



## Universidades Lusíada

Alves, Carolina Pacheco, 1999-

### **A musicoterapia na demência : intervenções num centro de dia**

<http://hdl.handle.net/11067/7333>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2023

**Resumo**

O presente documento descreve a intervenção em musicoterapia numa população com demência, no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa que decorreu no centro de dia Professor Doutor Carlos Garcia durante cerca de 8 meses. Foram acompanhados oito utentes com diferentes tipos de demência em setting individual, e uma sessão de pares. Destas sessões, são exaltados dois estudos de caso de onde ambos têm diagnóstico de doença de Alzheimer. As interven...

The present document was carried out in the scope of the course unit Internship Seminar, from the 2nd year of the master's degree in music therapy, of the Lusíada University of Lisbon, and it intends to report the accomplished internship on the day center Professor Doutor Carlos Garcia, within a timeline of barely 8 months. Eight patients from day care were followed in music therapy sessions, regarding different types of dementia. These sessions were essentially realized in an individual setting...

**Palavras Chave**

Alzheimer Portugal. Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia - Prática profissional, Doença de Alzheimer - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal - Lisboa

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-12-25T21:50:48Z com informação proveniente do Repositório



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

**A musicoterapia na demência:  
intervenções num centro de dia**

**Realizado por:**  
Carolina Pacheco Alves

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

**Orientado por:**  
Dr.<sup>a</sup> Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Supervisora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 19 de janeiro de 2024

Lisboa

2023



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

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

**Mestrado em Musicoterapia**

**A musicoterapia na demência:  
intervenções num centro de dia**

**Carolina Pacheco Alves**

Lisboa

Julho 2023



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Musicoterapia**

**A musicoterapia na demência:  
intervenções num centro de dia**

**Carolina Pacheco Alves**

Lisboa

Julho 2023

Carolina Pacheco Alves

## Musicoterapia na demência: intervenções num 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.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Orientadora de estágio: Dr.<sup>a</sup> Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho

Lisboa

Julho 2023

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Carolina Pacheco Alves  
**Supervisora de estágio** Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez  
**Orientadora de estágio** Dr.<sup>a</sup> Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho  
**Título** A musicoterapia na demência: intervenções num centro de dia  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2023

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ALVES, Carolina Pacheco, 1999 -

A musicoterapia na demência : intervenções num centro de dia / Carolina Pacheco Alves ; supervisionado por Susana Aurora Gutiérrez Jiménez ; orientado por Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GUTIÉRRES JIMÉNEZ, Susana Aurora, 1971-

II - COUTINHO, Bárbara Magalhães da Silva Salvador, 1987-

#### LCSH

1. Musicoterapia - Prática profissional
2. Doença de Alzheimer - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal - Lisboa
3. Alzheimer Portugal. Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy - Practice

2. Alzheimer's disease - Patients - Care - Portugal - Lisbon

3. Alzheimer Portugal. Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. ML3920.A48 2023

## **Agradecimentos**

Após este percurso que se iniciou como conturbado, realizado com uma grande persistência e com vários altos e baixos, após a tão desejada concretização desta etapa, não faltam pessoas a que pretendo agradecer, seja pela sua passagem curta, mas marcante, seja pela sua presença constante e apoio ao longo de todo o caminho.

Para começar, aos meus pais, família e namorado. Apesar da turbulência desta viagem, fui apoiada e motivada a continuar. Salientando o meu namorado, que esteve sempre presente, mesmo no período mais duro desta fase, que me suportou e ajudou em tudo o que foi possível, estando todo este tempo presencialmente ao meu lado.

Ao amigo Chiquinho, que nos momentos de entrega perdeu horas da sua tese para poder reler e formatar o meu relatório.

À minha tia, e madrinha, que se disponibilizou a 100% para rever sempre que necessário a escrita do relatório.

Aos fantásticos colegas e amigos que tive o privilégio de conhecer neste mestrado, que deram individualmente o seu contributo para conseguir continuar, e terminar, este percurso.

À Marisa e à Letícia, que apesar de terem surgido a meio deste caminho, tiveram uma grande influência na minha escolha da população do estágio e mostraram-se sempre disponíveis para qualquer tipo de apoio que lhes fosse possível fornecer.

À professora Susana pelas suas aulas de orientação e supervisão.

À professora Teresa e todo o corpo docente do mestrado, que de certa forma ajudaram e influenciaram o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao centro de dia e todos os seus profissionais que me acolheram de uma forma muito recetiva e de braços abertos, mostrando-se disponíveis para qualquer questão que surgisse ao longo do estágio.

Obrigada.



## Resumo

O presente documento descreve a intervenção em musicoterapia numa população com demência, no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa que decorreu no centro de dia Professor Doutor Carlos Garcia durante cerca de 8 meses.

Foram acompanhados oito utentes com diferentes tipos de demência em *setting* individual, e uma sessão de pares. Destas sessões, são exaltados dois estudos de caso de onde ambos têm diagnóstico de doença de Alzheimer.

As intervenções realizadas contaram com análise de gravações de vídeo, registos de sessões diários, uma grelha de observação e a utilização da escala IMTAP (Baxter et. al., 2007). Os resultados avaliados no final do processo deste estágio permitiram concluir que a maioria dos objetivos individuais delineados para cada utente foram atingidos e que a musicoterapia se trata de um tratamento benéfico e com necessidade de continuidade nesta população, como forma de preservação das competências ainda presentes em cada individuo e como instrumento para promover competências comunicacionais e relacionais.

**Palavras-chave:** Demência; Musicoterapia; Centro de dia



## **Abstract**

The present document was carried out in the scope of the course unit Internship Seminar, from the 2nd year of the master's degree in music therapy, of the Lusíada University of Lisbon, and it intends to report the accomplished internship on the day center Professor Doutor Carlos Garcia, within a timeline of barely 8 months.

Eight patients from day care were followed in music therapy sessions, regarding different types of dementia. These sessions were essentially realized in an individual setting, with only one session in pairs. From these sessions, the cases of two patients both of them with the Alzheimer's disease.

The interventions that occurred were studied through the analysis of recorded videos of the sessions, daily notes related to the patients, an observation grid, and the utilization of the IMTAP scale (Baxter et. al., 2007). The results that were assessed by the end of the process of this internship allowed me to consider that most of the goals that were set were achieved and that music therapy is a beneficial treatment with an attached need of continuous work in this kind of population, as a way of preserving the abilities that remain in each individual and as a way of promoting communication and relational skills.

**Keywords:** Dementia; Music Therapy; Day care center



*Music imprints itself in the brain deeper than any other human experience. Music evokes emotion and emotion can bring memory. Music brings back the feeling of life when nothing else can (Oliver Sacks)*



## **Lista de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Descrição dos utentes abrangidos pelas intervenções de musicoterapia .....	32
<b>Tabela 2.</b> Plano Terapêutico Individual V.....	41
<b>Tabela 3.</b> Plano Terapêutico Individual L .....	47





### **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CAD - Centro de Apoio Diurno
- GAPS - Gabinete de Apoio Psicossocial
- IMTAP - Individualized Music Therapy Assessment Profile
- ISO - Identidade Sonora Musical
- OCDE - Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PII - Programa de Intervenção Inicial
- PIIOSM - Programa de Intervenção Ocupacional Sensorial e Motor
- SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
- SCE - Serviços Clínicos Externos
- TCE - Traumatismo Cranio-Encefálico
- WHO - World Health Organization



## Sumário

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	IV
Abstract .....	VI
Lista de Tabelas.....	X
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	XII
Sumário .....	XIV
A Musicoterapia na Demência: Intervenções num Centro de dia .....	1
Caracterização da Instituição .....	3
Caracterização da População-Alvo .....	7
Enquadramento Teórico .....	9
Demência.....	9
Doença de Alzheimer .....	12
Demência Frontotemporal.....	14
Tratamento Farmacológico e não-Farmacológico.....	15
Música .....	16
Musicoterapia .....	18
Avaliação em musicoterapia .....	21
Musicoterapia na demência.....	22
Técnicas e métodos da musicoterapia .....	26
Musicoterapia recetiva .....	26
Musicoterapia ativa .....	27
Objetivos .....	29
Metodologia .....	31
Participantes .....	31
Instrumentos de avaliação .....	32
Procedimentos .....	34
Métodos e técnicas .....	37
Agenda semanal .....	38
Estudo de caso 1 .....	39
Estudo de caso 2.....	45
Outras intervenções.....	51
Outras atividades.....	59
Conclusão.....	61
Discussão.....	63

Reflexão Final .....	67
Referências .....	69
Lista de Apêndices.....	77
Apêndice A .....	81
Apêndice B .....	85
Lista de Anexos.....	87
Anexo A.....	91
Anexo B.....	95

## **A Musicoterapia na Demência: Intervenções num Centro de dia**

O presente relatório de estágio está inserido no âmbito da Unidade Curricular Seminário de Estágio do 2º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada de Lisboa, no ano letivo 2022/2023, sob supervisão da Professora Doutora Susana Gutiérrez Jiménez e orientação no local do estágio da Doutora Bárbara Magalhães da Silva Salvador Coutinho, no centro de dia Professor Doutor Carlos Garcia, da Associação Alzheimer Portugal.

Ao longo do presente relatório é descrito o processo envolvente do estágio e outras atividades desenvolvidas durante toda a intervenção. O seu início deu-se no final do mês de outubro de 2022 e terminou em maio de 2023, onde oito utentes com diferentes diagnósticos de demência, com idades compreendidas entre 47 e 87 anos, beneficiaram de sessões com uma periodicidade semanal.

Como complemento ao tratamento farmacológico que é administrado normalmente a indivíduos diagnosticados com esta patologia, a musicoterapia surge como um tratamento de cariz não-farmacológico, pretendendo ir de encontro às necessidades individuais de cada utente e tendo como base o retardamento desta patologia progressiva e a conceção de uma melhor qualidade de vida.

Inicialmente os utentes eram divididos em dois grupos que frequentavam salas distintas, conforme o estágio em que se encontravam a nível patológico, sendo que posteriormente esta divisão deixou de ser exequível por questões logísticas do centro. Com base numa revisão de literatura que aborda os efeitos da musicoterapia na demência, as intervenções de musicoterapia tiveram como foco, uma modalidade individual, promovendo uma relação terapêutica, a autovalorização e confiança, um expressar de emoções, incidindo sempre nas características próprias e individuais do utente.

Sons específicos, muitas vezes, transportam-nos no tempo para o passado. Surgem flashes de certas memórias e emergem emoções que já foram experienciadas outrora, como a dança de um casamento, a cozinha da avó ou simplesmente imaginar um espetáculo a que se assistiu. Paralelamente a uma memória relativa aos cheiros e sons da cozinha dos avós, é, no entanto, possível esquecer como é a própria casa, como consequência da demência. Esta patologia origina um declínio das funções cognitivas, onde as pessoas afetadas começam a perder progressivamente não só as suas memórias, mas também as suas capacidades funcionais e, eventualmente, a comunicação verbal (Vink, 2013).

### **Caracterização da Instituição**

Sob a designação de Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA), o Professor Doutor Carlos Garcia fundou, em 1988, uma associação que se trataria de uma Instituição Particular de Solidariedade Social e uma Associação de Doentes, que se desenvolveu, nos seus primórdios, como a única organização nacional com intuito de promover, com cariz específico, a qualidade de vida de pessoas com demência e dos seus cuidadores. Alguns dos seus objetivos traduzem-se em apoiar, informar e capacitar os indivíduos que sofrem com esta doença, e paralelamente promover a preparação dos seus familiares e de todos os que prestam cuidados a esta população, de modo a conseguir fornecer o maior número de respostas. (Alzheimer Portugal, 2022).

Esta associação tem implementado diversas respostas sociais, onde estão incluídas valências como uma Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI), quatro Centros de Dia (CD), três Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) e uma Linha de Apoio telefónico nacional, dispõe de serviços como consultas de apoio psicológico, fisioterapia, terapia ocupacional e sessões de estimulação cognitiva, e ainda projetos direcionados não só aos utentes, mas também aos cuidadores. Relativamente ao centro dia Prof. Dr. Carlos Garcia, existem diversos serviços de resposta social, nomeadamente o gabinete de apoio psicossocial (GAPS), serviços clínicos externos (SCE), serviço de apoio domiciliário (SAD) e centro de apoio diurno (CAD). É realizada uma avaliação por um neurologista, uma neuropsicóloga, uma fisioterapeuta e assistentes sociais e, se existir um parecer positivo por parte desta equipa multidisciplinar, o utente é integrado na instituição e caso não haja disponibilidade imediata para acompanhamento permanece numa lista de espera a aguardar vaga. No que diz respeito à metodologia desenvolvida nesta instituição, tem

como princípio orientador uma abordagem centrada no indivíduo, no utente, como ser único, onde tudo é adaptado e centrado nas suas necessidades e gostos pessoais.

O GAPS é o serviço que tem como responsabilidade o diagnóstico, a seleção e intervenção com os cuidadores dos doentes com demência. Os SCE incluem avaliações neuropsicológicas (para pessoas externas ao centro dia), estimulação cognitiva individual e consultas de cariz psicológico e/ou psiquiátrico. O SAD trata-se de um serviço de atendimento social, seja presencial ou telefónico, que pretende alcançar as necessidades de pessoas que não se deslocam à instituição fisicamente, servindo como auxílio aos próprios cuidadores e familiares. Por fim, o CAD trata-se de um serviço diurno, no centro, onde existe um programa semanal com atividades, onde os utentes são divididos em dois grupos (PII e PIIOSM), conforme o estágio da demência.

A todos os utentes é realizada uma avaliação anual por parte da fisioterapeuta e da neuropsicóloga, e uma avaliação semestral por parte das assistentes sociais.

Os pedidos podem surgir através de várias frentes: através da linha de apoio telefónica, de uma chamada dos familiares/cuidadores para a associação ou através de parceiros, como o centro de saúde. Outros serviços prestados pela instituição são: o apoio na higiene pessoal, apoio da medicação, distribuição das refeições e ainda um serviço de socialização, que consiste num serviço de companhia à pessoa com demência na necessidade de ausência do familiar.

Uma característica de distinção é o respeito pelo ritmo do utente, onde se pretende a utilização de estratégias para garantir uma boa prestação de serviços. No caso dos apoios técnicos ao domicílio, existe o apoio a nível de estimulação cognitiva realizado por uma neuropsicóloga e apoio no âmbito da fisioterapia e a terapia ocupacional.

Nas diferentes atividades realizadas no centro diurno, existe uma programação semanal com um horário estabelecido para diversas atividades, como os ateliers de



movimento, de culinária, de jardinagem, atividades de relaxamento ou estimulação da memória, atividades de lazer, cuidados de bem-estar e atividades na comunidade como a intervenção assistida por animais ou passeios a jardins.

