



Universidades Lusíada

Marques, Maria Helena Pereira Gama, 1986-

Comunicar com o coração : a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

<http://hdl.handle.net/11067/813>

Metadados

Data de Publicação	2014-03-07
Resumo	O relatório aqui apresentado pretende ser uma descrição e reflexão do estágio curricular realizado, no âmbito do Mestrado em Musicoterapia, no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém. O estágio teve a duração de nove meses e as intervenções musicoterapêuticas foram implementadas ao longo de sete meses. Neste trabalho dá-se especial atenção a dois estudos de caso realizados com duas senhoras internadas no Lar de Idosos supracitado e ambas com um diagnóstico de Doença de Alzhei...
Palavras Chave	Musicoterapia para idosos, Alzheimer, doença de - Pacientes - Cuidado e tratamento - Portugal, Musicoterapia - Prática profissional, Santa Casa da Misericórdia (Fátima, Portugal). Lar de idosos - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:21:49Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com
doença de Alzheimer**

Realizado por:

Maria Helena Pereira Gama Marques

Supervisionado por:

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

Orientado por:

Dr.^a Diana Pereira Neves Silva

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Margarida da Costa Rebelo Accioly Nogueira

Vogal:

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

Relatório aprovado em: 27 de Fevereiro de 2014

Lisboa

2013



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Comunicar com o coração:
a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer**

Maria Helena Pereira Gama Marques

Lisboa

Julho 2013



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Comunicar com o coração:
a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer**

Maria Helena Pereira Gama Marques

Lisboa

Julho 2013

Maria Helena Pereira Gama Marques

Comunicar com o coração:
a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Diana Pereira Neves Silva

Lisboa

Julho 2013

Ficha Técnica

Autora Maria Helena Pereira Gama Marques
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio Dr.^a Diana Pereira Neves Silva
Título Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer
Local Lisboa
Ano 2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MARQUES, Maria Helena Pereira Gama, 1986-

Comunicar com o coração : a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer / Maria Helena Pereira Gama Marques ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Diana Pereira Neves Silva. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - SILVA, Diana Pereira Neves, 1983-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos
2. Alzheimer, Doença de - Pacientes - Cuidado e tratamento
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Santa Casa da Misericórdia (Fátima, Portugal). Lar de Idosos - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Alzheimer's Disease - Patients - Care
3. Music therapy - Practice
4. Santa Casa da Misericórdia (Fátima, Portugal). Lar de Idosos - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC523.M37 2013

Introdução

A influência da música no comportamento do ser humano foi descrita em papiros egípcios, sendo estes os primeiros documentos históricos a fazerem referência à ligação entre música e medicina. Na Grécia Antiga, a música era vista como uma força especial que atuava sobre o pensamento, sobre a emoção e a saúde física. Pitágoras, que pesquisou a física do som, receitava intervalos musicais e modos específicos para promover a saúde, a força do pensamento e a emoção. Platão entendia a música como medicina da alma e Aristóteles sustentava a música como catarse emocional (Loureiro, 2009).

A aplicação da Musicoterapia ao idoso pretende estimular o prazer de fazer, criar e partilhar música, recorrendo a actividades como cantar, tocar instrumentos musicais, dançar, compor e recordar canções que fazem parte da sua história de vida, resgatando assim os aspectos positivos da mesma e fortalecendo a sua identidade e confiança.

O presente relatório pretende de alguma forma documentar o trabalho realizado na valência da Estrutura Residencial para Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Leite e, no local de estágio, da Dra. Diana Silva, no âmbito do estágio curricular referente ao segundo ano do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

A escolha da população alvo foi motivada pelo interesse pessoal e profissional em aprofundar questões relacionadas com a demência no idoso e pelo desejo de aplicar a Musicoterapia em consonância com os conhecimentos anteriormente adquiridos a nível da psicogeriatría.

Estruturalmente o presente relatório aborda uma descrição do local de estágio – Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém e respetivas valências, seguido de uma revisão de literatura respeitante à intervenção musicoterapêutica e suas potencialidades na população idosa, incidindo principalmente sobre uma das suas áreas de atuação, nesta faixa etária: a

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

comunicação. São ainda apresentados dois estudos de caso de forma mais aprofundada e uma referência/exposição dos casos intervencionados a nível da musicoterapia, aos quais foram aplicadas algumas técnicas musicoterapêuticas, nomeadamente: improvisação, recriação musical, construção de canções e audição musical, tendo sempre em conta os objectivos gerais e específicos, traçados e adaptados, a cada intervenção.

Caracterização do Local de Estágio

A intervenção em musicoterapia foi realizada com idosos portadores da doença de Alzheimer, institucionalizados no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, sendo que a maior parte da intervenção decorreu em sessões individuais, realizadas semanalmente durante sete meses.

Caracterização da Instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) organizada por cidadãos mobilizados em voluntariado associativo e fundada a 29 de Outubro de 2005 por D. Serafim Ferreira e Silva. É uma Instituição de cariz religioso, com um funcionamento autónomo, tal como a maior parte das Santas Casas existentes em Portugal. É ainda membro constituinte da União das Misericórdias Portuguesas, que é uma “espécie” de Sindicato das mesmas.

A Instituição oferece um conjunto diversificado de respostas ao combate da exclusão social, à indiferença e à solidão, num verdadeiro espírito de missão. Assegura serviços de apoio a todas as pessoas carenciadas, de forma a garantir condições de vida condignas e de desenvolvimento. Tem como missão servir a comunidade através de respostas de qualidade, solidárias e integradas, respeitando necessidades e características individuais. A Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém oferece à comunidade as valências de: Centro de Convívio; Serviço de Apoio Domiciliário; Serviço de Apoio Permanente; Gabinete de Apoio ao Familiar e Doente de Alzheimer e a Estrutura Residencial para Idosos, que foi o local onde se realizou este estágio.

Centro de Convívio

A valência de Centro de Convívio conta atualmente com cerca de 24 idosos. É uma resposta social de apoio ao desenvolvimento de actividades sócio-recreativas e culturais, organizada e dinamizada com a participação activa das pessoas idosas de toda a comunidade.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Têm como objetivos principais: proporcionar um local de reunião e convívio entre os utentes; evitar o isolamento, favorecer relações interpessoais; potenciar a integração social; contribuir para a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida; promover os direitos e deveres da pessoa idosa. As actividades mencionadas realizam-se todas as terças-feiras, à tarde, são orientadas pela animadora sociocultural, pela psicóloga e pela assistente social da instituição, com o propósito de contribuir para a estabilização e/ou retardamento dos factores evolutivos associados ao processo natural de envelhecimento.

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

O Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, presta cuidados individuais e personalizados no domicílio, a pessoas e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas. Este serviço, na sua atuação, tem como principais objectivos: assegurar a satisfação das necessidades básicas e a realização das actividades da vida diária; respeitar o utente na sua individualidade, capacidades, incapacidades, hábitos, interesses e expectativas; criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares, privilegiando a vida em família e na comunidade; evitar, retardar ou diminuir a institucionalização. O S.A.D. tem ao seu serviço uma Técnica de Serviço Social, um Técnico Administrativo, Ajudantes de Apoio Domiciliário, Cozinheira e Auxiliares dos Serviços Gerais.

Serviço de Apoio Permanente (SAP)

O Serviço de Atendimento Permanente consiste numa resposta social que se organiza de forma contínua, garantindo um suporte de 24 horas, todos os dias do ano, com uma atuação de emergência, sempre que necessário, à pessoa que opta por manter-se na sua casa. Esta resposta enquadra-se numa parceria entre a Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, a Junta de Freguesia de Fátima e a empresa HELPPHONE – Tecnologias de Comunicação

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

S.A., no âmbito do protocolo de cooperação com a União das Misericórdias Portuguesas, e que se caracteriza por ser um serviço que contacta a Central de Assistência assim que é acionado, sinalizando/informando de imediato o INEM, a Polícia, Bombeiros, Familiares, Amigos ou a Santa Casa, para que estes possam responder o mais prontamente possível. Este serviço tem como objetivos: garantir apoio/assistência permanente à pessoa necessitada; manter a pessoa no seu meio/habitação; evitar e retardar a institucionalização; prevenir situações de risco e combater a solidão e isolamento social. Esta resposta social destina-se a todas as pessoas residentes no Concelho de Ourém, que vivam sozinhas ou que se encontrem temporariamente em situação de desproteção familiar e social.

Gabinete de Apoio ao Familiar e Doente de Alzheimer

O Gabinete de Apoio ao Familiar e Doente de Alzheimer, da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, tem como objetivo geral prestar acompanhamento e apoio biopsicossocial aos familiares, cuidadores e doentes de Alzheimer ou outra demência. Este gabinete promove acções de sensibilização para a doença de Alzheimer, bem como a avaliação e acompanhamento do doente através da estimulação e reabilitação cognitiva. Informa e sensibiliza o cuidador/familiar do doente de Alzheimer sobre este tipo de demência, e proporciona acompanhamento psicológico e social ao doente e cuidador.

Estrutura Residencial para Idosos

O Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém (Estrutura Residencial para Idosos) encontra-se em funcionamento desde o dia 15 de Janeiro de 2007 e destina-se a acolher, com carácter permanente ou temporário, pessoas com idade superior ou igual a 65 anos, cuja situação não lhes permita permanecer no seu meio natural de vida, ou pessoas com idade inferior a 65 anos, em condições excepcionais, a considerar caso a caso. Em situação de incapacidade e na expressão livre dessa vontade, o pedido de admissão deverá ser formulado por um parente ou pessoa idónea com quem o utente se relacione e que assuma a

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

responsabilidade pelo internamento. O Lar desenvolve actividades de apoio social através do alojamento coletivo, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Foi nesta Estrutura Residencial para Idosos que estagiária realizou o seu estágio

População alvo. O Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém tem actualmente 36 residentes, sendo 25 Mulheres, 8 em situação de total de dependência, e 11 Homens, 2 em situação de total dependência. As idades dos utentes estão compreendidas entre os 67 e os 98 anos, o que corresponde a uma média de idades de 86 anos. No que concerne aos diagnósticos, nesta instituição encontrou-se uma referência primordial à Doença de Alzheimer, seguindo-se casos de outras Demência não referenciadas, de Parkinson, AVC'S, Esclerose Múltipla, Deficiência Visual e um caso de Degenerescência Dentato-Rubro-Pálido-Luisicina.

Enquadramento Teórico

Uma sessão de Musicoterapia pode significar um tempo e um espaço de reorganização cognitiva, afetiva e corporal para o doente com um diagnóstico de Alzheimer. Enquanto a interação durar, a pessoa tem a oportunidade de expressar e de comunicar com o outro, através de canções, de movimentos e da percussão em grupo. Nesse período de tempo o indivíduo pode entrar em contato com as suas lembranças e emoções, expressando-se, dentro da sua possibilidade motora e cognitiva atual (Cunha, 1999).

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural que se inicia com a concepção da vida humana, que continua ao longo da vida e que termina com a morte. O envelhecimento é um termo indicativo de um processo e não um estado, implica a ideia de continuidade e é um processo que se materializa ao longo da vida (Tortosa, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) define envelhecimento como a representação das alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais.

Sequeira (2010) caracteriza o envelhecimento enquanto processo que ocorre ao longo do ciclo vital. Para este autor ninguém fica “velho” de um momento para o outro e apenas as alterações progressivas das características físicas e mentais dos indivíduos são indicadores de velhice.

O envelhecimento deve ser abordado tendo em conta o percurso de vida de cada um. É caracterizado por ser um processo de declínio progressivo e diferencial, uma vez que ocorre de forma única em cada indivíduo. O envelhecimento é indissociável das características individuais e, como tal, as mudanças existentes ao longo da vida refletem o desenvolvimento do indivíduo ao longo da mesma (Ribeiro, Ferreira, & Lima, 2012).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Lima (2010) refere-se ao envelhecimento como sendo um processo universal, gradual e irreversível, que reflete um conjunto de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Considera, também, que é um fenómeno intimamente ligado aos processos de crescimento, sobre o qual interagem factores internos, tais como a genética, e factores externos, como o estilo de vida. Ou seja, muitos dos problemas de saúde e de doença estão interligados, pois são condicionados pelo modo de vida que o ser humano tem e pelo ambiente social em que nasce. Neste sentido, e tendo em conta a influência da interação dos factores internos e externos, pode considerar-se que existem dois tipos de envelhecimento: o *primário ou normal* e o *secundário ou patológico*. Enquanto o *primário* é alusivo a um envelhecimento sem patologias, que afeta só a área da percepção, o *secundário* é o mais comum na sociedade e é acelerado pelas doenças.

Em 1985, Birren e Cunningham, já realçavam a existência da teoria do envelhecimento normal ou patológico, que continua atual nos dias de hoje. Estes autores defendiam que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico relaciona-se com o comportamento do indivíduo ao longo da sua vida, ou seja, a forma como se envelhece está diretamente relacionada com o modo como cada indivíduo se desenvolve, e não só com a passagem do tempo e com o avançar da idade.

A velhice é por si só, um processo de declínio que pode ser caracterizado por dois aspectos: *senescência* e *senilidade*. A *senescência* refere-se ao período em que há um declínio físico e mental lento e gradual, que é uma fase normal da vida de um indivíduo sadio e que geralmente se inicia depois dos 65 anos. Por outro lado, *senilidade* é doença, onde o idoso perde a capacidade de memorizar e de prestar atenção, refere-se à fase do envelhecer em que o declínio físico é mais acentuado e geralmente é acompanhado de uma desorganização mental (Rosa, 1993). Embora o progresso da ciência e o próprio desenvolvimento da sociedade tenha evoluído significativamente nas últimas décadas, no que diz respeito ao

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

aumento da esperança média de vida, a verdade é que, por vezes, os últimos anos de vida são vividos em situações de fragilidade física, social e de incapacidade (Fonseca, 2006) .

Em Portugal, a esperança média de vida tem vindo a aumentar consideravelmente, sendo em média, no ano de 2010, de 79,6 anos (76,5 anos para o sexo masculino e de 82,4 para o sexo feminino) (Pordata, 2013).

Foi com base no envelhecimento da população idosa que a Organização Mundial de Saúde, no final dos anos noventa, lançou o paradigma do *Envelhecimento Activo* como sendo o processo de otimização de oportunidades com o intuito de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

Envelhecimento ativo. Tal como já foi referido, a OMS (2002) definiu o Envelhecimento Ativo como sendo o processo de otimização de oportunidades, para a saúde, para a participação e para a segurança, para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece, permitindo assim que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida e que participem conforme as suas necessidades, desejos e capacidades. Esta definição mostra uma visão ativa que reconhece o direito, em todas as idades, à igualdade de oportunidades e à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural. Este conceito de Envelhecimento Ativo tem como finalidade dar uma conceção de velhice enquanto sinónimo de vitalidade, de produtividade, desmistificando o estereótipo da velhice associada à improdutividade e à doença.

Para um Envelhecimento Ativo bem-sucedido, é necessário ter em atenção todas as determinantes pessoais, sociais, comportamentais, económicas, o meio físico e os serviços sociais. Todos estes factores, bem como a interação entre eles, desempenham um papel importante no que concerne à influência exercida sobre a forma como os indivíduos envelhecem. Estes factores têm de ser encarados segundo uma perspetiva do ciclo vital, que

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

reconheça que as pessoas não são um grupo homogêneo e que a diversidade individual aumenta com a idade (Paúl, 1991).

Idoso

A população mundial está a envelhecer e segundo as estatísticas da OMS, em 2025 teremos aproximadamente 840 milhões de pessoas idosas, ou seja, cerca de 70% da população mundial. Todas as definições que possam surgir nunca serão suficientes para dizer o que na realidade é ser idoso. No entanto há necessidade de uma ou várias definições para nos entendermos na comunicação. Neste sentido, uma das definições é dada pela OMS, que classifica como idoso a pessoa com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (Imaginário, 2004).

A utilização da palavra “idoso” deve-se à conotação depreciativa da palavra velho, no entanto, para Zimmerman (2000) a expressão velho não tem uma conotação negativa e até é uma expressão carinhosa, uma vez que velho é sinal de experiência, de sabedoria e de reconhecimento. Apesar da positividade inculcada e refletida por Zimmerman, a maioria das representações sociais sobre envelhecimento têm uma conotação negativa, nas quais o idoso surge associado a adjetivos negativos, tais como: frágil, dependente, pobre, assexuado, infantil, esquecido (Rebelo, 2007) e também, muitas vezes, associado à doença, senilidade, demência, pobreza, entre outros estereótipos (Fernandes, 2000). Segundo Rebelo (2007) a velhice, tal como outras etapas do ciclo de vida, é um período de acontecimentos e mudanças. É uma etapa caracterizada por englobar riscos e oportunidades e também por ser um período em que são postas em prática algumas das estratégias de confronto adquiridas ao longo do percurso de vida (Pimentel, 2001).

“Envelhecer é transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de forma positiva, a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças” (Zimmerman, 2000, p.19).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Idoso institucionalizado. As imagens de uma velhice solitária (com institucionalização ou não), carenciada e incapaz, são cada vez mais evidentes. E ainda hoje existe grande controvérsia em torno da temática da institucionalização dos idosos, pois esta é vista por muitos como uma substituição do papel tradicional das famílias (Cardão, 2009).

Hortelão (2003) refere que quer a sociedade actual, quer as famílias, não estão organizadas de modo a terem um lugar e um papel para o idoso na vida social e que, como consequência, esse fator tem uma forte influência na percepção do idoso face à sua qualidade de vida. Defende também que o modelo de família alargada, com coabitação de no mínimo três gerações, foi trocado pelo modelo de família nuclear (duas gerações: pais e filhos), e que neste modelo familiar o idoso não tem lugar, daí a necessidade de recorrer a soluções como Lares para a Terceira Idade ou Centros de Dia. Geralmente estes têm como objetivos: acolher pessoas idosas cujos problemas de saúde e problemas sociais não sejam passíveis de melhorar com outro tipo de resposta social; responder de forma adequada às necessidades manifestadas pelos clientes; proporcionar serviços para que o processo de envelhecimento decorra com o mínimo de degradação possível; contribuir para a preservação e para o desenvolvimento das relações familiares.

Na altura em que o idoso é institucionalizado, é importante adequar o ambiente face à sua problemática, isto porque, se o ambiente não é adequado, este pode ameaçar a integridade do idoso e por consequência levar a uma regressão do seu estado de saúde e a uma rápida deterioração (Fernandes, 2000).

O recurso à institucionalização, na falta de outra alternativa, é cada vez mais comum, o que é possível constatar pela enorme procura deste tipo de resposta social e pelas longas listas de espera. São vários motivos que contribuem para o aumento significativo da oferta e da procura de Lares de Idosos, entre os quais se destacam: o aumento da população idosa, a esperança média de vida e, ainda, as transformações a nível familiar. Os motivos que levam

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Idosos e familiares a procurar os lares, quando vêm esgotadas outras soluções, são de várias ordens: a saúde, a dependência funcional, a indisponibilidade familiar, a solidão e, para grande parte dos idosos, a satisfação das suas necessidades básicas. No entanto, e apesar dos mais diversos motivos que levam à aceitação, por parte do idoso, a sua entrada no lar é um momento complicado de aceitar. Daí que, o desenraizamento, as saudades de casa, dos amigos e dos vizinhos possam levar muitos idosos a uma maior deterioração física e mental. Apesar disso, os idosos encaram a integração num lar como uma situação positiva em vários aspectos da sua vida, mostrando vontade de continuar a residir nos lares (Pimentel, 2001).

Para Fernandes (2000) os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos, devido à perda de autonomia e ao estado de saúde em geral.

Tal como foi anteriormente referido, além da institucionalização ser um processo complicado, é também longo, pressupondo todo um conjunto de etapas e, por norma, difícil para o idoso. A saída de casa para uma Instituição põe em causa a questão da integridade, da privacidade e da independência, bem como a sua ligação entre o passado e o presente. Além disso, altera todo um conjunto de rotinas e interações que modificam o estilo de vida do próprio idoso (Pimentel, 2001).

