos delineados para o grupo foram cumpridos.

Para além da escrita e construção de canções, a improvisação foi uma técnica também utilizada com vista à concretização dos objetivos estabelecidos, impactando a própria dinâmica de grupo. Em paralelo com a evolução da intimidade e confiança do grupo referidas anteriormente, também ao nível da capacidade de improvisação foi possível observar transformações no grupo: na realização dos exercícios de improvisação nas sessões iniciais, foi saliente a dificuldade de sincronia entre os elementos; progressivamente, com a realização de exercícios dirigidos pela musicoterapeuta, observou-se ao longo das sessões que o grupo foi desenvolvendo a capacidade de escuta do outro e adaptação rítmica e sonora à sonoridade produzida em conjunto, criando harmonia musical. A progressiva fluidez e espontaneidade observada nos vários elementos do grupo, pode ter advindo da boa adesão aos exercícios propostos, nomeadamente atividades rítmicas de improvisação, às quais os idosos aderiram de forma entusiasta.

Em relação à capacidade de iniciativa, é de realçar um exemplo ocorrido numa das últimas sessões, em que enquanto o grupo improvisava, alguns elementos decidiram alternar tocar no seu instrumento e no instrumento do colega do lado, experimentando novas formas de comunicar e interagir, sem a dependência ou as orientações da terapeuta. Esta alternância pode ter significado um aumento de descontração, desinibição e autoconfiança dos elementos do grupo, aspetos considerados como extremamente relevantes num grupo em que se pretendia fomentar e promover a interação entre os pares.

No que concerne à improvisação, comentar ainda a ocorrência de uma situação, em que num dos exercícios, um dos utentes (Carlos) tocou o seu instrumento de forma impulsiva e efervescente, pautada por frustração sentida pelo mesmo. Esta ação despoletou incómodo nos elementos do grupo, que embora reagindo verbalmente sobre a situação, demonstraram disponibilidade para acolher a sonoridade “discrepante” produzida por Carlos. A impulsividade instrumental de Carlos contribuiu para que se abrissem canais de comunicação musicais e, simultaneamente, verbais e emocionais, efeito significativo na dinâmica de grupo. Este episódio ilustrou também a autonomia sentida pelos vários elementos, também se verificou que os utentes já estavam numa fase em que não dependiam tanto das indicações da terapeuta, capazes de experimentar fazer observações e comentários de forma aberta. Pode-se assim hipotetizar sobre a possível progressão de uma fase de interação, adaptação e coesão no grupo, para uma fase de diferenciação dos elementos entre si.

Relativamente ao objetivo de estimulação cognitiva, o trabalho realizado prendeu-se essencialmente com exercícios propostos, tal como o preenchimento de espaços em branco de letras de músicas que eram tocadas através do computador da estagiária, bem como a execução de jogos sonoros-musicais, (utilização de elementos como garrafas, círculos coloridos e cartas). Com estes exercícios pretendia-se o foco da atenção dos idosos em si e uns nos outros, estimulando a criatividade, a memória e a atenção. De um modo global, notou-se que o grupo foi participativo, orientado para as tarefas propostas, seguindo as orientações claras da musicoterapeuta.

Em termos de comunicação, os elementos do grupo interagiam entre si, com exceção de Cláudia, que embora sendo presença assídua, mostrou-se pouco participativa nas atividades realizadas. Os restantes elementos do grupo comunicavam verbalmente e musicalmente, ora procurando o contacto ocular com outro(s) membro(s), ora focados

no seu instrumento musical, o que denotava curiosidade e concentração. De uma forma geral, os utentes conseguiram ir-se desinibindo e estar mais à vontade para experimentar e explorar os instrumentos musicais e a sua própria voz no grupo. O contato com a música parece ter tido um efeito desinibidor nos utentes e permitiu-lhes encontrar uma forma de comunicar para além do canal verbal.

No geral, neste grupo predominou o afeto positivo, com interações espontâneas e uma comunicação saudável, quer verbal, quer musicalmente.

Resultados. Em termos dos objetivos delineados e alcançados, verifica-se que todos foram cumpridos. Realizou-se estimulação cognitiva com atividades musicais que fomentaram a atenção e a memória. Houve também uma melhoria na capacidade de escutar o outro, o que permitiu fomentar laços afetivos. A música também permitiu ativar memórias que potenciaram a partilha e a expressão de estados emocionais, bem como possibilitou realizar reflexões sobre situações e eventos de vida. A criatividade também se desenvolveu através da música, na forma de escrita de letras e da improvisação. Em relação à avaliação individual realizada aos utentes inseridos em grupo, através da grelha de observação baseada na de Minds-Musken, verificou-se que, no geral, os utentes evoluíram nos seguintes parâmetros: toma de iniciativa, inserido na categoria da “atividade musical”; expressão facial, item inserido nas atividades motoras e interação musical com os pares, inserido na categoria “relacionamento”

Discussão. Os objetivos delineados para a intervenção musicoterapêutica com o grupo eram o de fazer estimulação cognitiva, fomentar laços afetivos, promover a expressão emocional, construir significados e desenvolver a criatividade.

A literatura indica que ouvir música ou tocar um instrumento aumenta a concentração, a criatividade e a capacidade cognitiva, sendo que ao tocar um instrumento musical e cantar ao mesmo tempo, estimula o cérebro para melhor

processamento da informação (Goyal, 2012). Este dado vai ao encontro do observado nas sessões com o grupo A. As atividades musicais propostas fizeram com que os utentes do grupo encontrassem novas formas de interagir e, por isso, foram desenvolvendo a sua criatividade. Ao mesmo tempo, processavam nova informação e fomentavam a sua atenção, a sua memória e a sua linguagem.

Por outro lado, a literatura demonstra que o uso de canções potencia a reminiscência e constitui também um estímulo cognitivo na população idosa (Wheeler et al 2005). No grupo A, essa ativação de memórias verificou-se frequentemente através da escrita de canções e da improvisação. A composição grupal fez com que o grupo trabalhasse em conjunto, facilitando um sentido de pertença, um sentido de realização e permitindo também desenvolver capacidades de organização e planeamento (Wheeler et al 2005). A improvisação permite o desenvolvimento de competências de comunicação não verbais, a exploração do self em relação aos outros e abre um espaço de autoexpressão, em que há a oportunidade de se experimentar, seguindo uma estrutura. (Wheeler, 2005). No grupo A, os idosos desenvolveram as suas competências de comunicação não verbais, na medida em que a música foi um canal de comunicação e que através dela houve espaço para sentir e verbalizar estados emocionais. Também os elementos do grupo A, através das diferentes improvisações realizadas, foram explorando um pouco de si próprios, ganhando uma voz cada vez mais ativa que contribuía para que a dinâmica de grupo se mantivesse ou evoluísse. Estas improvisações também abriram um espaço de autoexpressão, na medida em que facilitaram que os idosos refletissem e verbalizassem sobre eventos de vida e emoções. Ao partilharem estados emocionais com todo o grupo, observou-se como a música abriu canais de comunicação não verbais que se transformaram em comunicação verbal, num espaço que se revelou seguro para tal.

Ao longo do tempo, o grupo foi fomentando cada vez mais os seus laços afetivos, demonstrando a coesão e a capacidade de se relacionar musical e verbalmente. A coesão pode ser definida como “*um processo dinâmico que se reflete na tendência de um grupo permanecer unido no alcance dos seus objetivos e/ou para satisfazer as necessidades dos seus elementos*” (Carro et al., 1998., cit. por Carron & Brawley, 2000). A coesão de um grupo é dinâmica e pode mudar com o tempo, quer no conteúdo, quer na forma, através da formação do grupo, do seu desenvolvimento, da sua manutenção ou da sua dissolução (Carron & Brawley, 2000; Rutan, 2014). A coesão pode emergir espontaneamente por afinidades existentes entre os seus membros, aquando da formação do grupo, ou pode ser estimulada para dar unidade e identidade, sendo que há uma componente afetiva na coesão – os laços que se criam, a atratividade entre os seus elementos e o sentido de pertença ao grupo (Carron & Brawley, 2000; Prista Guerra & Lima, 2005; Rutan, 2014). Um dos objetivos do trabalho com o grupo A era o de fomentar laços afetivos e potenciar a coesão de grupo. Tendo em conta o que a literatura indica, verifica-se que o grupo A, embora sofrendo algumas mudanças (com saídas e entradas de diversas pessoas), manteve união, colaboração e afeto positivo até à finalização do processo.