Atualmente, a associação é certificada pela *Fundación Maria Wolff*, que tem parceria com a Confederação Espanhola de Alzheimer (CEAFA) e faz parte do “Projeto de Creditação: tratamento da Demência sem contenções”, cujo objetivo é favorecer a eliminação das restrições físicas e químicas em Centros de Dia, focada na dignidade da Pessoa em si, excluindo o uso de contenções e onde a principal abordagem adotada é centrada na Pessoa com Demência. (Alzheimer Portugal, 2022)

O centro de dia Dr. Carlos Garcia, na zona de Alcântara, em Lisboa, responde a habitantes desta cidade ou familiares diretos dos mesmos.



### **Caracterização da População-Alvo**

A população-alvo da associação Alzheimer Portugal conta com utentes diagnosticados com diversos tipos de demência, com idades entre os 47 e os 87 anos de idade. Ao longo deste ano, os utentes apresentam diferentes variantes da demência, nomeadamente demência frontotemporal; doença de Alzheimer; demência vascular; demência dos corpos de Levy; demência mista. Para além desta patologia comum a todos os utentes, existem também outras problemáticas patentes na ficha clínica dos utentes, podendo ou não ser consequências do diagnóstico demencial, tais como afasia primária progressiva, enfartes, AVC's isquémicos, diabetes, agrafia, alexia, acalculia, agnosia, défices a nível de comunicação e linguagem, debilidade motora fina e grossa e ainda outras problemáticas, de cariz emocional como a depressão, ansiedade, isolamento social e tristeza (Alzheimer Portugal, 2022).

Trata-se de uma população heterogénea, existindo utentes com uma boa autonomia a nível físico e mental, como outros utentes mais debilitados numa destas categorias e ainda aqueles que estão totalmente dependentes em ambas. Há uma maior percentagem de utentes do sexo feminino comparativamente ao sexo masculino, todos com graus diferentes de ensino e ocupação profissional.



## Enquadramento Teórico

Na secção que se segue irá ser abordada um conjunto de temas centrais relativos à demência, alzheimer e ao próprio envelhecimento, tendo como base uma revisão de literatura com o objetivo de conseguir fundamentar estes mesmos temas.

### Demência

A demência trata-se de uma perturbação degenerativa progressiva que é considerada uma das patologias que mais afeta uma população mais velha. O seu aparecimento não é resultado da idade, mas evolui com a mesma, tendo como exemplo o facto da incidência da demência tende a duplicar a cada 6 anos (Ridder, 2019). Tratando-se de uma situação crónica de grande morbilidade, mas que raramente é considerada como causa direta de morte, estará muito provavelmente subidentificada nos certificados de óbito (Santana et al., 2015). Ocorre devido à morte gradual de células cerebrais, que progressivamente vão atingindo e regredindo as funcionalidades da pessoa (Alzheimer's Association, 2018).

Esta perturbação assenta num declínio de capacidade intelectual e funcional do individuo, interferindo na independência de tarefas diárias, tendo uma progressão até ao final de vida, mais ou menos acentuado, dependendo do acompanhamento profissional que beneficia. A diminuição progressiva da funcionalidade pode afetar desde a área motora, à área relativa, memória ou linguagem verbal. Alterações como a afasia (linguagem), apraxia (movimentos e gestos) e agnosia (reconhecimento visual, auditivo e tátil do exterior) alterações no pensamento, na orientação, na compreensão, na capacidade de aprendizagem, no comportamento, no controlo emocional, etc. são algumas das alterações cognitivas que surgem como sintomas da demência, onde o comprometimento da memória trata-se do sintoma principal proeminente(DSM-V; WHO, 2018).

Através de equipas multidisciplinares, que contam com neuropsicólogos, neurologistas ou terapeutas, são aplicados diferentes instrumentos de avaliação devidamente validados de modo a aferir as funções cognitivas dos indivíduos. Como exemplo destas escalas podemos referir o *Mini Mental State Examination* (MMSE) a nível cognitivo e comportamental, *Global Deterioration Scale* (GDS) que define o estágio da demência, *Functional Assessment Staging* (FAST) que define especificamente o estágio da doença Alzheimer e no que diz respeito à autonomia pode ser utilizado o Índice de Barthel, que avalia a incapacidade funcional (atividades da vida diária).

As demências degenerativas subdividem-se em corticais, incluindo a doença de Alzheimer, demência de corpos de Lewy e demência frontotemporal; subcorticais que incluem diversas doenças como a doença de Parkinson ou Huntington; e outras em que fazem parte a demência associada a doença neuromotora, esclerose lateral amiotrófica, entre outras. Para além das degenerativas, que normalmente são as causas mais comuns, existem também as vasculares, hidrocefálicas, traumáticas, infecciosas, neoplásicas, tóxicas, metabólicas e distúrbios inflamatórios crónicos (DSM-V).

Podem existir diversas causas que provoquem o aparecimento desta patologia, nomeadamente enfartes, tumores, depressão psiquiátrica ou doenças neurodegenerativas. O seu curso ocorre de forma progressiva e sem soluções para ser travada, pois não tem cura. Afeta transmissões neuronais em todas as áreas corticais, até ao ponto de se encontrarem totalmente danificadas (Cuddy et al., 2015)

Possui cerca de três fases: leve, moderada ou avançada. No caso da leve, que corresponde normalmente a um estágio inicial da patologia, os sintomas mais comuns (que ocorrem gradualmente) são o esquecimento de pequenas coisas, incapacidade de reter informação nova, uma diminuição na capacidade de julgamento, desorientação espaço-visual perda da noção de tempo e uma crescente dificuldade no planeamento e

organização. Na demência moderada surgem sintomas como a dificuldade na comunicação, a incapacidade total de aprender novas informações, diminuindo as suas capacidades de associar factos ou características a outras pessoas (como o número de telemóvel ou a morada), crescente dificuldade na linguagem e praxia e uma progressiva necessidade de assistência nas atividades da vida diária, devido a uma crescente dependência de realização de tarefas. Já na fase mais avançada verificam-se sintomas como desorientação total espaço-temporal, o não reconhecimento de pessoas próximas, diminuição gradual da autonomia em funcionalidades diárias (muitas vezes com perda de capacidades motoras) e a mudança de comportamento e personalidade acentuados, levando muitas das vezes ao desenvolvimento de distúrbios de comportamento. (Cuddy et al., 2015; WHO, 2018).

O funcionamento da memória e da cognição sofrem um declínio ao longo de um largo período. Em alguns casos, isto traduz-se na perda da capacidade de lembrar o que foi acabado de fazer ou dizer (memória a curto-prazo); noutros, traduz-se na perda da capacidade de fazer planos ou tomar decisões. Os sintomas secundários da demência são sintomas que, de acordo com uma abordagem centrada na pessoa (“person-centred”) perante a demência, emergem quando as necessidades psicossociais da pessoa não são correspondidas, tratando-se de tentativas de comunicar estas necessidades (Arrayoy-Anlló, 2013). As células cerebrais degeneram e levam a elevados danos neurológicos, mas a maior consequência não se trata apenas do declínio cognitivo, mas sim a perda da habilidade social de conseguir manter um diálogo com outrem. Com isto, não só o diálogo, mas também o toque, a compreensão e o envolvimento são necessários na nossa vida para existir o sentimento de pertença a um grupo (Aldrige, 2000).

Em Portugal, tendo como base um relatório da *Health at a Glance* (2017), é afirmado que Portugal encontra-se como o 4º país com mais casos de demência por cada

mil habitantes, ultrapassando a média da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), sendo que as previsões apontam para uma progressiva subida ao longo dos próximos anos. Segundo o SNS, o possível tratamento para esta doença varia conforme o estágio demencial em que a pessoa se encontra. Com isto, num estado inicial é aconselhado um trabalho cognitivo e práticas de tarefas que visam melhorar aspetos específicos cognitivos. Já no caso das demências em estado mais avançado, é normalmente atribuída uma medicação específica, sendo que este tipo de medicação não impede a doença de avançar nem reverte os declínios já obtidos, mas pode melhorar a qualidade de vida (SNS, 2023).

### **Doença de Alzheimer**

A demência constitui uma linguagem clínica de várias patologias, onde a doença de Alzheimer é a variante mais predominante de demência, alcançando cerca de 50 a 70% dos casos (Brancatisano et al., 2019; Santana et al. 2015; WHO, 2018). Segundo a OMS existe uma previsão de crescente aumento do número de pessoas que serão afetadas desta doença, sendo atualmente cerca de 50 milhões o valor mundial, e estima-se a subida para 82 milhões em 2030. Ao longo do tempo tem havido um aumento progressivo da população mundial, causa do próprio envelhecimento da população que cada vez mais possui uma maior esperança média de vida (Alzheimer Portugal, 2022).

Do ponto de vista neurológico, as zonas do cérebro que começam a degenerar acabam por destruir as células nervosas e conseqüentemente por reduzir a capacidade de resposta das restantes células que transmitem a informação necessária (neurotransmissores) (DSM-V). A causa desta doença é desconhecida, mas supõe-se que uma parte dela possa ser de causa genética. No entanto, existem diversos fatores de risco como hipertensão, diabetes, tabagismo ou sedentarismo que se foram prevalentes ao longo da vida podem provocar com maior probabilidade o risco de declínio mental. Uma



das maiores razões pelo qual a doença de Alzheimer tem um crescente impacto na sociedade atual deve-se ao facto de ainda não existir qualquer tipo de tratamento curativo que torne esta patologia reversível (García García, 2022).

Segundo o DSM-V, a doença de Alzheimer caracteriza-se pela perda progressiva das funções mentais que leva a uma degeneração dos tecidos cerebrais. Trata-se de uma diminuição lenta e gradual destas funções que afeta o pensamento, o juízo, a capacidade de aprender e a memória. Esta última mencionada, a memória, é uma das mais precoces e visíveis alterações a acontecer, nomeadamente através da incapacidade de reter acontecimentos recentes (memória episódica e autobiográfica), progredindo para situações como o aumento da confusão, dificuldades ao nível da linguagem e compreensão, ou até mesmo sintomas neuropsiquiátricos como a depressão, ansiedade, agitação e apatia (Leggieri et al. 2019). Isto acontece porque o hipocampo é a área cerebral que é normalmente afetada em primeiro lugar e o local onde são processadas as memórias e a aprendizagem (Alzheimer's Association, 2018).

As dificuldades de interação entre o sujeito afetado e o ambiente que o envolve (diminuição da capacidade social) ocorrem devido ao desenvolvimento dos distúrbios de linguagem (como apraxia e agnosia) (Arroyo-Anlló et al., 2013). A longo prazo, pode surgir ainda as dificuldades motoras, perturbações no âmbito da orientação e da consciência e, numa fase final mais agravada, pode ocorrer uma dependência total.

Para Sacks (2015), e enveredando por uma abordagem mais psicanalista, o autor considera que quem sofre da doença de Alzheimer pode sofrer uma regressão a uma “segunda infância” (cujas escala FAST, por exemplo, determina o estadios da patologia numa regressão da idade até características de recém-nascidos). No entanto, os aspetos que estão incluídos na sua personalidade e individualidade (“self”) são mantidos até um nível avançado de demência, juntamente com certos tipos de memória. O autor justifica

isto como se a identidade nunca fosse perdida totalmente enquanto existir algum tipo de vida mental.

### **Demência Frontotemporal**

A demência frontotemporal trata-se igualmente de uma doença neurodegenerativa que resulta, tal como o seu nome indica, numa progressiva atrofia nos lobos frontal e temporal (Borroni et al., 2021; Spinosa et al., 2023), estando maioritariamente associado a um declínio no espectro da linguagem, da cognição e de competências motoras (onde a alteração da personalidade é algo igualmente comum). No caso da área linguística, exalta-se a afasia primária progressiva e pode subdividir-se como semântica, não-fluente (ou agramatical) e logopénica (Cycyk & Wright, 2008; Gorno-Tempini et al., 2011; Spinosa et al., 2023;), tratando-se de uma neurodegeneração seletiva do hemisfério dominante da linguagem, acabando por afetar as funções da linguagem, sendo que as suas variantes dependem da distribuição anatómica da atrofia cortical (Mesulam et al., 2014).

No caso da demência frontotemporal, é possível ser distinguida das restantes demências através de características como a alteração do comportamento (incluindo a depressão, apatia, desinibição e uma disfunção gradual da linguagem), algumas falhas na memória e a perda do insight (Cycyk & Wright, 2008).

Trata-se do segundo tipo de demência mais comum e surge mais tipicamente numa população ligeiramente mais nova. É caracterizada por mudanças significativas de um ponto de vista social e de comportamentos emocionais, possuindo cerca de três variantes, nomeadamente a primeira que inclui a variante comportamental (produzindo sintomas como a desinibição); a demência semântica (caracterizada pela perda das habilidades de compreensão, resultado de atrofia bilateral nos lobos temporais anteriores); e afasia primária progressiva que afeta as funções expressivas da linguagem (Baird, 2015). Posto

isto, são identificadas cerca de três variantes da afasia primária progressiva, sendo eles a não-fluente/agramatical; variante semântica e, variante logopénica.

### **Tratamento Farmacológico e não-Farmacológico**

Esta população é normalmente acompanhada por um tratamento farmacológico, que apresenta tanto vantagens como limitações. Para isto, é necessária uma abordagem terapêutica multidimensional, onde são somadas a este tipo de intervenção as terapias não farmacológicas, que beneficiam não só a população em questão, como também os seus familiares e cuidadores e todo o meio social à sua volta (Valverde, 2014).

Alguns dos produtos farmacológicos mais comuns, como inibidores, têm como objetivo decrescer a destruição de certos componentes químicos que se encontram no cérebro, de modo a retardar o desenvolvimento progressivo da doença. No entanto, este tipo de fármacos não é eficiente em todos os indivíduos e, normalmente perde o seu efeito com o avançar da demência, surgindo na maioria dos casos efeitos secundários (Brancatisano et al., 2019; Gómez-Romero et al., 2014; Martins & Quadros, 2021; Vasionyté et al., 2013).

O tratamento farmacológico tem como principal objetivo a redução dos sintomas cognitivos, no entanto, não possui qualquer tipo de efeito relativamente ao avanço neurodegenerativo da patologia e possui, em contrapartida, um efeito limitado no alívio dos sintomas psicológicos e comportamentais (Moreno- Morales et al., 2020; van der Steen et al., 2018; Zhang et al., 2017).

Como solução do ponto de vista económico e da consideração dos efeitos secundários, existe um conjunto de estratégias e tratamentos não farmacológicos para auxiliar, sem qualquer tipo de efeito adverso para o utente, no retardar da patologia e na oferta de melhor qualidade de vida. Desde terapias educacionais a psicológicas, psicoterapia, estimulação cognitiva, reminiscência, orientação para a realidade, terapias

comportamentais, arteterapia e musicoterapia, todas determinam o caráter imperativo da demência, onde a musicoterapia é considerada uma forma terapêutica com diversos benefícios no que toca a preservação de funcionalidades e de comportamentos disruptivos característicos da evolução desta patologia (De la Rubía Ortí et al., 2018; Martins & Quadros, 2021).