Como é explicado por Sousa e Cerqueira (2006) a institucionalização acarreta algumas situações de *stress*, não só para o idoso, mas também para a sua família e até para a instituição. A situação de dupla pertença, família e lar, pode originar conflitos do idoso para com uma das redes de apoio ou entre ambas. Ao mesmo tempo, a institucionalização pode também acarretar, uma melhoria ao nível da satisfação do bem-estar do idoso, não só face à prestação de serviços e cuidados básicos, mas também ao nível das interações, do aumento das redes sociais de apoio e, ainda, ao nível do sentimento de pertença, da promoção de atividade física e psicológica, da criação de projetos e de novos objectivos de vida. Segundo

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Fernandes (2000) a institucionalização influencia positivamente a auto-estima e revela-se como uma oportunidade de interação e aquisição de papéis sociais ajustados aos idosos.

Patologias mais comuns nos Idosos

Quando se pensa no idoso, é comum pensar-se em doenças degenerativas, como se estas fossem consequência direta da idade, e de uma relação causal se tratasse. Não podemos esquecer que não é só nesta fase da vida que estas doenças surgem, e que é cada vez mais comum doenças como Parkinson, Alzheimer, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Hipertensão Arterial, Doenças Cardíacas entre outras, surgirem cada vez mais cedo. No entanto, e apesar destas doenças poderem atingir pessoas das mais diversas idades, de fato, elas são mais frequentes em idades mais avançadas (Nunes, 2008).

Para Tortosa (2002), um indivíduo envelhece fisicamente, psicologicamente e biologicamente, isto porque ao longo da vida ocorrem vários fenómenos e transformações negativas, tais como, a tendência à diminuição da concentração, da memória, ao declínio da visão e da audição, entre outros.

A possibilidade de uma vida mais longa tem consequências, e todo um acompanhamento deve ser oferecido ao idoso, para que este aceite da melhor forma as mudanças que possam surgir ao longo desta fase. Viver mais tempo, hoje em dia, significa aumentar as probabilidades de se viver com uma ou mais doenças degenerativas, de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes. Com o aparecimento das doenças que podem surgir com a terceira idade, o indivíduo pode ser submetido a uma série de dificuldades e dependências que o prejudicam na progressão e recuperação. É preciso não esquecer que nem todas as pessoas concebem a velhice e as alterações associadas a esta (ex: reforma) da mesma maneira. Há uns que planeiam a melhor forma de vivenciá-la e outros que a negam vivendo tudo o que esta acarreta de forma pesada e negativa. O equilíbrio psíquico depende

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

muito do modo como o idoso aceita e lida com a realidade, quando este não a aceita de forma positiva, surgem as reações psicopatológicas do envelhecimento (Nunes, 2008).

Algumas das doenças mais comuns na população idosa são: os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), as Doenças Cardíacas e as Demências, entre elas, Alzheimer e Parkinson (Nunes, 2008).

Acidente Vascular Cerebral (AVC). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade, por norma deixa sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade, particularmente ao nível da independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), para além do período agudo. O AVC é caracterizado por uma interrupção do funcionamento normal da circulação sanguínea cerebral, existindo hemorragia ou isquemia. Tem um rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas, ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. Os sintomas do AVC dependem da rapidez de instalação e da área do cérebro que é afetada. Os sobreviventes de AVC podem sofrer vários défices, ao nível físico, funcional, psicológico e social (OMS, 2002)

O AVC pode ser dividido em dois grandes grupos: Acidentes Vasculares Cerebrais Isquémicos, quando se verifica uma falha na chegada do sangue ao tecido cerebral devido a uma progressiva oclusão dos vasos sanguíneos; Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos, quando existe a rutura de um vaso sanguíneo com derrame de sangue para os tecidos circundantes (Nunes, 2008).

O AVC isquémico, segundo Leal (2001), representa cerca de 85% das ocorrências, existindo a isquemia de uma zona no cérebro. Este é caracterizado por ser um acidente cerebral, não definitivo, transitório, daí a designação, Acidente Isquémico Transitório (AIT). Por outro lado, o AVC hemorrágico é menos frequente, mas com consequências mais graves,

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

com mortalidade até 50% no primeiro mês. Este corresponde ao extravasamento de sangue no tecido cerebral, devido a uma rutura vascular, em que fatores como aneurismas, tumores, traumatismos crânio-encefálicos, entre outros, o potenciam (Martins, 2007).

A prevenção no caso do AVC divide-se em primária e secundária. A prevenção primária (antes de ocorrer um AVC) pode ser feita com base na alteração de comportamentos, tais como, e se for caso disso, deixar de fumar, fazer exercício, reduzir o *stress*, adequar a alimentação, etc. Na prevenção secundária (prevenir novos AVC depois do primeiro) continuam a aplicar-se as regras supracitadas mas recorre-se também ao uso de antiplaquetários (ex: aspirina) ou de anticoagulantes (ex: varfarina) consoante a causa do AVC (Nunes, 2008).

Demência. A Demência é um processo orgânico cerebral que afeta predominantemente as pessoas idosas. Esta caracteriza-se por uma perturbação de memória associada a pelo menos um défice cognitivo, representando um declínio em relação ao nível prévio de funcionamento. Este declínio da função cognitiva está associado a um conjunto de alterações de comportamento a nível psicológico, determinando um declínio nas actividades da vida diária (Firmino, 2006).

A Demência, conforme explica Barreto (2005) constitui-se numa síndrome, ou seja, esta não diz respeito a uma única doença, mas a um conjunto de sintomas que formam o quadro demencial. Esse quadro passa a ser definido como uma síndrome que é caracterizada pela deterioração da capacidade intelectual, suficientemente intensa para interferir nas actividades profissionais e sociais do indivíduo e/ou na ausência de distúrbios da consciência.

De forma sucinta, é possível dizer que atualmente o conceito de demência é caracterizado por um prejuízo da memória, do pensamento, do julgamento, e do processamento da informação, bem como, pelo desenvolvimento de outros défices cognitivos, como afasia, apraxia, agnosia, suficientemente graves para prejudicar o

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

desempenho social ou profissional. Apresentando também uma deterioração do nível de funcionamento prévio, e algum grau de alteração da personalidade, na ausência do estado de consciência (Valente, 2006).

O DSM-IV (2002) sugere como critérios de diagnóstico de demência: o comprometimento da memória, seguido do comprometimento de pelo menos uma outra função: *Afasia* (perturbação da linguagem, em que é possível perceber dificuldades na nomeação de objetos, pessoas, na compreensão ou na expressão da linguagem quer falada quer escrita); *Apraxia* (dificuldade na realização de atividades motoras, mesmo que o aparelho motor se apresente funcionalmente intacto); *Agnosia* (dificuldade de reconhecer ou identificar objetos, ainda que o funcionamento sensorial se mostre normal) e/ou funções cognitivas; défices cognitivos.

Tal como referenciado anteriormente, um comprometimento da memória é necessário para fazer um diagnóstico de demência, e este é um sintoma inicial proeminente. Neste sentido, entre os procedimentos utilizados para a realização do diagnóstico, encontram-se as avaliações das funções cognitivas. Um dos testes mais usados para ajudar a diagnosticar a demência, é o “*Mini Mental State Examination*” (MMSE). Este teste avalia a orientação espacial e temporal, a memória de fixação, a atenção, o cálculo, a linguagem, praxias e habilidades construtivas, sendo utilizado para avaliar a progressão e severidade da demência (Hernández, Marcos, & Corral 2012).

Para um diagnóstico rigoroso, é importante ter em atenção a história clínica do doente, o exame do estado mental, a avaliação do comportamento diário, a avaliação laboratorial e o resultado dos testes neuro psicológicos (Guerreiro, 2005).

Os tipos de Demência existentes caracterizam-se pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos e organizam-se tendo em conta se são ou não progressivas e consoante a sua etiologia, ou seja, a área do cérebro que afetam (se atingem ou não o sistema nervoso

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

central) (Hernández et al). São conhecidas como Demências primárias ou degenerativas: a *demência cortical* e a *demência subcortical* e como demências secundárias: as *demências vasculares*.

Demência subcortical. Estas Demências são caracterizadas pelo comprometimento de regiões do cérebro subcortical. Os sintomas mais característicos deste grupo de demências incluem: a apatia, a amnésia leve, distúrbios motores e ausência de sinais corticais. As doenças mais características associadas a este tipo de Demência são: a doença de Huntington e a doença de Parkinson (Turner, Moran, & Kopelman, 2002)

Demência cortical. As Demências corticais são caracterizadas pelo envolvimento de funções de processamento dependente do neocórtex. Os principais sintomas são: agnosia, alucinações, apraxia, afasia, amnésia, comportamento e conduta anormal. As Demências mais comuns deste tipo são: a demência de Corpos de Lewy, a demência Frontotemporal e a Doença de Alzheimer. (Hernández et al.).

Doença de Alzheimer. A Doença de Alzheimer foi descrita em 1907 pelo médico Alois Alzheimer (Sayeg & Gorzoni, 1993). Esta é a causa mais comum de demência nos idosos. Compromete fundamentalmente as áreas do cérebro responsáveis pela memória, pensamento e linguagem. As causas são desconhecidas e não há tratamento específico. Os sintomas são variados e incluem uma desorientação no espaço e no tempo, bem como, uma incapacidade para realizar tarefas do quotidiano. Numa fase inicial, apenas a memória pode estar comprometida. Em fases mais avançadas a doença evolui para mudanças ao nível da personalidade e alterações de comportamento. *“A evolução caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo acentuado”* (DSM-IV, 2002).

A Doença de Alzheimer tem um carácter degenerativo, associado a um processo orgânico, com início num momento indeterminado da vida adulta, que desorganiza

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

progressivamente e em seguida destrói as redes neuronais que sustentam as diferentes modalidades cognitivas (Barreto, 2005).

Segundo o DSM-IV a Demência do tipo Alzheimer caracteriza-se por um desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por uma diminuição da memória (redução na capacidade de aprender nova informação ou de recordar informação previamente aprendida), e por uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas: Afasia (perturbação da linguagem); Apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver atividades motoras, embora a função motora permaneça intacta); Agnosia (dificuldade/incapacidade em reconhecer e/ou identificar objetos apesar da função sensorial permanecer intacta); Perturbação na capacidade de execução (planeamento, organização, abstração e sequenciação).

Os médicos geriatras Sayeg e Gorzoni (1993) dividiram a progressão da Doença de Alzheimer em três fases. Uma fase inicial que dura em média entre dois a quatro anos, marcada pela perda lenta e gradual da memória recente. Uma vez que as alterações comportamentais acompanham esta evolução, podem ocorrer dois tipos de comportamento variados, um mais baseado na apatia, passividade, desinteresse, e outro marcado pela agressividade, irritabilidade, egoísmo e intolerância. Para estes autores, a segunda fase pode durar entre três e cinco anos e nesta ocorre um agravamento dos sintomas da fase anterior. A segunda fase caracteriza-se pelo início das dificuldades motoras, instalam-se afasias, apraxias e as agnosias. A marcha pode ser prejudicada, verifica-se uma perda do tônus muscular e emagrecimento. As queixas de roubos de objetos pessoais, a desorientação no espaço e no tempo, bem como, a dificuldade em reconhecer familiares, tornam-se comuns, assim como a presença de delírios, alucinações e agitação psicomotoras. Os doentes perdem a capacidade de ler e de perceber o que lhes é pedido. Repetem palavras ou frases curtas e desordenadas, há uma diminuição no vocabulário, o grau de iniciativa é quase ausente tal como o

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

pensamento abstrato. Esta é a fase em que se instala um estado total de dependência e em que é comum “perderem-se” dentro de casa. A última fase, segundo os autores supracitados, é marcada por uma memória a longo prazo bastante deteriorada, assim como a capacidade intelectual e de iniciativa. Estabelece-se um estado de apatia, de prostração, o doente adota a posição fetal e dá-se o mutismo e o estado vegetativo. A alimentação é por sonda e é possível que a morte ocorra no espaço de um ano, em virtude do surgimento de processos infecciosos.

Os factores de risco responsáveis pelo aparecimento da demência de Alzheimer não são totalmente conhecidos, no entanto, existem alguns dados que provam a evidência da sua associação, entre os quais: a idade avançada, os antecedentes familiares, o sexo feminino, os problemas vasculares, entre outros (Spar & La Rue, 2005).

Comunicação

“Tudo é comunicação: a linguagem, a personalidade, o gesto. Estamos mergulhados num mar de comunicação, e não se vive um instante fora dele” (Monteiro, 2006, p. 51).

Comunicar é uma das principais capacidades do ser humano, é através da comunicação que se estabelecem e aprofundam relações terapêuticas e interpessoais. A comunicação é fundamental na vida do ser humano, pois comunicar é partilhar com alguém um conteúdo de informações, pensamentos, ideias e desejos. E quando se fala em comunicação é essencial falar de relações interpessoais, uma vez que o processo de comunicação ocorre entre seres humanos.

Moscovici (1989) defende que as relações interpessoais são consequência do processo de interacção, as pessoas convivem, comunicam, discutem, competem, afastam-se, aproximam-se, reagem umas às outras, e estas reações constituem o complexo processo de interacção humana, que ocorre sob a forma de pensamentos, comportamentos verbais e não-verbais. Considera também que existe interacção mesmo quando alguém vira as costas ou fica em

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

silêncio, uma vez que mesmo assim está a comunicar algo, sendo a comunicação a forma mais frequente de interação.

Bruscia (1998) refere que a comunicação é uma troca de ideias e de sentimentos com os outros, ou seja, um indivíduo transmite uma ideia e o outro responde com a sua ideia, a comunicação pode então ser vista enquanto interação com um objetivo específico: codificar e descodificar e, desse modo, trocar mensagens ou informações com os outros.

O ser humano é capaz de comunicar sem ter que recorrer a palavras, recorrendo para tal a gestos e expressões corporais. Segundo Furnham (2001) essa utilização de linguagem corporal não-verbal é inata, embora também seja apreendida ao longo de todo o percurso de vida.

Comunicação Verbal VS Não Verbal

Segundo Rector e Trinta (2003), comunicação verbal e não-verbal fazem parte do processo comunicacional, isto porque, ambas são componentes integrantes da linguagem. A comunicação verbal é a forma discursiva, falada ou escrita, através da qual são expressas ideias ou estados emocionais, a comunicação não-verbal é um método não discursivo, que pode ser efetuada através de vários canais de comunicação sendo maioritariamente caracterizada pela expressão corporal e pela demonstração de sentimentos.

Também Langer (1971) defende que a comunicação verbal é utilizada quando um indivíduo recorre à fala para iniciar e estabelecer contacto com outro indivíduo. Este tipo de comunicação é o mais frequente e habitual. Para este autor, recorrer a outro meio, que não a fala, para favorecer o contacto com outros, é recorrer à comunicação não-verbal, apesar de estes dois tipos de comunicação por vezes não estarem sincronizados no mesmo indivíduo, isto é, por vezes pode acontecer que o não-verbal não esteja de acordo com o verbal, acabando por trair o “eu” íntimo que o verbal pretendia, de alguma forma, esconder.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Rogers & Steinfatt (1999) salientam que a comunicação não-verbal está sempre presente, uma vez que é um tipo de comunicação baseado na linguagem corporal e que, pode ser inconsciente e não intencional. Para que a comunicação não-verbal seja entendida, é necessário que o indivíduo que recebe a mensagem consiga perceber e interpretar os sinais que lhe estão a ser transmitidos pela linguagem corporal (Furnham, 2001).

O corpo fala, expressa-se, transmite mensagens, não só através de palavras, mas também de gestos, de toda a postura física, do próprio ritmo do corpo (caminhar, correr), através de expressões faciais (olhares, lábios), passando pequenas informações sem ser necessário recorrer à linguagem verbal, sem utilizar palavras (Davies, 1995).

Para Dias (2001) a importância da comunicação não-verbal reside no reforço desta no discurso verbal. Estes sinais não-verbais podem revelar atitudes, emoções, sentimentos, que por vezes não se querem revelar, tal como diz Lazure (1994), a linguagem não-verbal, pode muitas vezes, traduzir estados de alma.

Pelo exposto, é possível concluir que a comunicação verbal pode ser usada para ampliar a não-verbal e vice-versa. Para Davies (1995), as duas formas de comunicação tanto podem ser concordantes como discordantes, tendo em conta a coerência que existe entre o que o indivíduo está a verbalizar e o que o seu corpo expressa, no momento em que este está a comunicar.

Comunicação no Idoso

À medida que as pessoas vão envelhecendo, vários problemas vão surgindo e verifica-se, por vezes, uma deterioração da qualidade de vida. Geralmente uma das primeiras queixas está relacionada com uma perda auditiva, e associada a esta vem um acréscimo na dificuldade da compreensão da linguagem falada, principalmente em situações de comunicação desfavoráveis (ruídos). O envelhecimento propicia alterações na comunicação do idoso. As

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

dificuldades de comunicação aumentam com a diversidade cultural, social, religiosa e afectiva de cada um (Reis & Rodrigues, 2002).

A comunicação deve ter em consideração o individuo enquanto um todo, tendo em conta a sua cultura, as suas crenças, as suas capacidades e as suas representações.

A decadência da linguagem no envelhecimento passa muito pela perda de eficácia no processamento léxico, sintático e discursivo, de uma forma geral, no entanto, também se pode manifestar tendo em conta a patologia associada. No que diz respeito às demências o processo de deterioração passa muito pela perda de capacidades cognitivas, comunicativas e linguísticas (Bayles & Kasniack, 1987).

Na comunicação com o idoso é essencial estabelecer uma relação sólida, tendo em conta a utilização do ato comunicativo adequado, seja a nível da linguagem verbal, do ritmo, dos gestos ou do olhar (Fernandez, 2007), pois comunicar não é apenas uma troca de palavras, é sim um processo que exige falar e escutar (Berger & Mailloux – Poirier, 1995).

Comunicação no Idoso com Doença de Alzheimer

Na Doença de Alzheimer, as primeiras manifestações de decadência surgem ao nível do léxico, uma vez que ocorre uma alteração na organização semântica e geralmente doentes e família referem como característica principal o esquecimento de nomes. Verifica-se também, uma confusão de objetos e uma alteração ao nível da organização perceptiva e conceitual. À medida que a doença vai evoluindo ocorre todo um conjunto de alterações a nível cognitivo, de percepção, memória e linguagem, a partir do qual é possível observar toda a deterioração progressiva e as suas implicações a nível da comunicação. Nas últimas fases da doença, geralmente ocorre uma abolição quase absoluta da linguagem e da comunicação (Juncos, 2006).

De uma forma geral os olhos são um meio de comunicação muito importante, mas no que respeita à comunicação com idosos, estes têm um papel fundamental, pois é através do

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

olhar que estes sentem que estão a ser ouvidos e que e se está a prestar atenção (interesse) ao que estão a dizer (Davies, 1995).

Musicoterapia

Em 2011 a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT) define musicoterapia enquanto recurso à música e aos seus elementos de forma profissional, para intervir em contexto médico, educacional ou do quotidiano, em grupo, com famílias, com comunidades, ou individualmente, mas de uma forma geral, com indivíduos que pretendam otimizar a sua qualidade de vida, melhorar a sua saúde (física, social, comunicativa, emocional, intelectual, etc) e o seu bem-estar.

Técnicas e Atividades Musicoterapêuticas

A musicoterapia, tal como outras terapias artísticas criativas que envolvem arte, pode ajudar na expressão e gestão de emoções e contribuir para a cura. Compor é um veículo agradável de expressão e catarse tão antiga quanto a própria música. Os musicoterapeutas têm encontrado maneiras de combinar os elementos básicos da música (afinação, ritmo e melodia) com simples formas estruturadas de escrever letras de músicas (Suess, 2008).

O trabalho desenvolvido numa sessão de Musicoterapia pode ter como objectivos desenvolver questões como a relação, a regulação, a comunicação, a linguagem, a organização e a memória. Para esta finalidade recorre-se frequentemente a canções, ritmos, improvisação vocal/instrumental, escrita de canções, recriação vocal/musical e composição (Aldridge, 2000).

Bruscia (1998) defende que as técnicas musicoterapêuticas podem ser *ativas*, *recetivas* e *recreativas*. No que respeita às técnicas ativas, aquando da sua aplicação podem realizar-se atividades tais como: cantar canções, tocar instrumentos, dançar, fazer composições improvisadas, compor canções (letra e música). Por outro lado, quando se recorre às *técnicas*

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

recetivas, recorre-se à audição musical, e quando se utilizam as *técnicas recreativas*, aplica-se uma combinação de técnicas ativas e recetivas.

