



Universidades Lusíada

Candeias, Ana Rita Gonçalves, 1986-

Música para a vida : musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados

<http://hdl.handle.net/11067/1899>

Metadados

Data de Publicação	2016-02-15
Resumo	O presente documento constitui a descrição e reflexão do trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Pretende-se examinar o papel da musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados, e as suas repercussões no bem-estar dos idosos de duas estruturas residenciais. Durante cerca de 9 meses, foram intervencionados 60 utentes divididos em 8 grupos terapêuticos. O relatório contempla dois estudos de caso. O primeiro car...
Palavras Chave	Musicoterapia para idosos - Portugal - Setúbal, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Setúbal, Musicoterapia - Prática profissional, Santa Casa da Misericórdia (Santiago do Cacém, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:07:51Z 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

**Música para a vida: musicoterapia aplicada
a idosos institucionalizados**

Realizado por:

Ana Rita Gonçalves Candeias

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr. Rui André da Silva Campos Vargas Esteves

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora:

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

Arguente:

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

Relatório aprovado em:

4 de Fevereiro de 2016

Lisboa

2015



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

**Música para a vida:
musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados**

Ana Rita Gonçalves Candeias

Lisboa

Setembro 2015



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

**Música para a vida:
musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados**

Ana Rita Gonçalves Candeias

Lisboa

Setembro 2015

Ana Rita Gonçalves Candeias

Música para a vida: musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados

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 Maurer

Orientador de estágio: Dr. Rui André da Silva Campos Vargas Esteves

Lisboa

Setembro 2015

Ficha Técnica

Autora Ana Rita Gonçalves Candeias
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientador de estágio Dr. Rui André da Silva Campos Vargas Esteves
Título Música para a vida: musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados
Local Lisboa
Ano 2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CANDEIAS, Ana Rita Gonçalves, 1986-

Música para a vida : musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados / Ana Rita Gonçalves Candeias ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Rui André da Silva Campos Vargas Esteves. - Lisboa : [s.n.], 2015. - 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 - ESTEVES, Rui André da Silva Campos Vargas, 1978-

LCSH

1. Musicoterapia para idosos - Portugal - Setúbal
2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Setúbal
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Santa Casa da Misericórdia (Santiago do Cacém, Portugal) - 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 - Portugal - Setúbal
2. Older people - Institutional care - Portugal - Setúbal
3. Music therapy - Practice
4. Santa Casa da Misericórdia (Santiago do Cacém, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.C36 2015

Aos meus pais

Ao Valter

Obrigada pelo amor incondicional, obrigada por tudo.

Agradecimentos

À minha família, por estar sempre a meu lado em todas as etapas da minha vida;

À Dr^a Teresa Leite por me transmitir a sua vasta sabedoria, e por se revelar sempre disponível;

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam nesta jornada;

Ao meu orientador externo, Dr^o Rui Esteves, por me escutar e apoiar incondicionalmente;

A todos os colaboradores das ERPI Residências do Pinhal e ERPI Santa Maria, em especial à Ana, à Lília, ao Mário, à Catarina, à Filipa, à Joaquina, e à Margarida, por me ajudarem a integrar no vosso espaço, e por me apoiarem sempre;

Ao Tozé por me ceder gentilmente a casa durante o primeiro ano de mestrado;

A todos os meus amigos;

Agradeço acima de tudo aos idosos com quem trabalhei, por me ajudarem a crescer profissionalmente e como ser humano, e por serem os responsáveis pelos meus primeiros passos no mundo da musicoterapia.

Resumo

O presente documento constitui a descrição e reflexão do trabalho realizado no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Pretende-se examinar o papel da musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados, e as suas repercussões no bem-estar dos idosos de duas estruturas residenciais. Durante cerca de 9 meses, foram intervencionados 60 utentes divididos em 8 grupos terapêuticos. O relatório contempla dois estudos de caso. O primeiro caracteriza o processo terapêutico de uma idosa com diagnóstico de doença de Alzheimer, e o segundo caracteriza uma intervenção em grupo terapêutico. Em ambos os casos foram atingidos com sucesso os objetivos traçados no plano terapêutico. Na globalidade, o impacto que a musicoterapia teve nos idosos foi muito positivo, quer do ponto de vista físico e mental.

Palavras-chave: *musicoterapia; idoso; lares; demência.*

Abstract

The following document constitutes the description and reflection of the work done within the intership of the Master's degree in music therapy in Lusíada University of Lisbon. It is intended to examine the role of music therapy and its impact on institutionalized elderly living in two nursing homes. For about nine months, 60 users were intervened and divided into 8 treatment groups. This report contains two case studies. The first characterizes the therapeutic process of an old woman with a diagnosis of Alzheimer's disease, and the second characterizes an intervention in a therapeutic group. In both cases the outlined objectives were successfully achieved in the treatment plan. Overall, the impact that music therapy had on the elderly was very positive, both in the physical and mental point of view.

Keywords: *music therapy; elderly; nursing homes; dementia.*

Lista de tabelas

Tabela 1 – Grupo A.....	60
Tabela 2 – Grupo B.....	61
Tabela 3 – Grupo C.....	62
Tabela 4 – Grupo D.....	63
Tabela 5 – Grupo E.....	65
Tabela 6 – Grupo F.....	66
Tabela 7 – Grupo G.....	67
Tabela 8 – Grupo H.....	68
Tabela 9 – Agenda semanal.....	83
Tabela 10 – Plano terapêutico da utente I.C.....	86
Tabela 11 – Plano terapêutico do grupo D.....	104

Sumário

Introdução.....	11
Caracterização da instituição	12
Caracterização da população alvo.....	14
Enquadramento teórico	17
O envelhecimento	17
O processo de envelhecimento.....	17
Perspetiva demográfica	21
Perspetiva do Concelho de Santiago do Cacém.....	22
Envelhecimento biológico	23
Envelhecimento psicológico e cognitivo.....	27
Envelhecimento e contexto social e cultural.....	30
Patologias do idoso	32
Hipertensão arterial	33
Diabetes mellitus	34
Acidente vascular cerebral (AVC)	34
Dor.....	37
Perturbações de ansiedade	38
Perturbações depressivas	40
Demência	41

Doença de Alzheimer	42
Demência vascular	45
Doença de Parkinson	47
Idosos institucionalizados em Estruturas Residenciais	48
Musicoterapia aplicada em geriatria	51
Objetivos do estágio.....	58
Metodologia.....	59
Descrição da amostra	59
Procedimentos.....	69
O <i>setting</i> terapêutico	76
Técnicas e métodos de musicoterapia	79
Instrumentos de avaliação	80
Agenda semanal	82
Estudos de caso.....	84
Estudo de caso I – a utente I. C.....	84
Estudo de caso II – o grupo D	99
Outras intervenções.....	112
Conclusão	117
Reflexões finais	119
Referências	
Lista de anexos	

Introdução

Este relatório foi realizado no âmbito da disciplina “seminário de estágio” pertencente ao mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Ao longo do ano letivo 2014/2015 foi realizado um estágio curricular nas duas estruturas residenciais para idosos (ERPI) da Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém, do qual resultaram uma revisão de literatura e reflexão das intervenções terapêuticas, que constam do presente relatório.

Durante o estágio foram realizadas intervenções musicoterapêuticas em grupo com 60 utentes com idades compreendidas entre os 63 e os 101 anos de idade (17 utentes da ERPI Residências do Pinhal, e 43 utentes da ERPI Santa Maria), que foram divididos em 8 grupos terapêuticos. Em algumas alas, os grupos foram constituídos tendo por base a dinâmica de funcionamento já existente, com o intuito de mobilizar os utentes menos participativos a sessão; noutras alas, os grupos foram compostos com base na mesma patologia apresentada, ou nível de dependência mental; noutras alas, a estagiária mobilizou os utentes que já estavam habitualmente juntos na sala de estar.

A intervenção musicoterapêutica concentrou-se em auxiliar a instituição na humanização dos serviços, promover a interação entre os utentes e a equipa multidisciplinar, diminuir o isolamento social dos idosos, auxiliar no combate ao declínio físico e cognitivo, promover a manutenção e valorização da identidade pessoal e social dos idosos, e proporcionar momentos de expressão emocional do idoso institucionalizado.

Este relatório é composto por uma revisão de literatura acerca das práticas atuais da musicoterapia em geriatria, seguido de uma secção de metodologia, onde são apresentados e descritos dois estudos de caso de idosos intervencionados no estágio.

Caracterização da instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém (SCMSC), fundada no ano de 1499, é uma associação pública, constituída na Ordem Jurídica Canónica, com o objectivo de satisfazer carências sociais. É uma instituição com diversas valências focalizadas nas crianças, doentes, e população idosa.

A SCMSC disponibiliza à população do concelho de Santiago do Cacém três instituições de apoio à infância, três unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), e duas estruturas residenciais para idosos (ERPI).

As Residências do Pinhal e Santa Maria são as duas estruturas residenciais para idosos (ERPI) pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém. As Residências do Pinhal é uma instituição privada de utilização permanente ou temporária até 3 meses. A ERPI Santa Maria é uma instituição de alojamento coletivo de carácter permanente para utentes/clientes em maior risco social, que trabalha em cooperação com o Centro Distrital da Segurança Social de Setúbal. Cada uma delas tem uma equipa multidisciplinar constituída por assistente social, animadora sócio-cultural, auxiliares de ação médica, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, e psicólogo, que trabalham com o intuito de garantir serviços de excelência aos utentes.

Os objetivos das ERPI são: constituírem-se como uma residência de ambiente familiar, e de reabilitação, estabilização, ou retardamento do processo de envelhecimento. Destinam-se a idosos, ou a indivíduos que não consigam satisfazer

autonomamente as suas necessidades básicas de higiene, alimentação, vestuário, e locomoção, e a idosos necessitados de cuidados específicos de recuperação ou saúde de caráter permanente.

A sua missão é satisfazer carências sociais, assegurando aos mais desfavorecidos a proteção na velhice através da prestação de cuidados individualizados, personalizados, e de qualidade, em contexto institucional ou no seu domicílio, que assegurem a satisfação das suas necessidades básicas e de realização pessoal e social, garantindo o seu bem estar, conforto, e qualidade de vida. As ERPI estão investidas em constituir uma resposta social de excelência nacional para idosos, e zelar pelas boas práticas na prestação de cuidados ao utente, que transmitam credibilidade e qualidade inquestionáveis, constituindo-se como uma parceiro fundamental no apoio à população de Santiago do Cacém. Como valores têm: foco no utente, respeito pela dignidade humana, melhoria contínua da qualidade, ética assistencial, envolvimento e participação, integridade, rigor e transparência, responsabilização, eficiências na utilização dos recursos, humanização dos cuidados prestados, e trabalho de equipa.

Atualmente, as ERPI estão a trabalhar para serem certificadas pelo EQUASS, um sistema de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade, dirigido às organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais. Trata-se de um sistema que foi aprovado e é monitorizado por um Comité Europeu da Qualidade, concebido e gerido pela EPR – *European Platform for Rehabilitation*, inspirado nos sistemas de qualidade total, nos modelos de excelência, instituindo uma abordagem integrada, através da qual as organizações se comprometem com os referenciais da excelência do desempenho, num processo de certificação externo que tem como eixos fundamentais a auto-avaliação e a aprendizagem organizacional (EQUASS, 2014)

As estruturas residenciais para idosos têm capacidade para acolher 196 utentes: 154 na ERPI Santa Maria, e 42 na ERPI Residências do Pinhal. Como outras respostas sociais para idosos, a SCMSC disponibiliza um serviço de apoio domiciliário com capacidade de resposta para 70 utentes, uma cantina social que permite garantir o acesso a refeições diárias gratuitas ou a preço reduzido a famílias em situação de carência económica comprovada, e valência de centro de dia, com capacidade para acolher 12 utentes, e que funciona na ERPI Santa Maria (SCMSC, 2015)

Caracterização da população alvo

A Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém acolhe cerca de 196 utentes nas suas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI). A ERPI Santa Maria tem capacidade para acolher 154 utentes, e a ERPI Residência do Pinhal tem capacidade para acolher 54 utentes. Muitos dos idosos residentes nas ERPI têm acompanhamento familiar regular, e existem também casos sociais de pobreza e/ou sem apoio familiar, que estão “entregues” à instituição.

De acordo com as necessidades da instituição, que manifestou à estagiária a existência de uma carência de atividades para os idosos institucionalizados nos lares, e também de acordo com a vontade e disponibilidade da estagiária, o estágio em musicoterapia desenrolou-se nas duas ERPI.

As Residências do Pinhal, instituição privada, alberga idosos naturais do concelho de Santiago do Cacém com algum poder económico, principalmente de zonas urbanas, e idosos naturais de outros pontos do país, que vieram para a região, a maioria deles para a cidade de Vila Nova de Santo André, após terem estado emigrados em África durante muitos anos, e terem retornado após o 25 de Abril de 1974. O complexo

industrial de Sines (concelho vizinho) em ascensão, atraíu muitas famílias devido a inúmeras ofertas de trabalho, que acabaram por se estabelecer permanentemente nessa zona, muito atrativa também devido à proximidade com a Lagoa de Santo André e à reserva natural da Costa Vicentina. Inclusive, a povoação de Vila Nova de Santo André desenvolveu-se devido ao número massivo de famílias portuguesas retornadas de África, que vieram trabalhar para o complexo industrial de Sines. Muitos destes idosos apenas tem o primeiro ciclo de escolaridade, e apenas uma minoria é iletrada.

A ERPI Santa Maria alberga, na sua maioria, idosos vindos de todo o concelho de Santiago Cacém, mas também uma minoria de idosos oriundos de outros concelhos. À exceção de uma pequena percentagem de utentes, quase todos são provenientes dos meios rurais da região; de pequenas aldeias e montes isolados.

A grande maioria dos utentes das ERPI deu entrada na instituição por opção dos familiares, que não tinham disponibilidade para cuidar do seu ente-querido já incapaz de executar autonomamente as atividades de vida diária. Contudo, e principalmente na ERPI Santa Maria, alguns utentes deram entrada na instituição por decisão própria: algumas senhoras por sentirem receio de viver sozinhas após a morte do marido; alguns homens por não saberem ser autónomos nas lides da casa após enviuvarem ou não terem apoio familiar; outros utentes por não quererem sobrecarregar de trabalho e preocupação os seus ente-queridos.

Todos os idosos institucionalizados nas ERPI apresentam problemas de saúde inerentes ao envelhecimento biológico, tais como: patologias do sistema cardiovascular, do sistema respiratório, envelhecimento músculo-esquelético, envelhecimento do sistema nervoso, e envelhecimento psicológico e mental através do declínio gradual das funções cognitivas. Mas para além destas alterações normais do processo de

envelhecimento, muitos dos utentes das ERPI sofrem de outras patologias, tais como: doença de Parkinson, doença renal, dor crónica, patologia óssea grave, úlceras de pressão, patologias do foro psiquiátrico, sequelas de acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer, e outras demências. Esta última é a patologia predominante nos utentes das ERPI, sendo que cerca de 90% da população tem diagnóstico médico de doença de Alzheimer ou de outro tipo de demência. Muitos dos utentes, principalmente as mulheres, apresenta sintomas de ansiedade e depressão, apesar de quase ninguém ter diagnóstico médico dessas psicopatologias.

Enquadramento teórico

O envelhecimento

A população portuguesa está a envelhecer de forma galopante, tornando-se pertinente o estudo do processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento

Durante muitos anos, o envelhecimento foi considerado como um fenómeno patológico, que se caracterizava pelo aparecimento de doenças degenerativas, escleroses, de cuja acumulação resultava a morte. Era pois, por este ponto de vista, um processo evitável (Jr., 1995). Contudo, com os resultados de numerosas investigações, chegou-se à conclusão de que o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que ocorre desde o nascimento, e finda com a morte do indivíduo (Ciosak et al, 2007; Fachine & Trompieri, 2012; Jr., 1995; Ministério, 2007; Sequeira, 2007; Vaz, 2012).

É uma problemática que atende a várias dimensões: biológica, psicológica, sociológica, e cronológica. (Gomes, 2011; Kuzwier, 2007; Sequeira, 2007; Teixeira, 2006). Estas três primeiras dimensões interagem entre si de forma ininterrupta, visto que o progresso biológico implica também modificações somáticas e psicossociais. Este fenómeno atinge o ser humano e modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo, e com a sua própria existência (Sequeira, 2007; Teixeira, 2006).

As preocupações acerca do processo de envelhecimento não são recentes, uma vez que a preocupação sobre a eternidade sempre foi um problema do Homem (Fachine & Trompieri, 2012; Gomes, 2011). Esta preocupação remonta o Antigo Testamento, e

foi tema de estudo e reflexão para filósofos, como Platão, Hipócrates, Galeno, e Paracelso. Contudo, só a partir da década de 80 do século XX, com o desenvolvimento da Gerontologia (estudo científico do idoso), surgiu um acentuado interesse pela investigação sobre o envelhecimento (Sequeira, 2007).

O conceito de envelhecimento tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, de acordo com as crenças, atitudes, cultura, conhecimento, e relações sociais de cada época. Para Gall & Szwabo (2002, *cit. in* Teixeira, 2006), o conceito de envelhecimento deve incluir três componentes: baixo risco de doença e o conhecimento acerca da doença, um alto nível de funcionamento mental e físico, e um envolvimento ativo no ciclo vital.

Com o aparecimento e expansão da Gerontologia, o envelhecimento surge como objeto de estudo de várias ciências (Morais, 2009). Segundo Bengston, Rice e Johnson (1999, *cit. in* Sequeira 2007), a Gerontologia pretende abordar os problemas funcionais e a sua inter-relação com as incapacidades e dependências dos idosos, e o envelhecimento enquanto processo onde se incluem os aspetos biológicos, psicológicos e sociais da senescência, e a idade enquanto padrão de comportamento social.

Tratando aspetos relacionados com o processo de envelhecimento, torna-se primordial distinguir o que é consequência do processo de envelhecimento “normal¹”, e o que é secundário, causado por patologia típica desta faixa etária. Surgem então dois conceitos: senescência e senilidade (Birren & Zarit, 1985, *cit. in* Sequeira, 2007). Por senescência entende-se o conjunto de alterações orgânicas, morfológicas, e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento. Senilidade refere-se ao

¹ Concerne as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas por patologia ou influência ambiental.

conjunto de modificações determinadas pelas afeções que os idosos podem apresentar. Outros autores designam senescência como envelhecimento primário (caracterizado pelas mudanças corporais da idade, relacionado com a longevidade máxima), e senilidade como envelhecimento secundário (mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não têm obrigatoriamente que acontecer, relacionadas com as diferenças individuais (Berger & Mailloux-Poireier, 1995, *cit. in* Gomes, 2011; Fachine & Trompieri, 2012; Ministério, 2007; Spar & La Rue, 2005).

Na atualidade, a problemática do envelhecimento adquiriu uma maior visibilidade, e constitui uma fonte de preocupação em inúmeros núcleos da sociedade, em grande parte devido aos elevados custos que lhe estão associados. O envelhecimento é considerado um problema económico atual, visto a população idosa ter vindo a aumentar, a população jovem e em idade ativa ter vindo a decrescer, e as perspetivas futuras não preverem uma reversão deste quadro. Esta situação representa um desafio para toda a sociedade, no sentido de encontrar estratégias que possibilitem atenuar os custos, e evitar uma maior vulnerabilidade da população idosa. Novos desafios são colocados em diversos domínios, nomeadamente nas áreas da saúde e prestação de cuidados. No domínio da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo fundamental para o idoso ter um envelhecimento normal. No domínio da prestação de cuidados, porque o processo de envelhecimento implica um maior risco de doença, logo, um maior índice de dependência. Cada vez mais se assiste a uma tomada de consciência para a necessidade de promoção do envelhecimento saudável, com saúde, autonomia e independência, durante o maior período de tempo possível. É imprescindível uma atitude preventiva e promotora de saúde relativamente ao envelhecimento (Sequeira, 2007).

Face a novos desafios do envelhecimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o conceito de envelhecimento ativo: “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (...) que permita que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental, ao longo de toda a sua vida, e participem conforme as suas necessidades, desejos e capacidade” (WHO, 2002). O conceito de envelhecimento ativo implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar.

Entende-se por qualidade de vida “a percepção que o indivíduo tem da sua posição de vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, crenças e a sua relação com características proeminentes no meio ambiente” (OMS, 2005, *cit. in* Gomes, 2011, p. 12).

Segundo Ministério (2007), dois grandes erros devem ser evitados: o primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa são decorrentes do seu envelhecimento natural, o que pode impedir a deteção precoce e o tratamento de certas doenças; o segundo é tratar o envelhecimento natural como patologia, a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

Segundo Fonseca (2006, *cit. in* Sequeira, 2007), o envelhecimento deve ser pensado numa perspetiva positiva, centrado nas características únicas de cada indivíduo, e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, e não apenas nos seus efeitos negativos. Lazaeta (1994, *cit. in* Kuznier, 2007), refere que os problemas

inerentes ao envelhecimento, tais como a maior prevalência de doenças crónico-degenerativas e incapacitantes, que se repercutem noutros problemas sociais, políticos e económicos, podem ser, na sua maior parte, contornáveis com soluções adequadas, que levarão, talvez, a um envelhecimento bem sucedido para a maioria das pessoas. A pessoa ao envelhecer de forma saudável apresenta não só um bom estado de saúde física e mental, mas também se sente segura, independente, respeitada, reconhecida pela sua experiência e, participante da sua comunidade (Silva & Duarte, *cit. in* Kuznier, 2007).