Segundo o DSM-V, intervenções como terapia em grupo, terapia ocupacional ou musicoterapia ajudam na promoção do relacionamento interpessoal, do controlo motor e da estimulação não-verbal. Assim, a utilização de musicoterapia em conjunto com tratamento farmacológico pode trazer benefícios relativamente ao perfil psicocomportamental dos doentes, podendo considerar-se uma prática complementar na doença de Alzheimer (Giovagnoli et al., 2017; Li et al., 2015). Importa acrescentar que o carácter destas intervenções promovem alterações ao nível da neuroplasticidade, permitindo uma redução da degeneração neuronal e criação de novas conexões (Moreno-Morelos et al., 2020).

As intervenções terapêuticas que possuem a música como ferramenta fundamental para o tratamento dos sintomas secundários da demência extraem mais vantagens no ponto de vista do cuidador, tratando-se de uma intervenção que não atinge os mesmos valores monetários de fármacos; não possui qualquer efeito secundário; e é de fácil implementação (Leggieri et al., 2019).

## **Música**

A música é uma arte considerada como subjetiva ao longo dos tempos, constituída por um conjunto de sons que estão presentes no quotidiano atual, principalmente com a existência das tecnologias, seja de forma direta ou indireta. Ao longo de toda a sua História, desde os primórdios da humanidade, a música teve sempre um papel social fulcral. Possui diversas qualidades terapêuticas, nomeadamente psicológicas,

fisiológicas, cognitivas, sociais e até espirituais, que fazem com que seja uma ferramenta importante na ajuda do tratamento da saúde mental (Martins & Quadros, 2021). O poder que a música possui e, a sua natureza intrínseca não verbal, permitem um meio de comunicação privilegiado em situações onde a própria linguagem encontra-se danificada (Samson et al., 2015)

Fisiologicamente, provoca o desenvolvimento de habilidades cognitivas e um desenvolvimento na estrutura física do cérebro, resultado do aumento de sinapses e maior sobrevivência de neurónios, que por sua vez resultam no fenómeno denominado de plasticidade cerebral (Tarriconi, 2016). Este fenómeno é considerado como a única habilidade do cérebro humano de modificar a sua própria estrutura e função ao longo do curso de vida, acompanhando as mudanças existentes no corpo e no ambiente externo (Ferreri et al., 2018). A esta audição que possui a capacidade de suscitar emoções, muitas vezes é também acompanhado por reações como alterações no batimento cardíaco, na respiração e até nas hormonas (como o cortisol) (Sarkamo et al., 2012).

Ouvir música pode evocar fortes experiências emocionais, desde a felicidade e alegria à nostalgia, podendo inclusive ser utilizada como ferramenta de relaxamento ou, pelo contrário, de fomentação de energia. Pretende tanto focar a atenção como distrair por completo; fazer lembrar ou esquecer; isolar do ambiente em redor ou unir quem a ouve em conjunto (Sarkamo et al., 2012).

A sua capacidade única de extrair tanto emoções como memórias, significa que pode ter um considerável fornecimento de ligação com a vida e pessoas passadas, além de também promover sentimentos de interconexão com cuidadores, familiares e outras pessoas próximas (Martins & Quadros, 2021).

## Musicoterapia

De acordo com a *World Federation of Music Therapy*, a musicoterapia caracteriza-se como a utilização científica da música e dos seus elementos musicais, nomeadamente o ritmo, a harmonia e a melodia. É sempre executada por um musicoterapeuta profissional, podendo o seu trabalho ser dirigido a um grupo ou de forma individual com um paciente, possibilitando todo um processo com o propósito da promoção de certos objetivos terapêuticos que são definidos pelo profissional, como a estimulação da interação social, da comunicação ou o movimento através da música. (WTFM, 2011). Alguns destes objetivos pretendem desenvolver e trabalhar as necessidades sociais, emocionais, físicas e cognitivas de cada indivíduo, intencionando uma melhor qualidade de vida e integração interpessoal.

Para a *American Music Therapy Association* (AMTA, 2020) a musicoterapia é definida como uma intervenção clínica e com base em evidências concedidas através de intervenções musicais, que pretende atingir concomitantemente objetivos individualizados através de uma relação terapêutica com um profissional credenciado. Inclui variadas formas de intervenções, desde recriação, movimento ou audição, avaliação dos clientes e investigação, com a finalidade de atingir as necessidades dos indivíduos (van der Steen et al., 2018)

A musicoterapia serve-se essencialmente da interação musical como um meio de comunicação, transformação e expressão, com o principal objetivo de promover uma melhoria na saúde do paciente. Podendo apresentar uma abordagem ativa ou recetiva, a escolha de uma destas técnicas vai depender dos objetivos que o terapeuta pretende atingir e conseqüentemente melhorar, tendo como base o diagnóstico de cada indivíduo. É um processo interpessoal em que o terapeuta utiliza a música em todas as suas vertentes, nomeadamente emocional, física, mental, social estética e espiritual, com o principal

objetivo de ajudar os pacientes a melhorarem ou manterem a sua saúde (Bruscia, 1991), tendo como elemento fundamental a relação terapêutica e um ambiente específico e adequado para poder exercer uma performance ativa e audição de sons e músicas (Aldrige, 2001).

A revisão da literatura influencia a abordagem utilizada nas intervenções, desde o modelo comportamental, humanista ou psicanalítica/psicodinâmica. Trata-se, assim, de um método terapêutico que usa experiências musicais individuais, com vista a melhorar as suas competências emocionais e relacionais e a lidar com questões que, em alguns casos, só será possível a sua expressão num carácter não-verbal (Bruscia, 1998).

Segundo Benenzon (1985) o ISO (Identidade Sonora Musical) está intrinsecamente relacionado com a musicoterapia, resumindo diversos fenómenos internos que caracterizam individualmente cada ser, assim como todas as suas vivências sonoras desde um período pré-natal até à atualidade, encontrando-se em constante mudança. Num panorama prático, isto consiste no encontro do musicoterapeuta com um canal de comunicação coincidente com o tempo mental do paciente e, conseqüentemente, com o seu tempo sonoro (fenómenos acústicos e sonoros que caracterizem o ser individual). Deste modo, os níveis de comunicação que possuem maior incidência nesta perspectiva são a linguagem sonora, corporal e verbal de cada indivíduo.

No decorrer do levantamento da história musical do paciente, o musicoterapeuta consegue criar uma seleção de músicas que podem possuir a função de catalisador relativamente a uma partilha de emoções e uma ativação de memórias. No caso de um paciente diagnosticado com demência que eventualmente terá a sua memória cada vez mais comprometida, torna-se essencial a procura de canções que façam parte de diferentes momentos da sua vida, com a ajuda de cuidadores e familiares (Aldridge, 2000).

Segundo Aldrige (2001), a base da comunicação humana é musical, caracterizada pela prosódia da fala, o tempo, o timbre e volume, sendo estas as características que definem a interpretação daquilo que é nos dito e, especificamente, do seu conteúdo emocional. Isto torna a comunicação verbal insuficiente no expressar emoções.

A musicoterapia envolve um componente crucial da relação paciente- terapeuta através de um modelo com uma base empírica. Consiste numa intervenção ativa, nomeadamente através da improvisação, do cantar, sons corporais ou dança, e/ou recetiva, onde se inclui a audição musical com a intenção de identificar conteúdos emocionais que possam emergir através da música (Aldrige, 2001; Raglio & Oasi, 2015; Tsoi et al., 2018).

Segundo Ridder (2019), aquando do começo de uma sessão, a música é essencialmente utilizada de forma recetiva, onde o terapeuta canta e/ou toca. A música servirá de mote ou indicação para ser possível “chamar” e/ou motivar o paciente, com o intuito de criar um *setting* onde seja possível a interação mútua entre paciente e terapeuta, tentando sempre desenvolver e trabalhar os pontos fortes do utente e estimular as suas funções cognitivas. O terapeuta pode usar diferentes ferramentas que vão desde a voz à postura corporal, respiração ou movimento para cativar o paciente e este estar constantemente atento às suas reações aos estímulos que lhe são proporcionados. Com isto, e tendo como base uma abordagem “person-centered” nos cuidados da demência, os comportamentos que são considerados como desafiantes podem ser interpretados como uma forma de comunicação e expressão de necessidades psicossociais (Ridder et al., 2022).

O modelo humanístico da musicoterapia é empregue através da total e incondicional aceitação dos seus pacientes e da sua expressão musical, através de uma abordagem de honestidade. Através disto, o paciente encontra-se num ambiente mais pré



disposto para se abrir com o terapeuta de forma progressiva (Vink, 2013). O terapeuta avalia e define cuidadosamente os requisitos, capacidades e experiências de um paciente, onde várias atividades e conteúdos são definidos de acordo com o background e preferências do mesmo, para atingir os objetivos de tratamento (Chang et al., 2015).

### ***Avaliação em musicoterapia***

A avaliação em musicoterapia surge como uma parte do todo do processo terapêutico envolvente. Pretende avaliar o progresso de cada cliente e torna possível averiguar a evolução ou não das suas capacidades, onde pode estar a adquirir, manter ou a generalizar as suas habilidades (Baxter et al., 2007). Estas avaliações têm como base a análise da comunicação sonora entre o terapeuta e o utente diagnosticado com demência (Raglio et al., 2007).

Trata-se de uma etapa importante pois, para além de ser um ponto fulcral para o musicoterapeuta identificar os problemas e necessidades dos seus utentes através de experiências e intervenções musicais, também o próprio usuário e a sua família e cuidadores beneficiam dos resultados obtidos (Ferrari, 2012). Pode ser definida como um processo estruturado de preparação, coleta, análise, interpretação, documentação e comunicação de dados musicais e não musicais relativos ao processo musicoterapêutico (Gattino, 2020). A avaliação não demonstra apenas os dados relativos ao paciente das suas necessidades e competências conservadas, mas também a sua relação com a música e o musicoterapeuta (Ferrari, 2013).

A grande diferença entre as escalas utilizadas especificamente para a musicoterapia e as restantes é a utilização da música como meio multissensorial (Bruscia, 1989), sendo o elemento que mais se destaca neste meio é o carácter não verbal da música.

### **IMTAP – Individualized Music Therapy Assessment**

Criada por Baxter et al. (2007), trata-se de um instrumento projetado com o objetivo de mapear as habilidades do cliente em cerca de 10 domínios de funcionamento, nomeadamente motricidade grossa, motricidade fina, motricidade oral, sensorial, comunicação recetiva/perceção auditiva, comunicação expressiva, cognição, emocional, social e musicalidade. Segundo o mesmo autor, a escala avalia cada cliente através de intervenções de musicoterapia planeadas pelo musicoterapeuta, podendo ser improvisadas ou não, para serem anotados todos os domínios de funcionamento do mesmo. Esta escala pode ser utilizada em diversas situações, seja como um plano terapêutico; como uma ferramenta par desenvolver objetivos; como base para um tratamento; como um método de pesquisa ou como forma de poder comunicar as habilidades a cuidadores ou profissionais.

### ***Musicoterapia na demência***

A musicoterapia tem como um dos seus principais objetivos a relação terapêutica entre o terapeuta e o paciente, sendo necessário criar um ambiente onde isto seja possível, tendo também de ser um ambiente onde seja possível realizar movimentos com música e audição musical, para atingir o que que é inicialmente delineado. Aldrige (2001) afirma que a intencionalidade do comportamento humano pode ocorrer quando a consciência aparenta estar ausente, pois existem ritmos vitais que estão constantemente presentes no corpo humano. Pode ser uma prática motivada pela necessidade de trabalhar a comunicação num nível verbal e não-verbal como forma de aliviar ou até prevenir a agitação, o isolamento social, estimular interações e experiências positivas através da atividade musical (Ridder, 2019).

As pessoas diagnosticadas com demência conseguem compreender as conotações emocionais provenientes de material musical, reagindo quando as ouvem. Normalmente mantêm a sua apreciação sensorial e emocional pela música, mesmo quando as suas

outras habilidades cognitivas – principalmente a verbal – já estão totalmente afetadas, mesmo em estados mais avançados da patologia. Esta preservação da capacidade de resposta a estímulos musicais permite a existência de efeitos emocionais e neurofisiológicos da música no comportamento e humor. Ao lembrar melodias e canções antigas relativas à juventude destas pessoas, está a ser provada a sua resistência à amnésia que é característica da demência (Platel & Groussard, 2022).

A música como agente terapêutico é entendida como uma terapia possível devido à sensibilidade, a emoção, a percepção e a memória musical que provoca e pode, inclusivamente, permanecer por mais tempo no cérebro do que as outras formas de memórias em um paciente com Alzheimer (Martins & Quadros, 2021)

O processamento das emoções associados à música, neste tipo de população, demonstram estar muitas vezes preservadas, sendo que ao utilizar melodias do foro familiar pretende-se que os pacientes expressem as suas emoções e explorem as suas recordações autobiográficas (Brancatisano et al., 2020). Para este tipo de situações ocorrerem, acontecem diversas alterações ao nível do funcionamento das redes neuronais, que favorecem os mecanismos de plasticidade cerebral que estão implícitos na própria aprendizagem (Gallego & García, 2017).

Para a ativação da linguagem e a estimulação cognitiva, é possível recorrer a atividades rítmicas com instrumentos musicais e, no caso da reminiscência, opta-se pela abordagem com canções populares (García García, 2022), seja através de técnicas ativas ou recetivas. É possível notar que audição de música que seja familiar ou da preferência de cada utente, num contexto diário normal, tenha efeitos positivos na disposição ou comportamento em utentes (Sarkamo et al., 2012).

O processamento musical engloba uma complexa interligação neuronal que recolhe informação de todas as áreas do cérebro, incluindo áreas subcorticais como o

gânglio basal, o núcleo accumbens, hipotálamo, cerebelo e áreas corticais – como o córtex pré-frontal –, que são afetadas mais lentamente quando atingidas pela doença de Alzheimer, comparando com áreas do cérebro tipicamente associadas à memória. Assim, a música familiar pode ter um efeito positivo em pacientes com a doença de Alzheimer (Arrayoy- Anlló, 2013; Baird & Samson, 2009). Normalmente estas pessoas apresentam o reconhecimento de certos sons completamente preservados, nomeadamente aqueles que lhes são familiares, mas por outro lado, a sua capacidade de aprendizagem e reconhecimento após 24 horas é falível mesmo para melodias familiares (Baird, 2015)

Wilkins et al. (2014) afirma que aquando da escuta de uma canção favorita, o hipocampo torna-se isolado, separando-se do córtex auditivo e onde o próprio cérebro recupera memórias autobiográficas e episódicas emocionalmente relevantes, ao invés de codificar essas memórias. Pode tratar-se de uma forma dos mecanismos neurais provocarem um efeito de autoaperfeiçoamento das canções preferidas, tanto em pessoas saudáveis como pessoas com demência (Baird & Thompson, 2018). Esta habilidade da música de melhorar a memória e a cognição em pessoas com doença de Alzheimer tem sido atribuída à modulação de respostas fisiológicas (Leggieri et al., 2019).