O mesmo autor explica que a aplicação das técnicas em musicoterapia é diferente de utente para utente, também consoante a patologia. E considera quatro tipos de experiências na música: improvisar, recriar, compor e escutar, sendo que cada uma destas experiências tem características particulares e envolve diferentes competências cognitivas e perceptivas ao mesmo tempo que evoca diferentes tipos de emoções e um processo interpessoal diferente.

Improvisação musical. Bruscia (1998) defende que falar de improvisação é falar dos momentos em que o utente faz música, quando toca ou canta e acaba por criar uma melodia, um ritmo, ou uma canção através de um improviso. É possível improvisar em grupo ou sozinho, incluindo o musicoterapeuta, através de qualquer meio musical ao alcance das possibilidades do utente, isto é, através da voz, de sons corporais, percussão, entre outros. No que diz respeito à improvisação, o musicoterapeuta acaba por ter uma função de orientar o utente, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou direcione a improvisação do mesmo.

Para Ruud (1990), a improvisação (vocal/instrumental) em musicoterapia acaba por exigir muito do utente em processo terapêutico, uma vez que o expõe a uma situação de liberdade, onde pode abandonar regras e estruturas pré-estabelecidas e onde é constantemente desafiado. Esta atividade promove a relação com o terapeuta, dado que muitas vezes improvisam em conjunto, com objetivos avaliativos e terapêuticos. Neste tipo de abordagem, o musicoterapeuta tem uma função de suporte (*holding*) para com o utente, pois este pode tocar/cantar um acompanhamento que promova ou reforce as ideias musicais do indivíduo.

A improvisação tem como objetivos estabelecer um canal de comunicação não-verbal e uma ponte para a comunicação verbal, impulsionar a auto-expressão, desenvolver capacidade

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

de relação interpessoal, estimular a criatividade, a liberdade de expressão e a espontaneidade e estimular e desenvolver os sentidos, entre outros (Aldridge, 2000).

Recriação musical. Através da recriação musical pretende-se executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte, ou todo, de um modelo musical existente. Bruscia (1998) descreve esta atividade como aprendizagem, reprodução, transformação, interpretação e execução de músicas, quer a nível instrumental, quer a nível vocal. Para o mesmo autor, esta é uma atividade que permite uma melhoria ao nível da atenção, da memória e da orientação (processos cognitivos), da relação e do desenvolvimento de capacidades, tais como: comunicação e interpretação de ideias e sentimentos. A recriação musical tem como objetivos desenvolver aptidões sensório-motoras, aumentar a atenção e a orientação, estimular a memória, promover a identificação e empatia com os outros, desenvolver competências de interpretação, comunicação e de expressão de ideias e sentimentos.

Construção de canções. A construção de canções corresponde à criação/composição de canções (*Songwriting*), letras ou peças instrumentais. Esta atividade cria um ambiente de segurança que permite ao utente desenvolver competências para solucionar problemas de forma criativa, comunicar experiências internas e explorar temas hipoteticamente terapêuticos, através das letras das canções. O utente substitui palavras, frases, ou a letra inteira de uma canção existente, enquanto mantém a melodia e o acompanhamento originais (Bruscia, 1998).

Baker e Wigram (2005) defendem que esta técnica pode ter dois tipos de abordagem: uma que promove a construção de canções com o paciente e tem como objectivo facilitar o processo de criatividade, através da criação de uma canção que fomente o sentimento de pertença; a outra que se baseia na construção de canções para o paciente e que pretende satisfazer as necessidades psicológicas, emocionais, sociais, físicas, espirituais e de comunicação do mesmo.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Nesta atividade o musicoterapeuta ajuda o utente a criar um produto musical, seja a escrever peças instrumentais, canções, letras ou a fazer vídeos e Cd's. Normalmente o musicoterapeuta realiza um trabalho mais técnico, facilitando o enquadramento e participação do utente, tendo em conta as suas capacidades musicais. Nesta abordagem o mais comum é o utente criar uma letra, e o musicoterapeuta produzir um acompanhamento.

A construção de canções pode ter como objectivos promover competências de organização, expandir a criatividade, expressar/documentar experiências internas, sentimentos e pensamentos, abordar e trabalhar temas terapêuticos através das letras de canções (Baker & Wigram, 2005).

Audição musical. Esta atividade corresponde à audição de músicas quer sejam gravações existentes numa perspetiva mais comercial, quer sejam improvisações/canções resultantes de outras sessões com o mesmo utente. O simples ato de ouvir desperta o indivíduo, física e emocionalmente, provocando uma reação que pode ativar memórias. Todas estas transformações/reações devem ser moldadas/trabalhadas consoante os objectivos terapêuticos traçados. Para Bruscia (1998), os objectivos terapêuticos da audição musical visam promover a recetividade, ativar reminiscências e regressões, evocar estados e experiências afetivas, explorar e trabalhar ideias, pensamentos e promover a imaginação.

Musicoterapia aplicada a Idosos

A Musicoterapia pretende colaborar com o idoso na estimulação das suas capacidades físicas, mentais, cognitivas e sociais a partir de um processo terapêutico com base no sonoro musical e na criatividade. A Musicoterapia é um tipo de intervenção não-farmacológica, baseada no uso sistemático de músicas, sons e movimentos, que tem a capacidade de aumentar a interação individual entre pacientes diminuindo a sensação de isolamento (Pollack & Namazi, 1992).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Esta terapia permite ao idoso recuperar e consolidar características pessoais e sociais que promovam um envelhecimento saudável e com melhor qualidade de vida, recorrendo à criatividade, à livre expressão, à comunicação através dos sons, à música e aos movimentos (Benenzon, 2000).

O ser humano é sociável, e ele só existe, ou subsiste, em função dos seus Inter relacionamentos. Desde muito cedo, isto é, desde que nasce, o ser humano começa logo a participar em diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca da sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (Zimmerman, 1993).

A Terapia de Grupo é uma tentativa de modificar o comportamento de duas ou mais pessoas reunidas, por meio da aplicação sistemática de procedimentos validados empiricamente, permitindo a recolha de dados importantes para a avaliação do impacto desses procedimentos sobre os membros do grupo como indivíduos e sobre o grupo como um todo (Wessler, 1996). As sessões em grupo contribuem para uma integração e relação entre pacientes, principalmente em instituições de longa permanência. Por outro lado, numa sessão individual um vínculo profissional com o paciente é estabelecido, mediado por formas verbais e não-verbais de intervenção, com o objetivo de diminuir o sofrimento, de alterar comportamentos e de estimular o desenvolvimento e amadurecimento da personalidade (Zimmerman, 1993).

Nas sessões de musicoterapia com idosos são trabalhadas diferentes atividades e abordagens, entre as quais se destacam: atividades relacionadas com o canto e com a audição musical; atividades rítmicas, corporais ou com instrumentos musicais; atividades de expressão artística, tais como, dança, expressão corporal, exercícios de percepção, entre outros. Estas actividades têm como objetivos terapêuticos a estimulação da memória, diminuição da ansiedade e agressividade, estimulação motora, orientação espacial e temporal e fortalecimento da identidade (Aldridge, 2000).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

A aplicação da Musicoterapia na área da reabilitação de idosos estimula funções cognitivas, movimentos corporais e proporciona a elaboração de conteúdos mentais mais complexos, através da produção sonoro-musical, fazendo com que o doente resgate a memória (Souza, 2002).

Musicoterapia aplicada ao Idoso com Demência

Por si só, a música é um estímulo para a evocação de lembranças. E é a recordar que se avivam fatos inconscientes que ampliam o significado do “ser velho” (Tourinho, 2012).

Nesta altura da vida, é muito importante para a pessoa idosa a utilização da linguagem verbal, uma vez que foi esta que utilizou durante toda a sua vida, apesar das dificuldades de reter e recordar informações, devido ao declínio da capacidade de captar e estruturar dados. Neste sentido, nesta abordagem terapêutica, é importante recorrer à bagagem musical que o indivíduo experimentou ao longo da sua vida (anamnese). Tourinho (1999) defende que todas as vivências sonoras de um indivíduo devem ser resgatadas, facilitando a abertura dos seus canais de comunicação.

Relativamente a pessoas com demência o neurologista Sacks (2007) defende que a musicoterapia é possível porque a percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música podem sobreviver até muito tempo depois de todas as outras formas de memória terem desaparecido. O autor em causa refere ainda que a aplicação da musicoterapia pretende atingir emoções, faculdades cognitivas, pensamentos e memórias, o *self* sobrevivente do indivíduo, para estimulá-lo e despertá-lo. A intenção é enriquecer e ampliar a existência, dar liberdade, estabilidade, organização e foco.

No que diz respeito ao indivíduo com demência, a Musicoterapia tenta recuperar e intensificar as possibilidades e capacidades do mesmo. A musicoterapia procura estimular zonas psíquicas onde muitas vezes a palavra não consegue chegar, além de valorizar a história de cada idoso através de canções que façam parte da sua história, ajudando-o a

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

recordar momentos pessoais que tenham marcado uma importante e determinada fase da sua vida, geração e época, contribuindo assim no resgate da memória e recuperação de aspectos perdidos (Hernández et al, 2012).

Para Tourinho (2012) lembrar nem sempre é reviver, mas sim, refazer, reconstruir, repensar com imagens e ideias de hoje experiências do passado. O mesmo autor considera que a memória não é um sonho, é trabalho. E, neste sentido, o trabalho que é realizado através da música, além de prazeroso, leva também à elaboração consciente de material inconsciente que ressalta, impulsionado pela música.

Musicoterapia aplicada ao Idoso com doença de Alzheimer

Tal como já foi referido, a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência nas pessoas idosas. Devido a todas as alterações que esta doença provoca, a pessoa idosa portadora desta doença pode sofrer estados depressivos e de desinteresse que se podem caracterizar pela perda da capacidade de interacção no meio social. A musicoterapia oferece ao idoso a oportunidade de conviver e interagir socialmente, dando-lhe a possibilidade de se expressar e de comunicar, através de canções, de movimentos e de percussão/improvisação. No caso específico dos idosos com doença de Alzheimer, há uma maior necessidade de aproximação com o musicoterapeuta, pois o toque e o contacto visual podem incentivá-los a participar na atividade. O terapeuta deve utilizar frases curtas e precisas, evitando divagações. Para facilitar a compreensão, o musicoterapeuta deve demonstrar o que diz, sendo importante, especialmente em estados mais avançados, que se foque na comunicação não-verbal, uma vez que a verbal é cada vez mais escassa e de difícil interpretação (Cunha, 1999).

O mesmo autor defende, também, que ao musicoterapeuta cabe conhecer a história de vida das pessoas com quem irá trabalhar, os assuntos que lhes interessam e o seu repertório significativo. Ou seja, na Musicoterapia deve recorrer-se a um repertório musical

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

significativo para o idoso, tentando através deste estimular a memória e a produção de reminiscências.

Sabe-se que as capacidades musicais são frequentemente preservadas em pessoas com Doença de Alzheimer, mesmo quando os níveis de degradação da memória e da linguagem são bastante acentuados. Esta é uma vantagem para os musicoterapeutas que trabalham nesta área, isto porque, tendo em conta os aspetos anteriormente referenciados, torna-se mais fácil proporcionar equilíbrio ao paciente, uma vez que, a música pode ser convertida num suporte ou numa estrutura importante para a expressão e comunicação das emoções na vida diária (Hernández et al, 2012).

Musicoterapia e Comunicação

É fácil perceber que comunicação e musicoterapia estão diretamente relacionadas, uma vez que a promoção e abertura de canais de comunicação é um dos principais objectivos da terapia através da música (Tourinho, 2012).

Filho, Brandão, & Millecco (2001) encaram a musicoterapia enquanto terapia auto-expressiva, que mobiliza aspetos biológicos, psicológicos e culturais. Da mesma forma que consideram que os diálogos musicais entre terapeuta e cliente têm um potencial não só criativo, mas também de ampliação da capacidade expressiva e comunicativa.

Para Bruscia (1998), esta capacidade de auto-expressão não se relaciona apenas com uma libertação/externalização de sentimentos, mas também com capacidades sensório-motoras, perceptivas e cognitivas.

Benezon (1988) alega que no desenrolar do processo musicoterapêutico, quando a pessoa está a ouvir, a cantar, a tocar e se movimenta, está a entrar em contato com sensações, sentimentos e emoções que expressam, possivelmente, aspectos da sua vivência pessoal. Estando assim a tomar consciência de si próprio através desta experiência/expressão, e abrindo novos caminhos à sua existência, ao progresso e à transformação.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Filho et al (2001) refere que no momento em que o indivíduo recorda uma determinada canção, este lembra de imediato o sentido que esta tem para si, sendo que por vezes o ato de o cantar é intencional, uma vez que se verificou uma clarificação espontânea de um desejo inconsciente explicado pelo próprio ato de cantar.

Benezon (1988) refere que ao longo de todo o processo musicoterapêutico, quando o utente está a participar na atividade, ouvindo, tocando ou cantando, este está simultaneamente a entrar em contacto com sensações, emoções, sentimentos e estados de espírito, que expressam, acima de tudo, aspectos das suas vivências pessoais. Neste processo de exteriorização e confronto, o utente ganha consciência de si próprio e transforma-se.

A intervenção musicoterapêutica proporciona momentos nos quais os utentes têm oportunidade de explorar as suas capacidades e os seus potenciais, procurando assim novas estratégias de adaptação a novas situações. Neste sentido, o musicoterapeuta necessita de adaptar a sua intervenção e a sua abordagem às necessidades do utente, para que possa haver comunicação entre ambos (Sampaio, 2002).

A prática da música enquanto terapia está relacionada com uma intervenção sistematizada que implica um levantamento de dados sobre o indivíduo (patologia, história de vida, músicas preferidas) com o qual se vai trabalhar. Este levantamento tem por objetivo a elaboração de um plano individual terapêutico resultante da identificação do problema, da definição de objetivos, do planeamento de actividades e da organização de estratégias. Neste sentido, Benezon (1988) defende que para haver relação terapêutica, e que o musicoterapeuta consiga estabelecer contacto com o utente e a partir daí abrir e criar canais de comunicação, é necessário que o musicoterapeuta tenha noção e conhecimento do utente, que trabalhe e conheça os seus gostos musicais, ou seja, que faça um levantamento da sua Identidade Sonoro-musical (ISO), o que corresponde a um conjunto de diversos fenómenos acústicos e movimentos internos, que caracterizam cada ser humano. Para este autor, o princípio de ISO

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

envolve uma série de pesquisas que vão desde a sonoridade da pessoa (o que ouve, as suas preferências musicais), à sonoridade do momento (aquilo a que é permeável) e à sonoridade do grupo em que se encontra.

Segundo Bruscia (1998), a comunicação musical não pode ser substituída por nenhuma outra modalidade de interação, isto porque a comunicação musical é diferente da comunicação verbal tanto em conteúdo como no processo, e o fato de comunicarmos de uma maneira não indica que consigamos fazê-lo da outra. Quando se fala de música não se fala apenas de um som não-verbal, pois a música amplia e enriquece outras formas de comunicação, não só verbais, mas também não-verbais. Esta pode abranger palavras, movimentos, imagens visuais, entre outros, uma vez que não comunica exclusivamente a nível musical. A música é como que um fornecedor dos meios de comunicação não-verbal, ou pelo menos, o autor defende que esta pode servir de ligação entre canais de comunicação verbais e não-verbais.

De uma forma geral, o musicoterapeuta distingue-se dos restantes profissionais, por ter atenção e acesso a todo um conjunto de informações cedidas pelos utentes, essencialmente, através de expressões musicais. Ou seja, o musicoterapeuta relaciona-se com os mais diversos aspectos da comunicação, uma vez que o seu trabalho vai muito além do conteúdo explícito e objetivo trazido pelo utente. Isto porque em parte o musicoterapeuta acaba por realizar uma interpretação dos elementos musicais surgidos no setting musicoterapêutico, seja ao nível da sonoridade intrínseca das palavras, em que cabe ao terapeuta captar as múltiplas mensagens demonstradas no setting, seja ao nível da análise literal do discurso verbal, uma vez que também há informação contida na fala e na maneira como são ditas as palavras (Duleba & Nunes, 2006).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Segundo Hamel (2006) a música deve ser considerada como um meio de comunicação, pois permite expressar emoções de forma mais direta do que recorrendo à utilização do código verbal.

Filho, et al. (2001) realça que os instrumentos musicais utilizados ao longo de uma intervenção musicoterapêutica, podem ser vistos como facilitadores da comunicação, uma vez que são usados para comunicar conteúdos de carácter emocional. Este autor considera ainda que a pessoa em sessão experimenta possibilidades sonoro-musicais, não só através dos instrumentos, mas também, através de objetos, do ambiente e do próprio corpo e quando se depara com a sua obra (produção sonora), depara-se com muito de si, isto porque a música e o som produzem canais de comunicação, que levam à expressão de conteúdos internos e pessoais.

A música funciona como um incentivo às emoções profundas, dando suporte quer à comunicação verbal, quer à não-verbal. Com a música é possível uma relação e uma comunicação num determinado momento. Filho et al. (2001) e Bruscia (1998) salientam que é possível estabelecer contacto sem linguagem verbal através da música e que esta pode ser considerada uma possibilidade de interacção humana no que diz respeito à comunicação. Ambos os autores referem ainda que a musicoterapia permite comunicar de forma única, tendo um potencial que não se verifica noutros contextos de comunicação. Em suma, esta flexibilidade de abrir canais de comunicação não-verbais, recorrendo por vezes ao verbal e ao musical é uma característica da musicoterapia.

Objetivos do Estágio

A Musicoterapia tem como função principal, restabelecer a confiança do idoso face às suas potencialidades no meio em que se encontra. Ao restituir esta capacidade de crença em si mesmo, do seu valor enquanto ser único e individual, o idoso restabelece a sua reputação perante a sociedade, modificando para melhor a imagem que esta tem dele, e ele de si mesmo (Landrino, Assumpção, & Souza, 2006).

Quando se aplica a Musicoterapia a idosos, pretende-se, de alguma forma, manter e/ou potenciar o desempenho cognitivo actual; proporcionar aos utentes abordagens terapêuticas diferentes; promover a interacção social; diminuir sintomas depressivos; estimular a memória; manter e estimular o funcionamento físico; promover a autoexpressão e melhorar a qualidade de vida.

A realização deste estágio teve como base um conjunto diversificado de objectivos, tais como: promover atividades no Lar que facilitem a relação interpessoal; melhorar a memória e a atenção; reduzir os níveis de ansiedade; promover a comunicação verbal e não-verbal, a expressão emocional e a manutenção das competências cognitivas, entre outros.

Estes objetivos podem ser alcançados através de metodologias, a desenvolver quer em grupo quer individualmente, consoante as necessidades e características do idoso.

Metodologia

Na literatura actual sobre Musicoterapia, a maioria dos estudos é de carácter qualitativo e fornece uma informação que não pode ser generalizada para todos os indivíduos, mesmo que estes apresentem diagnósticos e objectivos iguais (Tuckam, 2005). Como tal, para dar resposta às necessidades do “*Self*” de cada um, deve ser elaborado um Plano Individual (PI) específico, trabalhado e orientado para si.

De acordo com Von Baranow (1999), em Musicoterapia a metodologia que se aplica depende essencialmente das dificuldades apresentadas pelos pacientes.

Neste estágio, a metodologia utilizada foi a de estudo de caso, uma vez que esta se caracteriza pela observação e descrição da realidade. Neste sentido, optou-se por desenvolver uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, devido a toda a subjetividade que envolve a relação da pessoa com a música. Foi feita uma análise qualitativa, tendo sido utilizados como métodos de pesquisa: a ficha de anamnese, a observação directa dos sujeitos, através do preenchimento das grelhas de observação no início e no final do processo terapêutico e os registos individuais de sessão realizados com os indivíduos que participaram nas sessões de musicoterapia.

Para Minayo (1994) uma pesquisa qualitativa aborda significados das acções das relações humanas, responde a questões muito particulares e preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser reduzido apenas a uma abordagem quantitativa. A mesma autora defende que a pesquisa qualitativa “*trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis*” (p. 21).