O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipa de saúde, idoso e família.

Perspetiva demográfica

Em termos demográficos, em Portugal o envelhecimento tem sido crescente. Tal se deve à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida (INE, 2002). Os progressos na área da medicina, e, de uma forma geral, a melhoria das condições socio-económicas, contribuíram para o aumento da longevidade da população (Sequeira, 2007). Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. E é devido ao aumento da esperança média de vida que a Comissão das Comunidades Europeias implementou uma nova designação de “quarta idade”, para os indivíduos a partir dos 75 anos. Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI, e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente, como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde, e sobre o próprio modelo

social vigente (INE, 2002; Teixeira, 2006). As estimativas de população residente dos últimos anos mostram um duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa). Em 2013, o índice de envelhecimento foi de 136 idosos para cada 100 jovens (INE, 2014).

Perspetiva do Concelho de Santiago do Cacém

Santiago do Cacém é um concelho do Alentejo Litoral, integrado no distrito de Setúbal. Tem uma área de 1059 km², e a população total é de 29 814 habitantes residentes (Pordata, 2015).

Abela, Alvalade, Cercal do Alentejo, Ermidas-Sado, Santo André, S. Francisco da Serra, União das Freguesias de Santiago do Cacém, Santa Cruz e São Francisco da Serra, e União das Freguesias de S. Domingos e Vale de Água, são as 8 freguesias que constitem o concelho de Santiago do Cacém. Este tem vindo a ganhar relevância do ponto de vista turístico, nomeadamente através da promoção e valorização do seu património natural (CMSC, 2007).

Relativamente a dados estatísticos relativos à população, a percentagem de jovens com menos de 15 anos sofreu um pequeno decréscimo desde 2001 (12,8%), até 2013 (12,5%). Contudo, na população em idade ativa, o decréscimo foi mais acentuado: 67% em 2001, para 63,5% em 2013. A percentagem de idosos com mais de 65 anos no município aumentou, sendo os valores de 20,2% em 2001, e 24% em 2007. O índice de envelhecimento no concelho, segundo dados estatísticos de 2013, é de 192,4, por cada 100 jovens. O número total de nascimentos em 2013 foi de 213, e o número de óbitos

foi de 370, o que dá um saldo natural (diferença entre o total de nascimentos e o total de óbitos) de -157 (Pordata, 2015).

No que concerne a dados estatísticos sobre a escolaridade, existe uma evolução positiva bastante significativa na maioria dos itens avaliados. A percentagem de população residente com 15 ou mais anos sem nível de escolaridade tem vindo a decrescer, sendo no ano de 2001 de 23,4%, e no ano de 2011 de 14,9%. A população de 15 ou mais anos com ensino secundário também aumentou, sendo de 17,6% no ano de 2011. Os habitantes com 15 ou mais anos com ensino superior registavam uma percentagem de 4,9% em 2001, e passou a 10,6% no ano de 2011. Contudo, o número de alunos do ensino não superior tem vindo a decrescer: no ano de 2011 frequentavam a escola 5052 alunos, e no ano de 2013, o número decresceu para 4.213 alunos. Como tal, o número de docentes do ensino não superior diminuiu também: em 2011 estavam em exercício 485 docentes, e em 2013, estavam apenas 414 (Pordata, 2015). Esta diminuição de alunos no ensino não-superior está intimamente ligada ao decréscimo crescente da população jovem no concelho.

Os dados estatísticos do município de Santiago do Cacém espelham a realidade atual do país; cada vez existem menos nascimentos e menos jovens, e a população idosa está a aumentar. Torna-se por isso fundamental a criação e implementação de estratégias que se ajustem a esta realidade, e outras que tentem combater a diminuição da taxa de natalidade.

Envelhecimento biológico

O envelhecimento biológico ou fisiológico, depende do estilo de vida que cada indivíduo pratica desde tenra idade, e compreende uma série de alterações nas funções

orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio funcional, e que todas as funções comecem a declinar gradualmente (Firmino, 2006, *cit. in* Cancela, 2007).

O envelhecimento é um fenómeno natural, mas conduz a um aumento da fragilidade e da vulnerabilidade. Qualquer agressão, ainda que mínima, à integridade do indivíduo, corre o risco de provocar um desequilíbrio global e eventualmente irreparável. Fragilidade é uma síndrome biológica bastante comum nas pessoas idosas, identificada pela diminuição da reserva em múltiplos sistemas orgânicos. Pode ser iniciada por doença, falta de atividade, ingestão nutricional inadequada e/ou stress (Ahmed, Mandel & Fain, 2007, *cit. in* Gomes, 2011).

O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas no organismo. Verifica-se uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch & Katch, 1998, *cit. in* Sequeira, 2007).

Com o intensificar dos estudos acerca do envelhecimento, surgem também teorias explicativas do processo de envelhecimento biológico. Gomes (2011) refere algumas dessas teorias, salientadas em 1995 por Berger e Mailloux-Poireier: 1) teoria imunitária - o sistema imunitário deixa de reconhecer as células do próprio organismo, e começa a gerar anticorpos contra si próprio; 2) teoria genética - o envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento, geneticamente programado; 3) teoria do erro na síntese proteica - esta teoria defende que a ocorrência de erros na síntese proteica leva à existência de moléculas de ADN incompetentes para desempenhar o seu papel e que, por isso, deixam de funcionar; 4) teoria do desgaste - o organismo humano comporta-se

como uma máquina, cujos componentes se deterioram com o uso, levando a défices de funcionamento e à sua paragem; 5) teoria dos radicais livres - atribui o envelhecimento celular ao permanente e nefasto efeito dos radicais livres de oxigénio sobre a célula, originando deficiências ao nível do ADN; 6) – teoria neuro-endócrina - o sistema endócrino está programado para desenvolver hormonas que têm efeitos de envelhecimento sobre o sistema neurológico. Embora todas estas teorias tentem explicar porque ocorre a morte celular, nenhuma oferece uma explicação total e universalmente aceite sobre o processo de envelhecimento.

O aspeto exterior do indivíduo é o primeiro a sofrer mudanças, com o aparecimento dos cabelos brancos, rugas, devido a uma menor elasticidade da pele e perda de massa muscular, progressiva lentificação dos movimentos, alterações no equilíbrio, diminuição da força muscular e da velocidade de reação. As mudanças em alguns órgãos vitais e no metabolismo basal provocam alterações internas no organismo, o que implica uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo. Todas estas características do envelhecimento são mais evidentes no idoso, apesar do seu início muito anterior (Sequeira, 2007).

As alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos vão produzir efeitos sobre o funcionamento cerebral, psicológico, e dos outros sistemas em geral do idoso, e devido a elas, a pessoa idosa encontra-se mais propensa ao surgimento de patologias, tais como: hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes *mellitus*, colesterol elevado, e obesidade. Estas patologias podem condicionar a sua independência e autonomia (Fechine & Trompieri, 2012; Sequeira, 2007).

Os sistemas sensoriais também entram em declínio, com destaque para a visão e para a audição, condicionando o contacto com o meio e as ações do quotidiano. Existem

estudos que concluem que as alterações de percepção condicionam o desempenho cognitivo (Fechine & Trompieri, 2012; Scheneider & Pichora-Fuller, 2000, *cit. in* Sequeira, 2007).

Ao nível cerebral, com a morte de neurónios, e a diminuição da plasticidade cerebral, pode implicar alterações ao nível das funções cognitivas, como a memória, o pensamento, a linguagem, orientação, e personalidade. Perdas do tecido muscular, e diminuição da atividade muscular devem-se, ao modo de vida mais sedentário e inativo da maioria dos idosos, levando a uma menos eficiente coordenação sensório-motora (Sequeira, 2007).

Com o índice de longevidade cada vez mais elevado, torna-se fundamental uma avaliação funcional da pessoa idosa, para o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. A avaliação funcional procura verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou alterações impedem o desempenho, de forma autónoma e independente, das atividades quotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas, permitindo o desenvolvimento de um planeamento assistencial mais adequado (Ministério, 2007).

A Geriatria é a especialidade médica que se dedica ao estudo da saúde do idoso, não apenas no tratamento, mas também prevenção, reabilitação, reintegração no seio familiar e vigilância continuada (Bodachne, 1998, *cit. in* Kuznier, 2007).

Sendo o envelhecimento um processo dinâmico, todas as alterações fisiológicas têm repercussões psicológicas, que se traduzem numa mudança de atitudes e comportamentos.

Envelhecimento psicológico e cognitivo

O envelhecimento psicológico prende-se com a relação das dimensões cognitivas e psico-afetivas, que interferem na personalidade e afeto (Fechine & Trompieri, 2012).

Apesar do envelhecimento ser um processo dinâmico, as condições psicológicas não seguem o mesmo padrão de deteriorização ao longo da vida que as condições biológicas. O envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural, e da forma como cada indivíduo organiza e vivencia a sua vida. O equilíbrio psíquico do idoso depende basicamente da sua capacidade de adaptação à sua existência presente e passada, e das condições da realidade que o rodeiam (Nazaré & Morais, 2009; Sequeira, 2007; Souza, Borges, Vitória & Chiappetta, 2010; Teixeira, 2006).

Em 1928 começaram as primeiras pesquisas experimentais sobre o envelhecimento, relacionadas com os tópicos da aprendizagem, memória, e tempo de reação. Contudo, só em meados do século XX surge um interesse crescente sobre a psicologia do envelhecimento (Baltes, 1995, *cit. in* Teixeira, 2006). A psicologia do envelhecimento é a área que se dedica à investigação das alterações comportamentais que acompanham o declínio gradual da funcionalidade dos vários domínios do comportamento psicológico da pessoa idosa (Neri, 1995, *cit. in* Teixeira, 2007).

Erik Erikson, pioneiro no estudo sobre o desenvolvimento humano, criador da Teoria do Desenvolvimento, refere que o desenvolvimento de processa ao longo da vida, e que o sentido de identidade de uma pessoa se desenvolve através de oito estágios psicossociais durante toda a vida. Erikson foi o primeiro autor da área da psicologia a dar ênfase ao estágio do desenvolvimento humano contemplando a vida adulta. Através

destes estudos, Erikson contribuiu significativamente para a compreensão das transformações ocorridas na velhice (Araújo, 2005, *cit. in* Teixeira, 2006). O envelhecimento é encarado por Erikson como um período durante o qual o indivíduo reflete sobre a sua vida, e revive os seus triunfos e desapontamentos, incorporando no *self*, memórias e experiências significativas acerca de si próprio e do mundo. (Fonseca, 2005; *cit. in* Vaz, 2012).

Para a psicologia, o objetivo geral para com os idosos é otimizar o processo de adaptação, sendo as áreas de intervenção prioritária: 1) necessidade de promover a psicologia da saúde e o bem-estar no decurso da vida; 2) necessidade de avaliação/intervenção na saúde mental; 3) necessidade de apoio psicológico às famílias; 4) necessidade de integração social e comunitária; 5) necessidade de formação a outros profissionais sobre aspetos psicológicos implicados na atenção a pessoas idosas (Teixiera, 2006).

No processo de envelhecimento normal, ou seja, não patológico, dá-se uma variedade de alterações cognitivas. Para grande parte dos idosos, essas alterações não têm implicações nas atividades diárias, uma vez que existem fatores que contribuem para a manutenção do funcionamento, e que amortizam parte do declínio cognitivo. Esses fatores estão relacionados com a natureza gradual das alterações, permitindo a readaptação do idoso, a automatização de muitas tarefas, e a manutenção do ambiente e rotinas familiares (Sequeira, 2007).

Fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, atividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo, e conhecimentos especializados, são variáveis mediadoras da cognição no envelhecimento normal, apresentadas por Spar & La Rue (2005).

A capacidade de processamento de informação está dependente da capacidade do idoso para receber, decodificar, e reter a informação que, por sua vez, está intimamente ligada a outras funções cognitivas. Segundo Hertzog (1989, *cit. in* Sequeira, 2007), a diminuição da eficiência ao nível da velocidade de processamento de informação do sistema nervoso central, reflete-se no abrandamento cognitivo, o que leva a um declínio da inteligência relacionado com a idade.

A memória assume uma importância vital no quotidiano do idoso, nomeadamente na orientação, comunicação, relação, e execução de tarefas. Contudo, a maioria dos idosos tende a queixar-se de problemas de memória. É possível identificar dois tipos de memória: a memória a curto prazo, e a memória a longo prazo.

A memória a curto prazo, imediata, ou memória de trabalho, está relacionada com a retenção e manipulação da informação registada na memória a curto prazo. Este tipo de memória deteriora-se com a idade, criando dificuldades de aprendizagem e na recordação de informação nova. A memória a longo prazo, ou memória de recordação mantém-se estável ou declina muito pouco com a idade, e representa uma forte ligação do indivíduo com o mundo. A memória tem uma função primordial na construção da identidade social da pessoa, logo, as reminiscências têm um elevado valor social e relacional, e são indispensáveis para um envelhecimento saudável.

Um dos testes que permite fazer a deteção de perturbação cognitiva é o *Mini Mental State Examination*, desenvolvido por Folstein em 1975. Esse teste consiste numa avaliação estruturada de algumas funções cognitivas, tais como: orientação temporal e espacial, memória de retenção e de evocação, atenção e cálculo, actividades ligadas à linguagem, e praxia construtiva bidimensional, perfazendo um conjunto de trinta requisitos, com pontuação entre 0 e 1. O ponto de corte habitualmente utilizado para a

presença de demência, é a transição dos 23 para os 24 pontos (Botelho, 1999, *cit. in* Gomes, 2011).

A saúde mental é indispensável para o bem-estar geral das pessoas. Contudo, é dada menos atenção à saúde psicológica comparativamente à saúde física. Do ponto de vista das perturbações da saúde mental nas pessoas idosas, a depressão é aquela que surge com maior frequência. A pessoa idosa está numa situação de perdas contínuas, por vezes com suporte sócio-familiar diminuído, sofreu perdas do estatuto profissional e até económico, e algum declínio físico. Estes fatores podem contribuir para o aparecimento de estados depressivos. (Salgueiro, 2007, *cit. in* Gomes, 2011). É de fundamental importância, para o bem-estar e qualidade de vida da população idosa, incentivar a manutenção de boas expectativas para a vida, com planeamento e crença no futuro; é importante a estimulação do idoso como forma de manutenção funcional das suas capacidades, e para a descoberta de novas aprendizagens (Nazaré & Morais, 2009).

Envelhecimento e contexto social e cultural

Entende-se por cultura os valores, crenças, normas, e o modo de vida aprendido, praticado, transmitido e partilhado, gerando pensamentos, decisões e ações padronizadas em determinados grupos sociais. O homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado, um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecederam. A manipulação adequada e criativa desse património cultural, permite as inovações e invenções (Leininger, 1985, *cit. in* Kuznier, 2007).

A cultura criou na família e na sociedade, expectativas diferentes em relação aos jovens e em relação aos idosos. Dos jovens, espera-se o desenvolvimento intelectual,

profissional e a exuberância sexual. Dos idosos, espera-se que abdicuem da sexualidade, do trabalho e de outras atividades na sociedade. (Petroianu & Pimenta, 1998, *cit. in* Kuznier, 2007).

Por muito tempo, a população idosa sofreu, e ainda continua a sofrer, discriminação por parte da sociedade. Há tempos não muito distantes, a população mais idosa, denominado grupo da minoria improdutiva, sempre teve seu destino subordinado aos interesses da maioria ativa. Contudo, uma visão diferente e mais positiva sobre os idosos e o envelhecimento vai estando presente nas sociedades atuais, devido ao aumento do número de idosos e a sua longevidade, mas também devido ao interesse crescente pelo estudo deste fenómeno (Kuznier, 2007).

O envelhecimento, ao mesmo tempo em que é processo comum a todos os seres humanos, é também caracterizado pela individualidade de cada um, na medida em que considera a experiência de vida, profundamente influenciada pela cultura (Gomes, 2011; Kuznier, 2007).

De acordo com Sequeira (2007), o envelhecimento, de um modo geral, está associado a alterações significativas no âmbito da participação ativa do idoso, que vai diminuindo conforme a idade vai avançando, e que são muitas vezes fonte de stress. Nesta fase do ciclo de vida, os idosos são alvo de alterações profundas nos seus papéis sociais, no seio familiar, laboral, e ocupacional. As redes sociais são geralmente mais pequenas, e os contatos inter-sociais tendem a diminuir. Quando se trata de idosos dependentes, a interação social tende a ficar ainda mais diminuída.

Com o avançar da idade, muitas pessoas significativas na vida do indivíduo vão morrendo, o que obriga a uma reestruturação pessoal e social da pessoa. É fundamental uma reorganização das redes de apoio informal, de modo a manter a

independência e a participação social, pois essas redes são indispensáveis para a saúde mental, satisfação com a vida, e envelhecimento saudável (Paul, 2005, *cit. in* Sequeira, 2007).

Devido às características da sociedade atual, em que os membros ativos das famílias estão cada vez menos disponíveis, o espaço dos idosos no seio familiar é cada vez menor. O papel do idoso sofre geralmente uma grande alteração, e vai perdendo influência de forma progressiva. Passa de um papel de grande relevo, como uma das pessoas responsável pela manutenção da família, com controlo de tomada de decisão de diversos assuntos, para se tornar apenas mais um elemento; pode ainda existir mesmo uma inversão de papéis, em que o idoso passa a ser dependente de alguém de quem já foi outrora cuidador. Em muitos casos, as famílias destituem o idoso de qualquer valor relativo, quer por questões de prioridades, na qual o emprego se sobrepõe, quer por questões de sensibilidade, que muitas vezes condicionam a presença do idoso no seio familiar. O momento da reforma pode levar à diminuição da importância do indivíduo, que por vezes passa a ser considerado inútil e problemático, o que pode contribuir para o seu isolamento, e conseqüente depressão (Sequeira, 2007; Teixeira, 2006).

As ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, e a participação nas redes sociais, são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (Ministério da Saúde, 2007).

Patologias do idoso

Ao longo do processo de envelhecimento, o idoso vai sofrendo alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, mas essas alterações não são sinónimo de patologia. Contudo, a deteriorização progressiva, um modo de vida mais sedentário, e as

fragilidades individuais de cada pessoa idosa, podem deixá-la mais propensa a vir a sofrer de um quadro patológico (Sequeira, 2007).

As patologias do idoso são imensas. Como tal, serão abordadas apenas aquelas que mais afetam a população em estudo.

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial (HTA) é uma das patologias crónicas mais comuns nos idosos, e uma das responsáveis pelo aparecimento de doenças cardiovasculares (Borelli et al., 2008; Miranda et al., 2002; Tavares, Martins, Dias & Diniz, 2011).

Estima-se que a nível europeu, entre 30% e 45% da população é hipertensa, e Portugal não é exceção. Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPHT, 2013), a HTA atinge aproximadamente 40% dos portugueses. O Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a principal causa de morte e de incapacidade no adulto em Portugal, sendo a HTA um dos seus principais fatores de risco.

Macedo et al. (2007), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência e distribuição da hipertensão arterial, e determinar o estado do conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão na população adulta portuguesa. Os resultados mostraram que na população com mais de 64 anos, 79% dos homens e 78,7% nas mulheres é hipertenso.

Os doentes com HTA têm um maior risco de morte ou desenvolvimento de determinadas patologias, como a insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, enfarte do miocárdio, insuficiência renal, perda gradual da visão, esclerose das artérias, entre outros. A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e a sua deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de vir a

desenvolver estas patologias. A moderada ingestão de sódio e álcool, consumo de alimentos ricos em potássio, magnésio, cálcio e fibras e pobre em gorduras saturadas, atividade física aeróbica regular, assim como perda de peso em obesos, são objetivos possíveis de serem alcançados nos idosos, e podem não só reduzir o uso de medicação hipertensora, como também melhorar o perfil dos outros fatores de risco cardiovascular, e a qualidade de vida dos idosos (Miranda et al., 2002; SPHT, 2014).

Diabetes mellitus

A diabetes mellitus é caracterizada por hiperglicemia persistente. Essa hiperglicemia é devida à falta de insulina ou à resistência à sua ação. O tipo de diabetes que mais afeta os idosos é a diabetes tipo 2 (Gomes, 2011).

A diabetes, embora com menor prevalência se comparada a outras morbidades, é uma doença altamente limitante, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, tais como o enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, arteriopatia periférica, entre outras, que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do idoso (Ramos, 2012).

Acidente vascular cerebral (AVC)

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma patologia neurológica, frequente em adultos, e constitui uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Além de elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresenta sequelas, com limitação da atividade física e intelectual, e elevado custo social (Pereira, Alvarenga, Júnior & Barbosa, 2009).

Em Portugal, a taxa de mortalidade devido a AVC tem vindo a baixar progressivamente, mas apesar de todos os esforços e medidas preventivas, continua a ser uma das mais altas da Europa, e a primeira causa de morbilidade e mortalidade (DGS, 2013).

Uma grande percentagem dos AVC acontece na população idosa, que constitui um dos maiores grupos de risco (cerca do 85% dos AVC acontecem a partir dos 65 anos). Esta doença é uma das principais causas de dependência funcional, além de levar a complicações relevantes, como incontinência urinária, disfagia, depressão e dor crónica (Miranda et al., 2002).