A memória musical a longo prazo não está localizada na área do hipocampo, onde as memórias são guardadas, mas sim no córtex motor, que é responsável pelos movimentos motores mais complexos (Jacobsen et al., 2015). Segundo o mesmo autor, a memória musical a longo prazo fica preservada de forma mais duradoura do que a memória musical a curto prazo, a memória autobiográfica a longo prazo e a própria linguagem.

Segundo Sacks (2015) o objetivo da intervenção musicoterapêutica para pessoas diagnosticadas com demência trata-se de atingir as emoções reprimidas, os pensamentos, as faculdades cognitivas, a memória e o self que ainda possa estar presente individuo,

tendo como finalidade a ampliação da sua existência através do enriquecimento, estabilidade e organização mental. Também Baird & Thompsom (2018) corroboram esta ideia de que a música pode tratar-se de um estímulo propício ao desenvolvimento do “self” interpessoal nesta população, inclusive nos indivíduos que se encontram num nível avançado onde a própria comunicação já estejam perdidas. Este estímulo pode originar uma necessidade de resposta física ou emocional, como acontece em indivíduos que subitamente cantam a letra de alguma canção após um longo período de comunicação não-verbal. As músicas que são selecionadas pelos utentes podem evocar determinadas memórias, acabando oferecer algumas melhorias no que se refere ao funcionamento cognitivo, visto que a própria musicoterapia pode desenvolver a confiança do paciente e reduzir a retração emocional (Guétin et al. 2009). As memórias pessoais e associação das mesmas a emoções reforçam o sentido de identidade (Baird & Thompson, 2018; Brancatisano, 2020).

O terapeuta pretende atingir as necessidades psicossociais através de interações positivas onde é pretendido uma redução dos sintomas secundários da patologia e consequentemente a redução dos sintomas neuropsiquiátricos, nomeadamente a depressão e ansiedade (Gallego & García, 2017; Raglio et al., 2015; Ridder et al., 2013; van der Steen et al., 2017).

Em estudos como o de Chang et al. (2015) a relação entre o estadió da demência e os efeitos consequentes, indicam que a musicoterapia exercer um efeito maior e mais significativo em comportamentos disruptivos e estados depressivos dos pacientes com demência leve-moderada do que os pacientes com demência moderada-severa. Os resultados mostram que o uso da musicoterapia em pacientes com demência leve pode facilitar a memória a longo-prazo, promover oportunidades para a comunicação não-verbal e estimular a associação entre imagens, através de uma melhoria no funcionamento

cognitivo. Especialmente nas intervenções individuais, refletiu-se um efeito mais significativo no funcionamento cognitivo comparativamente com os grupos e, por outro lado, as intervenções em grupos demonstraram melhoria nos comportamentos disruptivos, nos níveis de ansiedade e nos estados depressivos.

### ***Técnicas e métodos da musicoterapia***

Os métodos desta área de intervenção podem ser divididos em ativos e recetivos. A musicoterapia ativa pretende que o paciente se envolva de forma participativa nas atividades musicais terapêuticas, nomeadamente a tocar instrumentos musicais, cantar, compor letras, recriar e/ou compor canções ou discutir sentimentos e pensamentos. A musicoterapia recetiva refere-se essencialmente à audição pacífica (Chang et al., 2015) e apreciação musical, com a intenção de estimular os sentidos, promover o relaxamento ou a reminiscência, o desenvolvimento de capacidades auditivas e mesmo a evocação de memórias e sentimentos.

Tratamentos individuais de utilização de música, como a utilização de *playlist*, têm sido usados no encorajamento de diminuir a medicação antipsicótica (Thomas et al., 2017). No entanto, entende-se que a própria música tem uma grande diversidade de formas de utilização em contexto terapêutico para pessoas com demência (Bracatisano et al., 2019). Outros estudos que utilizaram *playlists* individuais para cada utente (Arroyo-Anlló et al., 2013; Gallego et al., 2017; Guétin et al., 2009; Sakamoto et al., 2013) tiveram como resultado uma melhoria a nível de comportamento e cognição, seja em musicoterapia ativa ou recetiva, comparativamente a métodos que usaram música escolhida em modo experimental.

### **Musicoterapia recetiva**

Segundo Tsoi et al. (2018), a musicoterapia recetiva define-se como a audição de música por parte dos pacientes, especialmente as suas canções ditas como favoritas,

permitindo respostas ao estímulo musical de forma verbal (ou não verbal) através da expressão de emoções ou memórias que proporciona (Vasionyte et al., 2013). São notadas melhorias de sintomas psiquiátricos e comportamentais, na agitação, apatia, depressão e no caso de demência moderada-severa, diminuição nos sintomas de ansiedade, traduzindo-se assim num alívio do stress dos cuidadores destas pessoas (Guétin et al., 2009; Vasionyte et al., 2013; Tsoi et al., 2018).

Cognitivamente, é justificado que ouvir música integra a perceção sonora, rítmica e lírica, sendo que a resposta a estes sons requer atenção focada ao ambiente em que se encontra, implicando deste modo a ativação de diversas áreas do cérebro (Moreno-Morales et al., 2020). Objetivos como a participação, a atenção, a concentração, a memória e o relaxamento, útil no apaziguamento de sintomas, e normalmente associado à libertação de dopamina (Sequera-Martín et al., 2015; Platel & Groussard, 2022), são integrados nas sessões.

### **Musicoterapia ativa**

As intervenções com utilização de música para populações idosas têm como ideia base de que a música provoca respostas emocionais e ajuda na estimulação da recuperação de memórias (Koelsch, 2014). A abordagem utilizada através da musicoterapia ativa é utilizada individualmente ou como parte de uma terapia com o objetivo de tratar alguma condição ou aliviar sintomas psiquiátricos ou de cariz neurológico (Schneider et al., 2022)

A música ao vivo é usualmente mais bem aceite pelos utentes e possui uma grande capacidade de adaptação ao momento (Sequera-Martín et al., 2015). Estimula a comunicação não-verbal através da relação e o envolvimento do paciente com a música e com o terapeuta (Giovagnoli et al., 2017).

As intervenções ativas utilizam variadas atividades, desde a audição musical e o seu acompanhamento ou recriação musical, dançar, cantar, composição e escrita de canções ou jogos rítmicos e sonoros (Vasionyté et al., 2013).



## **Objetivos**

Tendo por a observação realizada aos utentes ao longo das primeiras semanas do início do estágio, a revisão da literatura realizada e partindo dos resultados das avaliações, foi possível definir os objetivos gerais propostos para projeto de intervenção em musicoterapia:

- Dar a conhecer a musicoterapia à associação;
- Promover a comunicação verbal e não-verbal nos clientes;
- Promover a expressão pessoal e emocional nos clientes.



## Metodologia

Serão descritas sucintamente nesta secção não só algumas das técnicas e dos aspetos metodológicos utilizados nas sessões de musicoterapia como também os métodos de avaliação que foram aplicados nas intervenções e o percurso clínico.

### Participantes

No decorrer do estágio foram selecionados inicialmente cerca de 10 utentes, com idades compreendidas entre os 47 e os 87 anos. Foram abordados em *setting* individual e apenas um par, sendo a escolha dos mesmos foi resultado da observação em contexto de centro de dia, análise dos processos clínicos e através da observação nas sessões de avaliação inicial. As sessões tiveram o seu início em novembro, sendo que o seu término não foi o mesmo para todos os utentes, devido à sua recolocação em lares.

Os dois utentes que formavam um par suspenderam as sessões por volta de janeiro, devido a recorrentes faltas, mudanças de horário e internamento, impedindo assim a sua realização.

A sinalização destes utentes para a realização de intervenções individuais deveu-se ao facto de não realizarem outra de terapia individualizada, ou por apresentar resistência e/ou dificuldade em trabalhar em grupo, muitas vezes resultado do estágio que se encontravam da patologia.

Segue-se abaixo a tabela 1 onde estão representados os utentes que foram acompanhados em musicoterapia, assim como a sua idade, a data de admissão no centro de dia, o seu tipo de demência e outros diagnósticos.

**Tabela 1.***Descrição dos utentes abrangidos pelas intervenções de musicoterapia*

Nome	Ano Nascimento	Admissão	Diagnóstico demencial	Outros diagnósticos
Á.	1950	2021	Demência frontotemporal	Aneurisma Alexia Agrafia Acalculia Apraxia
Am.	1939	2022	Doença Alzheimer	
C.	1946	2017	Demência vascular	AVC isquémico Alexia Agrafia Acalculia Apatia Afasia Ecolália
F.	1952	2022	Demência de corpos de Levy	Isquemia crónica 2 bypass
V.	1960	2021	Doença alzheimer + afasia logopénica	Alexia Agrafia Défice neurocognitivo maior com afasia primária progressiva
J.	1950	2021	Demência frontotemporal	
L.	1946	2021	Doença Alzheimer	Sintomas depressivos Cardiopatia isquémica Apatia Apraxia Agrafia Alexia Afasia
M.O.	1950	2022	Demência frontotemporal	
M.J.	1969	2022	Demência frontotemporal	Afasia primária progressiva Perturbação depressiva Agrafia
R.	1975	2023	Traumatismo Cranioencefálico	

**Instrumentos de avaliação**

Ao longo do processo do estágio, foi realizada uma análise qualitativa através da observação direta dos utentes no centro de dia registada numa grelha de observação

(Apêndice A), de modo a facilitar o registo de diversas características e atitudes de cada utente nas sessões, e um questionário sobre as preferências e história sonora e musical de cada utente (Apêndice B). Esta grelha foi adaptada da *Geriatric Music Therapy Clinical Assessment* (Hintz, 2000), que se trata de um instrumento de avaliação geriátrica, e da grelha realizada por uma ex-aluna (Ana Esperança).

Efetuuou-se a análise das gravações de vídeo, como forma de autoanálise da estagiária e de uma revisão pormenorizada do utente na sessão. A avaliação incluiu dois momentos essenciais da utilização da escala IMTAP, no início e final do estágio.

Após o primeiro mês das intervenções iniciais, foi fornecido à estagiária documentos para registar as sessões e observações que fossem pertinentes (Anexo A).

No seguimento da análise dos processos dos utentes disponibilizados pelo centro de dia, a estagiária deparou-se com avaliações já realizadas pela neuropsicóloga com a aplicação do Índice de Barthel e o *Mini Mental State Examination* (MMSE), o que serviu como um complemento para uma melhor perceção de cada utente.

O Índice de Barthel trata-se de uma escala que foi desenvolvida por Mahoney & Barthel (1965) com o objetivo de medir o desempenho em atividades rotineiras da vida diária. Divide-se em 10 tópicos – alimentação, higiene pessoal, mobilidade, transferência, uso de wc, banho, subida e descida de escadas, e controlo das necessidades básicas (urinário e intestinal) – que são preenchidos avaliando a competência de realização de tarefas de cada individuo que é avaliado, e o seu resultado determinará o grau de dependência do mesmo.

O MMSE, por sua vez, foi desenvolvido por Folstein, Folstein & McHugh (1975) e trata-se de um instrumento que avalia o nível das funções cognitivas, incluindo diversas questões que incidem em tópicos como a orientação espacial e temporal, a memória a curto prazo, a linguagem, a atenção, habilidades construtivas, praxias, etc. sendo uma

ferramenta que auxilia na avaliação da progressão da demência (e consequente severidade) (Gallego & García, 2017). É constituído trinta requisitos, onde a pontuação referente a uma pessoa dita saudável e sem qualquer indício de patologia atinge um valor igual ou superior a 27 (em 30). No caso da existência de distúrbios cognitivos, quando categorizado como severo corresponde a 9 pontos; moderado entre 10 e 18 pontos e inicial entre 19 e 24 pontos (Cuddy et al., 2015).

O questionário de preferências musicais trata-se de um instrumento de avaliação que permite conhecer os gostos musicais dos pacientes, servindo como uma vantagem no que toca à seleção dos instrumentos musicais e géneros preferidos e, em contrapartida, daqueles que lhes são desagradáveis (Gallego & García, 2017).

São observadas e analisadas as áreas de necessidades habilidades de cada cliente, assim como identificação dos pontos fortes, a fim de desenvolver abordagens de tratamento significativas e apropriadas que apoiem o funcionamento do indivíduo e melhorem sua qualidade de vida (Baxter et al., 2007).

Através da observação (direta e indireta) procura-se descrever fenómenos tanto qualitativos como quantitativos. Referindo-se aos quantitativos, pretende-se anotar a frequência (quantas vezes) e duração (por quanto tempo), enquanto nos fenómenos qualitativos a descrição ocorre essencialmente com base na perceção do terapeuta, sendo uma descrição mais subjetiva relativamente ao que é o apontamento dos acontecimentos (Sacks, 2015).

## **Procedimentos**

O estágio foi estruturado em várias fases de intervenção, a primeira fase foi destinada à integração e recolha de informações; a segunda fase para a avaliação, definição e estruturação do plano terapêutico; a terceira fase destinou-se à intervenção

propriamente dita e, por fim, a quarta e última fase à reavaliação dos processos de intervenção.

### ***1.ª fase – Integração e observação***

A fase de integração e observação decorreu ao longo do primeiro mês de estadia no local do estágio. Teve o seu início em outubro de 2022 e este primeiro mês teve como objetivo conhecer a equipa técnica e os diferentes serviços da associação, nomeadamente o centro de dia, o SAD e SCE (através de várias reuniões com as respetivas coordenadoras); a observação das atividades do CAD e a interação com os utentes com o objetivo de os ir conhecendo. Consequentemente, foi realizado um projeto de estágio de musicoterapia onde estava descrita a previsão daquilo que se iria suceder ao longo do mês de adaptação.

Após ser dado a conhecer todo o espaço, equipa técnica e utentes, foi possível começar esta fase que teve como objetivos essenciais a observação, interação e consequente avaliação dos utentes, selecionando aqueles que seriam ou não incluídos nas intervenções. Foi disponibilizado pela equipa técnica os processos individuais dos utentes, onde foi possível recolher vários dados pertinentes para a inclusão ou exclusão das intervenções.

### ***2.ª fase – Avaliação***

Cerca de um mês após o ingresso, e já tendo facultadas diversas informações pertinentes acerca de todos os utentes do centro de dia, seguiu-se a fase destinada à avaliação e à estruturação e estabelecimento do plano terapêutico. Após realizar uma avaliação aos utentes do centro de dia, foi elaborada uma proposta de intervenção de musicoterapia e em que modelo se iria basear esta intervenção. As avaliações realizadas aos utentes permitiram conhecer a afinidade que cada um possui com a música e os benefícios que poderão obter com as sessões. Foi pretendido que os utentes se sentissem

confortáveis e num espaço seguro, e posteriormente começaram a ser desenvolvidas dinâmicas (Ridder, 2019). Assim, nestas sessões iniciais pretendeu-se identificar o nível de participação de cada utente e as suas reações aos estímulos e atividades propostas, de modo a ser possível a conceção de uma avaliação inicial.