De acordo com Rutan (2014), as dinâmicas de grupo são forças interativas que definem como o grupo funciona, sendo que os valores e regras do grupo também evoluem. Nesse sentido, discorrendo sobre algumas dessas dinâmicas, importa realçar que a liderança do grupo A era atribuída à musicoterapeuta, na medida em que era ela que definia a estrutura, o tempo, o lugar e o desenrolar das sessões. Os utentes eram muito dependentes da sua orientação e essa era uma regra bem definida no grupo A. No entanto, à medida que foram desenvolvendo a sua desinibição e a sua intimidade uns

com os outros, parece ter havido uma redefinição das regras em termos do que os utentes poderiam ou não fazer ou na sua forma de expressão dos afetos.

Apesar de a estagiária ter mantido o papel de líder, denotaram-se alguns comportamentos de toma de liderança por parte de alguns utentes, em pequenas e diversas situações. Estas prendiam-se com uma sugestão de música, com o pegar num instrumento musical e começar a tocar, influenciando os outros ou mesmo com o iniciar de uma improvisação musical, espontaneamente. Alguns papéis no grupo A também se consolidaram, como o papel social, que remete para a sintonia dos sentimentos nas relações interpessoais. Esta componente verificou-se, na medida em que se cada um dos utentes do grupo assumia um papel diferente: o Carlos assumia o papel de líder, alguns utentes assumiam um papel mais inativo e outros assumiam um papel muito ativo e participativo nas sessões. À medida que as sessões se desenrolavam, alguns utentes tinham mais facilidade em expressar as suas emoções, fosse pela forma como se sentiam naquele momento, fosse pelo facto de a música despoletar esse comportamento. Dessa forma, o afeto do grupo, por vezes, modificava-se, quando se começava a falar ou a cantar sobre assuntos emocionalmente mais tristes.

À medida que envelhecem, os indivíduos passam a ter mais dificuldades e ficam mais dependentes e a musicoterapia pode ajudar na facilitação da expressão de sentimentos e na forma de interação social (Padilha, 2008, cit. por Oliveira et al., 2012). No grupo A, verificou-se que os seus elementos partiam da interação musical para o diálogo verbal, que os instigava a refletir sobre a vida, sendo isso muito significativo.

Conclusão. Os resultados da intervenção com o grupo A indicam que os objetivos delineados foram alcançados. Nas sessões predominou o afeto positivo, a união e a colaboração, sendo que os elementos do grupo fomentaram os seus laços afetivos, desenvolveram a sua criatividade e demonstraram abertura para se expressar

musical e verbalmente. Ao longo do tempo, os elementos do grupo A evoluíram no que concerne à desinibição e à tomada de iniciativa, bem como desenvolveram e experienciaram uma relação nova com a música. Se, no início, a musicoterapeuta era vista como líder, no fim, mesmo continuando a ter esse papel, as dinâmicas das regras alteraram-se: os idosos passaram a ter uma voz ativa e a expressar as suas emoções. O grupo evoluiu nesse sentido também. No início, a terapeuta tinha de instigar muito a que falassem das suas emoções. No fim, a música por si só já os fazia falar espontaneamente sobre as suas emoções.

Outras intervenções clínicas

Neste capítulo apresentam-se, de forma breve, as intervenções clínicas realizadas com os restantes utentes, quer a nível individual, quer a nível de grupo.

Carlos

O Carlos tinha 86 anos e estava no Centro de Dia há 1 ano, sendo, por esse motivo, um dos utentes mais recentes na instituição. O Carlos tinha dois filhos e estava separado da sua esposa. Vivia e sentia-se sozinho, apesar de ser um católico devoto e, nas suas palavras, “ter muitos santos em casa.” Ao ser-lhe aplicado o HADS, revelou sintomas de ansiedade e depressão, sendo também uma pessoa muito impulsiva. Andava com a ajuda de uma canadiana e apresentava alguns episódios confusionais.

Por demonstrar sintomas de ansiedade e depressão, e por ser uma pessoa que gostava de música, considerou-se que a musicoterapia poderia ser pertinente para este utente. Face a estes dois problemas identificados inicialmente – ansiedade e depressão – delinear-se os seguintes objetivos principais: diminuir e regular a ansiedade – combater estados depressivos e, posteriormente, identificou-se a impulsividade como um problema a ser trabalhado, cujo objetivo foi o de tentar diminuir a frequência dos comportamentos impulsivos.

Foi difícil identificar progresso terapêutico no utente Carlos, especialmente no que toca à musicoterapia. Apesar de gostar de música e de ser um agente ativo nessa arte, em sessão individual foi muito difícil encaminhar o Carlos para atividades musicais. As sessões ao longo do ano letivo foram maioritariamente verbais, com muitas tentativas de inserir música, tendo algumas sido bem-sucedidas. Sendo o Carlos um líder nato, chegou a tomar iniciativa a cantar e, na maior parte das vezes em que houve momentos musicais, foram músicas de improviso, em que o utente cantava a sua

tristeza, o seu azar, os seus conflitos com os filhos, falava da morte e da solidão, bem como rezava a Deus. Essas improvisações faziam com que Carlos ativasse muitas memórias e contasse muitas histórias, muitas delas carregadas de mágoas, de queixas, de tristezas. Dominava a sessão por completo e tornava-se difícil introduzir música enquanto ele falava, mesmo quando havia sugestão direta da musicoterapeuta ou quando esta começava a tocar guitarra subtilmente.

Assim, a grelha de observação/avaliação utilizada revela que o Carlos melhorou a sua tomada de iniciativa, a sua motivação (talvez por necessitar de se sentir ouvido) e a sua ativação de memórias, que foi ficando cada vez mais exacerbada. A sua vontade de aprender diminuiu em relação à fase inicial, bem como a sua interação musical com a musicoterapeuta. A aplicação da escala HADS revelou que os seus níveis de ansiedade e depressão continuavam elevados, tendo havido uma diminuição da pontuação da ansiedade e um aumento da pontuação da depressão (A= 14/12; D=12/15).

Assim, através da intervenção com o Carlos verificou-se que a música, na forma de improvisação musical, pode ativar memórias afetivas intensas e facilitar a expressão emocional.

Edite

A Edite era uma senhora de 70 anos que tinha a 4^a classe de escolaridade. Era doméstica, casada e tinha dois filhos. Teve um AVC que comprometeu o lado esquerdo do seu corpo: o braço estava inativo e a perna estava debilitada. A Edite tinha muita dificuldade em aceitar esta sua condição e sentia-se triste e frustrada por não conseguir fazer muitas das tarefas que as outras pessoas faziam e por ser dependente. Para além disso, apresentava sintomas de depressão e ansiedade. Por todos estes motivos, foi encaminhada para a musicoterapia.

Os objetivos delineados para a Edite foram os de diminuir a ansiedade, combater estados depressivos e diminuir a deterioração motora. A Edite não tinha uma grande relação com a música, mas cantava no coro da igreja de vez em quando e ouvia muito rádio, sendo a sua preferência por música portuguesa. As sessões de musicoterapia com a senhora Edite também foram muito verbais, porque ela sentia uma grande necessidade de desabafar e não via a música como uma aliada. Na verdade, não sentia que a música fosse terapêutica. Ainda assim, foi possível, ao longo do ano (pautado por períodos de ausência da utente), trabalhar algumas questões com a Edite nas sessões de musicoterapia, sendo estas focadas nas suas emoções tristes e na sua expressão, com o objetivo de combater o seu estado depressivo. Gostava muito do tambor do mar e da maraca (só podia usar uma). Através da improvisação instrumental, a Edite focava-se na tarefa e acabava por se distrair dos seus problemas e pensamentos mais negativos. Outras vezes, o canto de canções e as respetivas letras, bem como as improvisações instrumentais/vocais com letra, ativavam várias memórias e permitiam que a Edite refletisse sobre questões e situações da sua vida. Sentia medo e, nas últimas sessões, a estagiária referiu que a Edite não tinha feito o luto do seu braço e ela fixou essa informação e concordou com ela. Ainda que a estagiária o tivesse proposto diversas vezes, nunca aceitou fazer uma canção para o braço, porque a deixaria triste.