Coelho (2010), apresenta uma sistematização de fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o acidente vascular cerebral. Os fatores de risco não modificáveis são: idade – considerado o principal fator de risco; género – os homens têm maior incidência de AVC que as mulheres da sua idade; hereditariedade. Os fatores de risco modificável são: hipertensão arterial; tabagismo; hipercolesterolemia; patologia cardíaca; diabetes mellitus; álcool; obesidade; sedentarismo.

O AVC é uma síndrome caracterizada por sinais clínicos focais (por vezes globais) de alteração da função cerebral, sem outra causa aparente do que a de origem vascular, que se estabelecem de forma aguda, permanecendo mais de 24 horas ou levando à morte (OMS, 2003, *cit. in* Coelho, 2010). A patologia caracteriza-se por interrupções ou bloqueios na normal irrigação sanguínea, com comprometimento cerebral, resultando numa síndrome de deficiência neurológica (Martins, 2002, *cit. in* Pires, 2012).

Se a interrupção do fluxo sanguíneo for inferior a três minutos, a alteração é reversível; se ultrapassar os três minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso (Cancela, 2008).

As lesões cerebrais são provocadas por um enfarte (devido a isquémia) ou por uma hemorragia, resultando no comprometimento da função cerebral. Assim sendo, são considerados dois tipos de AVC. O AVC isquémico, mais frequente, com cerca 85% de prevalência, acontece devido a um fornecimento inadequado de sangue a uma parte do cérebro como resultado de um baixo fluxo sanguíneo, trombose ou embolismo associado a doenças dos vasos sanguíneos, coração ou sangue. No AVC hemorrágico, com uma prevalência de cerca de 15%, ocorre hemorragia espontânea dentro ou fora da substância do cérebro (Cancela, 2008; Coelho, 2010; Pires, 2012).

A presença de danos neurológicos pode originar défices a nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas, e da linguagem. O prognóstico funcional ou recuperação das funções alteradas pela lesão cerebral depende do tipo, extensão, localização e gravidade da lesão (Harrinson, 2002, *cit. in* Pires, 2012).

Os pacientes com défices consequentes de AVC devem iniciar um programa de reabilitação multi e interdisciplinar, de acordo com os resultados dos testes de avaliação neurológica, e com as individualidades de cada pessoa, assim que a fase aguda do AVC estiver clinicamente estável, de modo a tentar ao máximo reverter as consequências das lesões, recuperar o mais possível a sua autonomia funcional, e a ser, o mais possível, a pessoa que era antes. A presença e apoio incondicional da família e amigos é fundamental para o sucesso da reabilitação dos pacientes que sofreram um AVC (Cancela, 2008; Coelho, 2010; Pires, 2012).

Contudo, para além de todas alterações possíveis consequentes do AVC, muitos problemas secundários podem advir dele, como por exemplo o aparecimento de psicopatologia, como a ansiedade, e depressão. (Cancela, 2008).

Dor

A ocorrência de dor é frequente em decorrência dos novos hábitos de vida, do decréscimo da tolerância ao sofrimento pelo Homem moderno, do aumento da longevidade, e dos doentes com afecções clínicas (Teixeira, Marcon & Rocha, 2001, *cit. in* Dellaroza et al., 2008).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (2014), a dor é uma *experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões*. É uma experiência subjetiva e pessoal, que envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio. Segundo o Portal da Saúde (2005), a dor é um fenómeno complexo e com variantes multidimensionais (biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais).

A dor pode ser classificada de diversas formas, mas a mais comum é a sua classificação temporal: dor aguda, e dor crónica. A dor aguda é de início recente e de duração limitada. Normalmente há uma definição temporal e/ou causal para a dor aguda (ex: dor pós-operatória). A dor crónica é prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos, como por exemplo, a ansiedade e a depressão. Para Smith, Hopton & Chamber (1999), a dor crónica é uma dor com duração superior a três meses, ou que persiste após o período normal de

recuperação do tecido, na ausência de outros critérios. Contudo, uma definição mais recente da IASP (2014), preconiza que a dor crónica é aquela com duração maior que seis meses, de carácter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses), e que não desaparece com as terapêuticas convencionais para o efeito. A dor crónica compromete as atividades diárias dos doentes, e limita atividades de carácter recreativo, relações sociais e familiares (Teixeira & Teixeira, 2001, *cit. in* Dellarozza, *et al.*, 2008).

A dor crónica é como “uma companheira” que acompanha a pessoa noite e dia; esta situação influencia emocionalmente o doente, que se sente esgotado, ansioso e deprimido. Por este motivo, o seu tratamento não é objecto apenas de uma especialidade médica, mas requer muitas vezes uma equipa multidisciplinar e, em consequência disso, o percurso de uma pessoa com dor crónica até obter um diagnóstico correcto e um tratamento adequado, pode ser fragmentado, difícil e dispendioso (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010; Portal, 2005).

Perturbações de ansiedade

Um certo grau de ansiedade ocasionalmente no dia-dia é normal, e muitas vezes útil como estímulo para a ação. A emoção da ansiedade é experimentada como normal se for adequada às circunstâncias e aceite como um acontecimento que acompanha naturalmente o estímulo necessário para lidar com uma situação específica. No paradigma “luta e fuga”, a emoção ansiedade resulta da resposta autonómica ao estímulo ameaçador, e também provoca a resposta adequada. O limite entre o que se pode aceitar como ansiedade normal e patológica é, em grande parte, determinado pelo nível de funcionamento do indivíduo ansioso. Em caso de ansiedade patológica, já não

há resposta adequada às tensões do dia-dia, do trabalho, ou das relações, e é necessária ajuda especializada (Montgomery, 1990).

Segundo o DSM-5 (2014), as perturbações da ansiedade incluem perturbações que partilham características de medo e ansiedade excessivos, e alterações do comportamento relacionadas. O medo é uma resposta emocional a uma ameaça eminente real ou percebida, e ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. Estes dois estados sobrepõem-se, mas também divergem. O medo é mais vezes associado a picos de excitação autonómica necessários à luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade é mais vezes associada a tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros, e comportamentos cautelosos e de evitamento.

O diagnóstico exato de perturbações de ansiedade em idosos pode ser especialmente difícil devido à enorme sobreposição entre os sintomas das perturbações de ansiedade, e os sintomas de ansiedade observados noutros estados, principalmente depressão, demência, e psicose com início tardio. Noutros casos, também pode ser difícil distinguir os sintomas de ansiedade dos sintomas de patologias cardíacas e pulmonares, que são comuns em pessoas idosas (Spar & La Rue, 2005).

Qualquer que seja a origem da ansiedade, esta apresenta-se como um estado subjetivo de apreensão ou expectativa disfóricas, acompanhadas por várias combinações dos sinais e sintomas somáticos e psicossomáticos. São vários os tipos de ansiedade que podem afetar os idosos. Contudo os mais frequente nos idosos institucionalizados são: ansiedade situacional, que acontece em situações comuns, geralmente reconhecidas como geradoras de ansiedade; ansiedade de adaptação, quando nos idosos podem ocorrer reações de adaptação com ansiedade durante ou depois de períodos de crise

peçoal, em situações de mudança de casa, ou mudança para uma estrutura residencial para idoso; e perturbação da ansiedade generalizada que se caracteriza por ser a que mais vezes coexiste com a perturbação depressiva (DSM-5, 2014; Spar & La Rue, 2005).

Perturbações depressivas

As perturbações depressivas podem incluir perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo episódio depressivo major), distímia (perturbação depressiva persistente), perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação, e perturbação depressiva não especificada. Todas estas perturbações têm em comum a presença de tristeza, vazio, humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas, que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre elas, são questões relacionadas com duração, *timing*, ou etiologia presumida (DSM-5, 2014).

A depressão nos idosos pode ter graves consequências, tais como, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivas da velhice, aumento dos custos com os cuidados de saúde, e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e outras doenças. Para além do mais, provoca grande sofrimento, tanto para os doentes, como para os seus cuidadores. Por todos estes motivos, a depressão geriátrica é considerada um problema de grande relevo na sociedade atual, mas apesar disso, continua a ser subdiagnosticada e subtratada,

especialmente quando ocorre num contexto de múltiplos problemas médicos (Spar & La Rue, 2005).

A depressão no idoso institucionalizado, geralmente tem uma destas três origens: pode ser secundária a um estado físico geral, como em caso de patologia; adaptativa, quando o idoso não se adapta à instituição em que está; e de longo prazo, quando o idoso já tem um diagnóstico da doença antes da institucionalização (Medeiros, 2010).

Demência

Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais, e alterações das reações emocionais normais. As formas mais comuns de demência são: doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos Corpos de Lewy, demência Frontotemporal, doença de Huntington, Síndrome de Korsakoff (demência provocada por álcool), e doença de Creutzfeldt-Jacob. Um especial cuidado é preciso ter com o diagnóstico, pois existem várias situações que produzem sintomas semelhantes à demência, como por exemplo algumas carências vitamínicas e hormonais, depressão, sobredosagem ou incompatibilidades medicamentosas, infeções, e tumores cerebrais (Alzheimer Portugal, 2015; Cayton, Warner & Graham; Sequeira, 2007).

A demência pode surgir em qualquer pessoa, mas é mais comum a partir dos 65 anos. Atualmente não existe forma de prevenção nem cura para a maioria das demências, contudo, um diagnóstico médico precoce da doença, permite o acesso mais cedo a apoio, informação, tanto para o doente como para os seus cuidadores e

familiares, e acesso a medicação, de forma a tentar abrandar o seu progresso e a amenizar alguns sintomas. Estima-se que em Portugal existam cerca de 153.000 pessoas com demência, sendo que 90.000 sofrem de doença de Alzheimer. Os sinais iniciais de demência são muito subtis e vagos e podem não ser imediatamente óbvios. Alguns dos sintomas mais comuns são: perda de memória frequente e progressiva, confusão, alterações da personalidade, apatia e isolamento, e perda de capacidades para a execução das tarefas diárias (Alzheimer Portugal, 2015).

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência. A sua denominação deve-se ao neurologista alemão Alois Alzheimer, que observou em 1906, alterações no tecido cerebral de uma mulher que consideravam ter morrido por uma doença mental rara (Alzheimer Portugal, 2015; Cayton, Warner & Graham, 2000; Sequeira, 2007).

As pessoas que sofrem desta doença (mas também de outros tipos de demência), vão perdendo progressivamente as suas faculdades, à medida que as diferentes áreas do cérebro vão ficando afetadas. Vão perdendo gradativamente a noção de espaço e de tempo. Esquecem o que acabaram de dizer ou fazer, mas a sua memória a longo tempo permanece, geralmente, intacta por muito mais tempo. Ao longo da evolução da doença, as pessoas vão perdendo a noção da sua condição, embora possam surgir períodos de lucidez e conseqüente desespero. As tarefas diárias, como tomar banho, vestir, ou comer tornam-se impossíveis de realizar sem a ajuda de um cuidador. A comunicação, com foco na comunicação verbal, vai ficando progressivamente mais comprometida, o que condiciona fortemente as relações sociais, e leva cada vez mais ao isolamento e apatia. Os estados de confusão mental destes pacientes podem levar também a problemas

comportamentais severos. A esperança de vida para pacientes com Alzheimer é de aproximadamente entre 5 a 10 anos, e na maioria das vezes esta não é a causa da morte, mas sim infecções ou acidente vascular cerebral (Cayton, Warner & Graham, 2000).

Um diagnóstico 100% exato de doença de Alzheimer só é possível no exame *post-mortem*, ao serem analisados os tecidos cerebrais da pessoa. Espalhados por todo o cérebro, existem depósitos ou placas, constituídos por uma proteína anormal denominada beta-amilóide, encontram-se emaranhados de moléculas proteicas nas células nervosas, atrofia do cérebro, e células mortas (Cayton, Warner & Graham, 2000). Contudo, na atualidade, a partir da vasta gama de exames e testes feitos ao paciente, um diagnóstico de doença de Alzheimer pode ser feito com quase 100% de certeza. Para a realização de um diagnóstico de doença de Alzheimer, mas também de outras demências, é realizado uma anamnese, ou seja, uma “levantamento de antecedentes”, durante o qual se fala com o paciente, mas também com um familiar próximo, que pode fornecer dados importantes. De seguida é realizado um exame clínico completo do estado mental, onde se avalia: a função cognitiva; categorias gerais do aspeto; nível de alerta; grau de cooperação; humor; afeto (sentido e grau); forma, fluxo e conteúdo do pensamento; atividade psicomotora; presença ou ausência de alucinações; ideias delirantes e outros conteúdos mórbidos do pensamento; e juízo e sentido crítico (*insight*). A avaliação clínica do estado mental poderá ser seguida de outros exames complementares, como escalas normalizadas para classificar a cognição. Para o diagnóstico de Alzheimer e outras demências são ainda realizadas avaliações do comportamento diário, avaliações laboratoriais (exames de rotina ao sangue, urina, coração e tórax, tomografias, ressonância magnética, eletroencefalograma, e punção lombar), e testes neuropsicológicos (Spar & La Rue, 2005).

A doença de Alzheimer é classificada em três estadios: estadio inicial, estadio intermediário, e estadio avançado. O estadio inicial é a fase em que a doença se instala, e é frequentemente e erradamente rotulada como sendo parte integral do processo de envelhecimento. A pessoa pode apresentar dificuldades na linguagem, perda de memória, ficar desorientada, ficar perdida em espaços familiares, demonstrar dificuldade em tomar decisões, apresentar falta de iniciativa e motivação, mostrar sinais de depressão e agressividade, e mostrar uma perda de interesse por atividades de lazer. No estadio intermédio, os problemas referidos no estadio inicial tornam-se mais evidentes e restritivos, e o paciente fica mais dependente nas atividades da vida diária. O estadio avançado caracteriza-se por inatividade e total dependência por parte do paciente. As alterações da memórias são muito graves, e o aspeto físico da doença começa a tornar-se mais evidente. A pessoa pode ter dificuldades em comer, não reconhecer parentes, amigos e objetos familiares, ter dificuldade em entender e interpretar eventos, ser incapaz de se localizar em voltar a casa, ter dificuldades em deambular, sofrer de incontinência intestinal ou urinária, mostrar um comportamento impróprio em público, e no final, ficar confinada a uma cadeira de rodas ou a uma cama (Cayton, Warner & Graham, 2000).

Infelizmente, apesar de muitas investigações, ainda não foi encontrada forma de prevenir ou tratar a doença de Alzheimer. Contudo, existem formas de retardar temporariamente o desenvolvimento da doença. Uma possibilidade, é uso de medicamentos pertencentes ao grupo dos inibidores de colinesterase, que reduzem a destruição de acetilcolina, um componente químico encontrado no cérebro. Estes fármacos não funcionam em todos os pacientes, e o seu efeito é variável. Para além disso, podem ser uma mais valia nas fases iniciais da doença, mas não produzem efeitos

significativos nos pacientes que se encontram nos estágios avançados. Manter a saúde do doente no seu todo, com uma dieta equilibrada, exercícios regulares, um ambiente físico sadio e familiar, ajudam igualmente a diminuir a progressão da doença. Segundo a literatura, a terapia de reminiscência, usando todo o tipo de objetos, músicas, filmes, etc., conhecidos dos pacientes, é frequentemente apreciada por eles, embora não impeça que a memória vá piorando com o passar do tempo. As terapias alternativas, como a homeopatia, acupuntura, massagem, entre outras também podem ser uma opção na manutenção da saúde do paciente, desde que o profissional seja credenciado (Cayton, Warner & Graham, 2000).

Outro tipo de patologias podem surgir no doente de Alzheimer, nomeadamente ansiedade e depressão. Outro tipo de medicação pode ser necessária para tratar essas patologias, tais como, tranquilizantes, ansiolíticos, e antidepressivos. As terapias de apoio, como a psicoterapia e a terapia cognitiva, combinadas com o tratamento farmacológico podem ser uma mais valia para o paciente, principalmente quando este se encontra nos estágios iniciais da doença (Cayton, Warner & Graham, 2000; Spar & La Rue, 2005).

Demência vascular

A demência vascular é um termo utilizado para descrever o tipo de demência associado aos problemas da circulação do sangue para o cérebro, e constitui o segundo tipo mais comum de demência. Existem vários tipos de demência vascular, mas as duas formas mais comuns são a demência por multienfartes cerebrais e doença de Binswanger. A primeira é causada por vários pequenos enfartes cerebrais, também conhecidos por acidentes isquémicos transitórios e é provavelmente a forma mais

comum. A segunda, também denominada por demência vascular subcortical, está associada às alterações cerebrais relacionadas com os enfartes e é causada por hipertensão arterial, estreitamento das artérias e por uma circulação sanguínea deficitária (Alzheimer Portugal, 2015).

Segundo estudos de autópsia, a neuropatologia subjacente na demência vascular clínica, é habitualmente uma mistura de lesões vasculares, e de outros estados degenerativos, em geral, a doença de Alzheimer. A demência vascular pura é mais rara. Deste modo, a demência vascular clínica pode ser considerada uma complicação vascular sobreposta a outra doença demencial, na maioria dos casos (Spar & La Rue, 2005).

Na demência vascular, a evolução dos défices cognitivos é mais abrupta que na maioria das outras demências. Algumas características dos doentes com demências vascular são: relativa preservação da personalidade e do sentido crítico; humor deprimido; labilidade emocional; queixas somáticas; aspeto em “mosaico” dos défices cognitivos (áreas relativamente bem preservadas de funcionamento ocorrem em simultâneo com áreas deterioradas). O diagnóstico é efetuado com base em exames físicos e neurológicos, avaliação laboratorial, e testes neuropsicológicos. O tratamento segue os princípios gerais do tratamento da doença de Alzheimer, combinados com o tratamento destinado a controlar a hipertensão e arritmia, para prevenir acidentes vasculares cerebrais subsequentes, e substâncias antiagregantes plaquetárias (Spar & La Rue, 2005).

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é uma doença crónica e progressiva do sistema nervoso central, que afeta o sistema motor, levando a tremores, rigidez, lentificação dos movimentos corporais, instabilidade postural e alterações da marcha. (Moreira, Martins, Neri & Araújo, 2007; Souza et al., 2011). A nível mundial esta doença atinge cerca de 1 a 2 pessoas em cada 1000, e tem o seu início, tipicamente, por volta dos 60 anos (Parkinson, 2012).

A doença surge quando os neurónios (células nervosas) de uma determinada região cerebral, denominada substância negra, morrem, sendo que, quando surgem os primeiros sintomas, já há perda de 70 a 80% destas células. Em condições normais, estas células produzem dopamina, um neurotransmissor que ajuda a transmitir mensagens entre as diversas áreas do cérebro que controlam o movimento corporal. Assim, quando as células da substância negra morrem, os níveis de dopamina tornam-se anormalmente baixos, o que leva a dificuldades no controlo do tónus muscular e movimentos musculares, afetando os músculos quer durante o repouso quer quando em actividade. (Alzheimer, 2015; Parkinson, 2012; Souza, Almeida, Sousa, Costa, Silveira & Bezerra, 2011)

Para além dos problemas progressivos inerentes à doenças, o doente de Parkinson pode sofrer ainda de: depressão; ansiedade; alterações do sono; perda de memória; discurso indistinto; dificuldades de mastigação e deglutição; obstipação; perda do controlo vesical; regulação anormal da temperatura corporal; aumento da sudação; disfunção sexual; câibras, entorpecimento, formigueiros, e dores nos músculos (Parkinson, 2012). Numa fase mais avançada da doença, algumas pessoas podem desenvolver demência (Alzheimer, 2015).

Idosos institucionalizados em Estruturas Residenciais

A promoção da saúde e cuidados preventivos para os idosos deve: catalisar, habilitar e capacitar as pessoas idosas a continuar o seu auto-desenvolvimento como indivíduos e como membros importantes da sociedade; prevenir ou atenuar distúrbios físicos, psicológicos e psiquiátricos e as consequências sintomáticas dos mesmos; prolongar a vida, de acordo com os princípios éticos e de acordo com o desejo da pessoa idosa; prolongar o período de atividade efetiva e de vida independente na velhice; garantir um sistema de suporte adequado de maneira a preservar a autonomia, independência, dignidade, e qualidade de vida da pessoa em todos os níveis de cuidados; evitar a institucionalização tanto quanto é praticável em termos humanitários e económicos; apoiar e assistir os idosos nas adaptações às perdas; na presença de doença terminal, garantir menos angústia possível para paciente e cuidadores; minimizar os encargos das famílias e outros cuidadores para melhorar a sua qualidade de vida e prolongar o período de tempo que estão dispostos a empreender o papel de cuidador; evitar superproteção, e o fomento de dependência com a aplicação de medidas de promoção da saúde (Kennie, 1993).

Em Portugal, não existem dados concretos sobre quantos idosos vivem atualmente em estruturas residenciais para idosos, mas é sabido pelos Censos de 2011, que a população idosa representa cerca de 19% da população total. O número de pessoas idosas que vivem sós aumentou 29% na última década, e o número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos registou crescimento idêntico (28%) (INE, 2013).

Quando surgiram os lares, a sua função não era promover a recuperação dos utentes e incentivar o seu retorno ao convívio social mais amplo. Era, e continua a ser

em muitos casos, uma instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos, que oferece apenas os cuidados básicos suficientes às pessoas que estão nos seus últimos dias de vida (Davim, Dantas & Lima, 2004; *cit. in* Simões, 2013).