Foi realizado também um questionário ao cuidador de forma a tentar compreender os gostos e a história musical de cada utente para ser possível não só a criação dos grupos, como também a preparação de um possível repertório para cada utente que irá beneficiar das intervenções. Utilizou-se uma grelha de observação de modo a identificar alguns parâmetros dos utentes nas primeiras sessões. Foi utilizada a escala IMTAP.

O preenchimento do questionário adaptado pela estagiária, importante para a posterior estruturação das sessões, teve sempre como base as preferências musicais de cada utente para uma posterior análise das sessões.

Alguns dos critérios tidos em conta, quer para sessões individuais ou de grupo, foram: a regularidade dos utentes na participação em atividades de grupo; a capacidade do discurso verbal e a capacidade a nível social com os restantes.

Foi assinado pelos cuidadores um consentimento informado para participar neste estudo (Anexo B).

### ***3.ª fase – Intervenção***

Fase que iniciou no mês de Novembro e terminou no final de Maio. Nesta fase realizou-se as reuniões de equipa, as sessões e outras atividades relacionadas com o local do estágio. Foi proposto um horário pelo centro de modo a não sobrepor com as restantes atividades dos utentes, num total de 15 horas semanais. As sessões foram todas semanais e um caso bissemanal, com durações entre os 20 e os 45 minutos, flexível às necessidades e capacidades dos utentes.



Durante aproximadamente um mês o objetivo foi tentar estabelecer uma relação com os utentes e ir definindo os tópicos para o plano terapêutico de cada um, para posteriormente poder trabalhá-lo.

As sessões nem sempre ocorriam conforme o horário pré-estabelecido, pois dependiam das presenças dos utentes no centro, assim como os atrasos relativos à higiene e à alimentação.

#### **4.ª fase – Reavaliação**

Fase da avaliação final de tudo o que foi realizado e, conseqüentemente, a conclusão de todo o processo que englobou o estágio. Foi aplicada novamente a escala IMTAP e preenchida a grelha de observação, para comparar com os resultados obtidos na primeira aplicação, a fim de verificar as diferenças/semelhanças e evoluções realizadas por cada utente. Todo este trabalho começa a ser realizado nos últimos dois meses do ano letivo.

Foi também nesta última fase que a estagiária apresentou à equipa técnica do centro todo o trabalho desenvolvido, a apresentação de alguns casos que considerou serem de maior pertinência e expor as suas evoluções.

A intervenção terminou no final do mês de maio.

#### **Métodos e técnicas**

As sessões mantinham uma estrutura tripartida, apesar de diferente para cada utente. Consistia numa canção de acolhimento; seguidamente era encorajado aos utentes a escolha de um instrumento musical para a exploração sonora e sensorial que incluiu a improvisação vocal e instrumental, que acompanhava; após o acolhimento iniciava-se a escuta musical de canções da sua juventude, motivando paralelamente o utente a cantar com a estagiária; e para finalizar a sessão a canção de despedida.

Foram utilizados ambos os métodos ativos e recetivos pela estagiária nas intervenções. No caso do método ativo, incidiu-se na improvisação vocal e instrumental e onde, algumas vezes foram propostas técnicas como a de imitação (normalmente de ritmos) de modo a compreender os níveis de memória e atenção de alguns utentes e, no caso do recetivo, a escuta musical tinha como principal objetivo o despertar de memórias passadas e exercícios a nível rítmico, de forma a tentar compreender o nível de estabilidade de uma marcação de ritmo constante. Também o uso da voz e do canto juntamente com a escuta musical era pretendida, pois está interligada com a questão da memória. Relativamente ao repertório utilizado variou consoante as preferências musicais de cada utente, tendo como base o questionário realizado ao cuidador.

### **Agenda semanal**

O horário semanal foi definido no início do estágio e não houve alterações até ao final. No total foram cumpridas 15 horas semanais repartidas pelos 5 dias da semana: segunda-feira das 9h às 16h, à terça-feira entre as 10h e as 16h, na quarta-feira das 14h às 16h e na quinta e sexta-feira das 10h às 12h.

Normalmente era realizada uma sessão no período da manhã, após o pequeno-almoço dos utentes, e no período da tarde cerca de duas sessões.

Pontualmente houve alterações no horário devido a constrangimentos derivados da entrada de novos utentes no centro e de algumas horas repostas por parte da estagiária.

## Estudo de caso 1

No capítulo que se segue será descrito o processo de intervenção musicoterapêutica do utente V., assim como a exposição dos resultados que foram obtidos ao longo do acompanhamento realizado pela estagiária e os seus resultados.

V.

V. é um utente de 62 anos que entrou para o centro em 2021. Empreiteiro de profissão vive com a esposa e com um dos seus três filhos, sendo o seu filho mais velho o seu cuidador formal. Natural de Lisboa, com habilitações literárias do 9º ano e frequentou uma formação na área de engenharia civil.

Apresenta doença de Alzheimer e Afasia logopénica, possuindo um défice neurocognitivo maior com afasia primária progressiva (sendo a variante logopénica mais comum da doença de Alzheimer (Mesulam et al., 2014), e comorbilidade de alexia e agrafia, com o MMSE no valor de 8/30 (avaliação realizada pela neuropsicóloga).

Trata-se de um utente bastante ativo no centro, geralmente com boa disposição. No entanto, apresenta algumas vezes alterações no seu comportamento e uma forte instabilidade emocional, onde a falta de motivação/interesse e o comprometimento ao nível da autoestima e autoconfiança estão bastante presentes. As alterações ao nível da compreensão e produção de material auditivo-verbal originam um obstáculo na socialização com os outros utentes, sendo que geralmente só comunica com o pessoal técnico.

Possui um abrangente gosto musical, algo notado logo na primeira sessão realizada, identificando-se com diversos estilos musicais, desde música tradicional portuguesa, Fado, rock português ou rock psicadélico anos 60/70. O facto de ter um filho que toca guitarra influencia o seu gosto por este instrumento musical.

A partir de janeiro o Sr. V. passou a usufruir de duas intervenções por semana. Esta alteração ocorreu devido ao facto de surgirem alterações de humor e motivação com uma maior regularidade, principalmente nos dias que não havia intervenção. Assim, e à conversa com a orientadora no local de estágio, conclui-se que podia ser, de facto, benéfico esta alteração no horário.

As sessões tinham duração de 30/45 minutos, existindo uma flexibilidade de acordo com a receptividade do utente. Tiveram como objetivos a expressão emocional, promover o foco e combater o isolamento e frustração.

As técnicas utilizadas foram a audição musical, a improvisação livre (não referencial) e/ou com base em canções. Algo que se foi tornando frequente ao longo das sessões foi a existência de uma conversa inicial no começo da sessão, onde V. normalmente tentava comunicar os seus problemas, em seguida a estagiária tocava na guitarra e o utente ia vocalizando melodias. Quando eram colocadas canções com letra, o utente acompanhava sempre vocalmente as mesmas, mesmo que não mencionasse qualquer palavra.

Nas primeiras sessões eram colocadas canções do seu ISO musical, de modo a tentar compreender de que forma é que a memória das mesmas estaria presente. Foi notada muito receptividade por parte do utente, sendo que quando eram colocadas as músicas gravadas, marcava os ritmos corporalmente mexendo com as pernas ao ritmo das músicas e os membros ao ritmo certo de cada canção, cantava e imitava os instrumentos que surgiam. Era notório quando o senhor V. reconhecia as músicas, pois normalmente esboçava um sorriso e tentava falar sobre a mesma.

O senhor V. muitas vezes tomava a iniciativa de manusear algum instrumento que tivesse à sua disposição, demonstrando autonomia. Algo muito comum era interromper tanto a audição musical como uma improvisação para comunicar com a estagiária sobre

assuntos que o incomodava, mas pela dificuldade em comunicar e pela impercetibilidade da linguagem, mostrava sinais de frustração. Para este caso, os objetivos terapêuticos definidos foram:

**Tabela 2.**

*Plano Terapêutico Individual V*

<b>PROBLEMA 1:</b> Isolamento social e frustração.	<b>OBJETIVO:</b> Aumentar a autoconfiança e capacidade de socialização.	<b>SUBOBJETIVOS:</b> Melhorar a socialização dentro do centro de dia; Respeitar os tempos; Aumentar interesse e motivação nas atividades
<b>PROBLEMA 2:</b> Labilidade emocional.	<b>OBJETIVO:</b> Favorecer a expressão emocional.	<b>SUBOBJETIVOS:</b> Facilitar expressão do sentir e pensar.
<b>PROBLEMA 3:</b> Dificuldade em manter a concentração numa atividade.	<b>OBJETIVO:</b> Promover a atenção nas atividades propostas.	<b>SUBOBJETIVOS:</b> Conseguir realizar uma atividade sem qualquer interrupção; Conseguir manter o foco em cada uma das atividades propostas

De acordo com a tabela apresentada, o problema 1 identificou-se como o isolamento social e a frustração, tendo como objetivo aumentar a autoconfiança e a capacidade de socialização, de modo a melhorar a socialização dentro do centro de dia, respeitar os tempos e aumentar o seu interesse e motivação nas atividades. A labilidade emocional, indicada como problema 2, tem como objetivo favorecer a expressão emocional, existindo um facilitar na expressão do sentir e pensar. Para o problema 3,

dificuldade em manter a concentração numa atividade, o objetivo trata-se de promover a atenção nas atividades propostas e subobjetivo de conseguir realizar uma atividade sem qualquer interrupção e. manter o foco em cada atividade proposta.

O V. realizou 35 sessões de musicoterapia. O seu processo terapêutico começou com a exploração de diferentes canções que, segundo as respostas da cuidadora ao questionário, são do seu conhecimento familiar e com algum significado. De entre essas canções, explorou-se canções de *Beatles*, *Santana*, *Jimi Hendrix* e funk das décadas de 70 e 60, e artistas portugueses como Xutos e Pontapés, Rui Veloso e contemporâneos do rock português. Quando alguma canção era reconhecida pelo V. era imediatamente percebido pois o mesmo começava a dançar e a cantar as músicas (mesmo que sem qualquer palavra que fosse perceptível).

Aproximadamente a meio do estágio, V. começou a sentar-se todos os dias à porta da sala onde se realizavam as sessões e, quando percebia que não era dia da sessão, muitas vezes havia alteração no humor. Deste modo, começaram a ser realizadas bissemanalmente, apesar de continuar a ser comum à sua permanência à porta da sala.

Por volta desta altura, o vínculo da relação terapêutica já se encontrava bastante presente, o que permitiu claramente a sua expressão emocional do V., notada quando a estagiária começava a tocar uns acordes na guitarra e V. começava a cantar por cima, mesmo que sem qualquer palavra perceptível, originando experiências recíprocas entre ambos.

No final da intervenção era notória uma deterioração no V. essencialmente do ponto de vista emocional e comportamental, não só durante as sessões, mas também na sua permanência no centro. No entanto, nas sessões, por se tratar de um local seguro, por ser a única estimulação que o utente tinha no centro e essencialmente por ser o local onde conseguiu encontrar um meio de expressão e comunicação adequado, foi sempre muito

recetivo à sua realização e a qualquer tarefa proposta pela estagiária, desde cantar canções ou improvisar, à utilização de instrumentos como base rítmica para músicas ou improvisação instrumental.

Manter a sua atenção durante as atividades foi sempre um desafio pois dispersava com grande facilidade e interrompia constantemente para conversar sobre algo, apesar de, algumas vezes manter-se atento. O facto de transmitir sempre intencionalidade e iniciativa nas atividades e na utilização dos instrumentos tornou-se um fator importante na participação ativa. As suas sessões começavam sempre com o utente a tentar conversar e exprimir algo verbalmente, a estagiária pegava na guitarra e tocava alguns acordes e o mesmo começava a cantar, tratando-se de uma interação mútua entre a terapeuta e o utente.

Com base na escala IMTAP notou-se uma melhoria na comunicação expressiva, através de uma evolução nas vocalizações que realizava quando era apenas acompanhado pela estagiária com a guitarra. Os níveis de interesse e motivação para a musicoterapia também demonstraram melhorias, onde já era associado a presença da estagiária e a sala à realização das sessões. Apesar de não evidenciar alterações nos pontos emocional e cognitivo, pode considerar-se como um aspeto positivo ao tratar-se de uma patologia degenerativa progressiva.

### **Discussão e conclusão**

Com base na literatura, o facto de se tratar de um espaço terapêutico confortável e de confiança, o utente mais facilmente conseguiu, através da técnica de canções familiares, associar as memórias às emoções (Brancatisano et al., 2020). O senhor V. recordava e expressava com gestos e sons, aquando da audição da música de Xutos e Pontapés, onde a estagiária interpretou a intenção de partilhar as suas experiências nos concertos desta banda que marcou gerações.

Em pessoas com distúrbios na linguagem, como é o caso do senhor V., e quando é notória essa necessidade por parte do terapeuta, devem beneficiar de mais do que uma sessão semanal (Spinosa, 2023).

Ridder (2019) referem que a música deve ser essencialmente utilizada de forma recetiva, onde o terapeuta canta e/ou toca no começo da sessão, ao contrário do que acontecia nas sessões com V., que começavam com o utente a tentar conversar e exprimir algo verbalmente e a estagiária eventualmente pegava na guitarra e tocava alguns acordes e o mesmo começava a cantar.



## Estudo de caso 2

L.

Diagnosticado com Doença de Alzheimer em 2017 e com 77 anos, exerceu de profissão bancário, é natural de Tomar e vive atualmente com a esposa. O seu processo ao longo da vida inclui paralisia facial, cancro da próstata, um bypass e o falecimento de um filho de forma inesperada. Tirou um curso em gestão e frequentou a tropa. Os seus géneros prediletos são o fado e a música tradicional portuguesa.

Entrou para o centro em 2021 a pedido da sua cuidadora com o objetivo de aliviar a sobrecarga e pela necessidade de um acompanhamento específico. Com base nos relatórios que constam no seu processo, apresenta apraxia, agrafia alexia e apatia, com um discurso não fluente, dificuldades na compreensão, pouco contato visual e um défice cognitivo avançado. De acordo com a escala FAST aplicada pela neuropsicóloga corresponde ao parâmetro 7a (15 meses) sendo que só utiliza um máximo de 5/6 palavras e segundo a escala MMSE 3/30. Observou-se também a procura de estimulação sensorial (tato), através da procura dos instrumentos à sua volta, tornando-se um dos objetivos das intervenções. Trata-se de um utente que não recebe muita estimulação no centro, sendo as únicas atividades que frequenta são os passeios à rua. Apresenta limitações do ponto de vista da motivação, comunicação e interação.

Do questionário sonoro-musical realizado à sua cuidadora, foi possível encontrar os seus gostos musicais e artistas, nomeadamente Jorge Palma, Argentina Santos, Amália Rodrigues e outros nomes clássicos no fado.

As sessões com o senhor L. tinham uma duração de 20/30 minutos, com periodicidade semanal, dependendo a sua duração do estado em que se encontrava no dia.