Descrição da Amostra

A intervenção em musicoterapia descrita neste relatório ocorreu no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém. O universo deste Lar é constituído por 36 idosos, 25 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. A média de idades dos seus utilizadores é de 88 anos, sendo que o mais novo tem 67 anos e o mais velho 98. No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que 52,8% dos utentes são viúvos, 30,5% casados e 16,7% solteiros. Na sua maioria são naturais do concelho de Ourém, à exceção de duas utentes provenientes de Lisboa, mas que têm familiares a viver no concelho, critério de inclusão do Lar da Santa Casa. No que respeita à situação profissional, os idosos encontram-se todos em situação de reforma, de profissões como: sapateiros, costureiras, comerciantes, agricultores, domésticas, carteiros, taxistas, cozinheiras e escriturárias.

Dos 36 utentes que residem neste Lar, 26 frequentam diariamente a sala, 3 fazem levante e descem à sala, com bastante frequência e 6 encontram-se acamados. Tal como já foi anteriormente referido, o Lar da Santa Casa tem uma valência de Centro de Convívio, frequentada por cerca de 20 idosos. Com estes, e com o grupo da sala, foram realizadas algumas atividades a nível de carácter musical, mas de forma muito pontual, sem uma frequência propriamente definida ou continuada.

Inicialmente, a Santa Casa da Misericórdia propôs uma intervenção a nível da musicoterapia para os 36 utentes do Lar e a estagiária ainda realizou algumas actividades com a participação de todos. No entanto, posteriormente, apenas alguns dos utilizadores em regime de Lar beneficiaram dessa intervenção, neste caso, a nível individual.

A seleção dos utentes que participaram na intervenção musicoterapêutica realizada foi feita de acordo com as necessidades sentidas pela instituição, que mostrou interesse em que se desenvolvesse um trabalho com os utentes acamados, que têm menos actividades e são menos estimulados, uma vez que os restantes idosos frequentam a sala e são constantemente

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

convidados, escolhidos e reencaminhados para diversas actividades, terapias e afins, quer no exterior, quer no interior da Instituição.

Neste sentido, apresenta-se a tabela descritiva dos casos intervencionados e das sessões realizadas durante o período de estágio. Ao todo realizaram-se sessões individuais com dez utentes existindo, mesmo assim, alguma irregularidade, devido a motivos pessoais e de saúde.

Tabela 1

Casos intervencionados em contexto individual

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Estado Civil	Data Internamento	Nº Sessões	Observações
L.C.	F	93	AVC	Casada	2 Abril 2007	17	Acamada
A.F.	F	94	AVC	Viúva	1 Março 2007	12	Acamada
A.A.	F	84	AVC	Casada	1 Setembro 2011	15	Faz levante
A.R.	F	88	AVC	Viúva	15 Março 2007	20	Acamada
E.S.	F	85	Alzheimer	Casada	15 Janeiro 2007	21	Acamada
F.M.	F	77	Parkinson	Viúva	15 Janeiro 2007	10	Faz levante
P.F.	F	82	Alzheimer	Casada	30 Janeiro 2007	26	Faz levante
M.J.	M	90	Demência	Casado	16 Janeiro 2007	20	Faz levante
			Degenerescência				

T.O.	M	72	Dentato- rubro- pálido- luisicina	Casado	5 Julho 2010	19	Acamado
A.S.	F	98	AVC	Viúva	16 Abril 2009	5	Faleceu

Procedimento

O primeiro contacto com a Instituição, Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, foi presencial e ocorreu no final do mês de setembro, numa breve reunião de apresentação com a Provedora, Dra. Fernanda Rosa. Neste encontro as duas partes fizeram-se ouvir, tanto a Dra. Fernanda, que fez uma leve abordagem sobre a instituição, utentes, equipa, funcionamento e regras, como a estagiária que apresentou a sua proposta de realização de estágio na Instituição e referiu aspectos e objectivos do mesmo. Deste encontro resultou o agendamento da data de início de estágio, que coincidiu com a reunião de apresentação à Equipa e Instituição, onde estiveram presentes a Diretora Técnica, Dra. Filipa Silveira, a Animadora Sócio-Cultural, Sandra Santos e a Psicóloga Clínica e orientadora do estágio na Instituição, a Dra. Diana Silva. No que diz respeito directamente à intervenção musicoterapêutica, o estágio teve uma duração de 9 meses, de Outubro 2012 a Julho de 2013, e nele participaram 10 utentes acamados, com e sem levante.

Como resultado da primeira reunião com as técnicas da instituição, surgiu a proposta de a intervenção musicoterapêutica abranger toda a população do Lar. No entanto, concluiu-se que tal não era praticável devido à carga horária que a estagiária tinha disponível para estar no Lar. Foi então apresentada uma nova proposta, no sentido de desenvolver um trabalho com os idosos acamados, com e sem levante (idosos dependentes), uma vez que estes, são os que mais poderiam beneficiar de tal intervenção, tendo em conta que existem poucas actividades que se possam realizar com os mesmos. Esta falta de ocupação para os idosos mais dependentes contrasta com a oferta de actividades internas e externas à Instituição, nas

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

quais participam os utentes que descem à sala diariamente (idosos autónomos e semiautónomos).

Neste estágio, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: idosos residentes no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém categorizados como dependentes. Os critérios de exclusão para este estágio foram o não ser residente no Lar da Santa Casa e estar categorizado noutra grau que não o de dependência.

Fase de Observação

A primeira fase, que decorreu durante os primeiros dois meses de concretização deste projeto, foi a fase de *observação*. Esta fase permitiu/implicou a observação direta das características físicas e dinâmicas da instituição, facilitou o contacto informal com a equipa técnica e os utentes, possibilitando a realização de um levantamento das necessidades da população geral, processo essencial à elaboração de um plano de intervenção. Durante este período de observação, muito foi o tempo passado na sala de estar e nos quartos com os utentes e familiares, nos gabinetes a ler e a discutir processos, a analisar escalas e avaliações anteriores, a trocar impressões com a Psicóloga, Assistente Social, Animadora Sociocultural e Auxiliares. Ainda nesta fase, a estagiária participou em reuniões e convívios que lhe permitiram proceder ao levantamento de dados, posteriormente trabalhados. Procedeu também à análise de mudanças de rotina na vida dos utentes e respetivos familiares, ao levantamento das preferências musicais de cada um e à observação de interações existentes entre os mesmos. Esta pré-análise proporcionou um momento crucial para a integração na instituição. E neste sentido, pode também considerar-se que o processo de observação foi uma componente fundamental no arranque do estágio, até porque, só com base nos dados obtidos e/ou registados é que foi possível proceder à elaboração do plano de intervenção. A elaboração do plano de intervenção deve ser transversal, deve possibilitar a identificação das particularidades de um sujeito, das suas capacidades, incapacidades, adaptação e autonomia,

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

da mesma forma que os objectivos referentes ao mesmo devem ter em consideração não só os utentes, mas também a própria instituição.

Fase de Elaboração do Plano Terapêutico

A fase seguinte marcou o momento da elaboração de um plano terapêutico para cada utente, teve uma duração aproximada de três semanas, e caracterizou-se pela recolha de dados referentes aos idosos sinalizados para a intervenção musicoterapêutica. Este levantamento de dados realizou-se através da análise dos processos clínicos dos idosos, através de conversas informais com os próprios utentes (quando possível), com as técnicas, com auxiliares, familiares, e ainda, através de uma avaliação (por observação) nas duas/três primeiras sessões de musicoterapia de modo a obter informação relevante para o processo musicoterapêutico. Após a análise, observação e interacção com os utentes foi possível elaborar um conjunto de objectivos gerais e específicos relativos a cada um dos mesmos, elaborando-se assim o plano de intervenção individual, com tarefas e estratégias planeadas para atingir os objetivos não musicais delineados para cada utente.

Fase de Implementação da Intervenção Musicoterapêutica

Sucedeu-se à fase de planeamento, uma fase de implementação do plano terapêutico, que decorreu sensivelmente até ao final do estágio. Teve uma duração, sensivelmente, de 7 meses e durante esse período pretendeu-se desenvolver, essencialmente, um trabalho individual a nível do desenvolvimento pessoal. Durante esta fase foram realizadas sessões individuais com 10 utentes do Lar da Santa Casa, uma vez por semana, com uma duração aproximada de 25 minutos. Os horários das sessões foram estabelecidos tendo em conta as necessidades e particularidades dos utentes, sem interferir nas suas rotinas e na rotina da Instituição, e tendo também em conta o horário da estagiária.

Sessões

Antes do início da intervenção terapêutica, utentes, familiares e técnicos da instituição foram esclarecidos sobre sigilo, formas de participação na pesquisa, objetivo das filmagens e das grelhas de observação. Alguns foram informados pessoalmente e outros através de uma circular informativa sobre os procedimentos e objectivos do estágio (anexo A). No que diz respeito à participação dos utentes nas sessões e à filmagem das mesmas, estas foram autorizadas, através do consentimento informado (anexo B) por parte do sujeito ou, em caso de incapacidade do mesmo, por parte do seu responsável legal.

As sessões de musicoterapia desenvolvidas ao longo deste estágio foram realizadas no âmbito da intervenção individual, devido a diversos obstáculos que poderiam ditar a organização das mesmas, entre os quais factores como o meio envolvente, o espaço existente (instalações), o tempo que a estagiária tinha disponível e a própria população alvo (idosos dependentes) que possivelmente pouco iria beneficiar de uma intervenção em grupo devido à sua situação. Estas sessões incluíram diversas actividades, basearam-se no plano anteriormente elaborado e tiveram sempre em conta as necessidades de cada utente, anteriormente recolhidas no processo de anamnese realizado. Depois de cada sessão seguiu-se um período de análise/discussão e preenchimento da grelha de observação.

Tal como anteriormente referenciado, as sessões individuais foram realizadas uma vez por semana e nestas desenvolveu-se um trabalho centrado nas necessidades, nas competências e preferências musicais, na história pessoal e sonoro musical e nas potencialidades do individuo. Estas criaram condições para promover a expressão, a comunicação verbal ou não verbal, a empatia, a escuta, a aceitação, a aprendizagem, a relação, a organização, entre outros aspetos facilitadores do desenvolvimento e do funcionamento pleno de cada utente. Foi uma intervenção integral e que teve em conta a unicidade do utente a nível mental, emocional, social, físico e espiritual.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

As sessões foram organizadas, sempre que possível, de acordo com o seguinte modelo:

1º Momento – “*Canção do Olá*” – Esta canção marcou o início de cada sessão e foi utilizada para cumprimentar o utente em sessão e estabelecer contacto entre o mesmo e a estagiária. No caso das sessões com os utentes acamados, ainda durante esta canção era realizado um pequeno diálogo, de preferência a cantar, descritivo do dia, da semana ou de alguma novidade, ou conversa sugerida pelo utente, tentando sempre orientá-lo no tempo e no espaço. No caso dos utentes que não apresentavam qualquer produção verbal, o processo era sensivelmente o mesmo, mas após a fase de saudação a estagiária cantava descrevendo o dia e fazendo uma abordagem a nível da orientação para a realidade.

2º Momento – *Recriação Musical* – Em todas as sessões se cantava e trabalhava à volta de uma nova canção, tendo por base as canções pertencentes à Identidade Sonoro Musical (ISO) do utente em questão.

3º Momento - *Improvisação livre/vocal/instrumental* – Neste momento, realizava-se uma pequena improvisação e brincadeira com a letra e melodia da canção anteriormente trabalhada, sendo que esta improvisação poderia ser semiestruturada pela estagiária, consoante os objetivos traçados para o utente. O momento de improvisação poderia, ainda, evoluir para a construção de uma canção, consoante as capacidades verbais do utente e o plano terapêutico previamente estabelecido.

4º Momento – *Revisões* - Neste momento recordava-se uma canção anteriormente trabalhada. Inicialmente usava-se uma canção que tivesse sido trabalhada na sessão anterior, mas no período final do estágio eram feitas revisões de todas as músicas trabalhadas ao longo do mesmo.

5º Momento – “*Canção do Adeus*” - As sessões terminavam com a “*Canção do Adeus*” que funcionava como uma despedida e um momento de encerramento do momento e espaço terapêutico.

Setting Terapêutico

A música, o som, os instrumentos, o corpo do musicoterapeuta, o corpo do paciente e o espaço físico onde se realiza a sessão, compõem o *setting* musicoterapêutico. Este varia de acordo com o tipo de resposta que se pretende dar, se é uma sessão individual ou em grupo, e tendo sempre em conta os objectivos a alcançar.

Ao longo deste estágio grande parte das sessões de Musicoterapia foram realizadas no quarto dos utentes, uma vez que a maior parte da população-alvo (7 utentes) era constituída por idosos dependentes (acamados). No entanto, por vezes os idosos que faziam levante (3 utentes) desciam até à sala de estar comum e, nesses dias, as sessões realizavam-se num espaço diferente. Esse espaço era uma sala que funcionava como local de passagem, devido à falta de condições físicas da Instituição. Apesar de não ser o local indicado para a realização das sessões, pelos motivos já mencionados, era o melhor local para o fazer, tendo em conta o horário disponível e a acessibilidade, pois era contígua à sala de estar, o que facilitava a deslocação rápida e fácil dos utentes. Era uma sala pequena, mas com espaço para colocar uma cadeira de rodas, os instrumentos musicais e o equipamento de gravação necessários para realizar as sessões. Da lista de instrumentos musicais faziam parte: baquetas, pandeiretas, triângulos, maracas diversas, clavas, precursões, *shakers*, reco-recos, guizeiras, guitarra, entre outros. Recorreu-se ainda a equipamento de gravação: tripé e câmara de filmar, para ajudar a estagiária a interpretar e analisar as sessões, uma vez que muitos aspectos e respostas importantes podiam escapar durante as mesmas. Além disso, o registo podia ser usado na preparação das sessões seguintes, e na supervisão clínica.

Fase de Avaliação

A última fase deste estágio correspondeu à avaliação. No primeiro momento desta fase, já durante o último mês de intervenção, trabalhou-se sobretudo ao nível da orientação dos utentes para o término do estágio, das sessões e da presença da estagiária na Instituição.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

A fase de avaliação propriamente dita foi realizada nas últimas semanas de estágio pautou-se pela análise e interpretação dos dados resultantes da utilização dos instrumentos de observação direta, das fichas musicoterapêuticas, dos relatórios das sessões, das filmagens das mesmas, da opinião dos próprios utentes (quando possível) e dos funcionários e técnicos do Lar da Santa Casa.

Os dados recolhidos, as grelhas de observação, os registos das sessões e alguns vídeos, foram anexados aos processos clínicos dos utentes, a pedido da Instituição, e entregues aos familiares que assim o solicitaram, marcando desta forma o término do processo musicoterapêutico destes utentes.

Agenda Semanal

Na fase de integração ficou definido que o estágio se iria realizar às quartas-feiras (14h00 às 18h00) e às sextas-feiras (11h00 às 18h00). A totalidade deste horário foi preenchida tendo em conta as sessões a realizar, a preparação das sessões, a participação em reuniões com a equipa técnica e o tempo de relacionamento informal com os utentes. As intervenções realizadas ao longo deste estágio funcionaram sempre enquanto processo planificado e continuado no tempo.

Na tabela seguinte podemos verificar a mancha horária do estágio e a distribuição das sessões de musicoterapia.

Tabela 2

Agenda semanal do estágio

Quarta – Feira	Sexta-Feira
14h00 – Preparação de material	11h00 – Preparação de material
14h30 – Sessão L.C.	11h30 – Sessão T.O.
15h00 – Registo de sessão	12h00 – Registo de sessão
15h15 – Sessão A.F.	12h30 – Planeamento de sessões

	(casa /instituição)
15H45 – Registo Sessão	14h30 – Sessão E.S.
16h00 – Sessão A.A.	15h00 – Registo de sessão
16h30 – Registo sessão	15h15 – Sessão F.M.
17h00 – Sessão A.R.	15h45 – Registo de sessão
17H30 – Registo de sessão	16h00 – Sessão P.F.
17h45 – 18h00 – Planeamento de sessões (casa/instituição)	16h15 – Registo de sessão
	16h45 – Sessão M.J.
	17H15 – Registo de Sessão
	17h30 – Sessão A.S.
	18h00 – Registo de Sessão
	18h15 – 18h30 – Planeamento de sessões (casa / instituição)

Técnicas/Métodos de Musicoterapia utilizados nas Sessões

A musicoterapia, tal como outras terapias artísticas criativas que envolvem arte, pode ajudar na expressão e gestão de emoções e contribuir para a cura. Compor é um veículo agradável de expressão e catarse tão antiga quanto a própria música. Os musicoterapeutas têm encontrado maneiras de combinar os elementos básicos da música (afinação, ritmo e melodia) com simples formas estruturadas de escrever letras de músicas (Suess, 2008).

O trabalho desenvolvido numa sessão de Musicoterapia pode ter como objectivos trabalhar e desenvolver questões como a relação, a comunicação, a linguagem, a organização e a memória. Para esta finalidade recorre-se frequentemente a canções, ritmos, improvisação vocal/instrumental, escrita de canções, recriação vocal/musical e composição (Bruscia, 1998).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Este mesmo autor considera que a aplicação de métodos e técnicas em musicoterapia é diferente de utente para utente e também consoante a patologia. Através de diferentes técnicas musicoterapêuticas a experiência musical pode transmitir um significado para o utente, podendo mesmo a música levar a que este experimente mudanças significativas na sua vida.

Neste sentido, ao longo deste estágio, e sempre tendo em conta a população alvo, a abordagem utilizada pela estagiária nas sessões de musicoterapia assentou em actividades musicais variadas, tais como cantar, ouvir música, tocar instrumentos, criar, discutir experiências musicais, recolher letras, entre outras. A estagiária teve sempre em conta, aquando da escolha das técnicas musicoterapêuticas a utilizar, os objetivos delineados para cada um dos utentes e a sua patologia. Neste estágio abordaram-se técnicas como: improvisação vocal/instrumental; recriação de canções, com reprodução e interpretação de canções; construção de canções, que incluiu a composição de canções e a criação de letras, tendo como base harmónica e melódica um tema da preferência e do conhecimento do utente, entre outras, tais como a análise de letras de músicas (quando possível), relacionando-a com aspetos pessoais.

Grelhas, Escalas e Testes Aplicados

Como já se referiu anteriormente (p. 46), a prática da musicoterapia implica um plano terapêutico e para a realização deste plano recorre-se geralmente a uma avaliação inicial cuidada através do levantamento de dados sobre a história de vida do utente (anamnese), pela aplicação de instrumentos de avaliação e pela observação direta. Após a análise destes dados e do levantamento das necessidades de cada indivíduo, são estabelecidos objetivos terapêuticos para o utente através da elaboração do seu plano de intervenção. Neste processo, a música é o elemento central e para Bruscia (1987) a experiência musical é, ela própria, veículo de levantamento de dados e de mudança do utente.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

A avaliação em Musicoterapia avalia mais do que apenas o compromisso social. Durante todo o processo terapêutico o musicoterapeuta deve ter em conta a ocorrência de comportamentos musicais. A avaliação é um processo contínuo que possibilita ao musicoterapeuta aperfeiçoar a sua capacidade de resposta às necessidades dos utentes com os quais trabalha, sem uma avaliação apropriada é muito difícil dar resposta às necessidades de cada indivíduo (Pinson, 2013).

As grelhas de observação constituem um possível instrumento de recolha de dados e são características de uma observação directa. A recolha de dados constitui-se enquanto etapa fundamental de um trabalho de observação, pode requerer a elaboração de um instrumento apropriado que vá ao encontro dos objectivos inicialmente traçados e às características da população, sendo que o tipo de instrumento que se adequa melhor ao estudo é da responsabilidade do investigador (Fortin, 2003). Tuckman (2005) define as grelhas de observação como instrumentos usados pelo observador para sintetizar juízos de valor, atribuídos ao comportamento/reacção observado. A grande vantagem associada às grelhas de observação relaciona-se com as características da mesma: flexibilidade e possibilidade de adaptação a situações e objectivos diferentes (Estrela, 1994).

No decorrer deste estágio optou-se por uma metodologia de observação directa, daí que tenha sido necessário recorrer a alguns instrumentos de avaliação interpretativa. Dos instrumentos utilizados, podemos destacar a ficha de anamnese, a ficha de registo das sessões e a grelha de observação.