Os conceitos subjacentes à prática institucional em lares de idosos têm sofrido alterações constantes ao longo do tempo, com vista à projeção dos lares como “casas reais” para os idosos. O conceito de “casas reais” está relacionado com a noção de privacidade, mas também com a noção de que é um lugar onde as pessoas vivem juntas em irmandade (Hauge & Heggen, 2006, *cit in* Guzman et al., 2012).

Segundo a Portaria nº67/2012 de 21 de Março, considera-se estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI's), “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (p. 1324). Os destinatários são pessoas com 65 anos ou mais, que por razões familiares, dependência, isolamento, solidão, ou insegurança, não podem permanecer na sua residência, e adultos com idade inferior a 65 anos em situações de exceção devidamente justificadas. Pode ainda proporcionar alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento, ou necessidade de descanso do cuidador (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

Ainda segundo o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012), os objetivos das ERPI são: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potenciar a integração social. Qualidade, eficiência, humanização, e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades

do residente; promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados devem ser os princípios de atuação pelas quais as ERPI se devem reger.

Em Portugal, os cuidados para com as pessoas idosas têm recebido interesse político crescente ao longo dos anos. As orientações têm-se centrado nos cuidados integrados e articulados centralizadas no Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e no Ministério da Saúde. As estruturas residenciais para idosos desempenham um papel crescente nos cuidados de idosos frágeis no final da vida, e providenciam a maioria, se não todos, os cuidados de fim de vida aos seus utentes (Simões, 2013).

Quando um utente é admitido numa ERPI, é obrigatória a realização de um plano de cuidados individualizado para cada utente, e a prestação de serviços de acordo com esse mesmo plano. Estes requisitos são essenciais para garantir que os beneficiários recebem os cuidados adequados e de transição com segurança de um ambiente de cuidados para outro. Vários estudos e investigações levados a cabo pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Gabinete do Inspector Geral dos Estados Unidos da América (2013), concluíram que a maioria dos lares apresenta deficiências na qualidade do atendimento, não desenvolvem planos de cuidados adequados, e não conseguem prestar assistência adequada aos beneficiários. Estas falhas refletem-se nos cuidados de má qualidade relacionados com cuidados de feridas, gestão de medicamentos, terapia, e em problemas psicossociais, tais como o aparecimento de psicopatologias, nomeadamente depressão, ansiedade, e problemas comportamentais.

Os idosos a residir em estruturas residenciais apresentam uma vasta gama de carências psicossociais, centradas na saúde mental, serviço social, e qualidade de vida.

O impacto social e emocional de uma doença ou deficiência física ou mental, a preservação e valorização do funcionamento físico e social, a promoção das condições essenciais para garantir o máximo de benefícios dos serviços de cuidados de saúde a longo prazo, a prevenção da doença e da incapacidade física e mental, e a promoção e manutenção da saúde física e mental e otimização da qualidade de vida, são áreas específicas de necessidades psicossociais apresentadas pelos idosos (Bonifas, 2008).

Ao ser institucionalizado, o idoso é forçado a abandonar a sua casa e as suas rotinas, isola-se da sociedade, passando a viver num ambiente estranho, rotineiro e formatado, em que sabe que, à partida, irá permanecer até morrer. Todas essas mudanças têm um impacto na saúde psicológica do idoso, que muitas vezes revela problemas de relacionamento, de comunicação, isolamento social, défice cognitivo, e psicopatologias como ansiedade e depressão (Bonifas, 2008; Mozer, Oliveira & Portela, 2011; Rocha, 2011).

Musicoterapia aplicada em geriatria

“A musicoterapia é a utilização profissional da música e dos seus elementos em contextos médicos, educativos e quotidianos, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional e espiritual” (WFMT, 2011).

Em musicoterapia, o cliente é a figura central da terapia e participante ativo no processo, o que irá promover a sua própria mudança. O terapeuta é um facilitador da ação do cliente, auxiliando-o na sua mudança e aprendizagem intrínseca. Ao termo “processo” está implícito movimento, evolução, crescimento. Essa evolução ocorre dentro de uma estrutura criativa, num clima de envolvimento entre cliente e terapeuta,

em que a sessão é vivida momento a momento, no aqui e agora. Para um processo terapêutico efetivo, o terapeuta tem de ser um entendedor empático do cliente no seu todo, dos seus impulsos, conexões, mudanças de humor, devendo estar incondicionalmente ligado a ele (Boxill, 1985, Robarts, 2006).

Trabalhar com idosos institucionalizados significa trabalhar com uma população heterogênea. Dentro de uma mesma instituição podem encontrar-se indivíduos com idades muito díspares, pertencentes a diferentes gerações, e cada um deles apresenta experiências de vida e personalidades distintas. Apesar de certas alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e emocionais estarem associadas ao processo de envelhecimento, essas alterações não acontecem ao mesmo tempo nem à mesma velocidade e/ou severidade em todos os indivíduos. Por este motivo, nas estruturas residenciais para idosos podem encontrar-se indivíduos com necessidades e níveis de funcionalidade muito distintos (Peters, 2000). Contudo, existem necessidades / problemas comuns à maioria dos idosos institucionalizados.

Como já foi referido anteriormente, ao longo do processo de envelhecimento, os idosos têm de lidar com alterações corporais, orgânicas e mentais, que por sua vez levam a repercussões no seu comportamento, emoções, auto-controlo, personalidade, e nas relações interpessoais. A somar a todas estas mudanças, os idosos institucionalizados têm de lidar com a perda das suas casas, da sua independência, privacidade, rotinas, e do seu papel na sociedade, sendo forçados à adaptação a novas rotinas, novas pessoas, e a um novo ambiente totalmente formatado, que lhes proporciona poucas oportunidades para tomar decisões e de assumir o controlo das suas próprias vidas. Estas mudanças podem afetar negativamente a auto-estima e auto-imagem dos idosos, bem como o seu comportamento, que muitas vezes se traduz em

falta de iniciativa, interesse e apatia, levando a uma deteriorização física e cognitiva. Torna-se portanto fulcral a oferta de atividades significativas para os idosos, que promovam a sua auto-estima, a sua individualidade, a sua criatividade e a socialização com os pares, de forma a retardar o declínio físico e cognitivo e melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Peters, 2000; Wigram, Pederson & Bonde, 2002).

Os programas de musicoterapia para os idosos estimulam diferentes áreas da funcionalidade (física, cognitiva, social e emocional), através de atividades como cantar, tocar instrumentos musicais, movimento com música, composição, improvisação e jogos musicais (Belgrave, Darrow, Walworth & Wlodarczyk, 2011; Clair & Memmott, 2008; Oliveira, Lopes, Damasceno & Silva, 2012; Resano, Mercadal-Brotons, Galati & Castro, 2011).

A nível físico, os dados empíricos revelam resultados positivos no que concerne à ativação do tónus muscular e à estimulação do movimento. A nível cognitivo, a musicoterapia tem sido utilizada com sucesso na estimulação da linguagem, memória a curto e longo prazo, e atenção. Ao nível social a musicoterapia promove interações sociais a nível verbal e não verbal, estimula a participação e promove a iniciativa (Oliveira et al., 2012; Resano et al., 2011).

Atividades de reminiscência através de técnicas musicoterapêuticas ativas e passivas permitem aos idosos recordar e partilhar eventos significativos da sua vida, ativar memórias, exprimir sentimentos, e a reconciliação e resolução de conflitos internos, o que conduz a um fortalecimento da auto estima, melhorias na memória da curto prazo, aumento da sociabilização, ajuda na adaptação à mudança, e reforço da importância da história de vida de cada indivíduo (Peters, 2000).

A musicoterapia, através de atividades de movimento e música revela ter um enorme potencial na manutenção da qualidade de vida do idoso, atuando no contexto preventivo e de reabilitação, e permitindo ao idoso entrar em contato com suas emoções e com o movimento, o que constitui uma medida para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo do envelhecimento (Mozer, Oliveira & Portela, 2011). Sendo estruturada no tempo, a música pode auxiliar a estruturar situações, interações e atividades. Os elementos da música (ritmo, melodia, harmonia, timbre, altura e andamento), têm a capacidade focar a atenção, e suscitar reações físicas, intelectuais e emocionais. A música tem ainda a característica da flexibilidade, tendo a capacidade de se adaptar a novas reações que surjam no momento (Peters, 2000).

Deste modo, a musicoterapia é uma abordagem holística, que proporciona aos idosos um contacto com o seu poder criativo, com as suas potencialidades, memórias e histórias de vida, fortalecendo a sua capacidade física e cognitiva, bem como a sua identidade e autoestima (Marques, 2011).

A demência, principalmente a doença de Alzheimer é uma das patologias que mais afeta os idosos na atualidade e levam à sua institucionalização. A doença compromete a área do cérebro responsável pela memória, pensamento e linguagem, sendo que a sua evolução leva a um comprometimento cognitivo, motor e linguístico. Essas manifestações podem levar o indivíduo a ter dificuldades de comunicação e interação social, o que propicia a entrada da pessoa num estado ansioso e depressivo (Cunha, 1999).

Apesar de ser uma doença neurológica degenerativa e progressiva sem cura, existem formas de gerir os sintomas associados à demência e melhorar a qualidade de vida dos doentes. A rotina é muito importante para os idosos demenciados, de forma a

que se sintam familiarizados com o ambiente e evitar estados ansiosos. Por este motivo, vários autores defendem que as sessões de musicoterapia devem apresentar um formato estruturado e previsível, iniciando com uma canção de boas vindas, passando por atividades como cantar, tocar instrumentos, ou música e movimento, e finalizando com uma canção de despedida onde se agradece a participação no grupo (Clair, 1991, cit. in Peters, 2000; Rio, 2009). Contudo, novas experiências / atividades de estimulação intelectual são igualmente necessárias numa tentativa de retardar a progressão da doença e aumentar o estado de alerta. Apesar do comprometimento cognitivo inerente à doença, é importante que todas as atividades sejam significativas para o doente, estruturadas, e adaptadas ao seu nível de funcionamento, contribuindo para restaurar, manter ou melhorar o funcionamento social e emocional, o processamento cognitivo, a saúde física, aumentar a auto estima e qualidade de vida (Peters, 2000).

O uso da música em idosos com demência é possível porque a percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música podem permanecer até aos estadios mais avançados da doença, mesmo depois das outras formas de memória terem desaparecido. Tal acontece, porque a música aciona as memórias emocionais dos indivíduos (Albuquerque, Nascimento, Lyra, Trezza & Brêda, 2012).

Um doente de Alzheimer sofre perda de memória, apresenta dificuldades de comunicação e auto-percepção, e a musicoterapia pode atuar na preservação dos aspectos da personalidade, na função cognitiva, nos pensamentos e memórias, para além de promover mobilização e expressão emocional (Belgrave et al., 2011; Brotons, 2000; Clair, & Memmott, 2008; Oliveira et al., 2012). Estas afirmações são sustentadas por um estudo realizado por Albuquerque et al. (2012), que concluiu que a música é um instrumento de grande valor no resgate de memórias das experiências vividas por

idosos, e tem a capacidade de evocar de sentimentos, como por exemplo a felicidade e saudade.

Os idosos com demência podem revelar-se agitados, e apresentam frequentemente comportamentos disruptivos, estereotípias verbais e físicas, e são muitas vezes agressivos para com os cuidadores e para com eles próprios. Cerca de 80% dos pacientes demenciados institucionalizados apresentam comportamentos disruptivos. A musicoterapia tem a capacidade de utilizar os elementos da música para ativar o relaxamento, estimular o bem-estar social e emocional, ou reduzir a ansiedade dos pacientes (Ledger & Baker, 2007; Vink et al., 2012).

O relaxamento é um elemento essencial na manutenção da saúde física e mental. É a libertação física e mental de tensão ou stress, e um estado que pode estar presente ou ausente em todo o corpo, e que afeta os músculos, a condutância da pele, as funções viscerais (como a frequência cardíaca e respiratória, e a pressão sanguínea), e as atividades cerebrais (como pensamentos, percepções e estados emocionais) (McCaffery, 1979, *cit. in* Titlebaum, 1998). Vários estudos musicoterapêuticos demonstram que a música combinada com exercícios de relaxamento muscular progressivo apresenta resultados efetivos no controlo da tensão muscular, ansiedade, qualidade do sono, e na redução de stress. A música tem a capacidade de afetar a dor, o conforto físico, fadiga / energia, ansiedade / relaxamento, e a qualidade de vida (Fiore, 2004; Hanser, 1985; Hernandez Ruiz, 2005; Hilliard, 2005, *cit. in* Choi, 2010; Kibler & Rider, 1983; Robb, Nichols, Rutan, Bishop, & Parker, 1995; Robb, 2000).

Experiências musicais com idosos envolvendo atividades como improvisação, cantar canções conhecidas deles, execução de instrumentos musicais, técnicas de redução de stress, atividades de música e movimento, dança, atividades musicais de

reminiscência, escrita de canções, discussão / reflexão de músicas e letras de canções, e audição musical podem ser realizadas em grupos terapêuticos, ou em *setting* individual com o intuito de: suscitar e estimular atividade física (desde relaxamento a movimentos estruturados); influenciar estados de espírito, emoções e facilitar a transição para estados e reações emocionais desejáveis; facilitar a comunicação verbal e não verbal, melhorar competências de sociabilização; veículo de expressão emocional; proporcionar estimulação intelectual; estimular associações significativas para os idosos; e aumentar a qualidade de vida e a auto-estima (Peters, 2000; Wigram, Pederson & Bonde, 2002).

Em suma, a musicoterapia aplicada em idosos institucionalizados estabelece melhores condições de comunicação, aprendizagem, mobilização, expressão, ativação e organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) com o objetivo de melhorar o relacionamento inter e intrapessoal, reduzir sintomas psicopatológicos comuns nesta população, como a ansiedade e a depressão, e proporcionar uma melhor qualidade de vida (Belgrave et al., 2011; Clair & Memmott, 2008; Ferreira, Rezende & Vargas, 2013).

Objetivos do estágio

Este estágio curricular em musicoterapia tem como objetivos gerais: auxiliar a instituição na humanização dos serviços, promover a interação entre os utentes e a equipa multidisciplinar, diminuir o isolamento social do utente, retardar o declínio físico e cognitivo, promover a manutenção e valorização da identidade pessoal e social dos idosos, e proporcionar momentos de expressão emocional do idoso institucionalizado.

Metodologia

Nesta parte do relatório será feita uma descrição dos aspetos metodológicos que caracterizam o trabalho clínico levado a cabo na instituição, bem como uma apresentação de dois estudos de caso demonstrativos da intervenção musicoterapêutica com a população acima descrita.

Descrição da amostra

Dos 196 utentes das ERPI, 60 usufruíram de acompanhamento musicoterapêutico em grupo (17 utentes estão institucionalizados na ERPI Residências do Pinhal, e 43 utentes na ERPI Santa Maria). As suas idades estavam compreendidas entre os 63 e os 101 anos de idade. Os grupos foram formados pela estagiária, com base no nível de funcionalidade e patologias apresentadas por cada utente, após uma fase prévia de observação e recolha de dados. Foram formados oito grupos de trabalho terapêutico: dois grupos na ERPI Residências do Pinhal, e seis grupos na ERPI Santa Maria.

De seguida, serão apresentadas tabelas que caracterizam os grupos de trabalho, e os seus respetivos elementos.

Tabela 1:

Caracterização do grupo A (ERPI Santa Maria)

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
B.C.	F	85	Demência; patologia cardíaca.	7/11/2011	4 anos
C. M.	F	100	Demência; HTA ² ; dislipidemia ³ ; patologia renal.	17/08/2004	11 anos
E.C.	F	82	AVC ⁴ ; quadro disfuncional não especificado.	11/11/2005	10 anos
F.A.	F	90	Dor crónica; períodos de confusão; HTA.	25/11/2013	2 anos
M.A. G.	F	80	Diabetes insulino; problemas cardíacos; amputação do membro inferior esquerdo; insuficiência renal.	20/09/2012	3 anos
M.L.	F	94	AVC com hemiparesia esquerda; alguns períodos de desorientação.	04/05/2013	2 anos

² Hipertensão arterial

³ Dislipidemia é um termo usado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos no sangue.

⁴ Acidente Vascular Cerebral

Tabela 2:

Caracterização do grupo B (ERPI Santa Maria)

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
A.S.	F	77	Microangiopatia isquémica crónica difusa ⁵ ; demência.	21/01/2011	4 anos
D.C.	F	87	Demência	24/10/2007	8 anos
E.G.	F	75	Depressão	15/05/2015	2 meses
F.P.	F	101	Períodos de desorientação; HTA; dislipidemia; patologia renal.	31/05/2010	5 anos
L.C.	F	77	Alzheimer; doença psiquiátrica sem diagnóstico específico; patologia cardíaca; doença oncológica.	22/11/2007	8 anos
M.F.O	F	78	Alzheimer; HTA; Parkinson.	1/10/2014	10 meses
M.F.	F	88	Artrose escapulo-umeral	02/05/2003	12 anos

⁵ Transporte sanguíneo deficitário a um determinado território do cérebro de instauração progressiva.

Tabela 3:

Caracterização do grupo C (ERPI Santa Maria)

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
A.A.D.	M	86	Depressão; tentativa de suicídio; diabetes; patologia cardíaca e da tiróide.	18/06/2004	11 anos
A.J.V.	M	87	AVC isquémico; HTA; patologia cardíaca.	01/07/2003	12 anos
A.T.	M	69	Síndrome pós-traumático; alcoolismo; HTA; dislipidemia; bronquite crónica.	25/05/2009	6 anos
D.J.	M	80	Doença oncológica da próstata; HTA; cistite de repetição ⁶ .	25/03/2014	1 ano e 4 meses
J.M.R.	M	69	Antecedentes tabágicos e alcoólicos; mobilidade reduzida no membro inferior direito.	01/12/2014	7 meses

⁶ Infecção urinária recorrente

Tabela 4:*Caracterização do grupo D (ERPI Santa Maria)*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
A.G.	F	87	Diabetes; anemia crónica.	12/08/2011	4 anos
C.A.	F	89	Patologia cardíaca com pacemaker; hipotireoidismo; AVC isquémico; dislipidemia; HTA; falta de ar crónica.	16/02/2006	9 anos
C.J.	F	63	Défice cognitivo e patologia psiquiátrica sem nenhuma especificação.	01/07/2003	12 anos
E.N.	F	89	Demência; HTA.	04/12/2014	7 meses
G.R.	F	64	Défice cognitivo e patologia psiquiátrica sem nenhuma especificação.	08/02/2002	13 anos
J.G.	F	88	Aterosclerose ⁷ ; patologia cardíaca; depressão; HTA.	15/03/2012	3 anos
H.P.	M	87	HTA; doença oncológica da próstata; diabetes; insuficiência renal.	10/05/2011	4 anos

⁷ condição em que ocorre a acumulação de placas de gordura, colesterol e outras substâncias nas paredes das artérias, o que restringe o fluxo sanguíneo e pode levar a graves complicações de saúde.

O.D.	F	83	HTA; doença oncológica da mama; patologia cardíaca; quadro neuropsicopatológico caracterizado por predominância pré-frontal ⁸ .	15/01/2014	1 ano ½
------	---	----	--	------------	---------

⁸ Planeamento executivo de desorientação temporal, e ao nível da memória visual.

Tabela 5:*Caracterização do grupo E (ERPI Santa Maria)*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
A.C.	F	86	AVC isquémico; HTA; depressão; dislipidemia	31 /05/2013	2 anos
E.F.	F	86	Diabetes; obesidade.	30 /10/2010	5 anos
F.V.	F	94	Alzheimer; múltiplos AIT ⁹ ; espondiloartrite ¹⁰ ; gastrite; hipertiroidismo; patologia renal crónica; diabetes mellitus insulino; obesidade.	0110/2010	5 anos
G.J.	F	95	HTA; patologia gastro-intestinal; dificuldades de deglutição; dor crónica.	07/01/2011	4 anos
H.B.	F	90	Aterosclerose; dor crónica.	23/11/2006	9 anos
I.B.	F	88	Depressão; osteoporose; doença vascular; deficiência auditiva.	17/11/2014	8 meses
J.M.	F	85	Patologia degenerativa articular; osteoporose.	15/05/2014	1 ano
M.E.	F	82	AVC; Alzheimer; patologia cardíaca; patologia da toróide. Demência; patologia	22/08/2012	3 anos

⁹ Acidentes vasculares transitórios¹⁰ doença inflamatória da coluna, envolvendo ligamentos e tendões nas interfaces entre o osso e a cartilagem articular.