Tendo em conta as limitações que o senhor L. apresentava, as sessões foram na sua maioria realizadas com base na musicoterapia recetiva, ao vivo e gravada, enquanto

se encontrava desperto, apesar de, dependendo de como se encontrava, muitas vezes serem também fornecidos instrumentos de percussão *Orff*. Nas primeiras sessões foram colocadas algumas canções gravadas referentes ao seu ISO, de modo a tentar compreender os tipos de reações e, posteriormente era colocada à disposição do utente alguns instrumentos musicais, para que acompanhasse ritmicamente as canções.

O utente, numa fase inicial, encontrava-se na maioria das vezes muito sonolento, chegando mesmo a adormecer durante as sessões, consequência da medicação, o que levava a que a sessão terminasse antes do tempo definido. Percebeu-se que, mesmo com os olhos fechados, o utente mexia os dedos das mãos ao ritmo das músicas colocadas, transmitindo que não se encontrava sempre adormecido.

Ao longo do processo, começou a realizar com uma maior regularidade o contato ocular com a estagiária e com a fonte sonora, e esporadicamente com expressão facial de sorriso, assim como o bater com as mãos ou movimentar os dedos das mãos nas pernas ao ritmo de alguma música. Sem comunicação verbal enfatizou-se a comunicação não verbal, procurando organizar e interpretar toda uma reação aos estímulos sonoros com intencionalidade comunicativa.

Com base na observação e avaliação identificou-se os problemas e os consequentes objetivos que se pretendia atingir ao longo das sessões:

**Tabela 3.***Plano Terapêutico Individual L*

<b>PROBLEMA 1:</b> Inexistência de contato visual	<b>OBJETIVO 1:</b> Reconhecer a presença do outro	<b>SUBOBJETIVOS:</b> Aumentar contato visual; Estimular interação ao longo da sessão
<b>PROBLEMA 2:</b> Isolamento	<b>OBJETIVO 2:</b> Promover intencionalidade de comunicação	<b>SUBOBJETIVOS:</b> Promover reação a estímulos externos (estimulação sonora e tátil); Aumentar frequência de vocalizos e respostas com intencionalidade
<b>PROBLEMA 3:</b> Apatia	<b>OBJETIVO 3:</b> Estimular a expressão emocional	<b>SUBOBJETIVOS:</b> Reduzir apatia; Aumentar reações emocionais.

Assim, o problema 1 identificou-se como a inexistência de contato visual com a estagiária, e como objetivo definiu-se reconhecer a presença do outro, esperando que o utente conseguisse aumentar o contato visual e deste modo a interação entre ambos.

No que toca ao problema 2, o isolamento, objetivou-se promover a intencionalidade de comunicação por meio da reação a estímulos externos (sonoro ou tátil) e de modo a aumentar a frequência de vocalizos e respostas com intencionalidade. Para a apatia pretendeu-se estimular a expressão emocional, através de sub-objetivos como o aumentar de reações emocionais e a redução da apatia.

Foram realizadas um total de 20 sessões com periodicidade semanal. O seu processo terapêutico começou com uma exploração das canções, de forma a compreender

as reações que teria às fontes sonoras, e posteriormente a exploração dos instrumentos de percussão.

O perfil calculado através da escala IMTAP (Baxter et al., 2007), do ponto de vista emocional, social e da comunicação recetiva e musicalidade apresentaram uma melhoria. Sem alterações ao nível cognitivo e da comunicação expressiva, tratou-se de um resultado esperado uma vez que a intervenção foi realizada num curto espaço de tempo e estando perante uma patologia neurodegenerativa, onde é pretendido com estas intervenções o desacelerar do avanço da patologia.

Com o decorrer do processo, o utente adormecia menos vezes nas sessões, apesar da sua atenção se dispersar com facilidade. No entanto, as alterações do ponto de vista da expressão facial e do contato visual com a estagiária e com a fonte sonora começaram a tornar-se mais comuns. A partir deste momento, começaram a ser exploradas outras canções relacionadas com o seu ISO musical, e o utente mostrou-se mais recetivo a estas canções. Também nesta fase do processo, experimentou-se a utilização de auscultadores (Sacks, 2015) para a audição musical, numa tentativa de compreender se esta estratégia seria mais eficaz. No entanto, não foi notória nenhuma alteração relativamente às suas reações.

### **Discussão e conclusão**

Foi possível verificar que o senhor L. foi progressivamente mantendo-se mais acordado ao longo das sessões e que o seu sentido rítmico ainda permanecia preservado (Munk-Madsen, 2001), apesar de se encontrar num estado de demência grave. Tal como afirma Aldridge (2001), apesar de muitas vezes o senhor L. se encontrar de olhos fechados transmitindo estar ausente do *setting*, existem ritmos vitais que permitem comportamentos intencionais que nunca desaparecem, inclusive num estado de aparente

ausência, como acontecia quando L. exercia o mínimo movimento (por exemplo, os dedos das mãos), mesmo quando aparentava não estar presente mentalmente.

Estas reações que ocorriam com frequência demonstravam a conotação emocional proveniente das canções das suas preferências musicais, transmitindo a permanência e a preservação das emoções e da apreciação musical ainda existente (Platel & Groussard 2022). Isto justifica a utilização de canções e melodias familiares (essencialmente populares), de modo a permitir e estimular a expressão emocional e ação-reação do senhor L. (Brancatisano et al., 2020).

A preferência pela utilização de técnicas recetivas assenta na abordagem de utilização de canções populares, utilizando acompanhamentos rítmicos com instrumentos musicais (García García, 2022) e a voz. Isto permitiu respostas ao estímulo num carácter verbal, apesar de menos comum e totalmente incoerente, ou não verbal (Vasionyté et al., 2013), como a alteração na expressão facial, a direção do olhar para a fonte sonora e o subtil movimento corporal.



### Outras intervenções

No capítulo que se segue irão ser descritos alguns dos restantes casos que estiveram incluídos na intervenção do estágio em musicoterapia no centro de dia, tratando-se apenas de intervenções individuais, com exceção de um par.

#### **M. J.**

Tratando-se da utente mais jovem do centro de dia, com 52 anos, a M. J. apresenta um diagnóstico de demência semântica e frontotemporal, com afasia primária progressiva. De profissão videoarquivista, nasceu em Angola e viveu nos EUA, sendo o seu marido americano. Trata-se de uma pessoa católica (inclusive foi catequista), teve contato com o piano aos 11/12 anos de idade e tirou um curso de Línguas e Literatura, dominando o inglês e o português fluentemente. Não tem filhos e vive com o marido e com o pai, tendo a sua mãe falecido com demência 10 anos antes. Entrou para o centro em 2022 devido ao desgaste psicológico do cuidador e à falta de tempo para o acompanhamento da esposa.

Algumas das problemáticas observadas e já identificadas pela equipa no processo clínico, consistiam na sua labilidade emocional, dificuldade em realizar tarefas propostas, com baixa recetividade às mesmas. Comprometimento da memória, dificuldade em reter e evocar palavras/frases simples (agrafia), discurso na maioria das vezes incoerente, sendo, no entanto, uma pessoa que gosta de conversar. Trata-se de uma pessoa sensível e com uma forte relação com o pai (que menciona com grande regularidade fora de contexto).

Tendo como base o questionário realizado ao cuidador da M. J. foi possível descobrir que a M. J. gostava muito de música, ressaltando artistas como *Vangelis*, artistas clássicos como Mozart/Chopin e música religiosa, nomeadamente *13 de Maio* e *Vim aqui à virgem mãe*. As sessões com a M. J. tinham uma duração de 30/40 minutos, com

periodicidade semanal, atingindo 25 sessões. Os objetivos que foram delineados para serem trabalhados consistiram em promover a expressão emocional, a estimular e exercitar a memória e estimular a autoconfiança.

M. J. mostrou-se sempre disponível e receptiva para as sessões, sendo, no entanto muito insegura para escolha de instrumentos e sem iniciativa. Era comum interromper a escuta musical para conversar com a estagiária (incoerente), sendo o seu tempo de atenção era curto. Percebia-se quando só cantava alguma parte da letra ou em *humming*.

Passado cerca de um mês e meio do início das intervenções com a M. J., foi percebido que a mesma entoava as canções pré-gravadas que eram colocadas na sessão, chegando algumas vezes a cantar a melodia totalmente correta antes da mesma aparecer. O contato visual com a estagiária era frequente e revelou uma capacidade rítmica praticamente intacta, acompanhando de forma correta o ritmo das canções colocadas, fosse com palmas, com batimentos nas pernas ou na percussão, através de jogos de imitação rítmica

Nesta fase do estágio, quando a estagiária ia chamar à sala para irem para a sessão, a M. J. na maioria das vezes reagia indo ao encontro da estagiária e realizando a mimica de tocar uma guitarra. Era possível perceber que a M. J. conseguia relacionar a ida para a sala da sessão com o “tocar guitarra”.

## C.

O utente tem 76 anos de idade, encontrava-se no centro desde 2017, diagnosticado com demência vascular em 2015. Casado e com um filho, frequentou o seminário e posteriormente tornou-se mecânico, até ao final da sua vida profissional (tratando-se de uma pessoa igualmente católica).

Apresentava um comprometimento ao nível da motricidade na sua generalidade (grossa e fina), já praticamente não comunicava verbalmente, normalmente só fazia sons



e, raramente, conseguia responder a uma pergunta com respostas curtas. A sua autonomia encontrava-se muito reduzida assim como um défice cognitivo global, afasia e alterações da iniciativa.

Recebeu cerca de 6 sessões que tinham normalmente uma duração de 30 minutos de periodicidade semanal, sendo que os objetivos traçados para este utente pretenderam estimular os movimentos ao nível da motricidade (coordenação motora), promovendo a autonomia e a motivação.

Ao longo das sessões era frequente o contato visual com a fonte sonora e com os instrumentos musicais e, na maioria das vezes tinha iniciativa para a escolha do instrumento, direcionando a sua mão (ou o olhar) para aquilo que pretendia, maioritariamente a baqueta, tratando-se de um utente muito recetivo. Durante o processo de audição musical, apesar do seu comprometimento motor, observou-se que batia com os pés ao ritmo das músicas. Respondia aos estímulos através do contato ocular e da procura sensorial, onde esporadicamente surgia algum tipo de comunicação verbal (com dificuldade). No entanto, mostrou um aumento na sua motivação e disponibilidade para as atividades propostas ao longo das sessões.

As intervenções com o senhor C terminaram em fevereiro devido à sua transferência para um lar.

#### **Par – Am. e F.**

Este par era composto por dois elementos que integravam o PIIOSM, ou seja, apresentavam um diagnóstico de demência mais avançada. O senhor A. com 84 anos, doença de Alzheimer, só frequentava o centro no período da tarde. É um utente que normalmente está recetivo ao que lhe é proposto, e mantém alguma capacidade de comunicação verbal. Quando não se encontra em alguma atividade no centro, costuma estar a dormir.

O senhor F. tem 70, apresenta demência de corpos de Lewy neurodegenerativa (sendo o único no centro com esta variante de demência) que terá suscitado na sequência de um internamento hospitalar devido a Covid-19. O sr. F., apesar de se encontrar no PIIOSM, trata-se do utente que mais comunicação verbal possui de forma minimamente coerente. O seu humor ao longo do dia tende a piorar (*sundowning*), sendo que as únicas pessoas com quem comunica é com o staff.

A escolha deste grupo deu-se em primeiro lugar ao facto de ambos possuírem personalidades opostas e conseguirem comunicar de qualquer forma; e de tentar fomentar alguma socialização e comunicação, estimulando uma inclusão grupal em ambos, levando a que houvesse a estimulação. Em segundo lugar, ambos os utentes possuem preferências musicais semelhantes – Fado – e, inclusive, na sua história sonoro-musical ambos participavam na sua juventude em ambientes onde este género musical era promovido. Este grupo apresentava uma boa relação e dinâmica entre ambos, apesar das suas personalidades contrastantes.

Foram estipuladas sessões semanais de 30 minutos flexíveis ao estado anímico e clínico dos participantes. Iniciavam com técnicas recetivas, com música ao vivo ou gravada, e uma segunda parte da sessão em que a estagiária oferecia diferentes instrumentos para a sua exploração e expressão sonora. Ambos reagiam de forma diferente, onde o Am. reagia sempre a cantar qualquer música e o F. normalmente demonstrava resistência, apenas esporadicamente mencionava o cantor. Entre si, comunicavam às vezes. Momentos livres de improvisação não tinham uma estrutura e ouviam-se como uma sonoridade caótica, onde muitas vezes não era mostrada recetividade. Gradualmente, o tempo de atenção foi diminuindo.

Em diversos momentos não foi possível a realização de intervenção em pares, consequência da agitação que ocorria no senhor F., que acabava por sair da sala e a

estagiária ficava sozinha com o senhor A. As sessões a este par deixaram de se realizar com a regularidade programada ora por ausência de um dos senhores ou por recusa em colaborar nas atividades por parte de F., tendo sido interrompido o processo terapêutico.

**Á.**

De 73 anos, foi advogado de profissão, tem 4 filhas e atualmente vive com a esposa (sua cuidadora), que aquando da sua entrada no centro em 2021 apresentava sinais de desgaste físico e psicológico, sendo que o seu diagnóstico de demência frontotemporal ocorreu em 2020. Nasceu na zona da Beira Alta e estudou em Coimbra. Teve um tumor no cerebelo que teve de ser retirado. O seu gosto musical assenta na música clássica e popular, tendo como cantores preferidos nomes como Camané, Carlos do Carmo e Zeca Afonso. Apresenta um diagnóstico de demência frontotemporal (provável demência semântica) e manifesta um grande comprometimento no que toca à comunicação e coerência verbal, com dificuldades em iniciar, desenvolver e manter, assim como falta de motivação ocupacional, iniciativa e interesse. Possui uma má orientação espacial e temporal, assim como um défice acentuado na compreensão da linguagem e perda das funcionalidades das AVD's. O seu resultado de MMSE é de 2/30 (neuropsicóloga) e no Índice de Barthel (realizado pela terapeuta ocupacional, apresenta grau 53 de dependência grave.

Realizaram-se sessões de 20 minutos, compostas por audição musical dos seus artistas preferidos, com o objetivo de reagir a fonte sonora. Tendo em conta a inutilidade do manuseamento de instrumentos por parte do utente, e de acordo com a sua procura sensorial, foi utilizada a guitarra como estratégia para desenvolver a estimulação sensorial (desde o tato, ao visual e auditivo).

**J.**

Diagnosticado com demência frontotemporal e doença de Alzheimer, tem 72 anos e entrou para o centro em 2021. Vivía com a esposa, que possui dificuldades em aceitar a patologia do marido, e tem uma filha (a sua cuidadora) que se apresentava sobrecarregada. Estudou e trabalhou na área da administração. Tinha a sua orientação espaciotemporal encontrava-se muito comprometida e foram identificadas perturbações major (desorientação e agitação), com alguns picos de agressividade/frustração. Apresenta dependência moderada das AVD's e necessita de orientação e supervisão em todas as atividades. O resultado do seu MMSE era de 9/30.