Em termos de resultados, a Edite não apresentou muitos progressos, tendo tido quase sempre a mesma abertura e disponibilidade. Apesar de tudo, era muito colaborativa nas sessões e cumpria as tarefas propostas, tendo estas um efeito benéfico na mesma. Os resultados da escala HADS demonstraram que os níveis de ansiedade e depressão continuaram elevados, mas houve diminuição do índice de depressão.

Geraldo

O senhor Geraldo tinha 87 anos de idade, era casado e tinha 5 filhos. Estava no centro de dia desde 2017, com a esposa e era uma pessoa bem-disposta. Tinha demência, já tinha tido um AVC, tinha parkinsonismo vascular e dificuldades na produção verbal. Para além disso, tinha dificuldades auditivas graves e, por isso, utilizava um aparelho auditivo. Foi selecionado para as sessões de musicoterapia por ser uma pessoa ligada à música e com gosto por esta atividade, para além da estimulação cognitiva que poderia ser-lhe útil.

Os objetivos delineados para o Geraldo prenderam-se com a demência e em combater a sua deterioração cognitiva; nas suas dificuldades motoras e na sua pouca produção verbal. Salienta-se que a curiosidade de Geraldo e a forma como reagia à música.

Dessa forma, as sessões de musicoterapia desenrolaram-se através do canto de canções e de improvisações instrumentais e vocais. É importante realçar que o Geraldo, apesar das suas dificuldades, ainda sabia e conseguia ler. O progresso terapêutico dele traduziu-se numa melhoria da sua produção verbal. Através das letras das canções, que ele lia, muitas vezes, fora de ritmo (também pela sua fraca audição), era possível estimular a sua linguagem. Também fazia improvisações de quadras em rima aquando de momentos de improvisação, o que aumentava bastante a sua produção verbal. Com o passar do tempo, começou a tomar iniciativas. Chegava à sessão e começava de imediato a apontar para o instrumento que queria tocar. E, nalgumas vezes em que a estagiária começava a cantar para ele a acompanhar, era ele que pegava no instrumento musical por si próprio para tocar também. Esta componente curiosa dele, ajudou-o a trabalhar as suas funções motoras e a ligar-se musicalmente à musicoterapeuta. Os seus

instrumentos preferidos eram o triângulo e o metalofone, tendo mesmo ele feito perguntas sobre como se tocava no último.

Assim, é possível afirmar que a musicoterapia teve um efeito benéfico no Geraldo e que os objetivos para ele delineados foram alcançados, na medida em que houve estimulação cognitiva, em que o Geraldo aumentou a sua produção verbal e em que se trabalhou as suas funções motoras.

Helena

A Helena tinha 82 anos, era viúva e tinha um filho. Foi costureira durante 30 anos. Vivia sozinha, sendo que à noite ficava aos cuidados de uma cuidadora de idosos. Andava de andarilho e era um pouco dependente. A Helena era uma senhora muito negativa, muito depressiva, era raro conseguir ver o lado positivo das situações e acontecimentos. Foi encaminhada para a musicoterapia porque apresentava sintomas de depressão e ansiedade. As suas funções motoras também eram um aspeto a melhorar. Assim, os objetivos traçados para a senhora Helena foram o de diminuir e regular a ansiedade, o de combater estados depressivos e o de diminuir a deterioração motora.

A Helena tinha a grande vantagem de ser uma amante da música. A sua única prática musical tinha sido a cantar num coro, já da terceira idade, mas sempre teve vontade de aprender guitarra. Não o fez porque a família não tinha dinheiro. Ouvia rádio enquanto costurava e a música tinha um efeito positivo nela, quer no passado, quer no presente. As sessões de musicoterapia decorreram de forma bastante natural e espontânea. A Helena tinha abertura para partilhar as suas emoções e sentimentos, o que facilitava um caminho para a expressão emocional através da música. Foi possível realizar improvisações vocais, em que a Helena foi ficando cada vez mais desinibida, bem como criar certas letras de raiz, também derivadas de improvisações e diálogos

cantados surgidos na sessão. Quando se introduziu o piano nas sessões, com o intuito de instigar a Helena a explorar um novo instrumento e tomar alguma liderança, esta mostrou-se entusiasmada e acentuou ainda mais as suas iniciativas, que foram evoluindo ao longo das sessões. Foi mais complicado avançar para os objetivos motores, porque as suas dificuldades eram acentuadas e a sua vitimização e negativismo eram barreiras difíceis de combater

A escala HADS revelou que os níveis de ansiedade e depressão se mantiveram elevados, mas houve uma diminuição da pontuação da depressão, depois da intervenção da musicoterapia. Assim, conclui-se que a musicoterapia foi benéfica para a Helena e que os objetivos traçados foram alcançados, na medida em que se denotou um grande envolvimento da utente com a música e em que ela foi capaz de desafiar-se a si própria através da criação de letras, da improvisação e do canto de canções

Lúcia

A Lúcia tinha 92 anos, era viúva e viva com um sobrinho. Não tinha filhos. Era uma senhora muito isolada porque estava num estado muito avançado de demência e, por esse motivo, não conseguia interagir muito com os restantes utentes.

A Lúcia foi encaminhada para a musicoterapia com o intuito de se combater a sua deterioração cognitiva e de combater o seu isolamento e passividade. Esta utente gostava muito de música e reagia muito com o corpo quando a ouvia. Sorria, marcava ritmo com os pés, proferia palavras. No decorrer das sessões, a Lúcia revelou capacidade de reproduzir canções do repertório tradicional e regional português (Rosa arredonda a saia, modas regionais do folclore) e, surpreendentemente, conseguiu aprender pelo menos uma canção original que surgiu nas sessões. A estagiária começava a cantar um pouco da música e ela completava com as palavras que faltavam,

acertando na maioria das vezes. Este exercício acabava por ser já de estimulação cognitiva. Houve também alguns diálogos cantados entre estagiária e utente, que faziam com que a senhora Lúcia, que tinha um vocabulário muito reduzido e dizia sempre as mesmas coisas, proferisse palavras e frases novas. Quando a musicoterapeuta lhe fazia perguntas, mesmo a cantar, parecia que ela percebia tudo, pensava na resposta, mas não a conseguia verbalizar. Era uma pessoa que não gostava de tocar instrumentos, apenas ouvia e cantava. No entanto, nas sessões finais, foi possível introduzir o piano e, na primeira sessão em que isso aconteceu, ela quis tocar com a estagiária, surgindo daí um momento de interação único e apenas possível através da música, na medida em que houve sincronia musical e em que a senhora Lúcia estava envolvida na música. Algumas vezes, a senhora Lúcia ativava memórias, mas não as conseguia reproduzir. A música fazia com que a esta utente entrasse em contacto consigo própria e com as suas características, embora num plano verbal não fosse possível fazer essa exploração.

Assim, pode-se concluir que os objetivos delineados para a senhora Lúcia foram alcançados com sucesso, na medida em que, em sessão, estava em interação com a musicoterapeuta e na medida em que houve estimulação cognitiva muito associada à sua linguagem, visto que a música a fazia proferir e até memorizar palavras. Ainda que se pudesse ter tentado mais explorar as suas vivências passadas, a musicoterapia parece ter tido um efeito benéfico na senhora Lúcia

Grupo D e Grupo S

Inicialmente, os elementos do grupo D e do grupo S eram um grupo só, formado com os objetivos de fazer estimulação cognitiva, reduzir o isolamento social e promover a interação. 2 dos 5 idosos que constituíam o grupo tinham demência, 2 tinham graves dificuldades auditivas e um deles tinha demência e graves problemas auditivos, pelo que

se considerou pertinente que se pudesse trabalhar em grupo com estes utentes. No entanto, o grupo revelou ser heterogéneo e não foi produtiva a sua junção. A participação mais ativa era das duas senhoras com surdez, enquanto os restantes três utentes observavam mais o que estava a acontecer ou não compreendiam tão bem o que se passava. Dessa forma, a estagiária separou os grupos e definiu objetivos diferentes para os mesmos.