Música para a vida

M.H.	F	88	cardíaca isquêmica; HTA; bronquite asmática; deficiência auditiva.	09/19/2012	3 anos
M.L.B.	F	79	Períodos de desorientação	17 /01/2008	7 anos
O.A.	F	66	Artrite reumatóide	06/05/2006	9 anos

Tabela 6:

Caracterização do grupo F (ERPI Santa Maria)

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
C.G.	F	80	Deficiência mental sem diagnóstico específico.	21/06/2011	4 anos
I.C.	F	91	Alzheimer; patologia cardíaca; HTA.	25/01/2013	2 anos ½
M.L.A.	F	76	AVC isquêmico; hipertiroidismo; demência.	06/06/2014	1 ano
M.P.	F	80	Alzheimer; psoríase.	01/03/2013	2 anos
M.V.	F	99	AVC isquêmico; demência.	21/01/2010	5 anos
N.G.	F	83	Patologia mental sem diagnóstico específico.	02/08/2010	5 anos

Tabela 7:

Caracterização do grupo G (ERPI Residências do Pinhal)

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
A.A.	F	88	Depressão; gastrite; demência; osteoporose; Parkinson; osteoporose; patologia cardíaca.	01/09/2014	10 meses
I.C.	F	83	Demência; isquemia vascular cerebral; HTA; diabetes tipo II.	10/01/2011	4 anos
M.D.B.	F	90	Demência; anemia crónica.	28/12/2004	11 anos
M.R.S.	F	80	Depressão; demência; ansiedade; diabetes.	22/03/2011	4 anos
M. M. S.	F	89	Alzheimer	05/08/2014	1 ano
M.V.	F	79	HTA; Alzheimer	28/08/2014	6 meses
O.S.	F	85	HTA; Alzheimer.	11/08/2014	1 ano
R.E.	F	69	Sequelas físicas e cognitivas de atropelamento em 2008; meningite (2009).	25/09/2014	10 meses

Tabela 8:*Caracterização do grupo H (ERPI Residências do Pinhal)*

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Data de entrada na instituição	Tempo de permanência na instituição
A.D.	F	93	Múltiplos AIT; Doença oncológica da mama; deficiência auditiva.	29/01/2015	6 meses
A.M.	F	85	Depressão; gastrite; osteoartrose.	22/07/2014	1 ano
C.M.	F	91	HTA; AVC; prótese total da anca esquerda.	04/08/2014	1 ano
C.S.	F	95	Diabetes	02/11/2011	4 anos
E.S.	F	88	Diabetes insulino; HTA; períodos de desorientação; ansiedade.	21/01/2008	7 anos
G.P.	F	89	Melanoma maligno no membro inferior esquerdo; depressão; osteoartrose.	28/02/2005	10 anos
L.R.	F	73	Demência ¹¹ ; diabetes; HTA; fratura do membro superior esquerdo.	25/10/2014	10 meses
M.E.F.	F	88	Depressão; HTA; Alzheimer.	02/03/2011	4 anos
N.P.	F	88	Depressão; ansiedade; demência; osteoporose; dor crónica.	18/11/2013	1 ano ½

¹¹ Síndrome demencial de tipo frontal, com perda de memórias, das funções executivas, desorientação tempo-espacial, e alterações do comportamento.

Ao analisar as tabelas apresentadas, verifica-se que existe uma predominância de utentes do sexo feminino (90%), e uma minoria de utentes do sexo masculino (10%). Esta situação deve-se a vários fatores: estão institucionalizados mais utentes do sexo feminino que do sexo masculino, e a maioria dos homens abordados para participar nas sessões recusou, alegando que tinham muito que fazer, ou que simplesmente não queriam participar. Contudo, a estagiária referiu que poderiam ingressar nas sessões se eventualmente mudassem de ideias. A média de idades dos utentes intervencionados é de 82 anos para os utentes da ERPI Santa Maria, e de 85 anos para os utentes da ERPI Residências do Pinhal, o que perfaz uma média total de idades de 83 anos. O tempo médio de institucionalização é de 4 anos. No que concerne ao diagnóstico dos utentes, verifica-se que existem patologias comuns a muitos deles. Após análise estatística dos dados, verifica-se que 40% dos utentes têm diagnóstico hipertensão arterial; 39% está demenciado, e 16% não tem diagnóstico clínico de demência, mas apresenta períodos de desorientação no tempo/espaço/pessoa; 32% sofre de algum tipo de patologia cardíaca; 22% tem diagnóstico de depressão; e 20% sofreu acidentes vasculares cerebrais. A informação relativa ao diagnóstico dos utentes foi recolhida nos seus processos individuais, cedidos pela instituição para consulta.

Procedimentos

O estágio iniciou a 17 de outubro de 2014, e desenrolou-se em quatro fases: a fase de observação, a fase de triagem e organização, a fase de intervenção, e a fase de avaliação.

A primeira fase, a de observação decorreu durante aproximadamente um mês. Na primeira semana, o orientador externo levou a estagiária a conhecer todas as valências que a Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém (SCMSC) tem para dar resposta à população idosa: as Unidades de Cuidados Continuados Integrados São João de Deus, e Conde do Bracial, e as Estruturas Residenciais para Idosos Residências do Pinhal, e Santa Maria. A estagiária foi apresentada aos técnicos presentes, bem como aos utentes. No decorrer das visitas, o orientador forneceu informação à estagiária sobre a missão, valores, e dinâmicas da instituição. Nesse dia, foi referido por diversos técnicos das ERPI, a preocupação relativa ao isolamento social e prostração crescente dos utentes por carência de estimulação; existe apenas um fisioterapeuta para todos os utentes das ERPI, e duas animadoras sócio-culturais para toda a instituição SCMSC. Tendo em conta a carência da instituição, a estagiária optou por realizar o estágio nas duas ERPI.

Na segunda semana, a estagiária deslocou-se às ERPI, acompanhando o fisioterapeuta e a animadora sócio-cultural nas atividades grupais que estes faziam com os idosos. Durante esse período, conheceu e conversou informalmente com alguns utentes, e apreciou as dinâmicas de grupo. O técnicos mostraram-se muito prestáveis, fornecendo informações importantes sobre as dinâmicas das ERPI, e sobre os utentes.

A partir da terceira semana, a estagiária começou a agir de forma autónoma, participando nas rotinas da instituição, visitando e conversando com os utentes. Geralmente, a estagiária chegava de manhã, e ajudava os funcionários a transportar os idosos para o refeitório para tomar o pequeno almoço. Aos idosos mais debilitados, auxiliava na alimentação, e de seguida transportava-os para as salas de estar. Posteriormente, a estagiária deslocava-se às salas de estar, e conversava informalmente

com os utentes. De modo a deixá-los o mais confortável possível, apresentava-se, falava sobre o que a levava lá, e fazia-lhes perguntas simples, como a idade, onde viviam, profissão, e também perguntas relacionadas com seu gosto musical (se gostava de música, o que costumava escutar, se gostava de cantar, se tocava algum instrumento, etc). A maioria dos idosos mostrou-se recetivo à presença e intervenção da estagiária, e o ambiente gerado em volta das conversas, que muitas vezes se tornavam conversas de pequeno grupo, era de boa disposição e familiaridade. Com os utentes acamados, ou mais demenciados, a terapeuta procurou informação junto dos auxiliares, técnicos, e, quando possível, junto dos familiares. Paralelamente à observação direta, e às conversas informais, a estagiária consultou os processos e planos individuais dos utentes, e aplicou com quem ponderou à partida trabalhar, o *Mini Mental State Examination* (MMSE), criado por Folstein em 1975, que consiste num questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas, e a escala de depressão geriátrica – versão reduzida, elaborada por Sheikh & Yesavage em 1986. Esta escala é utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso.

A fase de triagem e organização correspondeu sensivelmente à quarta semana de estágio. Nesta fase, foi feita a triagem dos utentes que seriam intervencionados, e foi decidido pela terapeuta a modalidade das sessões (individual ou de grupo). Como já foi referido, a instituição demonstrou desde a primeira hora a sua preocupação com o isolamento social e falta de comunicação entre idosos, e a estagiária foi confrontada com essa realidade desde que visitou as ERPI. A maioria dos idosos estava nas salas de estar, juntos, com as cadeiras dispostas de forma a terem contacto visual entre si, mas não comunicava. Alguns olhavam para a televisão, outros olhavam no vazio, outros

dormiam, e as únicas conversas existentes eram entre funcionários, ou conversas pontuais entre pares de idosos. Por todas estas razões, e para conseguir dar resposta ao maior número de idosos possível, a estagiária optou por trabalhar apenas em grupo.

Numa fase inicial, os utentes foram divididos em 14 grupos (4 grupos na ERPI Residências do Pinhal, e 10 grupos na ERPI Santa Maria). Os grupos eram pequenos (média de 4 elementos por grupo), com o intuito de uma maior atenção da terapeuta para com todos os elementos e de uma maior coesão grupal, e as sessões tinham a duração de 30 minutos, com intervalos de 15 minutos entre as mesmas, sendo a sua periodicidade semanal.

A seleção dos grupos foi realizada principalmente com base na observação direta realizada na primeira fase. Os utentes apresentavam uma variedade de patologias e diagnóstico. Independentemente do diagnóstico, considerou-se que a forma mais adequada de constituir os grupos seria reunir em cada um deles, pacientes mais funcionais e menos funcionais. Deste modo, foram constituídos grupos heterogêneos constituídos por utentes mais funcionais, e outros menos funcionais. O intuito seria criar grupos onde houvesse um equilíbrio moderado de graus de participação de cada utente. Contudo, este critério não se aplicou à formação de todos os grupos. Na ERPI Santa Maria, existe uma ala onde se encontram os utentes com demência em estadio mais avançado; esses utentes trabalharam juntos. Ainda na mesma ERPI, existe uma outra ala que não se encontra no edifício principal, sendo necessário atravessar uma estrada para lá chegar: a ala dos apartamentos. Esses utentes trabalharam também em conjunto, não havendo hipótese de os mesclar com outros. Em algumas alas, os grupos foram constituídos tendo por base a dinâmica de funcionamento já existente, com o intuito de mobilizar os utentes menos participativos a sessão; noutras alas, os grupos foram

compostos com base na mesma patologia apresentada, ou nível de dependência mental; noutras alas, a estagiária mobilizou os utentes que já estavam habitualmente juntos na sala de estar.

A terceira fase, a de intervenção, iniciou a 19 de novembro de 2014, e desenrolou-se até ao final de junho de 2015. As sessões na primeira semana foram realizadas em grupos maiores, ou seja, misturando os pequenos grupos, com exceção dos grupos da ala esquerda e dos apartamentos. Esta opção deveu-se ao facto da terapeuta pretender que a sua abordagem não fosse personalizada, para que os utentes se sentissem mais descontraídos. A sessão foi dividida em três partes: escuta musical de canções do tempo da sua mocidade, com destaque para fados e cante alentejano); cantar canções escolhidas pelos utentes; tocar instrumentos musicais. O objetivo da sessão foi identificar o nível de participação de cada utente, e a qualidade das suas prestações nas atividades propostas, de modo a fazer uma avaliação inicial.

Na segunda semana, a estagiária tentou que as sessões decorressem como havia planeado na segunda fase, mas tal não aconteceu. Os dias das sessões correspondiam ao dia de banhos, e os utentes do primeiro grupo da manhã não estavam prontos à hora da sessão, o que iria atrasar as sessões seguintes; para além disso, à sexta-feira de manhã decorria uma atividade sobreposta à musicoterapia, em que alguns utentes selecionados também participavam. Este factos levaram a uma reflexão acerca dos horários e dos grupos, e a terapeuta chegou a diversas conclusões: o horário elaborado era demasiado rígido, e sem qualquer flexibilidade; manter 14 grupos não era exequível; o tempo máximo de 30 minutos por sessão era demasiado redutor; os 15 minutos entre sessões eram demasiado curtos, tendo em conta que era necessário transportar utentes em cadeiras de rodas até à sala onde decorriam as sessões; na hipótese de algum utente não

participar na sessão, o grupo ficaria ainda mais reduzido; e não sobrava tempo algum para colaborar na vida da instituição.

Deste modo, a estagiária voltou a reorganizar os utentes, de maneira a formar 8 grupos (2 grupos na ERPI Residências do Pinhal e 6 grupos na ERPI Santa Maria). A periodicidade das sessões continuaria a ser semanal, e a duração das mesmas seria de cerca de 45 minutos para todos os grupos, com exceção do grupo F, em que a duração aproximada era de 30 minutos; no entanto, o tempo das sessões não era estanque, podendo variar consoante a envolvimento do grupo nas mesmas. Os grupos A e B usufruíram de 23 sessões, o grupo C, 20 sessões, os grupos D, G e H, 24 sessões, e os grupos E e F, 25 sessões.

As sessões eram planeadas pela terapeuta, sendo contudo, muitas vezes reformuladas e ajustadas nas sessões às necessidades dos utentes. Para possibilitar uma análise mais detalhada, as sessões foram gravadas em vídeo, e analisadas *a posteriori* pela terapeuta, que preenchia semanalmente uma folha de registo de sessão de grupo. A grelha de observação das sessões foi aplicada três vezes ao longo do processo de intervenção: no início, a meio, e no final. Sensivelmente a partir da terceira semana de intervenção, foram elaborados planos terapêuticos para cada grupo.

A intervenção decorreu os sete meses sem percalços de maior, exetando a morte de duas utentes que participavam nas sessões. Apenas a morte de uma delas (institucionalizada na ERPI Residências do Pinhal) foi referenciada por alguns utentes, pois a senhora faleceu na ERPI no próprio dia da sessão. O assunto foi abordado no início de sessão por algumas utentes, que apenas comentaram o facto, sem dar hipótese à estagiária de aprofundar o assunto. A outra utente que faleceu, institucionalizada na

ERPI Santa Maria, já estava à alguns dias internada no hospital, e nenhuma referência à sua morte foi feita por parte das colegas de grupo.

Cerca de um mês antes do término da intervenção terapêutica, os utentes foram sendo preparados para tal, através de conversas no final das sessões, e de reflexões acerca do tempo passado juntos e do trabalho realizado.

Paralelamente à intervenção terapêutica, a estagiária participou sempre nas rotinas da instituição: transportava idosos para o refeitório, ou para as salas de estar; auxiliava na alimentação dos mais dependentes; reunia com frequência, formal ou informalmente, com os técnicos e outros prestadores de cuidados; e continuava a passar tempo informal de conversa com os utentes. Participou com um dos grupos terapêuticos (grupo C), nas festas de Natal da instituição, que se realizaram nas ERPI e nas UCCI¹² durante o mês de dezembro; auxiliou na organização do mastro que se realizou no mês de junho, apoiando as animadoras sócio-culturais nos ensaios da marcha dos utentes, e compondo uma marcha popular para os colaboradores da SCMSC, da qual foi a madrinha. No final do estágio, dia 7 de julho, organizou e dinamizou um evento aberto à comunidade, a qual denominou “Encontro de gerações”. Os intervenientes foram os membros do grupo C, e o grupo coral juvenil da cidade, *Coral Harmonia Juvenil*, que realizaram um concerto onde partilharam canções do seu repertório, saberes, e experiências de vida.

A fase de avaliação foi sendo feita ao longo de todo o período de intervenção, através da visualização semanal dos vídeos das sessões, e através do preenchimentos das folhas de registo das sessões e das grelhas de observação. Contudo, depois do término das sessões, foi feita uma análise mais aprofundada de todos os registos feitos

¹² Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ao longo do período de intervenção, e foram retiradas as conclusões relativamente ao progresso do utente, bem como se os objetivos clínicos contemplados no plano terapêutico foram ou não cumpridos.

O *setting* terapêutico

Na ERPI Residências do Pinhal, toda a dinâmica da instituição ocorre no primeiro piso, e todas as salas estavam ocupadas, não sendo possível privacidade suficiente para a realização das sessões de musicoterapia. No piso térreo existe um salão apenas utilizado esporadicamente para reuniões e formações, e com a autorização da diretora técnica, foi o espaço eleito para a realização das sessões de musicoterapia. Contudo, havia algumas desvantagens: como os utentes tinham que se deslocar de elevador e caminhar um pouco até à sala, alguns mais autónomos na locomoção por vezes não queriam participar; eram necessárias inúmeras viagens, logo, era dispendido muito tempo, para conseguir transportar todos os utentes em cadeiras de rodas para a sessão; como o piso térreo dava acesso direto à rua, era necessária vigilância para que os utentes com risco de fuga não saíssem do edifício. Mas era o único espaço possível. A sala era equipada apenas 2 mesas, e várias cadeiras, que a terapeuta posicionava em forma de círculo para as sessões. Para meados de abril, quando os dias começaram a ficar mais quentes, a estagiária optou por realizar as sessões numa das varandas do edifício, que se encontrava no primeiro piso, e à sombra no horário das sessões. A estagiária demorava mais tempo na preparação do *setting*, pois tinha que trazer cadeiras do refeitório para o exterior, mas os utentes apreciaram essa mudança, pois gostavam de estar ao ar livre, e não tinham que se deslocar até ao piso térreo. A disposição das cadeiras no exterior era em formato de meia lua, com a terapeuta integrada no meio dos

utentes. Apesar de ser ao ar livre, a privacidade das sessões foi mantida, pois não se tratava de uma zona de passagem de utentes ou colaboradores.

Na ERPI Santa Maria, haviam várias salas onde se realizavam as sessões de musicoterapia. As suas foram escolhidas pela estagiária, com o aval da diretora técnica, tendo em conta dois fatores: a maior privacidade possível, e a menor deslocação dos utentes entre a sala de estar e a sala da terapia.

Os utentes do grupos A e B tinham terapia numa pequena sala, utilizada normalmente pelas animadoras, que cederam gentilmente à estagiária. Essa salinha ficava junto à sala de estar onde os utentes costumam estar todo o dia, e era composta por uma mesa grande ao centro, cadeiras, e prateleiras com livros e materiais para a realização de trabalhos manuais. Na preparação do *setting*, era necessário deslocar a mesa para um canto, que servia como mesa de apoio para o leitor de CD's, partituras, e instrumentos, e posicionar as cadeiras em círculo.

Os grupos E e C tinham terapia numa sala de estar que era apenas utilizada como sala de refeições. Era uma sala de formato retangular, muito comprida e estreita, equipada com mesas, cadeiras, um móvel vazio, e um móvel de televisão. As mesas foram encostadas à parede, e lá permaneceram até ao final do estágio, pois eram poucos os utentes que lá tomavam as suas refeições. Devido ao espaço físico da sala, não era possível posicionar as cadeiras em círculo, mas apenas em semi-círculo. Contudo, era muito difícil para alguns utentes, principalmente do grupo E devido à maior dimensão do grupo, terem contacto visual direto com todos.

O grupo D tinha as sessões na sala de estar dos apartamentos. Como já foi referido, esta ala fica num edifício diferente, e à exceção de muito poucos utentes, a maioria não se desloca ao edifício principal, e não usufruía de qualquer atividade que a

instituição possa oferecer. Nesta ala, encontram-se acamados, pessoas que não saem dos apartamentos por opção própria, e alguns utentes mais funcionais que frequentam a sala de estar. E são esses os utentes que compõem o grupo D. A sala de estar é ampla, e equipada com móveis junto às paredes, televisão, sofás, cadeirões e cadeiras, e uma mesa de centro. O formato de uma das paredes é uma meia-lua, com janelas corridas em todo o seu comprimento. Encostado a essa parede estão os cadeirões e sofás, onde os utentes se sentam com lugar marcado, com acesso visual direto entre eles e para toda a sala. Essa mesma disposição foi utilizada pela estagiária para as sessões de musicoterapia. Apesar de ser uma sala de estar comum, tem bastante privacidade, pois mais nenhum utente a utiliza, e os colaboradores utilizavam outro local como zona de passagem no horário da sessão.

O grupo F, numa primeira fase, começou por ter as sessões na sua sala de estar. Nessa ala, denominada ala esquerda, encontravam-se os utentes mais demenciados e outros com algum tipo de patologia psiquiátrica e deficiência mental. A aproximação aos utentes teve que ser feita de forma muito gradual, para que se fossem habituando e aceitando a presença da estagiária. Mas a sala não reunia as mínimas condições para a realização das sessões, pois encontravam-se lá outros utentes, e era uma zona de passagem utilizada pelos colaboradores para uma espaço exterior. Assim que a terapeuta ganhou a confiança dos utentes, as sessões passaram a realizar-se num outro espaço, junto à sala de estar. Não era um espaço ideal, visto ser um canto junto a um corredor, mas era um espaço raramente utilizado pelos colaboradores na hora da sessão. Esse espaço estava apenas equipado com um sofá e cadeiras. As mesmas eram dispostas em círculo, criando a sensação de um ambiente mais pequeno e acolhedor, e de forma a enriquecer as interações entre os utentes. Um outro espaço foi ponderado pela terapeuta,

mas era longe da zona de conforto dos utentes, e devido às suas características mentais e cognitivas não seria possível deslocá-los e mantê-los lá.

Para a realização das sessões foram indispensáveis alguns recursos materiais, como extensão de corrente elétrica, rádio com leitor de CD's e entrada USB, instrumentos de pequena percussão (maracas, *shaker*, guizeira, caixa chinesa, pandeireta, tamborim, adufe, afoxé¹³, reco-reco, bloco de dois sons), instrumentos harmónicos (cavaquinho e/ou teclado), pasta com letra e cifra de canções, e câmara de filmar. É de referir, que o teclado, quando utilizado nas sessões e independentemente do grupo, ficava posicionado atrás da cadeira onde a terapeuta se sentava, para que todos os utentes conseguissem ter acesso visual ao mesmo. Os restantes instrumentos ficavam dentro do saco até serem utilizados, e outras vezes em cima de uma mesa de apoio, se a sala tivesse esse recurso. O leitor de CD's ficava colocado perto da terapeuta, numa mesa, numa banco, ou no chão, de modo a que a acessibilidade ao mesmo fosse rápida e eficiente.