Ficha de anamnese. A recolha de dados é um dos primeiros passos do processo terapêutico e é de extrema importância para todo o processo de avaliação, tal como já foi referido. No que diz respeito a este estágio, a recolha de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada. Antes de se elaborar o plano de intervenção foi necessário conhecer o ambiente em que o indivíduo se encontrava, as suas preferências e hábitos. É de

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

realçar a importância de ter conhecimento dos dados clínicos do paciente, pois todos eles vão ser importantes para o estabelecimento de um plano de intervenção adequado. Neste sentido, elaborou-se e aplicou-se uma ficha de anamnese (anexo C) que incluiu dados pessoais, familiares, clínicos e, ainda, uma secção com questões relativas ao papel da música na vida do idoso.

Ficha de registo de sessões. Tal como já foi referido, as sessões de musicoterapia foram todas filmadas, para posterior análise e interpretação. Para complementar este processo, a estagiária sentiu necessidade de elaborar uma ficha de registo da sessão (anexo D), onde registava os aspectos considerados mais importantes, nomeadamente, as canções abordadas, os objetivos trabalhados e os progressos ou retrocessos constatados. Esta ficha de registo era preenchida após cada uma das sessões realizadas.

Grelha de observação. Um elemento avaliativo desta intervenção consistiu na análise qualitativa de uma grelha de observação que foi preenchida em dois momentos de avaliação: um no início do processo terapêutico e outro no término do mesmo. A grelha de observação (anexo E) pretendia avaliar individualmente a prestação do indivíduo em intervenção. Foi elaborada com base nos comportamentos esperados e tendo em conta as limitações apresentadas pelos utentes, os objetivos de cada um e o próprio desenvolvimento estruturado e pensado para as sessões de musicoterapia.

Outros Projetos Realizados

Embora o estágio tenha sido desenvolvido no âmbito da formação em musicoterapia, a estagiária também realizou e colaborou noutra tipo de atividades promovidas pela Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém.

A primeira atividade realizada na Instituição, após o início do estágio, foi a Festa de Natal, que contou com a participação dos utentes da valência de Lar de Idosos e com os utentes da valência de Centro de Convívio. é de realçar que o envolvimento da estagiária

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

nesta atividade facilitou a sua integração na instituição, pois permitiu-lhe conhecer a equipa e os utentes do Lar em contexto não institucional.

A estagiária colaborou também na organização de outros eventos, entre os quais se destacam: missas realizadas na instituição, onde prestou apoio a nível musical; interacção com grupos de jovens, aquando da sua presença no Lar, para facilitar a sua integração, através de jogos musicais com uma vertente mais lúdica; saídas, passeios no campo, visitas a museus e na celebração de dias temáticos. No que concerne à celebração dos dias temáticos, a estagiária de musicoterapia participou nas atividades referentes ao Dia do Bolinho ou Pão por Deus, tendo acompanhado os utentes do Lar na visita a uma panificadora local, para que observassem ou fizessem os bolinhos tradicionais e recordassem como se comemorava esta data festiva. A estagiária aproveitou esta oportunidade para dialogar com os idosos acerca das tradições relacionadas com este dia, e recolher quadras, canções e frases mencionadas e ensinadas pelos utentes. Este processo de recolha de quadras e canções relacionadas com um dia ou tema específico, junto dos utentes mais autónomos, nomeadamente os que se encontravam diariamente na sala e os do centro de convívio, foi realizado com bastante frequência, uma vez que os idosos ainda guardam na memória um vasto repertório de quadras, canções, provérbios, lengalengas e frases (repertório popular), que aprenderam no passado (anexo F). Após o levantamento destes dados, a estagiária selecionou algumas quadras e utilizou-as nas sessões individuais de musicoterapia que realizou, testando e observando as reações dos idosos. Com este procedimento foi possível verificar que a maioria dos utentes em situação de dependência, quando questionados sobre canções antigas, frases ou quadras, não conseguiam colaborar, por sua própria iniciativa, mas quando confrontados com o levantamento realizado e com as quadras recolhidas junto dos utentes autónomos, reagiam, reconheciam-nas e cantavam, dando respostas muito positivas. A estagiária participou ainda ativamente na organização da celebração do Dia da Mãe, em colaboração

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

com a técnica de animação sociocultural da instituição e com os filhos das utentes. Para assinalar este dia, realizou-se um projeto relacionado com a técnica da construção de canções, onde cada quadra era descritiva de cada mãe e cantada pelos seus respetivos filhos. Durante o estágio realizaram-se ainda cinco sessões de grupo com os utentes do Centro de Convívio e com alguns utentes autónomos da sala de estar, sendo que estas não foram consideradas intervenções terapêuticas, mas atividades de recriação musical.

Estudos de Caso

A Musicoterapia é uma intervenção com uma característica incomum em relação a outras terapias. O *setting* musicoterapêutico promove experiências musicais prazerosas que permitem que o musicoterapeuta consiga aceder a conteúdos internos do paciente de forma não invasiva. Provavelmente isto acontece porque um dos principais aspectos facilitadores deste tipo de intervenção é a possibilidade do trabalho não-verbal, de utilizar uma comunicação através de outras formas que não a linguagem falada. Esta modalidade terapêutica permite estabelecer canais de comunicação mesmo quando a fala não tem significado lógico para os ouvintes: autistas, deficientes mentais profundos, estados de coma, demências avançadas, etc. (Von Baranow, 1999). Os casos que seguidamente se apresentam, foram acompanhados durante o período de estágio, no pós fase de observação, ou seja, desde meados de dezembro de 2012 a final de junho de 2013. Os nomes dos idosos não são apresentados como forma de salvaguardar a identidade dos utentes.

Estudo de Caso I – E.S.

O primeiro estudo de caso refere-se à intervenção individual realizada com a utente E.S..

Descrição do sujeito. A E.S. é uma senhora de 85 anos, casada e com 5 filhos, reformada do trabalho no campo, que viveu toda a sua vida com o marido numa freguesia do concelho de Ourém, e com ele deu entrada no Lar em Janeiro de 2007. A institucionalização desta utente deveu-se, em grande parte, ao facto de lhe ter sido diagnosticada a doença de Alzheimer. Aquando da sua entrada no Lar, a E.S. andava e falava, apesar do seu discurso ser pouco coerente, e fazia-se acompanhar sempre por uma boneca de trapos, que cuidava e tratava como se fosse uma criança.

Os utentes e equipa técnica do Lar descreveram-na sempre como sendo uma pessoa muito doce, amiga, calma e passiva. Um ano depois da sua entrada na instituição, a utente passou a necessitar de uma cadeira de rodas para se deslocar e há sensivelmente dois anos

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

acamou, encontrando-se atualmente numa situação de total dependência, onde já não faz levantar e é alimentada através de sonda nasogástrica. Passa o dia sozinha no quarto que partilha com o marido, mas este só lhe faz companhia à noite, dado que durante o dia está na sala de convívio da instituição. Esta utente e o marido contam com visitas semanais de familiares e são bastante apoiados pela família. Uma das filhas do casal faz voluntariado na instituição, acabando por ter uma relação de maior proximidade com os Pais.

Após consentimento da filha responsável pela utente, a E.S. foi encaminhada para as sessões de musicoterapia por se tratar de uma pessoa acamada, que raramente usufruía de algum tipo de intervenção e que preenchia os critérios de inclusão anteriormente definidos. As sessões foram realizadas no quarto da utente e, tendo em conta a sua situação de dependência, a intervenção foi de carácter individual. Neste caso, a ficha de anamnese (anexo G) foi elaborada de acordo com os dados recolhidos junto dos filhos, do marido, dos auxiliares e dos técnicos da instituição, antes de se iniciar a intervenção musicoterapêutica propriamente dita.

Antes de se proceder à intervenção propriamente dita, existiu uma fase de observação/avaliação que teve como objectivo identificar, de forma sistemática, as áreas de funcionamento mais problemáticas da utente. Nesta fase, foi possível identificar grandes dificuldades sentidas pela E.S. ao nível da comunicação, pois não se exprimia verbalmente, não produzia qualquer tipo de som e não respondia a questões diretas, nem através de comunicação não-verbal. Por vezes, fixava o olhar no teto ou olhava para as pessoas com uma expressão fixa e vazia. As sessões foram iniciadas após a dita fase de avaliação informal por observação direta e levantamento de dados junto de familiares, auxiliares, técnicos e utentes. A intervenção com a E.S. teve uma periodicidade semanal e decorreu de dezembro a junho, tendo sido realizadas vinte e uma sessões, com a duração média de vinte minutos.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Plano Terapêutico. A informação recolhida durante a fase de observação/avaliação foi essencial no estabelecimento de objectivos gerais e específicos que levaram à elaboração do plano terapêutico em musicoterapia. Assim, definiu-se que a utente apresentava como áreas-problema a comunicação, a relação interpessoal e a expressão emocional, tal como é possível verificar na seguinte tabela.

Tabela 3

Plano Terapêutico individual I

NOME DO UTENTE: E.S.

IDADE: 85

INÍCIO DO TRATAMENTO: 14/12/2012 **DIAGNÓSTICO:** Alzheimer

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS: Acamada / Alimentação por sonda / Não fala		
PROBLEMA Nº 1: Comunicação		
OBJECTIVO: Desenvolver a comunicação não-verbal da utente		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a quantidade de respostas não-verbais durante toda a sessão	Produzir sinais de comunicação por iniciativa da utente	Alargar o repertório de sinais/respostas não-verbais da utente
PROBLEMA Nº 2: Relação Interpessoal		
OBJECTIVO: Melhorar a relação/interação		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar o contacto ocular e manter o mesmo durante uma atividade musical	Manter contato ocular durante uma canção	Promover a utilização de um código de piscar de olhos para interagir

PROBLEMA Nº 3: Quase-ausência de expressão emocional		
OBJECTIVO: Promover a exteriorização de emoções e sentimentos positivos		
SUB-OBJECTIVOS:		
Mostrar qualquer sinal de ativação emocional	Utilizar expressões faciais expressivas	Utilizar o som e a música para efeitos de exteriorização de emoções

Descrição das Sessões. No decorrer do processo terapêutico foram trabalhados diversos aspetos, tomando sempre em consideração os objectivos definidos no Plano Terapêutico. Apesar de não serem do foro musical, os objectivos anteriormente referidos foram trabalhados recorrendo a estratégias musicais.

Nas primeiras sessões, a E.S. apresentava uma postura pouco recetiva, desconfiada e por vezes amedrontada. No que diz respeito ao estabelecimento da relação terapêutica, essas sessões foram vividas num clima de ansiedade, com avanços e retrocessos, sem que houvesse qualquer sinal de abertura ao trabalho que se pretendia desenvolver.

Poderá eventualmente atribuir-se a resistência da utente a uma eventual vivência de interrupção da sua rotina ou de invasão do seu espaço por uma pessoa estranha e um conjunto de estímulos sonoros não habituais.

Nesta fase inicial, trabalharam-se aspectos relacionados com o contacto e o relacionamento, tendo sido observadas as reações da utente perante a música que lhe era apresentada.

Ainda durante estas sessões, verificou-se que embora nunca tivesse tido uma relação muito próxima com a música, a E.S. reagia aos estímulos musicais (instrumentos ou produção musical ao vivo) e parecia gostar, pois quando a estagiária começava a tocar e a cantar, a E.S.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

direcionava o seu olhar para ela e para a guitarra, franzia as sobrancelhas e colocava no rosto uma expressão de agradável admiração.

Um dos momentos de viragem no que se refere à relação utente-musicoterapeuta ocorreu sensivelmente na sétima sessão, quando a estagiária tocou a “Canção do olá” cantando o nome da utente e ao contrário do que era habitual, esta esboçou um sorriso, os olhos encheram-se de lágrimas e manteve o contacto ocular com a estagiária, que aproveitou para prolongar a canção, pois interpretou estes sinais como indicação de que a utente a reconheceu e/ou que o momento lhe foi agradável.

A partir desta fase, começou-se a trabalhar também a nível da comunicação não-verbal, um dos objectivos propostos para esta utente.

Com isto, a partir da sétima sessão, a E.S. passou a reagir com um sorriso ou com lágrimas e a manter o contacto ocular enquanto ouvia a canção anteriormente referida, principalmente na parte em que esta lhe era totalmente dirigida.

Ao longo de toda a restante intervenção musicoterapêutica, a utente demonstrou sempre muita atenção às músicas e à atitude da estagiária, por contraste com a fase de avaliação durante a qual a utente se manteve sempre alheada e com o olhar vidrado e fixo no vazio.

O processo terapêutico veio a sofrer um momento de viragem positiva quando a E.S. começou a expressar as suas emoções, chorando, sorrindo, cerrando os lábios, abrindo a boca, como se quisesse produzir algum som, cantar ou dizer algo.

Enquanto isso, a utente mantinha o contato ocular durante muito tempo, principalmente quando escutava canções como: “Rama ó que linda rama”, “Oliveirinha da serra” e “Rita arredonda a saia”. Em todas as sessões a estagiária conversava com a E.S. perguntando-lhe se ela conhecia as canções que estavam a ser trabalhadas, como estava, como se sentia, etc. Por vezes, quando lhe era dado mais tempo, na expectativa de uma resposta, ela acabava por piscar os olhos.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Por volta da décima segunda sessão, foi pedido à utente que comunicasse através do piscar de olhos (forma alternativa de comunicação), nomeadamente, que piscasse os olhos uma vez quando a resposta fosse sim e que cerrasse os lábios quando a resposta fosse não.

Esta forma alternativa de comunicação acabou por funcionar em grande parte das sessões, embora tivesse que ser relembrada com bastante frequência. Esta técnica acabou até por ser utilizada pelas auxiliares do Lar, aquando da realização de rotinas com a utente.

Na 17.^a sessão foi utilizada uma música intitulada “Anjinho da Guarda”, produzida numa sessão com uma outra utente, a qual corresponde a uma pequena oração com o mesmo nome, que diz o seguinte: *“Anjinho da Guarda minha bela companhia guarda a minha alma de noite e de dia”*.

Quando a estagiária cantou esta canção para a E.S., foram notórios os sinais imediatos de mobilização emocional. O contacto ocular com a estagiária manteve-se durante toda a canção, sempre associado a um ar de tranquilidade e agradecimento. Durante a realização de um momento só instrumental, após a letra da canção/oração, a E.S. suspirou várias vezes e chorou, expressando desta forma a emoção que a referida música lhe provocou. A música terminou e com ela terminou a sessão, tendo ficado no ar um silêncio que criou um ambiente de alívio e libertação.

Com a apresentação da canção “Anjinho da Guarda” atingiu-se mais uma etapa na relação musicoterapeuta-utente. Esta evolução foi observada da 17.^a à 21.^a sessão, onde a utente passou a relacionar-se em plenitude com a estagiária, reagindo e manifestando as suas emoções na canção do olá e comunicando de forma não-verbal ao longo de toda a sessão. Nas últimas sessões, a E.S. já conseguia estar atenta e manter contacto ocular durante todo o tempo que durava a sessão e reagia sempre de forma emocionada, mas com um ar tranquilo, à canção do “Anjinho da guarda”, que acabou por funcionar como momento final de cada sessão.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Embora esta intervenção tivesse sido implementada maioritariamente com base na escuta musical, por vezes foram utilizadas canções que resultaram da intervenção com outros utentes, onde foi aplicada a técnica da construção de canções.

O motivo pelo qual a estagiária recorreu a estas canções esteve relacionado com o fato de as mesmas fazerem parte do cancioneiro popular e do repertório religioso, e que provavelmente fariam parte das memórias da E.S. e que ela poderia reconhecer. Aquando da elaboração da ficha de anamnese, familiares e pessoas próximas da utente referiram algumas músicas da sua preferência, pelo que foram essas as que se trabalharam nas sessões.

No entanto, a aplicação de canções resultantes de outras sessões não prejudicaram os princípios de individualização e personalização da intervenção em musicoterapia.

Durante essas sessões, a E.S. reagiu através do choro e do sorriso, tentando cantar ou cerrando os lábios, dando sempre a entender que estava a (re)conhecer o que estava a ouvir e que as canções tinham algum significado para si, ou que pelo menos, não lhe eram indiferentes.

Apesar das boas reações à música, a utente também tinha momentos de menor participação/interacção, momentos que chegavam a acontecer durante uma boa sessão, como se ela parasse para pensar/recordar algo bom/mau. Devido ao fato de a utente se encontrar numa fase já muito avançada de decadência cognitiva, esta encontrava-se menos responsiva, tendo alternado assim, ao longo de todo o processo terapêutico, entre estados de apatia e inatividade e momentos de interação e expressão de um estado afetivo agradável, impossíveis de esclarecer totalmente devido à ausência de linguagem verbal.

Conclusão do caso. No final da intervenção com a E.S., e após uma reavaliação do caso através da análise dos vídeos das sessões e dos registos de observação (Grelha de observação inicial (anexo H) e Grelha de observação final (anexo I)) foi possível concluir que os objectivos propostos no plano terapêutico foram alcançados, uma vez que a utente melhorou

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

a nível da comunicação, da interacção e da expressão emocional. Tal foi confirmado através da mudança de comportamentos da utente em sessão, designadamente pelo fato de esta ter começado a alterar a sua expressão facial/corporal mostrando reacção, face ao possível entendimento do que se estava a passar.

Com isto, é possível dizer que a relação terapêutica e a musicoterapia tiveram um papel importante na motivação e na promoção de reacções visíveis na E.S., e que as estratégias utilizadas foram adequadas, tendo em conta as suas problemáticas. A musicoterapia promoveu na utente momentos de relaxamento, permitindo a diminuição da ansiedade e dos seus níveis de isolamento social e afetivo, proporcionando-lhe um sentimento de segurança relativamente ao ambiente que a rodeava.

É ainda de realçar que os acontecimentos que aqui são dados como pontos de viragem não ocorreram apenas na sessão em que são mencionados. Alguns ocorreram em todas as sessões até essa, e daí para a frente, embora tivessem acontecido de forma menos acentuada, começaram a ser mais claros e a fazer parte das sessões seguintes, não sendo apenas um comportamento pontual, mas sim um comportamento dado como adquirido e recorrente.

Durante esta intervenção pretendeu-se realizar atividades que permitissem a manutenção das capacidades da E.S. e como tal, seria pertinente a continuação de todo este processo, se possível.

Estudo de Caso II – P.F.

O estudo de caso aqui apresentado, o estudo de caso II, é o caso da P.F., uma utente da Estrutura Residencial para Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém e com a qual foi realizada uma intervenção individual.

Descrição do sujeito. A P.F. é uma senhora de 82 anos, que deu entrada no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém em Janeiro de 2007, tendo sido transferida de outra instituição para ficar junto da irmã, um ano mais velha, que deu entrada no mesmo dia. Anos

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

antes tinha-lhe sido diagnosticada a doença de Alzheimer, tendo sido este o motivo da sua institucionalização.

A P.F. nasceu em Ourém, terra onde viveu a sua infância, juventude e onde casou. Mãe de 2 filhos e avó de 3 netos, o seu grau de instrução correspondia à antiga 4ª classe. Ao longo da vida sempre trabalhou no campo, tirou a carta de condução e frequentava as feiras nas redondezas para vender o que cultivava deslocando-se no seu próprio carro.

Atualmente a utente encontra-se numa situação de completa dependência, não sendo capaz de realizar tarefas sozinha, necessita que as auxiliares a vistam, cuidem da sua higiene e a apoiem nos momentos de refeição.

Encontra-se acamada, mas faz levantar sempre que possível, sendo deslocada para a sala de convívio numa cadeira de rodas adaptada, uma vez que não consegue dobrar a bacia nem os joelhos. A P.F. apresenta alguns comportamentos estereotipados: um caracterizado por estar sempre a mexer com as mãos no cabelo, num gesto repetitivo, como se estivesse a alisá-lo e puxá-lo para trás; o outro relacionado com o facto de estar sempre a repetir a mesma oração (Anjinho da Guarda, referida anteriormente). Nas primeiras sessões era frequente a P.F. utilizar partes dessa oração para responder às perguntas que lhe eram feitas, principalmente quando não estava atenta à pergunta ou não sabia o que responder. Apesar de toda a decadência anteriormente mencionada, a P.F. era verbalmente produtiva, mesmo quando não estava diretamente envolvida em nenhuma interação. Por vezes fazia intervenções congruentes e com sentido, mas outras vezes as suas intervenções eram descontextualizadas e sem nexos.