Em relação ao Grupo D, delinearam-se os seguintes objetivos: estimular cognitiva e sensorialmente os utentes; reduzir o seu isolamento social e preservar as suas competências. Sendo que os seus membros não interagiam muito verbalmente, a música teve um efeito agregador, ainda que tenha havido dificuldades. Foi possível cantar músicas em conjunto, fazer exercícios rítmicos e pequenas improvisações, mas com muita dificuldade, devido à surdez do Geraldo e à pouca participação ativa da Lúcia. Ainda assim, a Olga, muitas vezes, desafiava e interagia com a Lúcia, no sentido de a estimular a participar nas atividades. Dessa forma, nas sessões de musicoterapia, era possível que estes elementos estivessem em interação e foi possível fazer estimulação cognitiva.

Os elementos do grupo S, do qual faziam parte a Ana e a Clarice, tinham as suas funções cognitivas intactas, mas uma elevada surdez, bem como níveis mais altos de ansiedade, expressos através das suas próprias palavras. Dessa forma, os objetivos traçados para este grupo foram o de reduzir a ansiedade, o de estimular sensorial e cognitivamente e o de promover a interação. Para atingir os objetivos delineados, cantaram-se algumas canções, embora esta fosse uma atividade complicada pela fraca audição das utentes e fizeram-se exercícios e improvisações rítmicas, que resultaram num maior foco e promoveram a interação entre as utentes. Em relação ao objetivo de reduzir a ansiedade, pelas verbalizações das utentes, esse objetivo não foi atingido,

mesmo que as sessões de musicoterapia pudessem ser uma forma de estas utentes relaxarem.

Numa fase final do estágio, pelo facto de uma das utentes ter abandonado temporariamente a instituição, a musicoterapeuta voltou a juntar os grupos e permitiu que Constança, uma nova senhora no centro de dia e que adorava música, também participasse neles, tendo ela ido a 3 dessas sessões. Foi um elemento agregador, porque tomava muitas iniciativas e fazia com que os seus elementos interagissem musicalmente. Importa realçar que a utente Ana também assumia muitas vezes a liderança e tomava bastantes vezes a iniciativa, bem como colocava conversa com os colegas, o que contribuía para que a dinâmica de grupo também fluísse e evoluísse de certa forma. Esta sua característica tinha um efeito agregador e influenciável, visto que os restantes elementos do grupo também agiam por vê-la agir.

Assim, apesar das dificuldades, a musicoterapia parece ter tido um efeito benéfico nas competências de interação dos elementos dos grupos, bem como permitiu que houvesse estimulação cognitiva através do canto de canções, de jogos sonoro-musicais e de exercícios rítmicos.

Conclusão

A partir da intervenção individual e de grupo realizada, pode-se concluir que a musicoterapia se pode revelar eficaz quando a população são os idosos, facilitando a sua expressão emocional e ativando as suas memórias. No entanto, através das mesmas intervenções, pode-se verificar que a musicoterapia não se revelou eficaz, tendo em conta os objetivos delineados. Nalguns casos, a música não revelou ser terapêutica, apesar de ter aberto um caminho facilitador de comunicação verbal entre musicoterapeuta e utente.

Outras atividades

Neste capítulo, descrevem-se brevemente algumas atividades musicais que não são consideradas musicoterapia, mas que tiveram impacto e influência na coesão de grupo e na interação dos seus elementos, sendo, por isso, benéficas e significativas. Também para a musicoterapeuta, foi uma forma de aperfeiçoar as suas competências musicais e de liderança de grupos, tendo sido um marco importante no seu percurso ao longo do ano.

Bailinho de Carnaval

Os bailinhos de Carnaval, tradicionais da ilha Terceira, são uma manifestação de teatro popular dividida em várias partes: marcha: tocada pelos elementos, que vão a tocar algum instrumento musical; saudação: cantada pelo mestre ou por alguém definido pelo grupo; assunto: teatro falado, caracterizado por ser escrito em rimas e para fazer rir; despedida: cantada de novo pelo mestre ou pelas pessoas designadas e termina com a mesma marcha do início. Com a aproximação desta época festiva, e tendo já a musicoterapeuta criado uma relação com todos os utentes, esta sugeriu fazer um bailinho de 15 minutos, em que todos os utentes pudessem participar. Dessa forma, escreveu algumas quadras em rima, adaptou as letras de músicas conhecidas, atribuiu papéis aos intervenientes e distribuiu instrumentos percussivos aos utentes que estavam interessados em tocar. A musicoterapeuta tocou bandolim, um elemento da equipa tocou clarinete e um membro da instituição tocou guitarra. Foi uma atividade de 15 minutos que marcou a vida de todos os utentes. Muitos deles nunca tinham estado em palco ou participado num bailinho ou em alguma atividade do género, porque na sua época, quando eram mais novos, não havia essa oportunidade. Apesar de a primeira reação ter sido de espanto, resistência e descrédito, todos colaboraram, cantaram, tocaram e gostaram do resultado final. O bailinho foi benéfico e teve uma função agregadora,

unindo os utentes e fazendo com que estes trabalhassem em prol de um objetivo comum e inovador, para além de ter sido uma atividade que os estimulou cognitivamente visto que tocaram música, cantaram e tinham de ler as quadras escritas.

Via Sacra

Depois do Carnaval, vem a Quaresma. Para a celebrar internamente, a instituição e a coordenadora do centro de dia decidiram organizar uma Via Sacra. Desse modo, foram os idosos que construíram os quadros alusivos à quadra, pintando-os e utilizando materiais reciclados. Para esta atividade, a estagiária foi convidada a organizar e ensaiar as músicas típicas da via-sacra, pelo que, mais uma vez, os utentes se uniram para cantar e ensaiar em grupo, sendo isso benéfico para o grupo e para os utentes, que aprenderam músicas novas

Espírito Santo

O culminar da Quaresma é a Páscoa e, de seguida, começam os domingos do Espírito Santo. Na Terceira, celebra-se uma tradição chamada Bodo, em que há distribuição de carne e pão nas freguesias e em que há coroações seguidas de um almoço tradicional de sopas de pão, cozido à portuguesa, alcatra com massa sovada e arroz-doce. Durante a semana, a coroa está em casa da pessoa que tem o Espírito Santo e reza-se o terço todos os dias. Para assinalar esta data, o centro de dia organizou duas semanas de reza de terço, que culminou numa missa cantada, para a qual a musicoterapeuta estagiária foi convidada a ensaiar o repertório. Os idosos, ao longo dessas duas semanas, não saíam de ao pé do altar e foi ali que os ensaios das canções para a eucaristia foram tidos, canções essas que lhes eram muito especiais, pelo facto dos idosos serem todos muito devotos a Deus. Estes tiveram de aprender novas músicas

e conseguiram fazê-lo. Ao longo dessas semanas, sentia-se um silêncio cúmplice e a música era uma forma de comunicar.

Santo António

Com a chegada dos Santos Populares, o centro de dia organizou um pequeno arraial interno, em que a musicoterapeuta teve a ideia de fazer uma atividade com quadras populares cantadas. Este arraial ficou marcado para a véspera do seu último dia na instituição e, por esse motivo, a estagiária considerou que podia ser útil juntar os dois eventos. Criou com cada um individualmente uma quadra em rima, potenciando a sua criatividade e, no dia do arraial, com uma moda regional adaptada, cada um cantou a sua quadra e colou-a na parede. Foi uma forma de existir um momento de grupo final, através da música e de uma atividade simbólica e diferente.

Conclusão

Neste relatório apresentaram-se todos os processos envolvidos no estágio de musicoterapia realizado com idosos, que teve a duração de 8 meses e permitiu o contacto inicial com a prática da musicoterapia.

De um modo geral, a intervenção realizada teve um impacto positivo nos idosos, na medida em que a maioria dos objetivos delineados, quer individual, quer grupalmente, foram atingidos. Esta intervenção promoveu a participação social dos idosos, quer nas sessões de musicoterapia, quer nas atividades recreativas que envolveram música. Desde o início do estágio que a estagiária começou a estabelecer uma relação com os utentes, o que também facilitou a relação terapêutica que surgiu depois, tendo sido essa uma condição essencial para que a intervenção tivesse surtido efeito.