Técnicas e métodos de musicoterapia

Em musicoterapia, as técnicas a aplicar podem ser ativas, passivas, ou integrativas. Durante o processo de estágio, a terapeuta utilizou os três tipos de técnicas, sendo que as técnicas ativas foram as utilizadas privilegiadamente. As técnicas ativas utilizadas foram: improvisação vocal e instrumental, para trabalhar a interação, criatividade, e a expressão de sentimentos; execução instrumental, para trabalhar o movimento, estimulação sensorial, e ritmo interno do utentes; execução vocal, que

¹³ Instrumento musical afro-brasileiro, que se caracteriza por uma cabaça coberta por uma rede formada de sementes, conchas ou contas

trabalha os músculos faciais, a respiração, a comunicação, e a interação; e construção de canções, que trabalha a cognição e a memória. As técnicas passivas mais utilizadas foram a escuta musical com o objetivo de trabalhar a atenção dos utentes, tentando focá-los em determinado aspeto da música (instrumentos, letra), análise de letras, tentando, se aplicável, estabelecer um paralelismo para a sua vida pessoal. As técnicas integrativas aplicadas foram: movimento com música, de modo a ativar e a fortificar o tónus muscular do utente; e revisão da história de vida, com o objetivo de reavivar memórias e promover a expressão de sentimentos, através da audição e/ou execução de músicas/intérpretes significativos ao longo da vida do utente, seguindo-se um momento de reflexão verbal, quando aplicável.

Instrumentos de avaliação

Como já foi referenciado anteriormente no relatório, foi aplicado na fase de observação, o *Mini Mental State Evaluation* de Folstein (1975), (ver anexo A), questionário de avaliação das funções cognitivas, composto por 30 questões, que avaliam 6 categorias: orientação, memória imediata e recente, capacidade de atenção e cálculo, linguagem, e capacidade construtiva. O *score* máximo é de 30 pontos, e considera-se com défice nas funções cognitivas, os indivíduos analfabetos com *score* inferior ou igual a 15 pontos, indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade com *score* igual ou inferior a 22 pontos, e indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, com *score* igual ou inferior a 27 pontos. As conclusões obtidas através da análise dos resultados do MMSE revelam que, 42,2% apresentam défice cognitivo moderado, 24,4% não conseguiram realizar o questionário, 20% não apresenta défice cognitivo, e 13,3% apresenta défice cognitivo acentuado.

Na mesma fase, foi aplicada a escala de depressão geriátrica – versão curta de Sheikh e Yesavage (1986), (ver anexo B), que avalia os aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. A escala é constituída por 15 itens de resposta dicotómica (sim ou não), sendo as respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. A pontuação final resulta da soma da pontuação dos 15 itens, correspondendo a uma de três categorias: sem depressão (0 - 5); depressão ligeira (6-10); depressão grave (11-15). Os resultados obtidos revelam que 48% dos inquiridos sofrem de depressão ligeira, 39% não sofrem de depressão, e 12 % sofrem de depressão grave. Relativamente aos resultados do MMSE, dos inquiridos, 42,2% apresentam défice cognitivo moderado, 24,4% não conseguiram realizar o questionário, 20% não apresenta défice cognitivo, e 13,3% apresenta défice cognitivo acentuado.

Outras escalas já tinham sido previamente aplicadas pelos técnicos das ERPI, e encontravam-se nos processos dos idosos. Ao consultar os processos, a estagiária baseou-se também nesses instrumentos para realizar e enriquecer a avaliação inicial dos utentes. Esses instrumentos de avaliação consistiam numa avaliação de funcionalidade (ver anexo C), que contemplam o Índice de Barthel e a avaliação de mobilidade do utente, avaliando o índice de dependência do idoso relativamente às atividades de vida diárias (AVD), e a escala de qualidade de vida WHOQOL-bref (OMS), (ver anexo D). Segundo os resultados obtidos da análise estatística da avaliação de funcionalidade, 5% dos idosos revelaram-se independentes, e a mesma percentagem dos idosos totalmente dependente; 22,4% revelou-se ligeiramente dependente; e 10,2% moderadamente dependente, e a mesma percentagem, severamente dependente. Não foi realizada análise estatística dos resultados da escala WHOQOL-bref, pois esta foi aplicada apenas a uma

pequena percentagem de utentes. Contudo os resultados observados mostram que a maioria dos utentes se revela pouco feliz, ou infeliz.

Para avaliar o processo terapêutico dos utentes, as sessões foram gravadas com a autorização dos responsáveis pelos utentes (ver anexo E), e a estagiária elaborou uma grelha de observação das sessões (ver anexo F) baseada no *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP), elaborado por Baxter, Berghofer, MacEwan, Nelson, Peters, & Roberts (2007), que aplicou em três fases da intervenção clínica: no início, no meio, e no fim. O instrumento de avaliação original apresenta dez domínios: motricidade global /grossa, motricidade fina, motricidade oral, sensorial, comunicação recetiva / percepção auditiva, comunicação expressiva, cognitivo, emocional, social, e musicalidade. Este foi adaptado pela estagiária, de modo a ser de fácil e rápido preenchimento, e a se adaptar à população idosa.

Agenda semanal

Na ERPI Residências do Pinhal, o estágio decorria à quarta-feira de manhã, e na ERPI Santa Maria, à quinta-feira e sexta-feira de manhã, e durante uma parte da tarde. Para além do tempo das sessões, a estagiária participava ativamente na dinâmica da instituição, ajudando os utentes nas suas atividades de vida diárias, e os técnicos naquilo que precisassem. Parte do tempo era também passado em conversas informais com os idosos e com os funcionários, ou a consultar processos e a realizar trabalho de pesquisa. A tabela seguinte ilustra o horário cumprido pela terapeuta durante o período de estágio, e as atividades de realizava.

Tabela 9:

Agenda semanal

Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h – chegada à instituição, preparação do <i>setting</i> ; conversa informal com os idosos e técnicos; mobilização dos utentes para a sessão	9:30h - chegada à instituição, preparação do <i>setting</i> ; conversa informal com os idosos e técnicos; mobilização dos utentes para a sessão	9:30h - chegada à instituição, preparação do <i>setting</i> ; Apoio à alimentação e mobilização dos utentes; trabalho de pesquisa
9:45h – sessão do grupo G	10h – sessão do grupo A	10:30h – sessão do grupo E
11h – sessão do grupo H	11h – sessão do grupo B	11:30h – registo das sessões
12h – saída da instituição	13:30h – sessão do grupo D	13h – sessão do grupo F
	14:30h – registo das sessões; conversa informal com os utentes	14h – sessão do grupo C
	15h – saída da instituição	15h – saída da instituição

Estudos de caso

Estudo de caso I – a utente I. C.

Descrição do sujeito

A I.C. tem 91 anos, dois filhos e é viúva. Depois de enviuvar relativamente cedo, teve alguns relacionamentos amorosos. Vivia sozinha em Santiago do Cacém e era comerciante de profissão, vendendo produtos hortícolas no mercado municipal. Segundo informações fornecidas por familiares, a I.C. foi sempre uma mulher independente, que gostava de tratar da sua aparência física, e de se divertir. Gostava imenso de cantar, de ouvir acordeão, e de dançar, frequentando regularmente a bailes populares.

Os primeiros sinais de demência surgiram por volta dos 80 anos, e foram sendo confundidos com as perdas cognitivas naturais do processo de envelhecimento. A situação da I.C. foi-se agravando com o tempo, ficando cada vez mais incapacitada de tratar da casa e das suas necessidades básicas de higiene e alimentação sem apoio. Nesse período foi-lhe diagnosticada a doença de Alzheimer e após receber apoio domiciliário da SCMSC, a filha acabou por levar I.C. para sua casa enquanto aguardava vaga numa estrutura residencial para idosos, apesar da resistência em deixar a sua casa. A I.C. foi institucionalizada em janeiro de 2013 na ERPI Santa Maria.

Fase de Avaliação

Quando deu entrada na ERPI, a I.C. deslocava-se sem grande dificuldade, e era relativamente independente nas atividades de vida diária (AVD), necessitando apenas

de supervisão. À data de elaboração deste relatório, a I.C. continuou a deslocar-se sozinha, mas evidenciando desde logo alguma dificuldade nos restantes movimentos, já bastante lentificados. A sua postura, tanto a andar como sentada, era curvada, e passava a maior parte do tempo sentada, com expressão apática, de olhar vago ou posto no chão. As tentativas de comunicação verbal da I.C. eram mínimas, mas quando o fazia, o discurso era incoerente e desorganizado, revelando um declínio cognitivo acentuado. Era visitada semanalmente pela filha e pelo genro.

A I.C. foi seleccionada para a intervenção musicoterapêutica devido ao manifesto isolamento social, postura enrolada, falta de contacto ocular e verbalização nula, tendo sido incluída no grupo F (ver tabela 6). O grupo F era constituído por 6 utentes do sexo feminino da ERPI Santa Maria, sendo que quatro delas apresentavam diagnóstico de demência, e duas apresentavam diagnóstico de deficiência mental sem especificação. Todas estas utentes apresentavam um nível de funcionalidade e autonomia baixos, e um elevado défice cognitivo. Por esse motivo, e também por se encontrarem numa ala mais isolada da instituição, a terapeuta decidiu incluir essas utentes no mesmo grupo. Na fase de observação, não foi fácil estabelecer contacto com a I.C.; a utente revelava uma grande apatia, não reagindo ao próprio nome e raramente procurando contacto ocular. Para tentar estabelecer algum tipo de contacto com ela, era necessário que a estagiária se posicionasse no mesmo plano físico; contudo, a maior parte das vezes a sua resposta era simplesmente um olhar vago. O isolamento social e a apatia da utente, foram os dois problemas detetados nesta fase, passíveis de serem trabalhos em musicoterapia.

Plano Terapêutico

A tabela que se segue apresenta o plano terapêutico elaborado pela musicoterapeuta para a I.C., contemplando os problemas detetados a trabalhar, bem como os objetivos e sub-objetivos a atingir.

Tabela 10:

Plano terapêutico - I.C.

Problema nº 1: Isolamento relacional

Objetivo: Promover a interação e o relacionamento interpessoal

Sub-objetivos:

Aumentar o grau de participação nas sessões	Aumentar o tempo de contacto entre a utente e os pares	Fomentar a interação dentro da atividade musical
---	--	--

Problema nº 2: Apatia

Objetivo: Reduzir a apatia

Sub-objetivos:

Aumentar o grau de participação ativa nas sessões	Promover a iniciativa no seio da atividade musical	Promover a intencionalidade expressiva no contexto da actividade musical
---	--	--

Problema nº 3: Discurso desorganizado e incoerente

Objetivo: Promover a formulação de discurso organizado e coerente

Sub-objetivos:

Diminuir a verborreia	Promover a coerência do discurso verbal com os pares	Aumentar a capacidade de estruturar a produção verbal no contexto da actividade musical
-----------------------	--	---

De acordo com a tabela apresentada, o objetivo terapêutico a alcançar para o problema nº1, isolamento social, foi o aumento de contacto e interação social. No âmbito deste objetivo era esperado que a utente aumentasse o grau de participação nas sessões e o tempo de contacto com os pares, bem como a interação dentro da atividade musical.

Reduzir a apatia foi o objetivo proposto para a diminuição do problema nº 2. Para atingir o objetivo, a utente deveria aumentar o grau de participação ativa nas sessões, mostrar iniciativa no seio da atividade musical, e demonstrar intencionalidade expressiva no contexto da actividade musical.

Para melhorar o discurso desorganizado (problema nº3), detetado apenas na fase de intervenção, os sub-objetivos propostos foram: a diminuição de verborreia, promover a coerência verbal com os pares, e aumentar a capacidade de estruturar a produção verbal no contexto da atividade musical.

Processo musicoterapêutico

A I.C. participou em todas as sessões de grupo, o que perfaz um total de 25 sessões, estando inserida no grupo F, que era composto por mais 5 utentes (ver tabela 6).

Já na fase de intervenção, a I.C. começou a fazer tentativas de comunicação verbal com a estagiária. O seu discurso revelou-se fluído, incoerente e desorganizado, não sendo possível entender o que estava a querer transmitir, mas com uma particularidade: I.C. estava a comunicar verbalmente a cantar. A estagiária tentou detetar que melodia seria, se seria parte de alguma canção popular e significativa para ela. Contudo, a melodia não era repetitiva, e a sua tessitura ia desde sons agudos até

sons graves, e a estagiária acabou por chegar à conclusão de que seria uma melodia auto-gerada no momento. Esse momento revelador de I.C. fez com que a estagiária detetasse o terceiro problema possível de ser trabalhado em musicoterapia: o discurso desorganizado e incoerente. Para além disso, a tentativa de comunicação através da criação de uma melodia, quando antes não havia sequer contacto visual, mostrou à terapeuta que a música foi muito provavelmente parte importante na vida de I.C., e que as atividades de improvisação musical provavelmente teriam adesão da sua parte.

Tal como referido anteriormente, a comunicação e interação são áreas comprometidas e em declínio nos pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer, e I.C. apresentava um declínio acentuado nessas áreas que se verificou ao longo de toda a fase de observação. Contudo, a música funcionou como um veículo para estabelecer a comunicação e a interação entre a I.C. e a estagiária, o que permitiu o início da relação terapêutica. Para além disso, através da música, mais propriamente da melodia auto gerada, a I.C. revelou um nível de funcionamento cognitivo superior ao manifestado até então. Estas observações são corroboradas pela literatura, onde se pode verificar que a música comunica com as áreas saudáveis da pessoa como um todo, que os pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer mantêm preservada a área do cérebro referente ao processamento musical, mantêm a capacidade de atender a, e discriminar elementos musicais simples, e que a música tem um poder mobilizador para a ação, promovendo comunicação e interação (Brotons, 2000; Peters, 2000; Whitcomb, 1989).

Dados empíricos revelam que o repertório familiar e significativo para os doentes de Alzheimer é mais efetivo na obtenção dos objetivos traçados, pois esse repertório remonta às memórias afetivas que se mantêm preservadas até uma fase final da doença (Aldridge, 2000; Belgrave *et al.*, 2011; Clair & Memmot, 2008). Devido ao

acentuado défice cognitivo de I.C. e das restantes colegas de grupo, não foi possível fazer a recolha do reportório familiar verbalmente durante a fase de observação. A estagiária procurou obter informações junto dos funcionários do lar, e também dos familiares dos utentes. A filha de I.C. relatou que a música sempre tinha feito parte da vida da mãe, cantarolando regularmente, escutando acordeão na rádio, e frequentando com regularidade bailes populares. Embora preciosa, essa informação não era suficiente. Era necessário saber quais as canções efetivamente mais significativas para I.C., bem como para os restantes elementos do grupo. E as primeiras sessões serviram precisamente para “andar em busca” do reportório mais significativo para cada uma. Nesta fase, a I.C. continuava a não interagir verbalmente com a terapeuta e com os restantes membros do grupo, mas no seio da atividade musical surgiram momentos de interação e comunicação entre I.C. e a estagiária, que demonstrou sempre uma postura empática que por sua vez reforçou o início da relação terapêutica.

O processo terapêutico com a I.C. desenvolveu-se em quatro fases. Nestas fases, assistiu-se a alterações do ponto de vista da participação, comportamento, reação, e postura da utente. A fase um correspondeu às primeiras sessões que foram de descoberta, avaliação inicial, e de estabelecimento de contacto. A fase dois caracterizou-se por uma melhoria dos problemas referenciados no plano terapêutico, a fase três, por um estancar da evolução positiva, e a fase quatro caracterizou-se por um retrocesso das metas adquiridas durante o processo terapêutico. Para melhor compreender e caracterizar o processo terapêutico, encontram-se em anexo as grelhas de observação de uma sessão na fase inicial, outra na fase intermédia, e outra na fase final da intervenção (ver Anexo G).

A primeira fase decorreu da sessão 1 à sessão 4. Na primeira sessão, a I. C. encontrava-se no quarto a dormir a sesta, e a sessão foi iniciada sem a sua presença. Passados cerca de cinco minutos, I.C. apareceu e sentou-se no sofá. Apesar da sua postura ligeiramente curvada, mostrava-se atenta ao que se estava a passar na sessão, virando a cabeça para a fonte sonora. Ao cantar a canção “Rita arredonda a saia”, I.C. endireitou o corpo e focou o olhar na estagiária. Logo na primeira sessão foram tiradas ilações importantes: a música mobilizou a utente a deslocar-se de forma autónoma para a sessão, e a canção “Rita arredonda a saia” era significativa para I.C., provocando mobilização emocional, ainda que de forma muito subtil.

Ao longo da primeira fase, a I. C. mostrou-se cada vez mais atenta às sessões, erguendo o tronco, olhando a terapeuta e os restantes membros do grupo, e focando o olhar na fonte sonora quando se cantavam cantigas significativas para ela, como “Rita arredonda a saia”, “Malhão malhão”, e “Ó rama ó que linda rama”. I.C. começou também a participar ativamente nas atividades de execução instrumental, nunca mostrando resistência em aceitar o instrumento musical apresentado. Contudo, ao aceitar o instrumento, ficava a olhar para ele não sabendo como tocar; mas bastava que a estagiária lhe mostrasse como fazer, para que I.C. iniciasse a execução musical. Tal demonstra, que apesar da atitude apática e passiva da I.C. no dia-dia da instituição, a música, mais concretamente o ritmo, sendo uma experiência estruturada no tempo, ofereceu estrutura e previsibilidade à utente, mobilizando-a para a ação, e estimulando-a intelectualmente.

Durante a primeira fase, a I.C. revelou uma estereotipa física: friccionar as mãos nas pernas a um ritmo constante, fixando sempre o olhar no movimento. Segundo as funcionárias da ERPI, a I.C. fazia, desde há bastante tempo, essa estereotipia

regularmente ao longo do dia, e durante um extenso período de tempo. Era frequente a estagiária encontrar assim a I.C. quando chegava para as sessões, e enquanto preparava o *setting*. De modo a dar intencionalidade àquele gesto, a estagiária cantava uma canção e/ou tocava um instrumento na mesma pulsação do movimento, de modo a criar uma ligação com a utente; quando a ligação estava estabelecida, a estagiária abrandava a pulsação e cantava uma melodia com o nome da utente. Por norma, esta estratégia fazia com que a I.C. parasse o movimento, e se focasse na sessão. Em pacientes com doença de Alzheimer, desorientados no espaço e no tempo, as estereotipias representam gestos de regulação emocional. Ao demonstrar uma atitude empática para com a utente, e aliando a capacidade que a música tem para se adaptar às mudanças que possam surgir no momento, a estagiária conseguiu estabelecer um ponto de contacto com a I.C., que lhe deu segurança, e fez com que se focasse no aqui e agora.

A sessão cinco marca o início da fase dois, sendo um ponto de viragem no progresso terapêutico de I.C. Quando a estagiária chegou para a sessão, a I.C. estava sentada completamente curvada, de olhar em baixo, fazendo o movimento estereotipado energicamente junto ao peito do pé, e cantando em “titiriri” na mesma pulsação do movimento uma melodia curta e repetitiva. Por vezes essa melodia era intercalada com outra, um pouco mais lenta, ora com uma letra impercetível, ora em “nananina”, enquanto ajeitava as calças. É de realçar que estas duas melodias, acompanharam I.C. ao longo de várias sessões no decorrer do processo terapêutico, em conjunto com o movimento estereotipado de auto-regulação. A terapeuta tentou estabelecer contacto com a utente tocando um ritmo regular de acordo com a pulsação já estabelecida, mas sem sucesso. Decidiu então romper com a estrutura, tocando forte no tamborim sons aleatórios, mais uma vez sem sucesso. Começou então a cantar a canção “Ó rama ó que

linda rama”, e em pouco tempo, I.C. ergueu o tronco, e focou o olhar na estagiária. No final comentou "mas que lindo...”. Esta frase constitui um marco de progresso terapêutico em I.C., que pela primeira vez nas sessões construiu uma frase coerente, e que expressava conteúdo emocional. Ainda nessa sessão, I.C. tentou estabelecer canais de comunicação com a terapeuta, que se traduziram numa avalanche de frases desorganizadas e incoerentes acompanhadas de uma melodia não repetitiva e improvisada. Para tentar estabelecer um diálogo coerente, a estagiária pegava numa palavra, ou numa pequena expressão perceptível, devolvendo-a estruturada numa melodia. Na fase final da sessão, aconteceu outro momento de mobilização emocional, em que a I.C., recostada no sofá e de olhos postos na terapeuta, chorou ao escutar a canção “Eu ouvi um passarinho”. Nesta sessão, a música foi um veículo para a expressão emocional, e em que a terapeuta teve o papel de suporte e de aceitação incondicional de I.C., o que revela uma relação terapêutica mais profunda. O facto de ter conseguido construir uma frase coerente, segundo a literatura, prende-se com o facto de que, quando se estabelece uma ligação emocional, outras áreas do cérebro são ativadas, nomeadamente correspondente à memória e cognição, nem que seja por um breve período de tempo (Peters, 2000).

Ao longo da fase dois, a I.C. foi progredindo no sentido de atingir os objetivos traçados no plano terapêutico. Aos poucos foi abandonando a sua postura curvada e os movimentos e melodias estereotipadas foram sendo cada vez menos frequentes. A verborreia começou a ser menos frequente também, dando lugar a frases curtas, coerentes, que expressavam ideias ou conteúdo emocional. Os níveis de participação ativa nas atividades foram aumentando gradualmente, quer em atividades estruturadas, quer em atividades de improvisação livre.