Desde que está na instituição, a P.F. é frequentemente visitada pelo marido e pelos filhos, os quais reconhece e consegue nomear, na maior parte dos dias em que é visitada. O mesmo não acontece em relação a outras pessoas que a visitam, nomeadamente irmãs e

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

vizinhas, as quais já tem dificuldade em reconhecer, apesar de as questionar e meter conversa com elas.

Tendo em conta os factos anteriormente mencionados, a P.F. apresentava o perfil de utente que se enquadrava nos critérios de inclusão no grupo de pacientes para uma intervenção musicoterapêutica, pois encontrava-se acamada (apesar de realizar levante esporadicamente) e apresentava dificuldades ao nível da comunicação.

Também neste caso, a filha assinou o consentimento informado e também se procedeu a um levantamento de dados antes de iniciar a intervenção musicoterapêutica, através de observação directa, aplicação da ficha de anamnese (anexo J), e recolha de informações junto de auxiliares, técnicos da instituição, a própria utente e a sua filha.

Após esta pré-avaliação, verificou-se que as principais áreas-problema da P.F. eram a ansiedade, a perda de memória e o défice de atenção. Tendo em conta os problemas identificados e os objectivos propostos, esta acabou por ser uma intervenção baseada na aplicação das técnicas de escuta musical, recriação musical, construção de canções e improvisação. As sessões realizaram-se na sala de visitas e no quarto da utente, consoante o local onde se encontrava.

Plano terapêutico. A intervenção com a P.F. teve uma periodicidade semanal e decorreu de dezembro a junho, sendo que no total foram realizadas vinte e seis sessões, com a duração média de vinte minutos. A informação recolhida durante o período de avaliação foi essencial no estabelecimento de objectivos gerais e específicos que levaram à elaboração do plano terapêutico em musicoterapia. Tal como se pode verificar na seguinte tabela:

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Tabela 4

Plano Terapêutico individual II

NOME DO UTENTE: P.F.

IDADE: 82

INÍCIO DO TRATAMENTO: 14/12/2012

DIAGNÓSTICO: Alzheimer

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS: Comportamentos estereotipados; perdas de memória; dificuldades de comunicação		
PROBLEMA Nº 1: Manifestações comportamentais desadequadas de ansiedade		
OBJECTIVO: Diminuição da ansiedade		
SUB-OBJECTIVOS:		
Diminuição de agitação psicomotora (não sei se isto se verificava)	Promoção de expressão verbal adequada de ansiedade	Diminuir as estereotipias
PROBLEMA Nº 2: Perda de memória		
OBJECTIVO: Manter ou melhorar a capacidade de recuperação mnésica, dentro dos limites do possível no contexto da patologia da utente.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Recuperar memórias de actividades ou conteúdos dentro de uma mesma sessão	Recuperar memórias de eventos ou conteúdos de sessões anteriores	Recuperar memórias do passado distante
PROBLEMA Nº 3: Comunicação		
OBJECTIVO: Melhorar a capacidade de comunicação verbal e não-verbal		

SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a quantidade de respostas verbais adequadas durante toda a sessão	Produzir sinais de comunicação por iniciativa da utente	Alargar o repertório de sinais/respostas não-verbais da utente

Descrição das sessões. A intervenção musicoterapêutica com a P.F. decorreu de dezembro de 2012 a junho de 2013, com periodicidade semanal, sendo realizadas vinte e seis sessões individuais, ao longo das quais foram observados períodos de evolução e de retrocesso, como é de esperar neste tipo de intervenção e tendo em conta toda a deterioração já existente. Apesar de não se verificar uma extinção global dos problemas identificados, observaram-se melhorias ao nível da relação interpessoal, ao nível da atenção e da redução de comportamentos ansiosos, bem como, ao nível da comunicação. A utente passou a ser mais comunicativa, não falando apenas nos momentos em que era para cantar, mas também quando era questionada sobre factos, o que inicialmente não se verificava.

A P.F. foi muito participativa ao longo de todo o processo musicoterapêutico. Mesmo quando a resposta à questão “apetece-lhe cantar?” era negativa, ela acabava por cantar sempre que ouvia os primeiros acordes e a letra da canção, parando apenas quando a estagiária deixava de tocar, ou então quando se esquecia da letra. Neste caso, se fosse estimulada, a utente era capaz de inventar uma palavra ou um verso para concluir a quadra.

Apesar de ter colaborado e reagido de forma positiva nas sessões iniciais, a P.F. apresentou grandes dificuldades em recordar as letras da maior parte das canções trabalhadas, necessitando sempre, que a estagiária cantasse um verso ou uma quadra, para que ela se lembrasse da letra e começasse a cantar. Deste modo o ato de cantar era um processo lento que precisava do incentivo e do acompanhamento constante da estagiária.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

A partir da 6ª sessão, a estagiária reparou que após um primeiro impulso a utente já conseguia recordar e cantar sozinha, as letras de quase todas as canções. Através dos sinais observados a estagiária percebeu que a estimulação da memória através das letras e canções do repertório pessoal da P.F. estava a ser benéfica e a ter resultados positivos para a utente. A relação terapêutica foi melhorando, notando-se uma diminuição da ansiedade da P.F. na presença da estagiária, refletida num maior à vontade e na sua postura mais próxima, mais atenta e com a manutenção do contacto ocular direto.

Na 9ª sessão a estagiária tentou introduzir instrumentos musicais com o objetivo de ver se a utente se expressava, como reagia e interagia com os mesmos. Ao longo desta sessão, a utente segurou e manuseou os *shakers* (ovos) transmitindo-lhe um determinado ritmo, que não conseguiu manter durante muito tempo, pois além de mostrar tendência para acelerar o movimento das mãos, esquecia-se da finalidade dos objetos que estava a manusear. A utilização dos instrumentos permitiu observar que os *shakers* para esta utente, a partir de determinado momento, funcionavam como se fossem um prolongamento do corpo, não os tocando e pousando-os no colo, esquecendo-se da sua existência. A estagiária voltou a experimentar os instrumentos musicais em mais duas ou três sessões, mas acabou por desistir de o fazer, pois percebeu que a utente não conseguia tocar ou expressar-se através deles. Além disso, observou que os instrumentos acabavam também por dispersar a utente que não participava da mesma forma na sessão, nem manifestava o mesmo interesse.

Um dos pontos de viragem ocorreu na 13ª sessão, quando a estagiária utilizou algumas quadras recolhidas na instituição (anexo F), junto dos idosos mais autónomos. O motivo pelo qual a estagiária decidiu introduzir estes dados esteve relacionado com o fato de ter percebido que as quadras recolhidas junto dos utentes eram resultado da improvisação realizada ao longo de um dia de trabalho, sobre uma mesma melodia e em grupo aquando da apanha da azeitona ou do milho. Por outro lado, a estagiária sentiu necessidade de aprender mais acerca

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

das quadras e letras de canções cantadas pelos trabalhadores durante a realização de tarefas agrícolas, para melhor estruturar o seu trabalho. Considerando que tanto a apanha da azeitona como a desfolhada faziam parte integrante do passado da P.F. pareceu pertinente à estagiária tentar verificar se havia memória desses momentos, recorrendo para isso às quadras que neles eram cantadas. Quando questionada sobre a apanha da azeitona ou do milho a utente pouco recordava ou contava, sobre as músicas em específico, a utente não conseguia dar resposta. No entanto, aquando da 13ª sessão, bastou a P.F. ouvir o início de uma quadra, cantada com a melodia da canção “Oliveirinha da serra”, para logo continuar a cantar sozinha os restantes versos. Durante a sessão, a utente ainda perguntou à estagiária de onde é que ela conhecia as letras, pois no seu entender essas quadras não eram do seu tempo.

Tal como foi anteriormente referido, a P.F. tinha por hábito alisar constantemente o cabelo e estar sempre a repetir a oração do Anjinho da Guarda. À medida que o número de sessões foi aumentando, verificou-se que esses comportamentos passaram a ser menos frequentes e que a utente apenas dizia a oração, durante os momentos instrumentais ou quando estava demasiado ansiosa. Na 17ª sessão a estagiária decidiu continuar a trabalhar a melodia da canção da “Oliveirinha da serra” para ver se a P.F. conseguia improvisar à volta do tema, mas a senhora resistiu e não entrou na improvisação. Como a utente não aderiu à atividade proposta, a estagiária decidiu tentar improvisar uma melodia para a oração do Anjinho da Guarda, em conjunto com a utente, para ver como reagia e se conseguia “desformatar” o que já estava enraizado. Curiosamente a P.F. respondeu de forma positiva a este desafio, tendo colaborado na improvisação de uma melodia e cantado com a estagiária a canção resultante.

Até ao final da intervenção, a P.F. nunca esqueceu as palavras da oração e memorizou a melodia utilizada para a mesma. Além disso, deixou de dizer a oração do “Anjinho da Guarda” durante as sessões, passando apenas a cantá-la quando lhe era pedido. Deste modo,

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

foi possível verificar que apesar da memória deteriorada, a utente conseguia recordar de uma semana para a outra.

Ao longo do processo terapêutico, a estagiária estabeleceu alguns contactos com a filha da P.F., através dos quais teve oportunidade de recolher dados sobre o percurso de vida da utente e a sua Identidade Sonora (ISO), os quais foram incorporados nas sessões e resultaram numa maior flexibilidade na produção musical da P.F..

Uma das canções referida pela filha foi a canção “Saudades da minha casinha” que a estagiária decidiu aplicar na 20ª sessão.

Ao ver a facilidade e a rapidez com que a P.F. se lembrou e cantou uma estrofe completa, do princípio ao fim sem se esquecer de uma palavra que fosse, a estagiária concluiu que é realmente importante fazer o levantamento dos gostos musicais de cada utente e da sua identidade sonora musical (ISO).

No início da última sessão, a estagiária perguntou à utente se lembrava dela ou se alguma vez a tinha visto, ao que ela respondeu que não. Depois perguntou-lhe se alguma vez tinham cantado juntas, ao que a utente respondeu imediatamente: “Isso sim, na semana passada, a do Anjinho da Guarda e A minha casinha”.

Apesar da doença, a P.F. manifestou interesse em explorar instrumentos, apreciou escutar o som da guitarra e revelou gostar muito de cantar, ainda que nunca tenha tomado a iniciativa de o fazer livre e espontaneamente.

A utente revelou ser bastante afinada, cantou dentro do tom, tolerando mudanças de andamento, altura e ritmo, preenchendo espaços deixados em branco, ou frases até ao final, o que demonstra alguma sensibilidade musical. Demonstrou também bastante criatividade, pois quando não se lembrava da letra original da canção, conseguia dizer palavras que, embora não fossem as corretas, estavam de alguma forma relacionadas com as anteriores ou rimavam com elas. Embora começasse sempre por responder que não, a P. F. aderiu com gosto às

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

atividades musicais propostas, reproduzindo corretamente melodias e padrões. A estagiária considera que, de um modo geral, a intervenção em musicoterapia com a P.F. teve resultados muito positivos. Foi possível observar que à medida que as sessões iam avançando, a utente ficava cada vez mais descontraída e, mesmo de forma inconsciente, os seus comportamentos iam-se alterando, o processo de recuperação da memória progredindo e dando resultados. A utente manifestava mais facilidade em recordar e esse processo era cada vez mais rápido e espontâneo, o que é possível comprovar através da análise do processo terapêutico.

Conclusão do estudo de caso. Tendo em conta a dinâmica da intervenção e os progressos registados (grelha de observação inicial (anexo K) e grelha de observação final (anexo L)) é de realçar que apesar de esses progressos terem sido mais notórios no seio da relação terapêutica estabelecida, também se verificaram em contexto extra sessão, aquando da presença da P.F. na sala de convívio, onde se revelou mais comunicativa e desperta para o que se passava à sua volta. Através da análise dos dados observados pode-se afirmar que os objectivos foram alcançados, pelo menos em contexto terapêutico, onde foi possível observar a expressão musical e pessoal da utente no decorrer de cada sessão. Neste sentido, seria pertinente dar continuidade a esta intervenção, promovendo actividades que possam ir ao encontro dos mesmos objetivos terapêuticos.

Outras intervenções

Além dos estudos de caso anteriormente apresentados, foram ainda efectuadas mais oito intervenções individuais com utentes do Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, durante o período em que decorreu este estágio.

Caso – L.C.

A L.C. é uma senhora de 93 anos, casada, com dois filhos, que entrou com o seu marido no Lar de Idosos, no dia 2 de abril de 2007.

Na altura em que foi realizado este estágio, a utente estava sozinha num quarto duplo, durante todo o dia, mas à noite tinha a companhia de uma senhora que residia no mesmo quarto. A L.C. encontrava-se a maior parte do tempo com os olhos fechados e com uma respiração muito ofegante, devido a vários problemas respiratórios. Ao longo de todo o processo terapêutico foram realizadas dezassete sessões desenvolvidas, maioritariamente, com base na atividade da escuta musical. No decorrer das sessões a estagiária cantava, tocava e recriava canções, junto da cama da senhora, e sempre atenta às suas reações. Em determinado momento, apercebeu-se de algumas mudanças no comportamento da L.C. que lhe pareceu mais presente e atenta ao que ela estava a fazer, pois começou a apresentar uma respiração mais controlada e deixou de tossir durante toda a sessão, tossindo apenas quando a estagiária parava de tocar e cantar. Através destas alterações, a estagiária interpretou este comportamento como que uma percepção por parte da utente em relação à sua presença e a todo o processo musicoterapêutico. A estagiária observou, também, que a utente murmurava algumas palavras aquando da apresentação da canção do “Anjinho da Guarda”. Na última sessão, quando foi informada de que as sessões iriam terminar, a L.C. levantou a cabeça e abriu os olhos como se estivesse à procura da fonte sonora. Tais acontecimentos marcaram a intervenção realizada com a L.C., e através destas alterações a estagiária entende que apesar de todas as limitações sentidas devido ao estado em que a utente se encontrava, esta

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

compreendeu, aceitou e participou na intervenção musicoterapêutica. Do ponto de vista terapêutico a L.C. acabou por apresentar algumas melhoras a nível da interacção e do estabelecimento da relação.

Caso – A.F.

A A.F., viúva, com 94 anos e 2 filhos, deu entrada no Lar da Santa Casa, no dia 1 de Março de 2007, após ter sofrido um AVC.

No início deste estágio, em outubro 2012, a estagiária deparou-se com uma senhora acamada, com alimentação por sonda nasogástrica, que não falava e tinha um olhar perdido. Era capaz de manter o contacto ocular, mas por pouco tempo, e acabava sempre por adormecer. Foram realizadas doze sessões com a A.F, podendo considerar-se dois períodos completamente distintos: um antes do internamento, o outro depois do internamento. Nas sessões realizadas antes do internamento, a utente apresentou sempre uma postura pouco reativa, pois não falava nem se mexia e mantinha pouco contacto ocular. Embora conseguisse manter atenção à canção do “olá” e abrisse muito os olhos em canções como a “Oliveirinha da serra” e o “Alecrim”, depois das duas primeiras canções, a senhora relaxava e acabava por adormecer. A estagiária depreende através dos dados anteriormente referidos que a utente conhecia as canções e que as mesmas eram do seu agrado e a ajudavam a descontraír. Depois das primeiras quatro sessões, a A.F. fez outro AVC e foi internada no hospital durante cerca de quatro semanas. Quando regressou ao Lar, vinha a falar e muito bem-disposta, já não era alimentada através da sonda nasogástrica, mas continuava acamada, apesar de fazer levantar. Nas sessões realizadas após o internamento, a dona A.F. prestava muita atenção e mantinha o contacto ocular a tempo inteiro. Demonstrava e verbalizava (quando questionada) gostar muito do trabalho desenvolvido durante as sessões e pedia frequentemente à estagiária que cantasse algumas canções da sua preferência, acabando sempre por justificar o seu pedido, explicando o quanto as mesmas significavam para si. Apesar da satisfação manifestada, a

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

senhora limitava-se a ouvir e não participava. Terapeuticamente esta utente teve uma evolução positiva, no que diz respeito à musicoterapia, pois melhorou a nível da comunicação e da expressão emocional.

Caso – A.A.

A A.A. é casada e tem três filhas. Com 84 anos, encontra-se numa cadeira de rodas desde 2012, devido a um AVC, tendo também perdido a capacidade de comunicar através da fala. Deu entrada no Lar da Santa Casa, no dia 1 de Setembro de 2011, esta utente não falava mas tinha um olhar muito expressivo.

No que diz respeito ao processo musicoterapêutico, foram realizadas quinze sessões com a A.A.. Esta apresentou sempre uma postura muito interessada, de quem gostava do que ouvia e queria fazer mais. Tais fatos eram facilmente justificáveis através da postura da utente na sessão, sempre de olhos muito abertos a olhar para a estagiária e com uma constante abanar de pés aquando músicas cantadas. Apesar de estar numa cadeira de rodas e de todas as dificuldades de motricidade, a dona A.A. mexia bem as duas mãos e os pés, daí que se tenham usado instrumentos musicais desde a primeira sessão. Assim, enquanto a estagiária tocava guitarra e cantava, ela utilizava os instrumentos de percussão para acompanhar o ritmo. Por vezes não conseguia, mas outras vezes era capaz de produzir momentos de plena sintonia. A partir da análise dos primeiros vídeos, a estagiária percebeu que esta utente movimentava muito bem os pés, melhor até do que as mãos. Então pensou que seria interessante experimentar um instrumento de percussão em que a senhora utilizasse os pés. Assim, adaptou um pedal de bateria a uma pandeireta e experimentou o novo instrumento na 6ª sessão. A senhora ficou muito curiosa em relação à utilização deste instrumento e respondeu muito bem à produção de actividades, apesar de não conseguir executar alguns ritmos. Inicialmente a A.A. tinha uma postura bastante agitada e ansiosa, mas à medida que as sessões foram decorrendo essa agitação foi diminuindo, sendo que no final

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

da intervenção a utente apresentava uma atitude bem mais calma. De um modo geral, a dona A.A. mostrou-se sempre disponível para explorar instrumentos e para participar nas actividades, apesar das suas limitações. Em relação à musicoterapia, esta intervenção permitiu trabalhar com a utente a sua ansiedade, motricidade e comunicação não-verbal.

Caso – A.R.

Aos 88 anos e viúva, a A.R. entrou para o Lar de Idosos, no dia 15 de Março de 2007.

No plano da musicoterapia foram realizadas vinte e uma sessões com esta utente, ao longo das quais a senhora revelou uma grande capacidade de observação e de relaxamento. Na maior parte das sessões a utente acabava por adormecer, mas enquanto estava acordada mantinha sempre contacto ocular e batia o pé ao ritmo da música. Aparentava um ar descontraído, de quem gostava de usufruir do que estava a acontecer, o que era fácil de comprovar pelo seu comportamento e postura ao longo da sessão. Nos dias em que estava mais agitada, quando a estagiária entrava na sala, parecia que ela acalmava e ficava com uma expressão mais serena no rosto, tendo a estagiária interpretado este comportamento enquanto compreensão da utente pelo que ia suceder. As sessões realizadas com esta utente foram basicamente de escuta musical. Após um período de doença, a dona A.R. acabou por ficar, de forma geral, bastante abatida e mais ansiosa, no entanto, em contexto de sessão a partir do momento em que se cantava a “Canção do olá” ela acalmava e controlava a respiração ofegante tão característica da sua pessoa. No desenrolar deste processo terapêutico foram realizadas atividades em prol de objectivos como: interacção, relação e diminuição de comportamentos ansiosos.

Caso –F.M.

Viúva, nascida em Lisboa, com 77 anos de idade e 1 filho, a F.M. tem um diagnóstico de Parkinson. Entrou no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém com o seu marido, no dia 15 de Janeiro de 2007.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

No que diz respeito à intervenção realizada com a utente designada, esta foi uma intervenção de musicoterapia mais direcionada para a conversação, isto porque a utente sentia bastante necessidade de falar. Apesar de as sessões enveredarem quase sempre por um caminho mais verbal, todas elas eram iniciadas com a canção do “olá”, e para o final as mesmas eram seguidas de várias canções escolhidas pela F.M., que se fazia sempre acompanhar por um livro de canções. Depois de cantar as canções escolhidas, a senhora explicava cantando ou declamando o porquê da escolha daquela canção, assim como o que ela significava para si. Enquanto a estagiária tocava guitarra, a utente tocava instrumentos de percussão. Foi uma intervenção que começou tarde a funcionar a nível da musicoterapia, no entanto, provavelmente, se houvesse mais tempo, tinha tudo para ser uma intervenção de sucesso, uma vez que a utente tinha facilidade e capacidade de se expressar musicalmente, quando focada e orientada para tal. Apesar de todos os obstáculos que foi preciso ultrapassar, este foi um caso em que se conseguiu trabalhar mais ao nível da expressão emocional, do auto-reconhecimento e da auto-valorização.