Beneficiou de 5 sessões com duração de 20 minutos. Os objetivos terapêuticos foram: estimular a atenção numa atividade, a interação e comunicação e estabilizar o comportamento de agressividade e frustração. Inicialmente a sua primeira reação quando chegava à sessão era de pegar numa baqueta (ou outro instrumento de pequeno porte com a mesma forma) e tocar com grande força num tamborim, situação que terminava rapidamente mesmo sem contenção por parte da estagiária, ou seja, naturalmente o comportamento cessava.

Após várias tentativas para conseguir o foco da atenção deste utente, foi percebido pela estagiária, da observação em contexto fora das sessões, que o senhor J gostava de dançar. Neste sentido optou-se por colocar uma canção da sua preferência musical para dançar e cantar e, acabou por ser conseguido o foco sua atenção. O utente dançava e cantava com a estagiária, por meio de imitação, ao nível de movimento e voz, onde progressivamente a sua atenção na atividade foi aumentando a duração da sessão (normalmente num máximo 15 minutos).

As intervenções com o senhor J. terminaram em meados de janeiro devido à sua transferência para um lar.

**M.O.**

Utente com 71 anos de idade e com diagnóstico de demência frontotemporal e obesidade. Pasteleira de profissão, ao longo da sua vida viveu no Brasil e em Tondela. A sua atenção encontrava-se muito dispersa, com um baixo nível de compreensão e recusando qualquer tarefa proposta, sendo muito resistente a colaborar. No final da sua presença no centro, tornaram-se frequentes picos de agressividade e agitação que desestabilizavam os restantes utentes, normalmente associados à sua insistência do marido ir buscá-la.

Os objetivos foram estimular as competências de comunicação e reduzir agitação. Através do questionário aplicado ao cuidador, foi tomado conhecimento que M.O. gostava de música popular. Das 3 sessões realizadas, perguntava repetidamente se o marido já estava para ir buscá-la. Lamentavelmente a utente não aderiu a qualquer estímulo que lhe fosse proposto, existindo uma constante recusa na colaboração em atividades. Quando lhe era disponibilizado algum instrumento, como a pandeireta, pegava numa baqueta ou outro objeto de pequeno porte à sua disposição e batia com grande força algumas vezes, de seguida terminava, dizia “já está” e dava uma enorme gargalhada, sendo um comportamento padrão.

As intervenções com a senhora M.O. terminaram em meados de janeiro devido à sua transferência para um lar.

**R.**

O R. é um utente que entrou para o centro a meio do processo do estágio, nomeadamente em março. Era militar e, consequência de um acidente no trabalho em 2011 (uma queda de 10/15 metros de altura), teve um politraumatismo (craniano, facial, torácico, vertebral) com Traumatismo crânio encefálico, fraturas múltiplas e um quadro neuro motor de tetraparésia. O seu lado esquerdo foi o mais afetado e foi identificado com

síndrome hemiparético-atáxico. Este utente trata-se de uma exceção aos critérios de centro, visto que não apresenta qualquer diagnóstico de demência.

Apresenta desorientação temporal, dificuldades ao nível da memória visual, imediata, recente, e aprendizagem associativa; dificuldade na iniciativa verbal, motora e grafo-motora e dificuldade na compreensão e raciocínio social.

O utente demonstrou-se sempre disponível para as sessões e com uma grande receptividade. Sempre que entrava na sala e observava os instrumentos e referia o que ia fazer e, na maioria das vezes, dirigia-se para o piano e tentava tocar os “parabéns”.

As sessões tinham uma duração de 30/40 minutos com periodicidade semanal e os objetivos terapêuticos propostos foram exercitar e ativar a memória e exercitar os membros ao nível da motricidade.

Ao longo das sessões foram utilizados métodos recetivos, como por exemplo a audição musical, e métodos ativos como a improvisação instrumental e de canções. Durante as sessões, R. mantinha uma conversa com a estagiária sobre diversas histórias e interesses seus (que normalmente eram repetidas todas as sessões).

### **Outras atividades**

Nesta secção serão descritas algumas atividades que foram realizadas ao longo destes meses provenientes do local do estágio, excluindo as intervenções com os utentes e a presença regular nas reuniões da equipa técnica que ocorriam semanalmente.

No centro dia é um hábito celebrar os aniversários dos utentes, onde normalmente é cozinhado um bolo pelos mesmos para existir uma celebração mais interventiva. Assim, a estagiária participou nas atividades de festejo dos aniversários dos clientes onde auxiliava na organização da sala na assistência com os utentes.

No dia 15 de novembro a estagiária participou numa conferência em formato online da Associação Alzheimer denominada “Avanços e Desafios da Demência – Inovação e acesso a cuidados”.

A 16 de maio realizou-se, no centro de dia, uma sessão de sensibilização dirigida à equipa Técnica do centro, sobre o papel da musicoterapia nesta população e a apresentação dos casos de dois utentes, de forma a enfatizar de uma forma mais perceptível o que foi apresentado e quais forma os objetivos atingidos. Esta apresentação foi realizada perto do final do estágio a pedido da orientadora do centro, referindo que seria mais interessante apresentar a função da disciplina da musicoterapia com a justificação de alguns casos do centro e, inclusive, poder mostrar algum tipo de evolução nestes casos.





## Conclusão

O presente relatório descreve todo o processo do estágio que teve lugar no Centro de Dia Dr. Carlos Garcia da Associação Alzheimer Portugal, em Alcântara, onde beneficiaram um total de onze utentes de intervenções. A estagiária deparou-se com utentes com diferentes níveis de dependência física e mental, consequência dos diferentes estágios e tipos da demência e com outras patologias associadas.

Os objetivos terapêuticos delineados para o estágio, tendo como base a literatura e a população-alvo em questão, tiveram essencialmente em consideração o estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente transmitindo confiança e segurança, promovendo o processo musicoterapêutico. Foi possível trabalhar as competências ainda funcionais de cada utente, oferecendo um espaço de suporte e até de partilha e contribuindo para uma estimulação da autonomia e autoconfiança e da expressão emocional individual. Esta manutenção de capacidades foi, na sua generalidade, atingida, apesar de se tratar de um processo lento e com necessidade de continuidade, devido à natureza da patologia degenerativa que era comum a todos os utentes. Todo o processo relativo a esta população tem um ritmo extremamente lento, ou seja, cada paciente tem um ritmo diferente de adaptação e progresso dependendo do estágio da demência.

Ativar a memória, promover a comunicação verbal e não-verbal e promover a expressão foram objetivos que foram tidos em consideração, partindo da história sonoro-musical de cada utente. Todo o percurso que foi realizado ao longo do ano foi posteriormente analisado através dos registos de sessão, grelha de observação, gravações e escala de avaliação. No entanto, alguns casos foram menos visíveis devido ao elevado nível de deterioração cognitiva que se encontravam e pela duração da intervenção. Mediante a utilização das técnicas de musicoterapia foram verificadas reações através da

expressão facial, mesmo que incoerentes, nos utentes onde o avanço da doença se encontrava num estágio mais grave.

Assim, as intervenções decorridas ao longo deste processo contribuíram para a comunicação, participação, expressão e estimulação destes utentes, pois tratando-se de uma patologia degenerativa, existe uma necessidade ininterrupta deste tipo de intervenções, com o objetivo de fornecer a estes utentes respostas através do uso da música.

## Discussão

A demência trata-se de uma patologia que, essencialmente, atinge uma população mais idosa, mas como foi possível verificar neste estágio, pode também abranger uma faixa etária mais jovem que ainda não se encontra na “terceira idade”, sendo que quando atinge pessoas mais novas, o processo de deterioração ocorre de uma forma mais rápida.

Um dos principais objetivos para combater o avanço desta patologia incurável é a manutenção das suas capacidades, de modo a retardar a inevitável deterioração ao nível motor, cognitivo, emocional e psicológico. Neste sentido, a musicoterapia trata-se de uma disciplina que ajuda neste desaceleramento funcional, tornando-se benéfica nestas situações através das suas potencialidades a um nível comunicativo, de expressão emocional e de estimulação de memória. Trata-se de uma opção terapêutica que, para além das suas vantagens ao nível económico, não apresenta efeitos secundários nos utentes.

Com base na análise de todas as ferramentas usadas ao longo do estágio, nomeadamente gravações de vídeo, a grelha de observação e a escala de avaliação, importa referir que demonstraram, na maioria dos casos, uma certa evolução tendo em conta as características da patologia em questão e o estágio em que se encontra a demência de cada utente. No entanto, a falta de instrumentos de avaliação mais rigorosos pode ter prejudicado a objetividade dos resultados.

Munk-Madsen (2001) afirma que a musicoterapia possui um carácter encorajador no humor dos utentes, influenciando sentimentos como a agitação e a ansiedade. Para além disto, o sentido rítmico e a pulsação ficam preservados durante um longo período, situação que se verificou na maior parte dos utentes incluídos na intervenção. Inclui também a ideia de que as experiências de escuta musical e de experiências sensoriais são importantes para os utentes com um estágio mais avançado da patologia e para aqueles

que demonstrem pouca motivação para tocar e/ou cantar. O movimento e experiências sensoriais que explorem, por exemplo, o tato, tornam-se importantes (Munk-Madsen, 2001) visto esta população procurar estímulos externos recorrentemente.

Valverde (2014) afirma que a idade é um dos principais fatores para o surgimento da demência, paralelamente com outro tipo de situações, como por exemplo o nível e estilo de vida de cada indivíduo. O facto de no decorrer do estágio ter contactado com pessoas com idades entre os 53 e 62 anos, diagnosticados ainda em idades mais reduzidas, e encontrando-se numa fase moderada, põe em causa esta teoria que, embora se verifique nalguns casos, não deve cair na generalização, tendo em conta exceções como as que foram descritas neste documento.

As técnicas utilizadas como a escuta musical passiva (Sacks, 2015) e a recriação de canções familiares por parte da estagiária proporcionaram de uma forma mais fácil o desenvolvimento de canais de comunicação, essencialmente não-verbais, através do contato ocular, com a fonte sonora e a estagiária, expressões faciais ou movimentos corporais (como o movimentar do pé ou das mãos de forma rítmica) (Raglio et al., 2015; Sequera-Martín et al., 2015; Tsoi et al., 2018). Tal como é confirmado na literatura, a parte auditiva possui um impacto benéfico relativamente às funções cognitivas e de qualidade de vida (Moreno-Morales, 2020; Gómez Romero, 2017; van der Steen et al., 2018, Zhang et al., 2018). Foram criadas para cada utente playlists baseadas nas respostas dos cuidadores ao questionário realizado pela estagiária, de modo a ir ao encontro aos gostos e às canções específicas ouvidas por cada utente, tal como corroborado por Guétin et al. (2009), Arroyo-Anlló et al. (2013), Gallego and García (2017).

No caso da musicoterapia ativa, permitiu sobretudo a participação dos utentes, a partilha de emoções num carácter não verbal, através da execução de instrumentos, do canto e da improvisação, e a socialização com a estagiária (Sequera-Martín et al., 2015).

O uso de canções familiares serviu sempre como base para a execução de ambas as técnicas da musicoterapia (Garcia Garcia, 2022; Sarkamo et al., 2016), tentando sempre remeter à reminiscência e à memória passada. Em alguns dos casos, a sessão era iniciada com uma canção de abertura, uma parte rítmica (com instrumentos de percussão) realizada de forma livre (Gallego & García, 2017) e em seguida a recriação e audição de canções e a canção de despedida. No entanto, esta estrutura de sessão foi sendo alterada ao longo do estágio, tendo em conta as reações que eram obtidas dos utentes e outro tipo de necessidades que foram surgindo ao longo das sessões.

A utilização de listas com músicas da identidade musical de cada utente, segundo a literatura, apontam para uma maior eficácia do ponto de vista comportamental e cognitivo, pois sendo do prévio conhecimento de cada utente, cada canção pode acabar por suscitar algum tipo de emoção e levar a alguma memória recôndita (Arroyo-Anlló et al., 2013; Gallego et al., 2017; Guétin et al., 2009; Leggieri et al., 2019; Sakamoto et al., 2013).

Corroborando esta ideia, Leggieri et al. (2019) afirma que a música que é individualizada para cada paciente demonstra diversos benefícios, essencialmente a nível comportamental e cognitivo, sugerindo que a *long-known music* (música reconhecida de tempos passados) possui efeitos positivos em pessoas com doença de Alzheimer. Isto foi possível verificar em alguns casos, quando eram colocadas canções específicas da vivência musical do utente, a reação que transmitia (normalmente um sorriso ou reação rítmica)

A utilização de uma abordagem mais centrada na pessoa e numa conceção humanista (Ridder et al., 2022) permitiu ir sempre ao encontro dos interesses e das necessidades de cada utente e valorizando qualquer reação exposta, sendo que a relação

entre terapeuta-paciente é sempre tida em conta como imprescindível para o processo terapêutico (Aldridge, 2000).

## Reflexão Final

A realização deste estágio no Centro de Dia da Associação Alzheimer Portugal foi uma experiência muito enriquecedora tanto a nível profissional como pessoal. Tendo em conta a dificuldade que foi inicialmente a escolha de uma população para a execução do estágio, creio que a escolha acertada. Uma vez que foi a primeira experiência em intervenção em musicoterapia, sendo por si só um marco importante, permitiu também um crescimento pessoal.

Lidar de perto com uma doença degenerativa, que pode atingir qualquer indivíduo numa idade não necessariamente avançada, foi algo complexo com que me deparei inicialmente. Numa fase inicial uma das maiores dificuldades foi encarar que, de facto, aquilo que a musicoterapia faz não é curar a patologia (que na verdade só agrava com o tempo), mas ajudar nos sintomas secundários da mesma; o utente não irá melhorar a sua memória, linguagem ou qualquer outro sintoma que seja proveniente da demência, mas é possível apenas retardar esse avanço ou originar pequenas melhorias.

A realização inicial das intervenções com esta população foi também um processo complexo, visto nunca ter contactado com população idosa e, em especial com demência. Sendo uma população que inicialmente pode não ser muito recetiva e até cética e que, tendo eu dificuldade de adaptação no que toca à saída da minha zona de conforto, perceber que podia através da forma como lidar e conversar com esta população, foi um grande desafio.

Partindo sempre da literatura, a passagem da teoria e colocar em prática foi igualmente um enorme desafio, tratando-se até de um processo de ansiedade, insegurança e incerteza, fosse por não saber o que esperar de cada utente, fosse por não saber o que poderia estar a fazer de correto ou errado, sendo que se trata de uma população que dificilmente tem reações afinçadas. Esta imprevisibilidade e número reduzido de reações

por parte dos utentes tornou-se por vezes algo desmotivador no processo, apesar de, esporadicamente, quando surgia algum tipo de reação inesperada, era consciencializada como um progresso.