Nos casos de patologia, pode-se afirmar que a musicoterapia teve impacto na diminuição de alguns sintomas psicológicos e emocionais, como a depressão e a ansiedade. Permitiu uma facilitação da expressão emocional, promoveu a desinibição, instigou a tomada de iniciativa. A música tornou-os mais confiantes, fazendo-os ter menos medo de arriscar em fazer algo novo, experimentar, envolver-se. Ao longo da intervenção, os idosos foram estimulados no que diz respeito à atividade cognitiva e às funções motoras e verificaram-se algumas melhorias nessas áreas.

Em relação aos grupos, houve mais dificuldades em envolvê-los e em fazê-los adaptar à nova rotina. No entanto, as sessões foram-se tornando cada vez mais naturais e, a partir de um certo momento, os idosos já se sentiam mais familiarizados e adaptados aquela nova forma de intervenção. O sentido de pertença, a escuta ativa, a interação musical e a iniciativa foram os aspetos mais salientes da intervenção de grupo.

Dessa forma, pode-se concluir que a musicoterapia foi benéfica para estes idosos funcionais. A intervenção musicoterapêutica com idosos, na forma de exercícios rítmicos, do canto de canções e do acompanhamento de músicas com instrumentos musicais, revelou ser eficaz na sua perceção de autoeficácia, dando-lhes estrutura e segurança para que estes arriscassem a agir de forma diferente e a entrar em contacto com a música de forma distinta, sendo mais ativos e estando mais envolvidos nesta forma de intervenção. Em relação à improvisação e à construção de letras, os idosos, quer individual, quer grupalmente, mostravam-se um pouco resistentes no início. No entanto, ao longo do tempo, estes foram demonstrando mais abertura e disponibilidade para tais atividades. Muitas vezes, as improvisações e a construção de letras despoletavam o lado emocional dos idosos, facilitando a sua expressão de emoções, abrindo um espaço de partilha e permitindo que eles entrassem em contacto consigo próprios.

No que concerne às atividades recreativas desenvolvidas ao longo do estágio, importa realçar a sua importância e refletir sobre as fronteiras da musicoterapia. Por vezes, é difícil compreender que as atividades recreativas em que se utiliza música, não são musicoterapia, apesar de existirem métodos recreativos na musicoterapia. Estes definem-se como a utilização da música como um modelo estruturado, em que os clientes desempenham papéis especificamente definidos e cujos objetivos se prendem com o desenvolvimento de competências sensório motoras, da capacidade de memória, com a aprendizagem de papéis específicos em várias situações interpessoais, bem como com o desenvolvimento de um sentido de comunidade e da promoção da identificação e da interação entre os elementos do grupo (Bruscia, 2014).

As atividades recreativas desenvolvidas ao longo do estágio podem inserir-se no nível auxiliar da musicoterapia, definido por Bruscia (2014). Este nível de intervenção

da musicoterapia inclui práticas com características musicais ou não musicais, cujos objetivos podem não estar relacionados com a saúde, mas podem ser benéficos.

As atividades desenvolvidas a este nível não são consideradas como terapia, quer porque os intervenientes não são considerados clientes, quer porque o líder não atua como um terapeuta, ou ainda porque as intervenções não fazem parte de um processo terapêutico com o objetivo de mudança. Na verdade, todas as atividades recreativas desenvolvidas ao longo do estágio incluíram todos os utentes da instituição, independentemente de alguns não terem intervenção de musicoterapia, e os objetivos destas não eram terapêuticos sendo, ainda assim, benéficos para a coesão de grupo.

No desenvolvimento destas atividades em comunidade, a música era utilizada para acompanhar cerimónias, rituais, em que o foco era a recreação e a atividade. As atividades de recreação musical terapêutica são atividades com objetivos de entretenimento, que ajudam a melhorar a qualidade de vida geral e a desenvolver atividades de lazer prazerosas, mas em que não é essencial existir uma relação cliente-terapeuta. Os benefícios existem, mas o processo não é terapêutico, na medida em que não envolve a perspetiva de uma mudança significativa (Bruscia, 2014).

Também a música comunitária é uma forma de intervenção do nível auxiliar da musicoterapia, em que o foco das atividades musicais pode estar na procura de objetivos musicais como a performance, em que existe um evento culminante, ou estar na procura do desenvolvimento de laços entre os seus elementos, que pode ser liderada por um musicoterapeuta, por um profissional ou até por um voluntário, existindo uma relação mais igualitária entre o líder e o grupo e não sendo tão relevante a relação cliente-terapeuta (Bruscia, 2014).

Dessa forma, estas práticas auxiliares que não são consideradas musicoterapia, revelaram-se úteis na prossecução do desenvolvimento da interação entre os idosos do centro de dia, bem como permitiram que estes vivessem novas e únicas experiências a nível musical performativo (bailinho de Carnaval). Também as práticas musicais dirigidas à comemoração de festividades religiosas, demonstraram ser relevantes e úteis na intervenção com idosos, na medida em que estes eram muito devotos e a música funcionou como elemento agregador e impulsionador de novas aprendizagens. O nível de intervenção auxiliar na musicoterapia revelou ser eficaz, mas, por vezes, não foi totalmente claro ou de fácil distinção para a estagiária onde estas atividades recreativas se podiam inserir no estágio de musicoterapia, porque, apesar dos seus benefícios, não podiam ser consideradas como tal.

A instituição, por saber que a estagiária tinha competências musicais, desafiou a estagiária a liderar este tipo de atividades, sendo que esta alertava sempre para que estas práticas não eram musicoterapia. Apesar disso, encarou-as como um desafio e como uma forma de aperfeiçoar competências de liderança e de prática instrumental na guitarra. As expectativas que a instituição depositou na estagiária prenderam-se com o potenciar a atividade dos idosos, quer cognitiva, quer fisicamente.

Este estágio também foi um marco positivo para a instituição, na medida em que esta beneficiou de uma intervenção diferente e inovadora, sensibilizando todos os funcionários e criando a oportunidade de se valorizar novas formas de intervir com os idosos. Foi notável toda a flexibilidade, toda a compreensão, todo o apoio que todo o staff deu para que a musicoterapia tivesse lugar na instituição da melhor forma possível.

Assim, pode-se concluir que a musicoterapia trouxe benefícios aos idosos da presente instituição e que teve impacto no seu funcionamento e bem-estar físico e psicológico.

Reflexão pessoal

Que bom haver este espaço para desenvolver uma reflexão sobre este percurso intenso, tão novo e único! Eu, que adoro palavras e faço questão de as usar essencialmente para eternizar momentos ou fases de vida, sinto-as entaladas na garganta. Ainda assim, dou corda aos dedos e ponho o coração na boca para deixar aqui impressa a minha gratidão, alegria e emoção com a vida e a forma como a podemos viver intensamente, independentemente da idade. Sempre gostei de sair da minha zona de conforto. Considero que é a melhor forma de adquirir autoconhecimento, experienciar novas vivências, testar os nossos limites. Sendo uma psicóloga pouco experiente, já tinha trabalhado com adultos dependentes e jovens dos 12 aos 18 anos. Senti que, mesmo nunca tendo sentido o ímpeto de trabalhar com idosos, esta era a altura certa de experimentar. E não me arrependo.

Percebi desde cedo que a minha ideia de que os idosos alinhavam em tudo não era verdade. São uma população muito mais resistente do que alguma vez esperei. Ainda assim, senti-me sempre acolhida por eles. Por eles, pela minha orientadora, por todo o staff do centro de dia e por todos os colaboradores da instituição.

Os meus principais desafios passaram por ter de lidar com uma população mais resistente e menos energética, por ter de aprender novas músicas num instrumento que não domino e por ter sido desafiada a liderar grupos em eventos em que não me sentia tão confortável. Sendo eu uma pessoa cheia de energia, tive de adaptá-la muitas vezes para poder estar com os idosos do centro de dia. Apesar de praticar guitarra algumas vezes, sinto que podia ainda ter sido melhor. E a liderança dos grupos e ensaios musicais, que foi algo que nunca tinha feito, permitiu-me descobrir que é fundamental manter o foco, saber comunicar e, com idosos, ser o mais diretiva possível. Para além

disso, aprendi umas bases de piano que me permitiram utilizar esse instrumento de uma forma tão útil com diversos idosos.