Caso – M.J.

M. J. é um homem viúvo que deu entrada na instituição no dia 16 de Janeiro de 2007. Um AVC deixou este utente numa cadeira de rodas. Pai de 4 filhas e de 1 filho, o utente conta com visitas regulares. Resmungão, e por vezes mal-educado, o M. J. faz levante com frequência. Foi encaminhado para a musicoterapia com o propósito de tentar diminuir o seu comportamento agressivo.

No âmbito da intervenção musicoterapêutica foram realizadas vinte e três sessões com este utente. Na altura em que se efetivou o processo de anamnese, verificou-se que o utente tocou clarinete numa banda durante alguns anos. De acordo com esta informação, as sessões de musicoterapia desenvolveram-se à base da recriação musical, com instrumentos, que este facilmente identificava e manipulava, apesar das dificuldades que tinha em conseguir

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

produzir alguns ritmos, devido às dificuldades de motricidade que este apresentava, já resultado da idade e consequências do AVC sofrido. Normalmente o M.J. ouvia as canções, cantava e tocava. Mas em algumas sessões, quando o senhor estava mais desmotivado, dizia que só queria ficar a ouvir, nesses momentos olhava para a estagiária e para a guitarra como se estivesse a divagar nos seus pensamentos. De poucas palavras e com falta de vontade nas sessões iniciais, o M.J. acabou por se revelar uma pessoa bem-disposta, participativo, disponível e muito recetivo às actividades propostas nas sessões. Do ponto de vista terapêutico, foi um caso de sucesso no que concerne à melhoria da comunicação, da relação/interacção e da adequação de comportamentos. A afirmação das várias melhorias apresentadas pelo M.J. eram facilmente comprovadas em contexto de sessão, isto porque quando este vinha para as sessões o seu comportamento era completamente diferente do comportamento deste na sala de convívio. Neste espaço, o seu espaço, o utente estava tranquilo, participava e cantava, suspirando várias vezes ao longo da sessão como se estivesse tranquilo e protegido naquele espaço. Enquanto que em contexto de sala o utente apresentava um olhar desconfiado e por vezes ansioso e amedrontado, neste espaço o utente olhava fixamente a estagiária e por vezes esboçava um sorriso, dando a entender o quão confortável e seguro se sentia neste espaço, em comparação com o seu comportamento na sala.

Caso – T.O.

O T.O., 72 anos, deu entrada no Lar de Idosos da Santa Casa, no dia 5 de Julho de 2010, por motivo de doença degenerativa, já anteriormente mencionada, que o impediu de ficar em casa, devido à falta de condições da mulher para continuar a cuidar dele. No que respeita à intervenção musicoterapêutica, o T.O. esteve sempre muito pouco recetivo, mostrando um olhar vazio de quem não está no momento. Foi uma intervenção implementada a partir da escuta musical, sem grandes resultados, uma vez que o utente acabou por adormecer na maioria das sessões. Foram realizadas dezanove sessões, no decorrer das quais se trabalhou

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

em prol da diminuição de comportamentos ansiosos, sendo que em algumas sessões tais objectivos foram alcançados, mas não sendo possível afirmar que foram alcançados de forma geral.

Caso – A.S.

A A.S., viúva, com 98 anos, entrou com o seu marido no Lar da Santa Casa da Misericórdia, no dia 16 de Abril de 2009. Na altura em que foi realizado o estágio, a utente encontrava-se acamada e no que refere à intervenção musicoterapêutica a A.S. teve sempre uma postura muito passiva, não mostrando qualquer tipo de reacção. A intervenção realizada com esta utente decorreu de dezembro de 2012 a janeiro de 2013, com periodicidade semanal, tendo-se realizado apenas cinco sessões, uma vez que a senhora adoeceu e acabou por falecer no início de 2013.

A estagiária considera que, de uma forma geral, houve evolução em todos os casos intervencionados, dentro dos objectivos propostos e das possibilidades de cada um. De forma a melhorar e ou manter as competências e capacidades trabalhadas, o ideal seria continuar a desenvolver um trabalho a nível das seguintes áreas: comunicação, relação interpessoal, memória e auto-expressão.

Conclusão e Discussão

O estágio académico de musicoterapia, realizado no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém, foi desenvolvido em *setting* individual com 10 utentes residentes neste Lar e teve a duração de nove meses. Este relatório pretendeu descrever, de forma objetiva e clara, não só o modo como o estágio se desenrolou, mas também a experiência em musicoterapia, na qual se procurou adotar uma postura profissional e responsável.

No que diz respeito ao impacto da musicoterapia junto dos utentes do Lar, concluiu-se que não foi novidade pois estes já tinham tido um primeiro contato, no ano anterior. Deste modo, verificou-se uma boa receptividade à estagiária e à intervenção musicoterapêutica, quer por parte dos utentes, quer por parte de toda a equipa técnica.

A presença da estagiária na Instituição teve um impacto positivo e acabou por complementar as suas opções terapêuticas, através da intervenção pela música, com abordagens não-verbais, e da exploração do potencial terapêutico da mesma.

Do ponto de vista das famílias, foi possível observar uma certa admiração quando tomavam conhecimento de que os seus familiares se encontravam a frequentar sessões de musicoterapia, principalmente, quando eram confrontados com os resultados dos mesmos ao longo das sessões.

É de realçar que os registos de vídeo resultantes das várias intervenções realizadas foram disponibilizados ao Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém e aos familiares dos utentes, quando solicitados. Independentemente dos aspectos terapêuticos desenvolvidos e ativados durante o processo musicoterapêutico, este registo ficará como uma lembrança (sonoro-afectiva) do potencial de cada um.

Com a realização deste estágio a Instituição e os seus utentes, usufruíram de um método adicional de intervenção nas diferentes áreas-problema onde o Musicoterapeuta pode intervir,

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

contribuindo assim para colmatar algumas das dificuldades em providenciar apoio terapêutico aos idosos.

Como foi referido no enquadramento teórico, a população alvo abrangida neste estágio, os idosos, têm uma série de comprometimentos em vários aspetos das suas vidas, sendo um deles, a dificuldade de comunicação. A aplicação da Musicoterapia ao idoso pode ajudar a colmatar essa lacuna, uma vez que a abertura de canais de comunicação é um dos seus principais objectivos. Esta terapia permite que o idoso expresse emoções e sentimentos, conforme as suas potencialidades musicais, através de instrumentos musicais, da voz e até do próprio corpo, sem se preocupar com questões de estética, uma vez que para o musicoterapeuta, o importante neste tipo de intervenção é o produto musical resultante do trabalho realizado pelo idoso e a comunicação que se estabelece na relação.

De acordo com a população alvo, os objetivos propostos neste estágio estavam muito relacionados com a manutenção e melhoria de competências, tendo em conta cada utente e as suas necessidades. Esses objetivos passavam por melhorar e/ou manter competências cognitivas/pessoais/sociais, diminuir estados de confusão mental, melhorar a capacidade de atenção e de orientação, estimular a memória, através do contato com a música e com as suas potencialidades (recordações/memórias, histórias de vida, e nalguns casos, criatividade) Tendo em conta estes fatores, é possível considerar que, de um modo geral, os objetivos foram alcançados e tal pode constatar-se através da visualização das sessões realizadas, onde é possível observar uma crescente evolução de cada um dos utentes que foram acompanhados, bem como das suas capacidades expressivas e relacionais. No entanto, existiram casos em que os benefícios não foram tão visíveis, o que pode estar relacionado com o curto período de intervenção e com o estado avançado de deterioração e/ou da doença do utente.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Embora não tenham sido elaborados planos terapêuticos formais, e não tenha havido o uso de instrumentos que concedessem dados mais objectivos de terapia, houve sempre uma reflexão continuada sobre o processo de intervenção e sobre as possibilidades de intervir com eficácia em cada situação.

Após este estágio, tendo em conta a análise dos resultados e dos registos das sessões, bem como o fato de os objetivos terem sido atingidos, foi possível verificar os benefícios do uso da recriação musical e da construção de canções, na intervenção musicoterapêutica, assim como as possibilidades de intervenção em diferentes patologias. Pois, apesar dos estudos de caso apresentados neste relatório terem recaído sobre a Doença de Alzheimer, outras intervenções foram realizadas, com outros utentes, e com outros diagnósticos, sendo que os dados obtidos corroboram a literatura no que diz respeito à eficácia da Musicoterapia em diferentes áreas-problema.

Em modo conclusão constatou-se que, durante alguns meses, a musicoterapia passou a fazer parte integrante da rotina do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém e que os idosos intervenientes neste processo demonstraram, de facto, interesse pela música e pelas atividades realizadas nas sessões. Confirmou-se também que a relação estabelecida entre os utentes e a musicoterapeuta foi um fator fundamental para a mudança. Pelo exposto, seria importante que este estágio marcasse apenas o início de um trabalho que deve ser desenvolvido com alguma regularidade, para que os utentes possam continuar a evoluir e não se perca o que já foi conquistado e os resultados que se atingiram, seja através da musicoterapia, seja através de outra qualquer terapia expressiva.

A realização deste estágio permitiu não só colocar em prática a teoria aprendida no primeiro ano de mestrado e recolhida na revisão de literatura efetuada, mas também, analisar e perceber os benefícios da intervenção musicoterapêutica com idosos.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Os vários autores referenciados no enquadramento teórico são consensuais em relação aos benefícios da intervenção musicoterapêutica com idosos e defendem que esta tem um papel fundamental no desenvolvimento social, na abertura de canais de comunicação, na manutenção de capacidades físicas e cognitivas. Tal foi observado na maior parte das sessões realizadas durante este estágio, tendo em conta a evolução nas áreas analisadas, consoante as capacidades de cada um.

Após a observação das filmagens realizadas ao longo de todo o estágio com os 10 casos intervencionados e análise das grelhas de observação, é possível concluir que tal como defende Landrino et al. (2006), cada indivíduo é único, com características únicas, exteriorizando de forma muito própria a sua vontade.

Ao longo do estágio foi relevante o levantamento dos gostos e preferências do utente para o estabelecimento da relação musicoterapeuta-utente, daí a importância da elaboração da ficha de anamnese e do levantamento da Identidade Sonoro-musical (ISO) de cada um, tal como defende Benezon (1988).

O trabalho realizado permitiu observar que, apesar dos diferentes diagnósticos, os utentes manifestam dificuldades comuns, nomeadamente ao nível da comunicação, memória, atenção, relação, expressão emocional, níveis de ansiedade, motricidade e capacidades cognitivas, não só devidas à patologia, mas também associadas a toda a deterioração relacionada com processo de envelhecimento, o que corrobora a teoria de Lima (2010).

A capacidade da música evocar sentimentos e reações, defendida por Bruscia (1998), foi comprovada pelos resultados apresentados neste trabalho, através de um aumento dos sinais evolutivos da comunicação e da expressão emocional, principalmente, não-verbal dos utentes. Foram visíveis também melhorias no que diz respeito à memória, à atenção e níveis de ansiedade, tendo em conta a forma como os utentes reagiram ao longo de toda a intervenção musicoterapêutica.

Reflexão

De uma forma geral, este Mestrado em Musicoterapia superou as minhas expectativas e revelou-se uma das melhores experiências por mim vividas até hoje. Apesar do início ter sido marcado pelo medo, pelo nervosismo e por alguma desorientação em relação ao que ia fazer, e como devia fazer. Toda esta insegurança devia-se em parte à quase inexistência de relação profissional com a música, mas a paixão pela área social e pela música fez com que arriscasse e tentasse a minha sorte, apesar de todas as dificuldades que sentia. Pois se a música tem tanto significado para mim, se é tão poderosa e facilitadora em determinados processos, como poderia eu usar os benefícios que ocorrem através da influência da música na minha vida profissional? Foi a partir destas questões que surgiu o interesse pela Musicoterapia, assim como a vontade de aprender para saber fazer, e poder trabalhar nesta área.

A formação musical foi sem dúvida a que exigiu mais empenho e dedicação, mas foi também a área em que se observou maior crescimento e consolidação. No entanto, considero que devo continuar a investir nesta área de formação, muito importante para o meu percurso como musicoterapeuta. Ao longo deste mestrado houve ainda crescimento e desenvolvimento em todas as áreas, nomeadamente: psicologia e psicopatologia. Em todas elas deverei continuar a aprofundar conhecimentos, com objectivo de melhorar o meu desempenho profissional e evoluir a nível da compreensão do outro.

Este processo de crescimento e evolução teve continuidade no estágio, que foi sem dúvida uma experiência muito enriquecedora, de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Foi um percurso longo, que ainda não está terminado, pois ainda agora comecei a dar os primeiros passos neste mundo, que é a Musicoterapia, e que tem muito para descobrir.

O estágio proporcionou o contato direto com a realidade, onde a aceitação da mesma contrastava com a utopia de querer mudar o mundo, ao mesmo tempo que apresentava uma

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

alternativa para essa mudança, através de um método de trabalho incrível e muito agradável, para o musicoterapeuta e para os utentes que este acompanha. Foi um processo de passagem da teoria à prática, que teve um início bastante desprotegido, dado que não existia no local de estágio um orientador da área da Musicoterapia, o que fez com que eu, enquanto estagiária tivesse que explicar a técnicos, auxiliares, utentes e familiares o que era a musicoterapia e quais os seus objetivos. Tive ainda que recorrer a tudo o que aprendemos no ano anterior e recordar as orientações dadas pela Professora Dra. Teresa Leite nas aulas de orientação do estágio.

Foi bastante complicada a fase de arranque e de integração, mas mais difícil, ainda, foi a fase de implementação, com a qual se concretizava tudo o que tinha aprendido no último ano. Não foi uma fase fácil, pois a ela estavam associados o medo de falhar, a falta de confiança e a ansiedade. No entanto, à medida que fui criando relação com os utentes, que os fui conhecendo, e fui conhecendo os seus gostos e as suas reações, fui também trabalhando o meu “eu” enquanto musicoterapeuta, fui ganhando confiança não só no processo terapêutico e nos utentes com quem estava, mas também em mim enquanto profissional. Com falhas e inseguranças, mas em processo de construção.

Neste estágio tive o privilégio de me cruzar com pessoas fantásticas e como é óbvio desenvolvi um carinho e um respeito muito grande por todos os utentes com quem me cruzei, em especial com os que trabalhei, e com técnicos e auxiliares da instituição.

Este processo foi de completa aprendizagem, onde foi possível observar o poder da música e a relação com o outro num só mundo, o da Musicoterapia.

Quero agradecer aos Técnicos, Auxiliares e Utentes com os quais aprendi, não só profissionalmente, mas também pessoalmente, agradecer a oportunidade, por terem aceitado e permitido a realização deste estágio na “sua casa” e por me terem ajudado a crescer.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Foi uma experiência que nunca esquecerei, que serviu para ter a certeza de que a Musicoterapia fez, faz e fará parte do meu projeto de vida profissional, que pretendo continuar a desenvolver.

Referências

- Aldridge, D. (2000). *Music Therapy in Dementia Care*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM – IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baker, F. & Wigram, T. (Eds.). (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. Caldas & A. Mendonça (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal (27-40)*. Lisboa: Lidel.
- Bayles, K.A. & Kasniack, A.M. (1987). *Communication and cognition in normal aging and dementia*. Londres: Tylorand Francis.
- Benezon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo: Summus.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.
- Birren, J.E. & Cunningham, W.R. (1985). Research on the psychological of ageing: Principles, concepts and theory. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds), *Handbook of the Psychology of Aging (2nd ed.)* (5-45). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Il Charles C. Thomas Publications.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Cardão, S. (2009). O idoso institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cunha, R. (1999). *Musicoterapia na abordagem do idoso*. Monografia de especialização, Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil.
- Davies, P. (1995). Comunicação não-verbal com doentes. In *Revista Nursing*, 87 (8).

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Dias, F.N. (2001). *Sistemas de comunicação, de cultura e de conhecimento – um olhar sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.

Duleba, D. & Nunes, T. R. (2006). Quando eu soltar a minha voz: Propostas para ampliar um olhar musicoterápico. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, X (8), 42-54.

Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes*. Porto Editora: Porto

Fernandes, J.M.M.B.L. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

Fernandez, N.Y. (2007). Prevención de las necesidades educativas especiales. In *Evaluación y diagnóstico*. La Habana: Editorial Deportes

Filho, L.A.M., Brandão, M.R.E., & Millecco, R.P. (2001). *É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções*. Rio de Janeiro: Enelivros.

Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação - da conceção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.

Furnham, A. (2001). *Linguagem corporal no trabalho*. São Paulo: Ed. Nobel.

Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. In A. Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (121-148). Lisboa: Lidel.

Hamel, N. (2006). Musicoterapia: A escuta terapêutica da linguagem musical. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, X (8), 66-77.

Hernández, L.A.M., Marcos, M.T.M., & Corral, B.S.R. (2012). *Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas com Alzheimer y otras demências*. Madrid:

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

IMSERSO.

Hortelão, A. P. S. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*.

Dissertação de Mestrado, Univesidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.

Juncos, O. (2006). *Psicologia de la vejez*. Madrid: Alizaneditorial.

Landrino, N., Assumpção, M. T. V., & Souza, M. G. C. (2006). Musicoterapia Clínica e sua atuação na casa gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes. In *O desafio multidisciplinar: um modelo de instituição de longa permanência para idosos*. São Caetano do Sul: Editora Yendis.

Langer, S. (1971). *Filosofia em nova chave: um estudo do simbolismo da razão, rito e arte*. São Paulo: Perspetiva.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusociência.

Leal, F. (2001). *Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Edição Sinais Vitais.

Lima, M.P. (2010). *Envelhecimento(s): Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Loureiro, C.M.V. (2009). *Efeitos da musicoterapia na qualidade de vida visual de portadores de Neurite óptica desmielinizante*. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, Brasil.

Martins, N. (2007). *Envelhecimento e iniquidades na saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, Portugal.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Minayo, M.C.S. (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Monteiro, A.C. (2006). *Fundamentos de comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo

Moscovici, F. (1989). *Desenvolvimento Interpessoal*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: Lidel.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Geneva: OMS

Organização Mundial de Saúde, (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Nova conceção nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Paúl, C.; (1991). Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social. In *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, pp. 275-287.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pinson, J. (2013). *Involving Senior Citizens in Group Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Pollack, N.J. & Namazi, K.H. (1992). The effect of music participation on the social behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 29, 54–67.

Pordata – Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Retirado a 12 de Abril de 2013 de www.pordata.pt

Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 543-557.

Rector, M. & Trinta, A.R. (2003). *Comunicação do Corpo*. São Paulo: Editora Ática.

Reis, F. & Rodrigues, V. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Ribeiro, L.O., Ferreira, R.R., & Lima, M.P. (2012). *PositivIDADE: intervenção com pessoas idosas*. Lisboa: Impulso Positivo.

Rogers, E.M., & Steinfatt (1999) *Intercultural communication*. Illinois: Waveland Press, Inc.

Rosa, M. (1993). *Psicologia Evolutiva: psicologia da idade adulta*. Petrópoles: Vozes.

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus.

Sampaio, R. T. (2002). Música e Comunicação: Reflexões sobre a biologia do Conhecer e a Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, V (6), 39-51.

Sacks, O. (2007). *Musicofilia: histórias sobre a música e o cérebro*. Lisboa: Relógio D'Água.

Sayeg, N. & Gorzoni, M. (1993). Doença de Alzheimer. In *Revista Brasileira de Medicina*, 50 (11).

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família* (2ª edição). Porto: Ambar.

Souza, M.G.C. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Spar, E.J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Climepsi Editores.

Suess, L. (2008). *Still a Minstrel: searching for the soul of music*. Minneapolis: Langdon Street Press.