Ao longo tempo do estágio, e enquanto não estavam a acontecer as intervenções, passava algum tempo na sala onde se encontravam os utentes e o staff, ao longo do tempo as relações interpessoais com os auxiliares e com os utentes transmitiam tranquilidade. Desde os primeiros contatos com o centro, fui muito bem recebida pelo pessoal técnico e auxiliar. Importa ainda referir como sendo um grande constrangimento na realização das sessões, o local físico que foi disponibilizado para a realização das sessões. Não havia nenhum bloqueador sonoro uma vez que a sala ficava junto à porta da entrada do centro, havendo constantes interrupções que perturbavam o desenvolvimento das atividades e a atenção dos utentes.



## Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-V)* (5th Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aldridge, D. (2000). *Music therapy in dementia care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (2001). The creative arts therapies in the treatment of neuro-degenerative illness.
- Alzheimer's Association. (2018). Dementia signs, symptoms & diagnosis.  
<https://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
- Arroyo-Anlló, E. M., Díaz, J. P., & Gil, R. (2013). Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer's disease. *BioMed Research International*, 1-10, <http://doi.org/10.1155/2013/752965>
- Associação Alzheimer Portugal. <https://alzheimerportugal.org/> Acedido a maio de 2023.
- Baird, A., & Samson, S. (2015). Music and dementia. *Progress in brain research*, 217, 207–235. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.028>
- Baird, A. & Thompson, W.F. (2018) The impact of music on the self in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 61 (3), 827-841. Doi: 10.3233/JAD-170737
- Baxter, H. T., Berghofer, J.A., MacEwan, L., Nelson, J., Peters, K. & Roberts, P. (2007). *Individualized Music Therapy Assessment Profile: IMTAP*. Jessica Kingsley Publishers
- Benenzon, R. (1985). *Manual de musicoterapia*. Enelivros: Rio de Janeiro.
- Borroni, B., Graff, C., Hardiman, O., Ludolph, A.C., Moreno, F., Otto, M., Piccininni, M., Remes, A.M., Rowe, J.B., Seelaar, H., Stefanova, E., Traykov, L., & Logroschino, G. (2022). Frontotemporal dementia incidence european research

- study—FRONTIERS: Rationale and design. *Alzheimer's Dement.*, 18, 498–506.  
Doi: 10.1002/alz.12414
- Brancatisano, O., Baird, A., & Thompson, W.F. (2019). A 'music, mind and movement' program for people with dementia: Initial evidence of improved cognition. *Frontiers in Psychology*, 10, 1435. doi:10.3389/fpsyg.2019.01435
- Brancatisano, O., Baird, A., & Thompson, W.F. (2020). Why is music therapeutic for neurological disorders? The therapeutic music capacities model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 112, 600-615. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.02.008
- Bruscia, K. (1991) *Case Studies in Music Therapy*. Barcelona Publishers. ISBN - 0-9624080-1-8
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Second Edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Chang, Y., Chu, H., Yang, C., Tsai, J, Chung, M., Liao, Y., Chi, M., Liu, M. & Chou, K. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3425–3440. Doi:10.1111/jocn.12976
- Cuddy L. L., Duffin J., Brown C. L., & Sikka, R. (2012). Memory for melodies and lyrics in alzheimer's disease. *Music Percept.* 29, 479–491. Doi: 10.1525/mp.2012.29.5.479
- Cycyk, L. M., & Wright, H.R. (2008). Frontotemporal dementia: Its definition, differential diagnosis, and management. *Aphasiology*, 22(4), 422–444.  
Doi:10.1080/02687030701394598
- De la Rubia Ortí, J.E., García- Pardo, M.O., Cabañés Iranzo, C., Cerón Madrigal, J. J.,

- Castillo, S.S., Julián Rochina, M., & Prado Gascó, V.J. (2017) Does music therapy improve anxiety and depression in Alzheimer's patients?. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1-4. Doi:10.1089/acm.2016.0346
- Ferrari, K. D. (2013). *Musicoterapia: Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica*. MTD Editiones.
- Ferreri, L.A., Moussard, E., & Tillmann, B. (2019). Music and the Aging Brain. In M. H. Thaut, M.H., & D.A. Hodges (Eds.). *The Oxford Handbook of Music and the Brain*.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini- mental state": A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J. Psychiatri Res.*, 12, 189-198.
- Gallego, M. G., & García, J. G. (2017). Musicoterapia em la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.003>
- García García, M. (2022). Musicoterapia y alzheimer. *Revista de Investigación en Musicoterapia*, 6, 81- 93. <https://doi.org/10.15366/rim2022.6.005>
- Gattino, G. S. (2020). *Fundamentos de avaliação em musicoterapia*. Forma e Conteúdo Comunicação Integrada
- Giovagnoli, A. R., Manfredi, V., Parente, A., Schifano, L., Oliveri, S., & Avanzini, G. (2017). Cognitive training in Alzheimer's disease: A controlled randomized study. *Neurological Sciences*, 38(8), 1485- 1493. Doi:10.1007/s10072-017-3003-9
- Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., & López-Arza, M. G. (2017). Beneficios de la

- musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. *Revisión sistemática. Neurología*, 32(4), 253-263.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Roher, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Moller, B. L., Knopman, D.S., Hogdes, J. R., Mesulam, M. M., & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 15; 76(11), 1006-14. doi: 10.1212/WNL.0b013e31821103e6
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A.L., Cano, M. M., Lecourt, E., ... & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomized, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 28(1), 36-46. doi: 10.1159/000229024
- Hintz, M.R. (2000). Geriatric music therapy clinical assessment: Assessment of music skills and related behaviors. *Music Therapy Perspectives*, 18(1), 31–40.
- Jacobsen J. H., Stelzer J., Fritz T. H., Chételat G., La Joie R., & Turner R. (2015). Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease. *Brain*. 138, 2438–2450. Doi: 10.1093/brain/awv135
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170-180. Doi:10-1038/nrn3666
- Leggieri, M., Thaut, M., Fornazzari, L., Schweizer, T., Barfett, J., Munoz, D., & Fischer, C. (2019). Music intervention approaches for Alzheimer's disease: A review of the literature. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 132. doi:10.3389/fnins.2019.00132

- Li, C., Liu, C., Yang, Y., Chou, M., Chen, C. & Lai, C. (2015). Adjunct effect of music therapy on cognition in alzheimer's disease in taiwan: A pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.*, 4, 291–296. doi: 10.2147/NDT.S73928
- Mahoney, F.I., & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61
- Martins, H. P., & Quadros, L. C. T. (2021). A música como agente terapêutico no tratamento da doença de Alzheimer. *Psicologia em Pesquisa*, 15(1), 1-22. <https://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2021.v15.29081>
- Mesulam, M.-M., Rogalski, E. J., Wieneke, C., Hurley, R. S., Geula, C., Bigio, E.H., Thompson, C.K., & Weintraub, S. (2014). Primary progressive aphasia and the evolving neurology of the language network. *Nat. Rev. Neurol.* 10, 554–569.
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music therapy in the treatment of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 7: 160. Doi:10.3389/fmed.2020.00160
- Munk–Madsen, N. M. (2001). Assessment in music therapy with clients suffering from dementia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(2), 205-208.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. World Health Organization (WHO) web site. Acedido em junho de 2023 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por)
- Raglio A., & Oasi O. (2015). Music and health: What interventions for what results? *Front. Psychol*, 6, 230. 10.3389/fpsyg.2015.00230
- Ratovohery, S., Baudouin, A., Gachet, A., Palisson, J., & Narme, P. (2018). Is music a memory booster in normal aging? The influence of emotion. *Memory*, 26(10), 1344-1354. doi: 10.1080/09658211.2018.1475571

- 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. doi: 10.1080/13607863.2013.790926.
- Ridder, H. M. (2019). Music therapy for people with dementia. In T. Wigram. *A comprehensive guide to music therapy* (pp.300-316). London: Jessica Kingsley Publishers
- Ridder, H. M., Krøier, J. K., Anderson-Ingstrup, J., & McDermott, O. (2022). Person-attuned musical interactions (PAMI) in dementia care. Complex intervention research for constructing a training manual. *Frontiers in medicine*. 10:1160588. doi: 10.3389/fmed.2023.1160588
- Sacks, O. (2015). *Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro*. São Paulo: Editora Companhia das Letras.
- Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualizes music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International psychogeriatrics*, 25(5), 775-784. doi:10.1017/S1041610212002256
- Samson, S., Clément, S., Narme, P., Schiaratura, L., Ehrlé, N. (2015). Efficacy of musical interventions in dementia: methodological requirements of nonpharmacological trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 249–255. doi:10.1111/nyas.12621
- Sarkamo, T., Laitinen, S., Tervaniemi, M., Numminen, A., Kurki, M. & Rantanen, P. (2012). Music, emotion, and dementia: Insight from neuroscientific and clinical research. *Music and Medicine*, 4(3), 153-162. doi:10.1177/1943862112445323
- Sequera-Martín, M., Miranda-Pereda, C., Masségu-Serra, C., Pablos- Hernández, C., & González- Ramírez, A. (2015). *Psicogeriatría*, 5(3), 93-100.

- Schneider, L., Gossé, L., Montgomery, M., Wehmeier, M., Villringer, A., & Fritz, T.H. (2022). Components of active music interventions in therapeutic settings – Present and future applications. *Brain Sci.*, 12, 622. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050622>
- Spinosa, V., Vitulli, A., Logroscino, G., & Brattico, E. (2023). A Review on Music Interventions for Frontotemporal Aphasia and a Proposal for Alternative Treatments. *Biomedicines*, 11(1), 84. doi: 10.3390/biomedicines11010084
- SNS (2023). Demência. Retrieved from SNS 24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/demencia/>
- Tarricone, K. (2016). A música na interface da aprendizagem. *Revista Internacional de Educación Preescolar e Infantil*, 1(2)
- Thomas, K. S., Baier, R., Kosar, C., Ogarek, J., Trepman, A., & Mor, V. (2017). Individualized music program is associated with improved outcomes for US nursing home residents with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(9), 931-938. doi: 10.1016/j.jagp.2017.04.008
- Tsoi, K., Chan, J., Ng, Y., Lee, M., Kwok, T., & Wong, S. (2018). Receptive music therapy is more effective than interactive music therapy to relieve behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(7), 568-576. doi: 10.1016/j.jamda.2017.12.009
- Valverde, E. G. (2014). *Guía de Orientación: Intervenciones no Farmacológicas – Musicoterapia em personas com demencia*. (primera edición). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

- van der Steen, J., van Soest-Poortvliet, M., van der Wouden, J., Bruinsma, M., Scholten, R.J., & Vink, A.C. (2017). Music- based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD003477
- Vasionyté, I., & Madison, G. (2013). Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1203-1216. doi: 10.1111/jocn.12166
- Vink, A.C. (2013). *Music therapy for dementia: the effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. s.n. [Doctoral dissertation, University of Groningen].  
<https://research.rug.nl/en/publications/music-therapy-for-dementia-the-effect-of-music-therapy-in-reducin>
- Wilkins, R. W., Hodges, D. A., Laurienti, P. J., Steen, M., & Burdette, J. H. (2014). Network Science and the Effects of Music Preference on Functional Brain Connectivity: From Beethoven to Eminem. *Scientific Reports*, 4, 6130. doi: 10.1038/srep06130
- World Federation of Music Therapy. (2011). *About WTFM*. Retrieved from World Federation of Music Therapy: <https://www.wfmt.info/about>
- World Health Organization (2018). Dementia Fact Sheet. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en> (Acedido a 8 de maio de 2023)
- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H. & Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, 1-11. doi: 10.1016/j.arr.2016.12.003







## **LISTA DE APÊNDICES**

**Apêndice A** - Grelha de observação

**Apêndice B** - Questionário das preferências e história sonora musical



---

**APÊNDICE A**  
Grelha de observação



<b>Emocional</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>
Iniciativa												
Motivação												
Intensidade emocional												
Respostas afetivas												
Controlo impulsos												
Estabilidade												
Ansiedade												
<b>Cognição</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>
Tomada de decisão												
Concentração												
Atenção												
Compreensão linguística												
Pensamento abstrato/Perceção												
Produção verbal												
Ativação memória (curto prazo)												
Orientação espacial												
Orientação temporal												
Ativação memória (longo prazo)												
<b>Relação com terapeuta</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>
Imitação												
Resistência												
Contato visual												
Contato verbal												
Participação (grupo)												
Comunicação												
Disponibilidade												
Receptividade												
Contato físico												
<b>Musical</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>
Contato musical (terapeuta)												
Cantar												
Tocar instrumentos												
Produção vocal												
Expressividade rítmica												
Personalidade												
<b>Motor</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Nenhuma</b>
Coordenação												
Mobilidade												
Execução de movimentos												
Hipoativo												
Autonomia												





## **APÊNDICE B**

---

Questionário das preferências e história sonora musical



Nome (utente):

Idade:

Este questionário, adaptado de R. Benenzon (1985), tem como objetivo obter informações acerca da identidade sonora musical do utente, no âmbito da intervenção em Musicoterapia. Irá permitir a compreensão da história sonora e musical e, assim, desenvolver um plano terapêutico com o maior número de informações acerca de cada utente.

1. Gosta de música?
2. Qual o ambiente sonoro com que conviveu na sua infância? (Cidade, campo, etc.)
3. É possível descrever o ambiente sonoro de residência atual (sons rotineiros, audição frequente musical, ruídos, etc.)?
4. Possui algum género musical favorito? Qual?
5. Existe algum género musical que não aprecia?
6. Existe alguma música que se recorde de gostar na infância/ juventude?
7. Que tipo de música era ouvida em casa pelos familiares?
8. Artista(s) preferido(s) (atualidade e passado)
9. Canções/músicas preferidas
10. Existe algum som que o incomode?
11. Canções/músicas que não gosta
12. Existe alguma música que traga recordações agradáveis/momento significativo?
13. E desagradáveis?
14. Toca/Tocou algum instrumento? Se sim, qual?
15. Qual o instrumento preferido?
16. Ouve música com que frequência?
17. Onde? (ex. rádio, televisão, etc.)



## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo A** - Registo de sessões individuais

**Anexo B** - Consentimento informado



**ANEXO A**

---

Registo de sessões individuais







UID - Unidade de  
Intervenção nas Demências

IMP07.PC04 - REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL 2023  
(ECI/Reabilitação/Terapia Ocupacional/Fisioterapia)

Nome: \_\_\_\_\_ Tipologia da sessão: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Duração da sessão: \_\_\_\_\_ Frequência da sessão: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

Objectivo específico da sessão:

--

Estrutura da sessão:

ATIVIDADES/TÉCNICAS	MATERIAIS	DURAÇÃO

Observações clínicas:

--

*Todas as sessões devem seguir um programa, que contenha campos tais como a duração, os objetivos, os materiais e técnicas utilizadas.*



**ANEXO B**

---

Consentimento informado



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

Ao Exm<sup>o</sup>(<sup>o</sup>) Sr<sup>o</sup>(<sup>o</sup>)

Caro(a) Senhor(a),

A instituição \_\_\_\_\_, onde o/a \_\_\_\_\_, sob representação legal de V<sup>o</sup> Ex<sup>a</sup>, 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