Este foi um percurso muito rico, cheio de aprendizagens. Eu já sabia que a música tinha um poder incrível, mas foi gratificante e reconfortante ver com os meus próprios olhos o poder que ela tem de agregar pessoas, de avivar mentes, de energizar e dar força a quem pensa estar adormecido. De ser companhia, até. São muitas emoções para digerir em relação a pessoas que pensam que já não estão a fazer nada neste mundo. Fiz questão de lhes informar que a mim me ensinaram que “Nunca é tarde para cantar”.

No centro de dia há uma frase escrita na parede que diz “Aqui mora gente feliz” e, enquanto eu lá morei, fui genuinamente feliz. Obrigada. Nunca me esquecerei do sítio que marcou a minha primeira experiência prática da musicoterapia. Obrigada, de coração.

Referências Bibliográficas

- Abrahan, V. D., Jaramillo, A. L. & Justel, N. (2019). Benefits of music therapy in the quality of life of older adults. *Revista Ciencias de la Salud*, 17 (3), 9-19.
- Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>
- Alzheimer Europe. (2019). <https://alzheimerportugal.org/pt/prevalencia>
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (5ª ed.). São Paulo.
- Barlow, H.D. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2ªed). New York: Guilford Press.
- Barlow, D., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B. & Ehrenreich-May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Blazer, D. G. & Hybels, C. F. (2009). Depression in later life: epidemiology, assessment, impact, and treatment. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (2ª eds), *Handbook of depression* (pp. 492-509). New York London: The Guildford Press.
- Boland, R. J. & Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (2ª eds), *Handbook of depression* (pp. 23-43). New York London: The Guildford Press.
- Brancatisano, O., Baird, A. & Thompson, W. F. (2020). Why is music therapeutic for neurological disorders? The therapeutic music capacities model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Bright, R. (1993). Musicoterapia individual. In R. Bright, *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico: Una Nueva Visión* (pp 37-61). Ed Bonum: Buenos Aires.

- Brotons, M. & Pickett-Cooper, P. (1996). The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 33 (1), 2-18.
- Bruscia, K. E. (1991). Introduction: the fundamentals of music therapy practice. In K. E. Bruscia, *Case studies in music therapy* (pp 5-13). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). Introduction: the story of defining. In K. E. Bruscia (3^a eds), *Defining Music Therapy* (pp. 21-30). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). Types of music experiences: the four main methods. In K. E. Bruscia (3^a eds), *Defining Music Therapy* (pp. 21-30). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). Types of music experiences: The four main methods. In K. E. Bruscia (3^a eds), *Defining Music Therapy* (pp. 127-139). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). Criteria for areas and levels of practice. In K. E. Bruscia (3^a eds), *Defining Music Therapy* (pp. 203-209). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). Recreational practices. In K. E. Bruscia (3^a eds), *Defining Music Therapy* (pp. 239-241). Barcelona Publishers.
- Cabrera, I., Brugos, D. & Montorio, I. (2020). Attentional biases in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 1-7.
- Carron, A. V. & Brawley, L. R. (2000). Cohesion: conceptual and measurement Issues. *Small Group Research*, 31(1), 89-106.
- Cunha, R. (2007). Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer. *Revista científica/FAP*, 2, 213-228.
- Darnley-Smith, R. (2002). Music therapy with elderly adults. In A. Davies & E. Richards, *Music Therapy and Group Work* (pp. 77-89). Jessica Kingsley Publishers.

- Dattilio, F. M. & Kendall, P. C. (2007). Panic disorder. In F. M. Dattilio & A. Freeman, *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (3^a eds) (pp. 68-92). The Guilford Press.
- Davison, K. M., Lin, S., Tong, H., Kobayashi, K. M., Mora-Almanza, J. G. & Fuller-Thomson, E. M. (2020). Nutritional factors, physical health and immigrant status are associated with anxiety disorders among middle-aged and older adults: findings from baseline data of the canadian longitudinal study on aging (CLSA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-19.
- DeVries, H. M. & Ogland-Hand, S. M. (2007). Crisis with older Adults. In F. M. Dattilio & A. Freeman, *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (3^a eds) (pp. 377-398). The Guilford Press.
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. H. (2012). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 872-881.
- Faulkner, S. (2017). Rhythm2Recovery: A Model of practice combining rhythmic music with cognitive reflection for social and emotional health within Trauma Recovery. *Australian and New Zeland Journal of Family Therapy*, 38, 627-636.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people definitions of quality of life. *Social, Science & Medicine*, 41 (10), 1439-1446.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). A new paradigm in the study of aging. In R. Fernández-Ballesteros, *Active Aging: The Contribution of Psychology* (pp. 3-14). HOGREFE.

- Ferreira, L. B., Rezende, L. V. & Vargas, D. M. V. (2013). A influência da musicoterapia na autoestima de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência em Araguaína-to. *Revista Cereus*, 5(1), 47-62.
- Fusar-Poli, L., Bieleninik, L., Brondino, N., Chen, X. J. & Gold, C. (2018). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 22 (9), 1097-1106.
- Gallego, M. G. & García, J. G. (2017). Music therapy and Alzheimer’s disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurologia*, 32 (5), 300-308.
- Gopalk, K. & Ekinci, M. (2020). Effect of music therapy on anxiety and sleep quality of geriatric haematological oncology patients. *Turkish Journal of Geriatrics*, 23 (4), 546-554.
- Gopi, D. & Preetha, A. K. (2016). Effectiveness of music therapy on depressive symptoms among elderly in selected geriatric homes. *International Journal of Nursing Education*, 8(3), 163-166.
- Goyal, A. K. (2012). Music therapy: a useful therapeutic tool for health, physical and mental growth. *International Journal of Music Therapy*, 2 (1-2), 13-18.
- Grahn, J. A. (2009). Neuroscientific investigations of musical rhythm: Recent advances and future challenges. *Contemporary Music Review*, 28(3), 251-277.
- Hallman, S., Creech, A., Varvarigou, M., McQueen, H. & Gaunt, H. (2014). Does active engagement in community music support the well-being of older people? *Arts & Health*, 6(2), 101-116.
- Hanser, S. B. (1999). *The New Music Therapist’s Handbook*. (2^a eds). Berklee Press.

- Hanser, S. B. & Thompson, L. (1994). Effects of music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 49 (6), 265-269.
- Harman, D. (1991). The aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 78 (11), 7124-7128.
- Harman, D. (1991). The aging process: major risk factor for disease and death. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 88, 5360-5363.
- Hays, T., Bright, R. & Minichiello, V. (2002). The contribution of music to positive aging: a review. *Journal of Aging and Identity*, 7 (3), 165-175.
- Hays, T. N. & Minichiello, V. (2005). The contribution of music to quality of life in older people: an Australian qualitative study. *Australasian Journal on Ageing*, 24 (1), 28-32.
- Hesser, B. (2001). The transformative power of music in our lives: a personal perspective. *Music Therapy Perspectives*, 19, 53-58.
- Hintz, M. R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: assessment of music skills and related behaviours. *Music Therapy Perspectives*, 18, 31-40.
- IbraheemSayied, N., Ibrahim, H. M., Saraya, O. A. A. E. & Osman, S. F. (2019). Effectiveness of music therapy on the depression levels among elderly at assiut geriatric clubs. *Journal of Nursing and Health Science*, 8(2), 58-65.
- Im, M. L. & Lee, J. L. (2014). Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care*, 22(3), 453-458.

INE. (2008). Estatísticas Demográficas.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=5582248&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2

INE. (2017). Projeções de População Residente.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Insel, P. M. & Roth, W. T. (1979). Aging. In P.M.Insel & W.T. Roth (2nd ed) *Core Concepts in Health*, (pp. 87-106), Mayfield Publishing Company.

Kamaterou, I. (2020). Improving access to therapy for the elderly. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*. 22-24.

Kaplan, R. M. (2013). The effect of group music therapy on anxiety, depression and quality of life in older adults with psychiatric disorders. *Australasian Psychiatry*, 21 (5), 506-507).

Keough, L. A., King, B. & Lemmerman, T. (2016). Assessment-Based small-group music therapy programming for individuals with dementia and Alzheimer’s Disease: a multi-year clinical project. *Music Therapy Perspectives*, 35 (2), 182-189.