Nas atividades de improvisação livre, I.C. foi-se revelando criativa e interativa, e assumiu muitas vezes o papel de líder, tomando a iniciativa de introduzir novas ideias musicais no seio do grupo, quer vocais, quer instrumentais, mobilizando os restantes elementos para a mudança. Outras vezes, I.C. assumia uma pulsação ou padrão rítmico estável e coeso, dando espaço para que os restantes membros do grupo expressassem a sua criatividade. Foi sendo cada vez mais frequente um jogo de pergunta-resposta não imitativo instrumental ou vocal com a terapeuta.

Nas atividades instrumentais estruturadas, como acompanhar uma canção, I.C. mostrava-se igualmente participativa, mantendo sempre uma estrutura, com pulsação ou padrão rítmico estável. Contudo, outro tipo de interações com os pares eram menos frequentes, como o contacto ocular, ou o sorriso. Nas atividades vocais estruturadas, como a execução de canções, a situação revelou-se inversa, participando pouco, e expressando mais conteúdo emocional.

Durante as canções, a I.C. mostrava-se normalmente muito atenta, olhando a terapeuta diretamente no olhos, e revelando interesse. Dava quase sempre a sensação de estar em busca de memórias enquanto escutava as canções. Contudo, esta atividade era das que mais mobilizava emocionalmente a utente, que geralmente acabava por se emocionar e chorar, ou sorrir e bater palmas no final da canção. As manifestações físicas, eram habitualmente acompanhadas de manifestações verbais coerentes e com conteúdo emocional. Quando se emocionava e chorava, era comum falar na filha, ou referir nomes de pessoas significativas para ela, ou dizer: “ai, isto faz-me chorar, e não sei porquê...”, ou “isto faz-me ficar triste”. Geralmente, a estagiária continuava a cantar a canção com letra, repetindo novamente *piano* de boca fechada, tentando criar um ambiente quase embalatório, com o intuito de I.C. se auto-regular sozinha dentro da

atividade. A maioria das vezes, essa estratégia resultava. Contudo, outras vezes em que a utente se mostrava mais agitada, a estagiária parava, e tentava entender o que se passava através do diálogo verbal, perguntando, por exemplo, “o que é?”, “são saudades?”; muitas vezes, como a resposta de I.C. era inconclusiva, a estagiária tentava o processo tentativa-erro. Conforme a a sua resposta, a terapeuta cantava novamente a canção, cantando uma letra simples que espelhasse as suas emoções. Quando a utente demonstrava alegria com as canções, era regular dizer: “ai que, lindo!”, “gosto dessa”, “essa moda é boa”, ou “adoro”, acompanhado de demonstrações de afeto pela terapeuta, como pegar na mão, fazer carícias na cara, ou dizer: “ai que moça tão linda!”, “ai minha amiga!”, ou “ai minha rica filha!”. Segundo Damásio (1994), a emoção está intimamente associada à memória; ou seja, ao contexto em que é adquirida na experiência individual. Segundo esta teoria, pode-se concluir que a utente, enquanto escutava atentamente as canções, estava efetivamente a ativar memórias, que transmitiu através de manifestações físicas como o sorriso ou o choro e também através de manifestações verbais curtas, em que referenciava pessoas significativas na sua vida, e mostrava reconhecimento das emoções que estava a sentir (alegria e tristeza). Contudo, o acentuado declínio cognitivo, não lhe permitiu processar e analisar essas emoções.

A primeira vez que I.C. cantou uma canção foi na sétima sessão. O grupo estava a cantar o “Malhão malhão”, e a terapeuta abordou-a, chamando o seu nome. I.C. reage, dizendo “sim! Diz!” A terapeuta começa a cantar novamente a melodia em “nanana”, dando a deixa a meio da frase. Nesse momento, I.C. começa a cantar a canção do ponto em que a terapeuta a tinha deixado, o que denota estimulação cognitiva. Na sessão onze, o grupo estava a cantar “Eu ouvi um passarinho”, e I.C., começou a cantar também, com

a afinação e tempo do grupo, em “nanana”. Durante a sessão cantou a canção mais duas vezes, demonstrando iniciativa.

A sessão doze, marca o início da fase três. Nessa sessão, I.C. voltou a cantar o “passarinho” por iniciativa própria, recordando a canção trabalhada na sessão anterior. A terapeuta aproveitou a iniciativa da utente, e explorou a canção com o grupo, cantando de várias formas, e fazendo variações do tema principal. Quando a atividade terminou, uma outra utente pediu para cantar outra moda, e I.C. voltou a cantar o “passarinho”, sem dar oportunidade para que fosse realizada outra atividade. A sessão seguinte foi pautada pela mesma situação, à exceção de que, de vez em quando, a melodia do “passarinho”, era intercalada com a melodia do “malhão malhão”. A interação musical com os pares só acontecia nas atividades instrumentais, e houve uma diminuição do contacto ocular. A estagiária tentou de várias formas contornar a situação, desde tentar-se ligar à sua sonoridade, outras vezes a tentar romper com a sua sonoridade com a ajuda do grupo, mas os resultados eram apenas momentâneos.

Na sessão quinze, a terapeuta incluiu uma atividade no grupo: audição de temas populares tocados em acordeão. Todos os membros do grupo tinham o hábito de frequentar bailes populares, e o tipo de música ia ao encontro da sonoridade de cada um deles. Nessa sessão os utentes com mobilidade dos membros inferiores tiveram a oportunidade de dançar, e I.C. mostrou-se agradada com a atividade, sorrindo e manifestando-se verbalmente. A partir de então, o “passarinho” deixou de “minar” as sessões, sendo apenas cantado pontualmente.

A terceira fase foi caracterizada por períodos de altos e baixos no que concerne à participação e comportamentos de I.C. Uns dias revelava-se participativa e interativa, outros, pouco participativa, mais fechada em si, apresentando por vezes alguma

labilidade emocional; contudo as emoções conseguiam ser geridas dentro da atividade musical.

A fase quatro iniciou na sessão vinte, e caracteriza-se por um declínio de todas as metas alcançadas ao longo do processo terapêutico. A sessão vinte foi marcada pelo surgimento de uma nova melodia auto-gerada por I.C., e que a mesma repetia, independentemente da atividade que o grupo estivesse a realizar; esta melodia murmurada foi repetida por I.C. até à última sessão. Este retrocesso verificado em I.C. é frequente nos doentes de Alzheimer, visto ser uma doença neurológica degenerativa. No seu dia-dia na ERPI verificou-se também nesta fase um acentuar no declínio cognitivo, ainda mais dificuldades nas AVD, os estados ansiosos e depressivos tornaram-se mais frequentes, e segundo a filha, deixou de a reconhecer e interagir com ela. Nesta altura de enorme desorientação no espaço, tempo e pessoa, e de ansiedade para I.C., a estagiária focou-se em proporcionar-lhe atividades prazerosas que lhe propiciassem estrutura, previsibilidade e familiaridade, como forma de se regular na atividade musical com auxílio da terapeuta e dos restantes membros do grupo.

Ao longo das últimas sessões, os pontos interativos de I. C. com os membros grupo e com a terapeuta foram diminuindo, e começou gradualmente a “fechar-se em si mesma”. A verborreia voltou, não tão intensa como no início, acompanhada da melodia estereotipada, e revelava ansiedade e humor depressivo. Das poucas vezes que estabelecia contacto visual, o seu olhar vago revelava confusão e tristeza. A labilidade emocional aumentou, e foi cada vez mais difícil auto-regular-se. Apesar dos esforços da terapeuta em inverter o quadro, cantando canções significativas, fazendo escuta musical

de temas da sua identidade musical¹⁴, os resultados do esforço apenas eram visíveis a curto prazo.

Conclusão do caso

Na fase de observação, I.C. revelava um grande isolamento social, apatia, e incoerência e desorganização do discurso verbal. Ao longo das fases um e dois, I.C. revelou progresso, atingindo totalmente os objetivos estabelecidos no plano terapêutico para os dois primeiros problemas. O terceiro objetivo foi apenas parcialmente atingido, pois apesar de conseguir formular frases curtas, organizadas e coerentes, e de conseguir estabelecer um diálogo simples recíproco, não conseguiu estruturar a produção verbal no contexto da atividade musical, como é exemplo, a interpretação de canções.

Logo no início da fase de intervenção, a estagiária notou que, apesar da sua dependência e disfuncionalidade, a I.C. revelava uma extrema facilidade de se ligar musicalmente ao outro, por exemplo: quando recebia um instrumento, e já estavam outros membros a tocar a I.C. tinha a capacidade de ir ao encontro do ritmo que já estava estabelecido. A frequência crescente dos pontos de contacto e da interação musical dentro da atividade musical nas duas primeiras fases foram-se refletindo gradualmente na sua postura mais descontraída, na procura de contacto ocular, e nas tentativas de comunicação verbal com os restantes membros do grupo e com a terapeuta nas sessões.

A terceira fase foi marcada por uma oscilação nos níveis emocionais, de participação, e comportamento de I.C., que resultou num progresso *versus* retrocesso do

¹⁴ É de ressaltar, que apesar do esforço da terapeuta em inverter o quadro da utente através de reportório significativo, o grupo nunca foi deixado em auto-gestão, sendo que as músicas utilizadas faziam parte do reportório familiar dos restantes membros do grupo.

processo terapêutico. A instabilidade que marcou a terceira fase, acabou por levar ao retrocesso que define a quarta parte da intervenção.

Em conversa com outros técnicos, auxiliares, e a própria filha da utente, a terapeuta conseguiu apurar que no último mês da intervenção, que corresponde à quarta fase, I. C. se revelava mais apática e isolada no seu dia-dia, passando muito tempo a olhar para o chão ou para o vazio murmurando por vezes uma melodia repetitiva incessantemente, mesmo quando estimulada a parar. A filha revelou também que I.C. deixou de a reconhecer, e de estabelecer contacto com ela.

Segundo a literatura, e que se pode comprovar ao longo da intervenção terapêutica com a I.C. e também com os restantes elementos do grupo, a musicoterapia é uma intervenção efetiva na manutenção e melhoria de competências sociais, emocionais e cognitivas dos pacientes com doença de Alzheimer. Graças aos elementos musicais, como o ritmo e forma, e à capacidade para processar estímulos auditivos preservada nos doentes de Alzheimer até estadios avançados da doença, a atividade musical, principalmente a utilização terapêutica de repertório familiar, é geralmente prazerosa, proporciona estrutura e segurança, é um veículo de comunicação verbal e não verbal e relacionamento com os pares, ativa memórias, estimula física e intelectualmente os utentes, e promove a expressão emocional. É muito importante ter em conta que o estado de deteriorização do doente pode agravar-se, e que é necessário reformular os objetivos e estratégias traçadas. Nos estadios mais avançados da doença, a musicoterapia tem como objetivos: aumentar a consciência de si e dos outros, promover pontos interativos e a comunicação, promover a expressão individual, e aumentar a auto-estima através de atividades estruturadas e prazerosas (Aldridge, 2000; Belgrave, et al., 2011; Peters, 2000; Rio, 2009; Whitcomb, 1989).

Apesar dos objetivos estabelecidos para I.C. terem sido parcialmente atingidos na fase dois, no final da intervenção o plano terapêutico não foi cumprido. Tendo a utente o diagnóstico de doença de Alzheimer, as suas capacidades cognitivas foram-se deteriorando ao longo do tempo da intervenção musicoterapêutica. De acordo com a literatura (Belgrave, Darrow, Walworth & Wlodarczyk, 2011), a ansiedade, humor depressivo e a labilidade emocional, são sintomas comuns dos pacientes com este diagnóstico. E são estes os sintomas que se começaram a revelar na fase três e se agravaram na fase quatro da intervenção musicoterapêutica. Contudo, a música, graças à sua estrutura e familiaridade, foi utilizada pela utente como ferramenta de auto-regulação.

Estudo de caso II – o grupo D

Descrição do grupo

O grupo D era composto por 8 utentes, sete do sexo feminino, e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 63 e os 89 anos, a residir na ala dos apartamentos da ERPI Santa Maria. Todos os elementos do grupo D estavam juntos diariamente na sala de estar e/ou na sala de refeições. Apesar de se conhecerem minimamente uns aos outros, os momentos de interação entre eles não eram frequentes; passavam a maior parte do tempo em silêncio a ver televisão, e por ser um grupo a residir afastado do edifício principal, não usufruíam das atividades grupais oferecidas pela instituição. A escolha do grupo para estudo de caso prendeu-se com as dinâmicas de grupo ocorridas ao longo do processo terapêutico. Sendo também o grupo mais funcional com que a terapeuta trabalhou, foram utilizadas outras técnicas

musicoterapêuticas e abordados e aprofundados diferentes conteúdos relativamente a outros grupos terapêuticos. De seguida será feita uma breve apresentação de cada membro do grupo.

A A.G. tem 87 anos, é viúva e tem uma filha. É natural do concelho de Santiago do Cacém, e viveu toda a vida numa zona piscatória até ter sido institucionalizada depois da morte do marido. Nunca foi à escola e toda a sua vida trabalhou no campo. Como diagnóstico apresenta diabetes, dificuldades de visão e anemia crónica. É visitada regularmente pela filha.

A utente C.A., tem 89 anos, uma filha, e é natural do Fundão onde tem uma quinta com uma plantação de cerejas onde trabalhou até casar. Emigrou para Moçambique com o marido e viveu lá até ao tempo da guerra colonial. Quando regressou a Portugal voltou para a sua quinta no Fundão e aí viveu até enviuvar, tendo vindo para a casa da filha em Santiago do Cacém. Impossibilitada de cuidar de C.A., a filha optou por a institucionalizar na ERPI Santa Maria, onde está desde fevereiro de 2006. C.A. apresenta sequelas de AVC isquémico, patologia cardíaca, hipotiroidismo e problemas respiratórios. É visitada regularmente pela filha.

A C.J. tem 63 anos, é solteira e natural de uma aldeia pertencente ao concelho de Santiago do Cacém. Segundo o processo individual a utente apresenta um défice cognitivo e é seguida em psiquiatria, contudo o diagnóstico não é específico. Frequentou a escola, e trabalhou como empregada doméstica até à morte da mãe, altura em que foi institucionalizada em julho de 2003. Não recebe visitas.

A utente E.N. tem 89 e é natural de uma freguesia rural de Santiago do Cacém, onde viveu até casar. Professora de profissão, foi emigrante na Holanda e lá abriu uma escola portuguesa para os filhos dos emigrantes. Quando E.N. e o marido se

reformaram, regressaram a Portugal e à aldeia de Roncão, onde viveram até serem institucionalizados em dezembro de 2014 devido à doença oncológica terminal do marido e ao diagnóstico de demência de E.N. A utente ingressou nas sessões de musicoterapia em janeiro de 2015, após a morte do marido, e encontrava-se extremamente confusa e prostrada. Recebe visitas regulares dos irmãos e da sobrinha.

A utente G.R. tem 64 anos e é solteira. Nunca foi à escola e trabalhava como empregada doméstica. Segundo o seu processo individual, G.R. apresenta um diagnóstico não especificado de atraso mental e é acompanhada em psiquiatria. É natural de uma aldeia do concelho de Santiago do Cacém, onde viveu até à sua institucionalização após a morte da mãe, em fevereiro de 2002. É visitada esporadicamente pela irmã.

A utente J.G. é natural de Palmela, tem 88 anos, duas filhas, e é viúva. Veio viver para Santiago do Cacém ainda em criança, quando o seu pai, guarda de profissão, foi transferido para a cidade. Trabalhou numa fábrica de cortiça até se reformar, e foi institucionalizada em março de 2012, após a morte do marido. É a única utente do grupo que não se consegue locomover autonomamente, e apresenta diagnóstico de arterosclerose, patologia cardíaca, e depressão. Recebe visitas regulares das filhas, netos, e bisnetos.

A utente O.F. é viúva, tem 83 anos, um filho, e é natural de Torres Vedras. Tem formação académica e toda sua vida trabalhou no comércio. É dona de uma papelaria/tabacaria, que abriu juntamente com o marido quando ambos vieram residir para Santiago do Cacém. Depois de enviuvar, foi institucionalizada por decisão da própria em janeiro de 2014. Apresenta diagnóstico de patologia oncológica da mama,

patologia cardíaca, e patologia neuropsicopatológica. É visitada regularmente pelo filho, nora, e netos.

O utente H.P. tem 87 anos, é viúvo, e tem um filho. Tem formação académica, e trabalhou toda a sua vida na empresa CTT. Natural do Fundão, o utente mudou-se para Santiago do Cacém quando foi transferido para a sede dos CTT da cidade para ocupar um cargo de chefia. Foi institucionalizado por vontade própria em maio de 2011 depois da morte da sua esposa. Apresenta como diagnóstico carcinoma da próstata, diabetes, e insuficiência renal. Recebe visitas pontuais do filho. O utente é bastante autónomo, e como ainda conduz, passa grande partes dos seus dias fora da instituição. Por este motivo, o utente frequentou apenas cinco sessões de musicoterapia.

Fase de avaliação

A primeira vez que a terapeuta entrou na ala dos apartamentos, encontrou quatro idosas sentadas em cadeirões. Estavam em silêncio, olhando para a televisão. Ao se aperceberem da presença da estagiária, “miraram-na desconfiadas”. Também um pouco relutante, a estagiária apresentou-se informalmente, explicando o seu propósito na instituição. Antes de ter hipótese de dizer mais alguma coisa, a utente A.G. disse: “se vem para aqui cantar, não conte comigo”, apressando-se as restantes a dizer “comigo também não!”. A estagiária tentou dar a volta a situação, alegando que ninguém seria obrigado a participar, e que respeitaria as opções de cada uma. Contudo, voltou a insistir: “mas não gostam de ouvir música?”, obtendo uma resposta positiva da parte das utentes. Ao perguntar que tipo de música ou que cantores gostavam de ouvir, as respostas foram “ah...não sei...”, ou “não me lembro”. A estagiária tentou a técnica de tentativa-erro, descobrindo que as preferências das idosas eram o fado, as canções

tradicionais, sendo que o instrumento favorito era o acordeão. Ao despedir-se das utentes, as mesmas voltaram a referir que não valia a pena ir para ali, porque só queriam estar em sossego e sem ouvir barulhos.

Em conversa com os técnicos da ERPI, a estagiária foi informada de que os utentes da ala dos apartamentos, que se encontra num edifício aparte, não beneficiavam de qualquer atividade oferecida pela instituição, com exceção de uma minoria independente que se deslocava diariamente para o edifício principal, e de outra utente que recebia sessões individuais de fisioterapia. Por se encontrarem fisicamente aparte, os utentes encontravam-se mais isolados, passando os dias nos seus apartamentos ou na sala de estar, num estado de apatia e falta de iniciativa, a que Peters (2000), denominou de “neurose institucional”.

Ao refletir sobre a observação realizada na ala dos apartamentos, a estagiária percebeu o porquê das atitudes de estranheza e relutância por parte dos utentes. Estes encontravam-se isolados física e socialmente, e por consequência estavam a perder a sua identidade, e a declinar cognitivamente.

Plano terapêutico

A seguinte tabela contempla o plano terapêutico elaborado pela estagiária para o grupo D.

Tabela 11:

Plano terapêutico – grupo D

Problema nº 1: Isolamento social

Objetivo: Fomentar as interações sociais dos utentes

Sub-objetivos:

Fomentar a interação dentro da atividade musical	Promover a iniciativa de contacto dos utentes dentro das sessões	Aumentar o contacto social fora das sessões
--	--	---

Problema nº 2: Ausência de atividade cognitivamente estimulantes

Objetivo: Promover estimulação cognitiva

Sub-objetivos:

Promover a recuperação e partilha de recordações	Aumentar a capacidade de integração coerente entre letra e música na execução de canções	Aumentar a produção original nas actividades de improvisação
--	--	--

Problema nº 3: Perda de identidade

Objetivo: Promover a expressão identitária dos utentes

Sub-objetivos:

Promover a escolha e interpretação de canções significativas	Partilhar acontecimentos significativos dentro da sessão	Expressar emoções ou ideias próprias durante a sessão
--	--	---

Reportando à tabela acima apresentada, o objetivo terapêutico a alcançar para o problema nº1 foi fomentar as interações sociais dos utentes. Para atingir este objetivo, a

terapeuta definiu os seguintes sub-objetivos: fomentar a interação dentro da atividade musical, promover a iniciativa de contacto dos utentes dentro das sessões, e aumentar o contacto social fora das sessões.

Promover a atividade cognitiva dos utentes foi o objetivo estabelecido para a redução do problema nº2 (ausência de atividade cognitivamente estimulante). A promoção da recuperação e partilha de recordações, o aumento da capacidade de integração coerente entre letra e música na execução de canção, e o aumento da produção original nas atividades de improvisação foram os sub-objetivos estabelecidos para alcançar esta meta.

Relativamente ao problema nº3, perda de identidade, a promoção de escolha e interpretação de canções significativas para os utentes, a partilha de acontecimentos significativos, e a expressão de emoções ou ideias próprias no seio das sessões de musicoterapia foram os sub-objetivos definidos para alcançar a promoção da expressão identitária dos utentes.