Tortosa, J. M. (2002). *Psicologia del Envejecimiento*. Espanha: PIRAMIDE.

Tourinho, L.M.C. (1999). *Musicoterapia com o idoso: uma experiência clínica na CGABEG*. Monografia, Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, Brasil

Tourinho, L.M.C. (2012). *Musicoterapia e a terceira idade*. Acedido a 7 de Junho de 2013, em <http://musicaeadoracao.com.br/21771/musicoterapia-e-a-terceira-idade/>

Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Comunicar com o coração: a musicoterapia e o idoso com doença de Alzheimer

Turner, M. A., Moran, N. F., & Kopelman, M. D. (2002). Subcortical dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 148-151. doi: 10.1192/bjp.180.2.148

Valente, J. (2006). Introdução e evolução histórica do conceito de demência. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (343-356). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Von Baranow, A. L. (1999). *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros.

Wessler, R.L. (1996). Terapia de grupo cognitivo-comportamental. In V. E. Caballo, *Manual de técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (721-740). São Paulo: Santos Livraria Editora.

World Federation of Music Therapy (2011). *What is music therapy?* Acedido a 2 de Junho, 2013, em: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html

Zimerman, G.I. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A – Circular Informativa sobre os procedimentos e objetivos de estágio

Anexo B – Consentimento Informado

Anexo C – Ficha de Anamnese

Anexo D – Ficha de Registo da Sessão

Anexo E – Grelha de Observação

Anexo F – Repertório Popular

Anexo G – Ficha de Anamnese da E.S.

Anexo H – Grelha de observação inicial da E.S.

Anexo I – Grelha de observação final da E.S.

Anexo J – Ficha de Anamnese da P.F.

Anexo K – Grelha de observação inicial da P.F.

Anexo L – Grelha de observação final da P.F.

A todos aqueles que acreditaram em mim...

Agradecimentos

Um sincero agradecimento à Professora Doutora Teresa Leite, orientadora de estágio na Universidade Lusfada de Lisboa pelas dicas, pelo apoio e pela motivação ao longo de todo este percurso académico e na realização deste trabalho.

O meu agradecimento à Instituição da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém pela oportunidade de realizar o estágio na Estrutura Residencial para Idosos.

À Dra. Diana Silva, Psicóloga, orientadora de estágio na Santa Casa, pelo apoio e pela partilha. Aos restantes Técnicos e aos auxiliares, em especial à Sandra Santos, pela paciência, pelos bons momentos e pela confiança.

Um sentido agradecimento aos meus Pais, em especial à minha Mãe por toda a ajuda. E a todos os amigos que acreditaram e confiaram em mim, por levar este novo projeto de vida para a frente. Em especial à Ana Esperança pelas viagens, pela partilha, pela paciência e pela alegria.

E por último, uma muito obrigada a todos os utentes envolvidos nesta intervenção, com especial atenção e carinho para a E.S. e P.F. Obrigada por tudo o que me ensinaram.

*“Não existiria música nem a necessidade da sua
existência, se fosse possível comunicar verbalmente
aquilo que facilmente comunicamos musicalmente”*

Gaston, 1968

Resumo

O relatório aqui apresentado pretende ser uma descrição e reflexão do estágio curricular realizado, no âmbito do Mestrado em Musicoterapia, no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém. O estágio teve a duração de nove meses e as intervenções musicoterapêuticas foram implementadas ao longo de sete meses. Neste trabalho dá-se especial atenção a dois estudos de caso realizados com duas senhoras internadas no Lar de Idosos supracitado e ambas com um diagnóstico de Doença de Alzheimer, uma com 83 anos e outra com 85 anos. Ao longo destas intervenções foram aplicadas algumas actividades musicoterapêuticas, entre as quais, a improvisação, a construção e a recriação de canções, o canto e a escuta musical. Na análise e reflexão realizadas, abordaram-se questões como o desenvolvimento das dimensões musical, relacional e pessoal, dando especial atenção à fenomenologia da relação e comunicação. Os resultados alcançados, que se revelaram positivos, foram verificados através de uma análise qualitativa atenta e continuada dos dados de observação clínica, que confirmam, em parte, as expectativas apresentadas na literatura. Neste contexto, a Musicoterapia acabou por se revelar um processo que pôs em evidência novas perspetivas sobre os utentes e possibilitou a realização de um trabalho singular, a nível da comunicação facilitado pela fenomenologia não-verbal da criação / relação musical e pessoal.

Palavras-chave: musicoterapia, idosos, alzheimer, comunicação.

Abstract

This paper is a description of and reflection of the internship intervention carried on in the framework of the curriculum of a master's degree in music therapy in Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém. The internship lasted nine months and music therapy interventions were implemented over seven months. This work gives special attention to two case studies with ladies with Alzheimer's diagnosis, one aged 83 and another aged 85. Along these interventions were applied some music therapy activities, including, musical improvisation, re-creating of songs, singing and music listening. The Analysis and reflection addressed topics such as the development of musical dimensions, relational and personal, giving special attention to the phenomenology of relationship and communication. The positive results were verified through a careful analysis of qualitative data and continuous clinical observation, which confirms the expectations presented in the literature. The music therapy turned out to be a process that has highlighted new perspectives on clients and enabled the realization of a singular work, the level of communication facilitated by phenomenology nonverbal creation / musical and personal relationship.

Keywords: music therapy, elderly, Alzheimer's, communication.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Casos intervencionados em contexto individual.....	37
Tabela 2 – Agenda semanal do estágio.....	44
Tabela 3 – Plano Terapêutico individual I.....	53
Tabela 4 – Plano Terapêutico individual II.....	61

Lista de Siglas

AVC – acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

AIT – Acidente Isquémico Transitório

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS – instituição Particular de Solidariedade Social

ISO – Identidade Sonoro-musical

MMSE - Mini Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAP – Serviço de Apoio Permanente

WFMT – World Federation Music Therapy

Índice

Introdução	1
Caracterização do Local de Estágio	3
Caracterização da Instituição	3
Centro de Convívio	3
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).....	4
Serviço de Apoio Permanente (SAP)	4
Gabinete de Apoio ao Familiar e Doente de Alzheimer	5
Estrutura Residencial para Idosos	5
População Alvo	6
Enquadramento Teórico	7
Envelhecimento	7
Envelhecimento Ativo	9
Idoso	10
Idoso Institucionalizado.....	11
Patologias mais comuns nos Idosos	13
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	14
Demência.....	15
Demência Subcortical	17
Demência Cortical.....	17
Doença de Alzheimer	17
Comunicação	19
Comunicação Verbal VS Não-Verbal	20
Comunicação no idoso	21
Comunicação no idoso com Doença de Alzheimer	22
Musicoterapia	23
Técnicas e Atividades Musicoterapêuticas.....	23
Improvisação Musical	24
Recriação Musical	25
Construção de Canções	25
Audição Musical	26
Musicoterapia aplicada a idosos.....	26

Musicoterapia aplicada a idosos com demência	28
Musicoterapia aplicada a idosos com Doença de Alzheimer	29
Musicoterapia e Comunicação	30
Objetivos do Estágio	34
Metodologia	35
Descrição da Amostra	36
Procedimento.....	38
Fase de Observação	39
Fase de Elaboração do Plano Terapêutico.....	40
Fase de Implementação da Intervenção Musicoterapêutica	40
Sessões.....	41
Setting Terapêutico.....	43
Fase de Avaliação.....	43
Agenda Semanal.....	44
Técnicas/Métodos de Musicoterapia utilizados nas sessões	45
Grelhas, escalas e testes aplicados	46
Ficha de Anamnese.....	47
Ficha de Registo de Sessões	48
Grelha de Observação.....	48
Outros projetos realizados	48
Estudos de Caso.....	51
Estudo de Caso I – E.S.	51
Descrição do Sujeito.....	51
Plano Terapêutico	53
Descrição das Sessões	54
Conclusão do Estudo de Caso	57
Estudo de Caso II – P.F.	58
Descrição do Sujeito.....	58
Plano Terapêutico	60
Descrição das Sessões	62
Conclusão do Estudo de Caso	66
Outras Intervenções.....	67

Caso L.C.	67
Caso A.F.	68
Caso A.A.	69
Caso A.R.	70
Caso F.M.	70
Caso M.J.	71
Caso T.O.	72
Caso A.S.	73
Conclusão	74
Reflexão	78
Referências	81
Anexos	87
Lista de Anexos.....	87

Anexo A – Circular Informativa sobre os procedimentos e objetivos de estágio

Circular Informativa sobre os procedimentos e objetivos de estágio

A presente circular serve para informar que durante os próximos meses o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém vai contar com a presença de uma estagiária de Musicoterapia que irá desenvolver actividades com os utentes do nosso Lar.

Estágio de Musicoterapia

A musicoterapia recorre à música e aos seus elementos de forma profissional, para intervir em contexto médico, educacional, em grupo, ou individualmente, mas de uma forma geral, com indivíduos que pretendam otimizar a sua qualidade de vida, melhorar a sua saúde e o seu bem-estar. (WFMT, 2011).

A realização deste estágio pretende melhorar e promover a manutenção de competências sociais, físicas e cognitivas dos utentes do Lar da Santa Casa da Misericórdia, recorrendo para isso, a sessões de musicoterapia individuais ou em grupo. As sessões de musicoterapia irão decorrer semanalmente, ao longo de aproximadamente 10 meses. Nestas sessões irão participar alguns dos utentes do Lar, se assim o desejarem, salvaguardando que todos os dados relativos à identificação dos participantes são confidenciais e o anonimato será mantido.

Neste sentido, para participar neste projeto, basta aceitar e participar de livre vontade no mesmo, ou, no caso dos utentes mais dependentes, a pessoa que os representa legalmente, autorizar a participação do utente que representa nas sessões.

Grata pel'atenção, a estagiária:

Helena Gama

Anexo B – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO

Eu, _____, familiar responsável por _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação Video/Audio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive explicações satisfatórias por parte dos técnicos responsáveis para as questões por mim colocadas acerca deste projecto.

Lisboa, ____ de _____ de _____

Familiar/Responsável,

Assinatura

Nome Legível

Anexo C – Ficha de Anamnese

Nome: _____ **Sexo:** _____

Data de Nascimento: _____ **Idade:** _____

Estado Civil: _____ **Filhos:** _____

Profissão: _____ **Escolaridade:** _____

Data de Institucionalização: _____

Motivo: _____

Patologias: _____

Gosta de Música? _____

Costumava ouvir música? _____

Canções Preferidas? _____

Observações:

Registo da Sessão

NOME: _____

DATA: _____ **Nº DA SESSÃO:** _____

AVALIAÇÃO:

INSTRUMENTOS E CANÇÕES ABORDADAS:

SUMÁRIO DA SESSÃO:

OBSERVAÇÕES:

Anexo E – Grelha de Observação

Nome: _____ Data: _____ Sessão: _____

Categorias	Comportamentos	Avaliação		
		O	OP	NO
<i>Contacto com os instrumentos</i>	Manipula corretamente os instrumentos			
	Apresenta estereotipias			
	Repete frases rítmicas			
	Acompanha mudanças de andamento feitas pela estagiária			
	Reage e imita diferentes intensidades			
	Canta uma música e acompanha com um instrumento			
<i>Motricidade</i>	Revela coordenação motora			
	Apresenta estereotipias motoras			
	Reage à música corporalmente			
<i>Emissão/Expressão vocal</i>	Emite vocalizações simples			
	Apresenta estereotipias vocais			
	Canta canções do seu repertório familiar			
<i>Comunicação</i>	Ouve e orienta-se para o som			
	Revela capacidade de expressão afectiva			
	Revela capacidade de autorregulação através da música			
	Reage a canções do seu repertório familiar			

<i>Comunicação</i>	Imita vocalizações			
	Reage em momentos de silêncio e de pausa			
	Chora			
	Sorri			
<i>Adaptação à mudança</i>	Reage às interrupções musicais			
	Reage a alterações de tonalidade afetiva na música			
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			
	Improvisa			

O – Observável

OP – Observável Parcialmente

NO – Não Observável

Anexo F – Repertório Popular

Letras Recolhidas

O meu amor é Padeiro
Traz a cara enfarinhada
Os beijos sabem a pão
Não quero comer mais nada

O meu amor disse que vinha
Quando a lua lá viesse
A lua já vai tão alta
E o meu amor não aparece

O meu amor é motorista
Trabalha com gasolina
Quando passa à minha porta
Faz pópó toca a buzina

O meu amor vem me ver
Lá para quarta ou quinta-feira
Não posso estar sem o ver
Uma semana inteira

O meu amor disse à mãe
Que me havia de deixar
Primeiro deixe-o eu
Toma lá vai-te gabar

Ó meu amor lá de longe
Tira um dia p'ra me ver
As cartas não valem nada
Para mim que não sei ler

Azeitona miudinha
Apanhada uma a uma
Estes rapazes de agora
Não têm vergonha nenhuma

Quero cantar, ser alegre
Que a tristeza não faz bem
Eu nunca vi a tristeza
Dar de comer a ninguém

Tenho chorado e choro
Tenho razão para tudo
Choro a minha mocidade
Empregada num viúvo

Hei-de cantar, hei-de rir
Hei-de ser mulher alegre
Hei-de mandar a tristeza
Pró diabo que a carregue

Anexo G – Ficha de Anamnese da E.S.

Ficha de Anamnese

Nome: E.S. Sexo: F

Data de Nascimento: 17 de Novembro 1927 Idade: 85

Estado Civil: Casada Filhos: 5

Profissão: Trabalhou no campo Escolaridade: —

Data de Institucionalização: 15 Janeiro 2007

Motivo: Doença

Patologias: Alzheimer

Gosta de Música? "Sim, ela gosta de tudo" - Marido

Costumava ouvir música? As vezes, na rádio muito pouco - Marido

Canções Preferidas? As que se cantavam na apaulha da
ceiteira. "Rama é que Linda Rama"; "Alecriste" - Filha

Observações:

A utente não comunica verbalmente. Neste sentido as
informações foram recolhidas junto do marido,
filha e auxiliares do lar da Santa Casa.

Anexo H – Grelha de observação inicial da E.S.

Nome: E.S.

Data: 4 de janeiro de 2013

Sessão N^o: 3

Categorias	Comportamentos	Avaliação		
		O	OP	NO
<i>Contacto com os instrumentos</i>	Manipula corretamente os instrumentos			X
	Apresenta estereotipias			X
	Repete frases rítmicas			X
	Acompanha mudanças de andamento feitas pela estagiária			X
	Reage e imita diferentes intensidades			X
	Canta uma música e acompanha com um instrumento			X
<i>Motricidade</i>	Revela coordenação motora			X
	Apresenta estereotipias motoras			X
	Reage à música corporalmente			X
<i>Emissão/Expressão vocal</i>	Emite vocalizações simples			X
	Apresenta estereotipias vocais			X
	Canta canções do seu repertório familiar			X
<i>Comunicação</i>	Ouve e orienta-se para o som		X	
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
	Revela capacidade de autorregulação através da música		X	
	Reage a canções do seu repertório familiar		X	

<i>Comunicação</i>	Imita vocalizações			X
	Reage em momentos de silêncio e de pausa		X	
	Chora		X	
	Sorri			X
<i>Adaptação à mudança</i>	Reage às interrupções musicais		X	
	Reage a alterações de tonalidade afetiva na música		X	
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais			X
	Improvisa			X

O – Observável

OP – Observável Parcialmente

NO – Não Observável

Anexo I – Grelha de observação final da E.S.

Nome: E.S. _____

Data: 21 de junho de 2013

Sessão N°: 20

Categorias	Comportamentos	Avaliação		
		O	OP	NO
<i>Contacto com os instrumentos</i>	Manipula corretamente os instrumentos			X
	Apresenta estereotipias			X
	Repete frases rítmicas			X
	Acompanha mudanças de andamento feitas pela estagiária			X
	Reage e imita diferentes intensidades			X
	Canta uma música e acompanha com um instrumento			X
<i>Motricidade</i>	Revela coordenação motora			X
	Apresenta estereotipias motoras			X
	Reage à música corporalmente	X		
<i>Emissão/Expressão vocal</i>	Emite vocalizações simples			X
	Apresenta estereotipias vocais			X
	Canta canções do seu repertório familiar			X
<i>Comunicação</i>	Ouve e orienta-se para o som	X		
	Revela capacidade de expressão afectiva	X		
	Revela capacidade de autorregulação através da música	X		
	Reage a canções do seu repertório familiar	X		

<i>Comunicação</i>	Imita vocalizações	X		
	Reage em momentos de silêncio e de pausa			X
	Chora	X		
	Sorri	X		
<i>Adaptação à mudança</i>	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage a alterações de tonalidade afetiva na música	X		
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais		X	
	Improvisa			X

O – Observável

OP – Observável Parcialmente

NO – Não Observável

Anexo J – Ficha de Anamnese da P.F.

Ficha de Anamnese

Nome: P.F. Sexo: F

Data de Nascimento: 22 de Dezembro 1930 Idade: 82

Estado Civil: Casada Filhos: 2

Profissão: Trabalha no campo Escolaridade: 4ª classe

Data de Institucionalização: 30 Janeiro 2007

Motivo: Doença

Patologias: Alzheimer

Gosta de Música? "Sim, às vezes"

Costumava ouvir música? "Pare" - Muito! Andava sempre a cantar - filha

Canções Preferidas? "Não tenho" / "Oliveirinha da Serra" e todas as músicas do cancioneiro popular - filha

Observações:

Nunca dos primeiros encontros com a filha da utente esta referiu que a mesma sempre gostou de cantar e dançar, bem como toda a família.

Anexo K – Grelha de observação inicial da P.F.

Nome: P.F.

Data: 4 de janeiro de 2013

Sessão N^o: 3

Categorias	Comportamentos	Avaliação		
		O	OP	NO
<i>Contacto com os instrumentos</i>	Manipula corretamente os instrumentos		X	
	Apresenta estereotipias	X		
	Repete frases rítmicas			X
	Acompanha mudanças de andamento feitas pela estagiária			X
	Reage e imita diferentes intensidades			X
	Canta uma música e acompanha com um instrumento		X	
<i>Motricidade</i>	Revela coordenação motora		X	
	Apresenta estereotipias motoras	X		
	Reage à música corporalmente		X	
<i>Emissão/Expressão vocal</i>	Emite vocalizações simples		X	
	Apresenta estereotipias vocais	X		
	Canta canções do seu repertório familiar	X		
<i>Comunicação</i>	Ouve e orienta-se para o som	X		
	Revela capacidade de expressão afectiva		X	
	Revela capacidade de autorregulação através da música		X	
	Reage a canções do seu repertório familiar	X		

<i>Comunicação</i>	Imita vocalizações		X	
	Reage em momentos de silêncio e de pausa	X		
	Chora	X		
	Sorri			X
<i>Adaptação à mudança</i>	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage a alterações de tonalidade afetiva na música		X	
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais		X	
	Improvisa			X

Anexo L – Grelha de observação final da P.F.

Nome: P.F.

Data: 14 de junho de 2013

Sessão N°: 24

Categorias	Comportamentos	Avaliação		
		O	OP	NO
<i>Contacto com os instrumentos</i>	Manipula corretamente os instrumentos		X	
	Apresenta estereotipias	X		
	Repete frases rítmicas		X	
	Acompanha mudanças de andamento feitas pela estagiária		X	
	Reage e imita diferentes intensidades		X	
	Canta uma música e acompanha com um instrumento		X	
<i>Motricidade</i>	Revela coordenação motora		X	
	Apresenta estereotipias motoras	X		
	Reage à música corporalmente	X		
<i>Emissão/Expressão vocal</i>	Emite vocalizações simples	X		
	Apresenta estereotipias vocais		X	
	Canta canções do seu repertório familiar	X		
<i>Comunicação</i>	Ouve e orienta-se para o som	X		
	Revela capacidade de expressão afectiva	X		
	Revela capacidade de autorregulação através da música	X		
	Reage a canções do seu repertório familiar	X		

<i>Comunicação</i>	Imita vocalizações	X		
	Reage em momentos de silêncio e de pausa	X		
	Chora	X		
	Sorri			X
<i>Adaptação à mudança</i>	Reage às interrupções musicais	X		
	Reage a alterações de tonalidade afetiva na música	X		
	Ajusta-se musicalmente às alterações musicais	X		
	Improvisa			X