Kerr, T., Walsh, J. & Marshall, A. (2001). Emotional change processes in music-assisted reframing. *Journal of Music Therapy*, XXXVIII (3), 193-211.

Kessler, R. C. & Wang, P. S. (2009). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (2^a eds), *Handbook of Depression* (pp. 5-22). New York London: The Guildford Press.

- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Yew, P. Y. S. & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health, 19* (12), 1043-1055.
- Laukka, P. (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies, 8*, 215-241.
- Liu, Y., Qu, Z., Meng, Z. & Wang, S. (2020). Relationship between loneliness and quality of life in elderly empty nesters from the Wolong Panda Nature Reserve in Sichuan province, China, from the perspective of rural population and social sustainability. *Physica A, 551*, 1-7.
- Lloria, S. D., Ojea, M. J. G. & Juste, M. P. (2019). Efficiency of music therapy as a non-pharmacological treatment for the elderly. *The International Journal of Health, Wellness and Society, 9* (3), 27-34).
- Macena, V., Bandeira, C., Bezerra & Silva, F., Souza, A. & Silva, F. (2018). A utilização da musicoterapia no tratamento da depressão em idosos institucionalizados. In Congresso Nacional de Envelhecimento Humano, Brasil.
- Madeira, J. (2014). Pensar o ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre as gerações. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (2^a eds), *Envelhecer e Conviver* (pp. 23-27). Letras Lavadas.
- Madso, K. G., Molde, H., Hynninen, K. M. & Nordhus, I. H. (2021). Observing music therapy in dementia: repeated single-case studies assessing well-being and sociable interaction. *Clinical Gerontologist*,

- Martín, M. S., Pereda, C. M., Serra, C. M., Hernández, C. P. & Ramírez, A. G. (2015). Musicoterapia en la demência del paciente anciano: fundamentos, aplicaciones y evidencia científica actual. *Psicogeriatría*, 5 (3), 93-100.
- McDermott, O., Orrel, M. & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18 (6), 706-716.
- Medeiros, T. (2014). Desafios do(s) envelhecimento(s). In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (2ª eds), *Envelhecer e Conviver* (pp. 29-46). Letras Lavadas.
- Mozer, N. M. S., Oliveira, S. G. & Portella, M. R. (2011). Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 16(2), 229-244.
- National Institute on Aging. (2017). What is dementia? Symptoms, types and diagnosis.
- Nestler, E.J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J. & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34, 13-25.
- Odell-Miller, H. (2002). One man’s journey and the importance of time: Music Therapy in an NHS Mental Health Day Centre. In A. Davies & E. Richards, *Music Therapy and Group Work* (pp. 63-76). Jessica Kingsley Publishers.
- Oliveira, G. C., Lopes, V. R. S., Damasceno, M. J. C. F. & Silva, E. M. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20, 85-94.
- Pavlicevic, M. (2003). *Groups in Music*. Jessica Kingsley Publishers.
- Prista-Guerra, M. & Lima, L. (2005). Os processos de grupo. In. M. Prista-Guerra & L. Lima (1ª eds), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp-47-59). Lisboa: Climepsi Editores.

- Rawtaer, I., Mahendran, R., Yu, J., Fam, J., Feng, L. & Kua, H. (2015). Psychosocial interventions with art, music, Tai Chi and mindfulness for subsyndromal depression and anxiety in older adults: A naturalistic study in Singapore. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7, 240-250.
- Renner, K. A., Valentiner, D. P. & Holzman, J. B. (2017). Focus-of-attention behavioral experiment: an examination of a therapeutic procedure to reduce social anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 60-74.
- Richards, E. & Davies, A. (2002). Introduction. In A. Davies & E. Richards, *Music Therapy and Group Work* (pp. 15-26). Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667-678.
- Rosa, M. S. (2014). Mais vale prevenir do que curar. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. P. Miúdo & A. Fialho (2ª eds), *Envelhecer e Conviver* (pp. 213-221). Letras Lavadas.
- Rutan, J. S. (2014). Group dynamics and group development. In J. S. Rutan, W. N. Stone & J. J. (3ª eds), Shay, *Psychodynamic Group Psychotherapy* (pp. 29-55).
- Ruud, E. (1991). Musicoterapia – Profissão de saúde ou movimento cultural? In E. Ruud, *Caminhos da Musicoterapia* (pp 13-20).
- Sakamoto, M., Ando, H. & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25 (5), 775-784.
- Santabárbara, J., Lopez-Anton, R. Cámara, C., Lobo, E., García-Gracia, P., Villagrasa, B., Bueno-Notivol, J., Marcos, G. & Lobo, A. (2019). Clinically significant

- anxiety as a risk factor for dementia in the elderly community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139, 6-14.
- Sinha, P., Hussain, T., Boora, N. K., Rao, G. N., Varghese, M., Gururaj, G. & Benegal, V. (2021). Prevalence of common mental disorders in older adults: results from the national mental health survey of India. *Asian Journal of Psychiatry*, 55, 1-7.
- Small, C. (1999). Musicking—the meanings of performing and listening. A lecture. *Music Education Research*, 1(1), 9-21.
- Smith, R. D. (2002). Music therapy with elderly adults. In A. Davies & E. Richards, *Music Therapy and Group Work* (pp 77-89). Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.
- Steeman, E., Casterlé, B. D., Godderis, J. & Grypdonck, M. (2005). Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies. *Integrative literature reviews and meta-analyses*, 722-738.
- Takahashi, T. & Matsushita, H. (2006). Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. *Journal of Music Therapy*, XLIII(4), 317-333.
- Torres, S. A. (2014). Music therapy in the prevention and treatment of depression in older adults in lima-Peru. *Oncothermia Journal*, 10, 59-62.
- Travers, C. & Bartlett, H. P. (2011). Silver memories: Implementation and evaluation of a unique radio program for older people. *Aging & Mental Health*, 15 (2), 169-177.
- Ugur, H, G., Aktas, Y, Y., Orak, O, S., Saglambilen, O. & Avci, I, A. (2017). The effect of music therapy on depression and physiological parameters in elderly people living in a Turkish nursing home: a randomized-controlled trial. *Aging & Mental Health*, 21(12), 1280-1286.

- Vinciguerra, C. (2017). Music intervention efficacy in elderly: a promising non-pharmacological approach to cognitive dysfunctions. *Journal of Neurologic Sciences*, 38, 933-934.
- Wachtel, P. L. (1997). Anxiety reduction through exposure: Clinical Issues. In P. Wachtel, *Psychotherapy integration. Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. American Psychological Association.
- Wang, S. C., Yu, C. L. & Chang, S. H. (2017). Effect of music care on depression and behavioural problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 21 (2), 156-162.
- Werner, J., Wosch, T. & Gold, C. (2015). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging & Mental Health*, 21(2), 147-155.
- Wheeler, B. L., Shultis, C. L. & Polen, D. W. (2005). *Clinical training guide for the student music therapist*. Barcelona Publishers.
- Xu, B., Sui, Y., Zhu, C., Yang, X., Zhou, J., Li, L., Ren, L. & Wang, X. (2017). Music intervention on cognitive dysfunction in healthy older adults; a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 38, 983-992.
- Ziv, N., Rotem, T., Arnon, Z. & Haimov, I. (2008). The effect of music relaxation versus progressive muscular relaxation on insomnia in older people and their relationship to personality traits. *Journal of Music Therapy*, XLV (3), 360-380.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Autorização registo de vídeo

Apêndice 2 – Declaração de autorização para registo de vídeo

Apêndice 3 – Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)

Apêndice 4 – Mini Mental State Examination (MMSE)

Apêndice 5 – Grelha de avaliação das sessões individuais

Apêndice 6 – Grelha de avaliação das sessões de grupo

Apêndice 7 – Grelha de registo de sessão

Apêndice 8 – Ficha de identificação do utente e de identidade sonoro-musical

Apêndice 9 – Grelha avaliação inicial - Clarice

Apêndice 10 – Grelha avaliação final – Clarice

Apêndice 11 – Letra de Natal – Grupo A

Apêndice 12 – Letra do “Bom Dia” – Grupo A

Apêndice 13 – Letra “As Nossas Dores” – Grupo A

Apêndice 14 – Letra final – Grupo A

APÊNDICE 1

Autorização registo de vídeo

Lisboa, ___ de _____ de _____

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

Caro(a) Senhor(a),

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

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/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 do registo vídeo das sessões por parte do representante legal do utente. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do(a) _____.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

Lisboa, ____ de _____ de _____

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

Caro(a) Senhor(a),

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

APÊNDICE 2

Declaração de autorização para efeitos de vídeo

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação video/audio das sessões de intervenção a realizar no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado. Os registos destas sessões serão geridos na confidencialidade das sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término do estágio e a defesa do respectivo relatório.

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.

Ainda que eu autorize o registo audio/vídeo das sessões em que irei participar, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção destes mesmos registos e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões proporcionadas pela estagiária.

_____, ____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) Representante Legal / Encarregado(a) de Educação,

Assinatura Nome Legível

APÊNDICE 3

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

APÊNDICE 4

Mini Mental State Examination (MMSE)

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: _____

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: _____

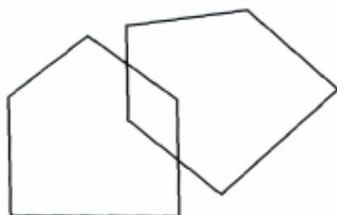
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

<p>Considera-se com defeito cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• analfabetos ≤ 15 pontos• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

APÊNDICE 5

Grelha de avaliação das sessões individuais

Utente:	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Não se aplica
Data:						
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
Toma iniciativa						
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Expressão facial						
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se motivado						
Mostra-se ansioso						
ATIVIDADES COGNITIVAS/COMPORTAMENTAIS						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
Mostra-se disposto a aprender						
Completa as tarefas propostas						
ATENÇÃO/CONTACTO						

Mostra energia						
Estabelece contacto ocular						
Mostra-se atento à sessão						
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta						
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta						
Relaciona-se verbalmente com os pares						
Relaciona-se musicalmente com os pares						

APÊNDICE 6

Grelha de avaliação das sessões de grupo

Utente:	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Não se aplica
Data:						
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
Toma iniciativa						
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Expressão facial						
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se motivado						
Mostra-se ansioso						
ATIVIDADES COGNITIVAS/COMPORTAMENTAIS						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
Mostra-se disposto a aprender						
Completa as tarefas propostas						
ATENÇÃO/CONTACTO						

Mostra energia						
Estabelece contacto ocular						
Mostra-se atento à sessão						
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Interage verbalmente com a terapeuta						
Interage musicalmente com a terapeuta						
Interage verbalmente com os pares						
Interage musicalmente com os pares						

APÊNDICE 7

Grelha de registo de sessão

Grelha de Registo de Sessão

Nome:
Data:
Observação direta do utente:
Temas centrais:
Novidades ou mudanças:
A música produzida:
Reações pessoais:
A fazer:
Observações:

APÊNDICE 8

Ficha de Identificação do Utente e de Identidade Sonoro-Musical



Musicoterapia

Ficha de Identificação do Utente e de Identidade Sonoro-Musical

1. Dados Biográficos (recolha)

Nome: _____

Idade: _____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Habilitação Académica: _____ Profissão de vida: _____

Local de nascimento: _____ Religião: _____

Sabe ler: ____ Sabe escrever: _____

2. Memória (administrado oralmente)

Data de hoje: _____ Dia de semana: _____ Estação do ano: _____

Presidente da Câmara Municipal de Angra do Heroísmo:

Presidente da República:

Mão esquerda: ____ Mão direita: _____ Repetir sequência de números: _____

3. Genograma do Utente

4. História Pessoal e Familiar

5. Historial Clínico

Doenças: _____

Tratamento farmacológico: _____

Internamento hospitalar: _____

Precisa de ajuda para as atividades diárias: _____

6. Dimensão social

Nome dos amigos mais próximos: _____

Qualidades: _____

Defeitos: _____

Atividades preferidas: _____

Gosta de trabalhar em grupo: _____. Porquê: _____

7. Dimensão Emocional

Nos últimos tempos tem-se sentido:

8. Identificação Sonoro-Musical

8.1. Experiência Musical:

Prática Vocal: _____.

Prática Instrumental: _____.

8.2. Atitude musical:

Ouve música em casa: _____. Em que situações: _____

Canta: _____. Dança: _____. Toca: _____

8.3. Recordações musicais:

Canção de embalar: _____

Canção que mais gosta que lhe cantem: _____

Situação gratificante com música na vida: _____

Situação negativa com música na vida: _____

8.4. Preferências musicais:

Género musical favorito: _____

Género musical que não gosta: _____

Música que mais ouve: _____

Que instrumento gosta mais de escutar: _____

Sons que gosta mais: _____

Sons que gosta menos: _____

Sons mais presentes em sua casa: _____

8.5. Família:

Experiência musical: _____. Qual: _____

Tocam algum instrumento musical: _____. Qual: _____

Músicas preferidas em reuniões familiares: _____

Músicas que não gostam: _____

9. Para observar e registrar

	Nada	Pouco	Moderadamente	Frequentemente	Sempre
Contacto ocular					
Concentração					
Compreensão					
Interação					
Motivação					
Como reage à música (muita ou pouca sensibilidade)					
Como se sente a ouvir música					
Colabora a cantar					
Colabora instrumentalmente					
Coordenação					
Produção verbal					
Audição					
Visão					
Mão Dominante					

10. Outras Observações

APÊNDICE 9

Grelha de avaliação inicial – Clarice

Utente: Clarice	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Não se aplica
Data: Início						
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta			X			
Produz sons vocais			X			
Toca instrumentos				X		
Toma iniciativa			X			
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Expressão facial			X			
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente			X			
Mostra-se motivado			X			
Mostra-se ansioso			X			
ATIVIDADES COGNITIVAS/COMPORTAMENTAIS						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias			X			
Mostra-se orientado no espaço				X		
Mostra-se orientado no tempo				X		
Mostra-se disposto a aprender				X		
Completa as tarefas propostas				X		
ATENÇÃO/CONTACTO						

Mostra energia			X			
Estabelece contacto ocular				X		
Mostra-se atento à sessão				X		
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão				X		
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta				X		
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta			X			

APÊNDICE 10

Grelha de avaliação final – Clarice

Utente: Clarice	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Não se aplica
Data: Fim						
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta				X		
Produz sons vocais				X		
Toca instrumentos				X		
Toma iniciativa				X		
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos				X		
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Expressão facial				X		
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente				X		
Mostra-se motivado			X			
Mostra-se ansioso				X		
ATIVIDADES COGNITIVAS/COMPORTAMENTAIS						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias				X		
Mostra-se orientado no espaço				X		
Mostra-se orientado no tempo				X		
Mostra-se disposto a aprender				X		
Completa as tarefas propostas				X		
ATENÇÃO/CONTACTO						

Mostra energia			X			
Estabelece contacto ocular				X		
Mostra-se atento à sessão				X		
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão			X			
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta				X		
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta				X		

APÊNDICE 11

Letra de Natal – Grupo A

“No Natal não queremos tristeza

A união faz a força

Paz para o mundo inteiro

E alegria para todos nós

Saúde na graça de Deus

Partilha e amor são os nossos desejos

Boas festas para todos.”

APÊNDICE 12

Letra do Bom Dia – Grupo A

“Bom dia com alegria

Não queremos a barriga vazia

Bom dia para toda a gente

E ficar sempre contente

Bom dia do coração

Saudamos com esta canção

E que Deus nos dê sempre, nos dê sempre a sua
mão”.

APÊNDICE 13

Letra “As Nossas Dores” – Grupo A

“Abro a porta de casa

E não vejo ninguém

Queria que num golpe d’asa

A companhia me fizesse refém

Refrão

Estamos felizes, estamos em conjunto

E se estamos tristes, acolhemos o grupo

A minha dor de saudade

Deixa mágoas no coração

Que bom ter esta idade

E haver quem me dê a mão”.

APÊNDICE 14

Letra final – Grupo A

Refrão

**Obrigada por tudo o que fizeste por nós. Obrigada
por tudo o que fizeram por mim.**

A música faz recordar tempos da nossa infância
E a gente gostava mais quando eles eram crianças

A música dá-nos vida, alegria e saúde

Ajuda a refletir e ajuda a distrair

Somos um grupo unido e muito amigo

Que criou uma ligação profunda.”