Dinâmicas de grupo – processo terapêutico do grupo D

A intervenção terapêutica com o grupo D principiou em novembro de 2014, e desenrolou-se ao longo de 24 sessões. A intervenção divide-se em quatro fases, de acordo com as fases dos processos terapêuticos de grupo definidos por Bernard & Mackenzie (1994): fase de compromisso, fase de diferenciação, fase de trabalho de grupo, e fase de término.

No dia da primeira sessão, a terapeuta avisou que iria chegar um pouco depois da hora prevista para a sessão, pois todas as sessões anteriores tinham atrasado. Após a sua chegada, as utentes comentaram de que esta tinha chegado na hora do lanche, e

A.G., C.J., e O.F. dirigiram-se para o refeitório. A utente A.G. comentou: “eu não sei cantar”, tendo a estagiária perguntado: “e ouvir?”, tendo obtido como resposta: “só se for muito baixinho, porque tenho muitas dores de cabeça”. Enquanto as utentes lanchavam, a estagiária aproveitou o tempo para conversar informalmente com as três utentes que permaneceram na sala de estar, acerca das canções mais significativas para elas. Contudo, as utentes revelaram um baixo nível de iniciativa em responder às questões colocadas, dizendo “eu não me lembro”. A terapeuta propõe então que cantem a canção alentejana “Rama ó que linda rama”, ao que a utente J.G. responde “ai eu não sei cantar, mas se calhar até gosto de ouvir”. A terapeuta canta a canção, e as utentes escutam com atenção. À segunda vez, C.A. e J.G. cantam também, contudo as suas posturas face à presença da terapeuta é reticente. Quando as restantes utentes voltam à sala, são distribuídos instrumentos musicais de pequena percussão, que são aceites pelas utentes, com exceção de G.R., que se recusa a participar. A terapeuta propõe a canção “tirolíroliro”, que algumas utentes cantam e acompanham nos instrumentos musicais, ainda que com uma postura defensiva. No final da sessão, a utente C.J. pediu para o grupo cantar a canção “eu ouvi um passarinho”.

Apesar da reticência das utentes na primeira sessão, foi logo visível que a música tinha a capacidade de as mobilizar para a ação. A realização de atividades estruturadas, como cantar uma canção, e tocar instrumentos musicais, preencheu as sessões até ao Natal, e correspondeu à primeira fase do processo terapêutico do grupo. Os membros do grupo revelavam pouca tolerância à novidade e imprevisibilidade, e por esse motivo a estagiária optou pela realização de atividades estruturadas com o objetivo de ganhar a sua confiança, e criar homogeneidade através de um ambiente confortável e de envolvimento, de modo a promover a coesão grupal. Ao longo dessa fase, os utentes

foram-se revelando cada vez mais recetivos à presença da terapeuta, a participar mais ativamente nas atividades, e a tomar iniciativa na escolha de canções. Nesta primeira fase, a utente C.J. foi o membro que mais provocou o efeito catalizador do processo terapêutico, fazendo o grupo se movimentar para a fase seguinte.

A partir de janeiro o grupo entrou na fase dois: fase de diferenciação, caracterizada por uma coesão grupal, e por um ambiente de segurança e descontração. Na sexta sessão, surge pela primeira uma atividade de improvisação. Ao escolherem os seus instrumentos, os utentes, de sua iniciativa começaram a tocar. Foi muito rápido até ficarem todos ligados e em interação, numa pulsação coesa, executando ritmos que não eram iguais, mas que se complementavam. A partir daí, alguns membros romperam com a estrutura estabelecida, iniciando novos padrões rítmicos auto-gerados, e fazendo variações de dinâmica. É importante referir que a utente G.R. participou ativamente na sessão pela primeira vez, revelando-se proativa, e trazendo novidade para o seio do grupo durante a atividade de improvisação. Quando todos os utentes voltaram à estrutura, a utente C.J. começou a cantar a moda “amora negra”, e todos os utentes cantaram com ela. Foram iniciadas mais canções pelos utentes ao longo da sessão, mas a atividade instrumental nunca cessou; mesmo que a canção proposta incitasse outro padrão rítmico, os utentes alteravam instintivamente o padrão para se ajustar à nova métrica.

A partir de então, as atividades de improvisação começaram a fazer parte da estrutura das sessões. Contudo, apesar da improvisação instrumental funcionar muito bem com o grupo, os utentes mostravam-se relutantes nas atividades de improvisação vocal, com muita dificuldade em romper com a estrutura e previsibilidade que a melodia, forma, e letra das canções lhes proporcionava. Apesar dos esforços da

terapeuta no sentido da improvisação vocal, ao propor temas para as improvisações, ao tentar fazer variações de canções do repertório do grupo, ou a iniciar uma pequena frase improvisada, os utentes tinham uma das seguintes reações: ficavam em silêncio, riam, imitavam a terapeuta, ou se fosse uma variação de uma canção, começavam a cantá-la. Paralelamente às atividades musicais não estruturadas, o repertório significativo para o grupo também foi crescendo.

Em suma, esta fase caracterizou-se por uma gradual aproximação interativa nas sessões, sendo que o cruzamento de olhares, os sorrisos, e os jogos de pergunta-resposta dentro da atividade musical foram sendo cada vez mais frequentes. Ao mesmo tempo, a identidade própria de cada um dos utentes começou a emergir, ao introduzirem novas ideias de sua iniciativa no seio da atividade musical, como a escolha de canções, ou na introdução de um novo ritmo.

A fase três caracterizou-se pela partilha verbal de memórias pessoais dos utentes. A estagiária não conseguiu estabelecer um marco cronológico para esta fase; à medida que as sessões avançavam, os temas abordados foram sendo cada vez mais complexos, reflexivos e emotivos. Para além das técnicas ativas utilizadas, foram introduzida técnicas passivas, como a escuta musical de canções significativas para os utentes seguidas de debates, e análise de letras. Uma das sessões mais marcantes desta fase foi a décima sétima sessão, na qual todo o grupo suportou emocionalmente a utente A.G., preocupada com a filha, durante uma atividade de improvisação.

A A.G. estava muito cabisbaixa e preocupada com filha, que estava internada no hospital após ter sofrido um acidente de trabalho. As restantes idosas, tentam consolá-la, mas sem sucesso. Distribuo os instrumentos às utentes, e pergunto a A.G. se é crente, obtendo uma resposta positiva. Peço então que partilhe com o grupo uma oração de

apoio à filha. A idosa, transtornada não consegue; então, os outros membros do grupo, tomam a iniciativa, proferindo palavras de apoio para a filha de A.G., com as quais a utente concorda. De seguida, a terapeuta propõe que o cante essas palavras de apoio, podendo acompanhar com os instrumentos musicais. A terapeuta dá o mote, iniciando um ritmo lento e estável, e os membros do grupo juntam-se a tocar ritmos diferentes, mas que se encaixavam no ritmo base. Depois de estabelecido o ambiente, e não havendo iniciativa de outros membros do grupo, a terapeuta improvisa uma melodia em tom menor, cantando as palavras de apoio para a filha de A.G. De seguida, as restantes utentes imitam a terapeuta, e cria-se um ambiente de *holding* para A.G. No final, a idosa agradece o apoio, e mostra-se mais disponível para a sessão.

Ainda na sessão dezassete, aconteceu um momento marcante de mobilização emocional. No domingo a seguir à sessão iria celebrar-se o dia da mãe, e a estagiária propôs às utentes que o tema da sessão fossem as mães. Perguntou às utentes se conheciam algum poema, verso, ou canção que falasse das mães, e aos poucos foram surgindo estrofes sobre o tema. Pegando na melodia de uma canção do repertório do grupo, “chapéu preto”, a estagiária propôs que cantassem os versos que tinham recordado anteriormente. No final da atividade, seguiu-se uma discussão verbal acerca do que tinham sentido na atividade, onde as utentes partilharam memórias das suas mães, e expressaram as saudades que tinham delas. Para não terminar a sessão com um ambiente pesado, a estagiária pediu às utentes para partilhar com o grupo, uma canção que a sua mãe cantasse habitualmente. A utente C.A. propõe a canção “chapéu preto”, que a mãe cantava enquanto trabalhava no campo, e encerramos a sessão.

Cerca de um mês para final da intervenção terapêutica, a estagiária lembrou aos utentes que as sessões iriam terminar no final do mês de junho. Apesar de já terem

tido conhecimento do que iria acontecer no início da intervenção, os utentes receberam a notícia com alguma tristeza, manifestando “não, se vá embora”, “não nos deixe”, “trouxe uma nova luz aos nossos dias”, ou “trouxe alegria às nossas vidas”. Ao longo desta fase, os temas abordados foram menos complexos, e foi feita uma retrospectiva verbal e musical das sessões e das relações criadas no seio do grupo. Na última sessão, a atmosfera da sessão foi de nostalgia, e apesar do algum sentimento de perda, o término das sessões foi encarado com normalidade.

Conclusão do caso

Refletindo sobre a intervenção no grupo D, foi notório na fase de observação e no início do processo terapêutico que aqueles utentes já formavam um grupo, sendo as utentes A.G e C.J. membros mobilizadores da maioria das ações dos restantes elementos. A ala é pequena e os utentes a frequentar os espaços comuns são poucos e sempre os mesmos. Contudo, apesar de aparentemente ser um grupo, não existia dinâmica entre os membros. Podia considerar-se sim, um grupo de pessoas que apenas coexistiam no mesmo espaço. Esta afirmação fundamenta-se nas respostas idênticas que as idosas (todas relativamente orientadas no espaço/tempo/pessoa) deram à estagiária, que refletiam uma falsa coesão grupal. Na verdade, essa falsa coesão grupal apenas deixava transparecer a perda de identidade de cada uma delas, bem como um défice de estimulação cognitiva, reflexo do isolamento social em que estavam embebidas.

Um dos desafios que a terapeuta enfrentou até sensivelmente a meio do processo terapêutico do grupo D, foi a tentativa de alterar a forma como os utentes encaravam o seu papel no seio do grupo. Em vez de ser encarada como um membro do grupo e como facilitadora, os utentes encaravam a terapeuta como uma líder do grupo, como uma

professora, ficando sempre à esperada instrução para poder agir. Segundo Bright (1993), este comportamento pode ter origem nas suas experiências escolares, onde os alunos tinham que aguardar pela ordem do professor, antes de realizar qualquer tarefa.

O grupo passou pelas quatro fases do processo terapêutico estabelecidas por Mackenzie (1994), e apesar da terapeuta ter dividido cronologicamente algumas fases, é de ressaltar que as mesmas não são estanques. O grupo é um sistema em constante movimento que vai sofrendo alterações graças à mobilização dos seus elementos. Fatores internos e externos influenciam os indivíduos, e conseqüentemente o grupo, o que pode provocar uma passagem pontual, ou não, para outra fase.

A música e as suas propriedades únicas foram elementos catalizadores do processo de união grupal, e da conseqüente diferenciação entre os elementos do grupo, como seres únicos, com identidade própria, mas com algo em comum: o sentimento de pertença a um grupo em que são aceites e respeitados na sua globalidade e individualidade.

No final da intervenção terapêutica, e após a análise dos elementos de avaliação, pode dizer-se que o plano terapêutico traçado para o grupo D foi cumprido, sendo que todos os objetivos propostos foram atingidos com sucesso. Segundo conversas informais da terapeuta com os funcionários do lar, os utentes mostram-se atualmente mais ativos e interativos entre eles e com os funcionários, sendo frequente encontrá-los a cantar durante o dia.

Para melhor compreender e caracterizar os resultados obtidos ao longo do processo terapêutico, encontram-se em anexo as folhas de registo de observação do grupo correspondentes ao início da intervenção, à fase intermédia e à fase final (ver anexo H).

Outras intervenções

Para além dos estudos de caso apresentados, a estagiária trabalhou com mais seis grupos terapêuticos (ver tabelas 1, 2, 3, 5, 7 e 8).

Grupo A

Este grupo era constituído por 6 elementos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 80 e os 100 anos, e usufruiu de 23 sessões de musicoterapia (ver tabela 1).

No início das intervenções alguns utentes mostraram alguma resistência a comparecer às sessões, contudo a situação alterou-se pouco tempo depois. Na fase inicial o grupo revelou-se pouco participativo, tendo a estagiária ter uma postura mais diretiva para que as sessões se desenrolassem. Das técnicas aplicadas, a que tinha mais adesão era cantar canções. Quanto a atividades de improvisação, apesar das tentativas da estagiária, foi muito difícil de envolver o grupo.

A utente F.A. revelou-se um membro catalizador da mudança no seio no grupo, ativando e partilhando memórias de canções de trabalho, bem como poemas que tinha aprendido na sua mocidade, o que ajudou a estimular os restantes elementos. Gradualmente a postura dos utentes foi-se alterando, ficando mais disponíveis para as sessões, mais interativos, e a revelar mais iniciativa. A musicoterapia serviu para promover a comunicação e interação entre os membros do grupo, e a estimular a partilha sentimentos e histórias de vida, tendo-se verificado no final uma coesão grupal.

Grupo B

O grupo B usufruiu de 23 sessões de musicoterapia e era constituído por 7 elementos femininos com idades compreendidas entre os 75 e os 101 anos (ver tabela 2).

Este grupo foi difícil de mobilizar, sendo que a estagiária teve que assumir frequentemente uma postura mais diretiva. As atividades de improvisação nunca chegaram a resultar, apesar dos esforços da estagiária, sendo as atividades com mais aderência por parte dos utentes era cantar canções significativas, realizar atividades de escuta musical, nomeadamente de fados, e realizar movimento com música.

Com a passar do tempo, as utentes começaram a demonstrar mais iniciativa na escolha das canções para cantar e escutar, começando a surgir pequenos debates após a escuta das canções. Segundo as utentes, as sessões tornaram-se o momento alto da semana, em que as atividades musicais proporcionaram momentos de partilha, relaxamento e bem-estar.

Grupo C

O grupo C usufruiu de 20 sessões, e era constituído por 5 homens com idades compreendidas entre os 69 e os 87 anos. O grupo usufruiu de 20 sessões (ver tabela 3).

Este grupo foi muito difícil de mobilizar nas duas primeiras semanas de intervenção. À exceção de um utente, A.T, os restantes não queriam participar ativamente. Portanto, as duas primeiras sessões decorreram com A.T. a cantar canções de sua autoria, enquanto os restantes elementos escutavam, ou em atividades de escuta de modas alentejanas pré-gravadas.

Na terceira semana de intervenção, um novo utente, J.M.R. pede para ir também à sessão. Este utente tinha sido membro de um grupo de cantares alentejanos, e a partir de então, o grupo mobilizou-se e começou a trabalhar no sentido de ser um pequeno grupo de cante alentejano, em que a estagiária fazia o papel de facilitadora. Com o nome “os alentejanos” o grupo participou nas festas de Natal da SCMSC que decorreram nas ERPI e nas UCCI, e participou também na atividade “encontro de gerações”, em conjunto com o “coral harmonia juvenil”. Fora das sessões era recorrente ver os utentes juntos, muitas vezes a cantar, ou a debater quais as modas que iriam levar para a sessão. A musicoterapia serviu para mobilizar os utentes para a ação, promover a iniciativa e a interação entre os membros do grupo e a comunicade, reviver canções e histórias de vida do seu passado.

Grupo E

O grupo E eram constituído por 11 idosas com idades compreendidas entre os 79 e os 95 anos, que usufruíram de 25 sessões de musicoterapia (ver tabela 5).

Apesar da dimensão do grupo ser maior relativamente aos restantes, era raro a assiduidade de todas as utentes nas sessões. Algumas delas eram relativamente autónomas e muitas vezes optavam por tratar de algum assunto, outras estavam doentes. Contudo existia um “núcleo duro” que raramente faltava. Apesar da resistência natural do início da intervenção, pouco tempo depois o grupo já aderiu com facilidade a vários tipos de atividades. Com o grupo E foram realizadas atividades de execução vocal e instrumental estruturadas, música e movimento, construção de canções (ainda que muito curtas), escuta musical, interpretação de letras, e mesmo atividades de improvisação (ainda que com alguma resistência e pouco envolvimento).

Contudo, o sentido de coesão grupal que existia, estava presente apenas no “núcleo duro” do grupo, que interagiu entre si durante e após a atividade musical, e partilhava eventos significativos das suas vidas. Apesar das tentativas de inclusão dos restantes elementos, o seu envolvimento no seio do grupo acabava por ser superficial. Pode dizer-se que a intervenção foi bem sucedida apenas no seio do “núcleo duro”.

Grupo G

Este grupo era constituído por 8 utentes da ERPI Residências do Pinhal com idades compreendidas entre os 69 e os 90 anos. Usufruíram de 24 sessões, que iniciaram em novembro de 2014 (ver tabela 7).

Os elementos deste grupo não foram difíceis de mobilizar, apresentando a maioria uma postura proativa nas sessões. Desde o primeiro momento mostraram iniciativa na escolha de canções para escutar (com maior incidência para o fado), e também para cantar. As atividades de música e movimento tinham grande adesão por parte das utentes, que se movimentavam expressivamente dentro das suas limitações. As atividades de improvisação eram de mais difícil envolvimento, mas com o passar das sessões foi sendo cada vez mais fácil mobilizar as utentes.

Apesar da presença de idosas demenciadas no grupo, e da memória recente de algumas estar bastante comprometida, a estagiária era reconhecida por elas todas as semanas, sempre com demonstrações de alegria. A musicoterapia serviu as utentes em vários aspetos: promoveu a iniciativa e a tomada de decisão, como estímulo físico e cognitivo, e promoveu a comunicação e socialização. Pode concluir-se que este grupo teve uma grande evolução, e que a intervenção musicoterapêutica foi bem sucedida.

Grupo H

Este grupo usufruiu de 24 sessões, e era constituído por 9 utentes da ERPI Residências do Pinhal com idades compreendidas entre os 73 e os 95 anos (ver tabela 8).

À semelhança do grupo G, os elementos do grupo H também foram de fácil mobilização para as sessões. No seio do grupo existiam duas utentes muito proativas, e que auxiliaram na mobilização dos restantes elementos do grupo. Cantar canções e tocar instrumentos revelaram-se as atividades com mais adesão. Contudo, foi difícil mobilizar as utentes para as atividades de improvisação, com exceção de uma utente, que muitas vezes entrava em “picardia” com a terapeuta, num jogo de pergunta-resposta vocal e instrumental.

Nas sessões as utentes ativaram memórias de canções significativas para elas, revelaram acontecimentos marcantes das suas vidas, e existiram momentos de expressão de conteúdo emocional.

Conclusão

Através deste relatório, a estagiária pretendeu caracterizar e ilustrar o caminho percorrido ao longo dos cerca de 9 meses de estágio curricular em musicoterapia nas estruturas residenciais para idosos da Santa Casa da Misericórdia de Santiago do Cacém.

Ao iniciar o estágio curricular nas ERPI, mais concretamente na fase de observação, a estagiária deparou-se com uma população heterogénea, com idades cronológicas, biológicas e sociais bastante distintas, e que apresentavam uma panóplea de défices inerentes ao processo de envelhecimento, uma variedade de patologias físicas e psicológicas, mas também carências pessoais, afetivas e sociais relativas a problemas adaptativos à institucionalização. Estes pontos são confirmados por autores citados na literatura, tais como Sequeira (2007), e Wigram, Pederson & Bonde (2000). A estagiária verificou que uma grande percentagem dos utentes das ERPI's apresenta diagnóstico de demência, comprovando que esta doença é uma das que mais afeta os idosos atualmente e que leva à institucionalização, como refere Cunha (1999).

Após o término do estágio curricular em musicoterapia, e tal como contempla a literatura (Aldridge, 2000; Belgrave et al., 2011; Clair & Memmott, 2008; Ferreira, Rezende & Vargas, 2013; Peters, 2000), é possível afirmar que a musicoterapia é uma intervenção efetiva com a população idosa institucionalizada. Em termos globais, através de técnicas musicoterapêuticas como cantar canções, execução de instrumentos musicais, improvisação musical, atividades de reminiscência, atividades de movimento e música, escuta musical e análise de letras de canções, foi possível verificar ao longo do processo terapêutico que a musicoterapia mobilizou uma diminuição do isolamento social, e do declínio motor e cognitivo dos utentes. Através da música, dos seus

elementos e do trabalho em grupo terapêutico foi possível estimular e promover a comunicação e a relação entre os idosos dentro e fora das sessões, que se refletia nas conversas mais constantes nas salas de estar. Ao longo do processo terapêutico foi também possível assistir à ativação e partilha de memórias significativas, e à expressão de emoções, o que veio conseqüentemente promover a manutenção e valorização da identidade pessoal e social de cada idoso, e promover o aumento da sua auto-estima e qualidade de vida.

No caso específico dos utentes com diagnóstico de doença de Alzheimer, foi possível através de atividades musicais planeadas e estruturadas com base no repertório significativo para os idosos, promover a comunicação verbal e não verbal, estimular e reforçar competências cognitivas, sociais e emocionais dos idosos, diminuir comportamentos disruptivos, auxiliar na ativação de memórias, e promover um aumento na sua auto-estima e qualidade de vida (Peters, 2000).

No final desta jornada é possível concluir que os objetivos propostos para o estágio foram cumpridos, e que o estágio teve um impacto revelante e muito positivo, não só nos idosos, mas também na instituição, que ficou sensibilizada para a mais valia da musicoterapia, e da sua intervenção eficaz com a população idosa.

Tudo o que foi realizado na prática do estágio não teria sido possível sem a base teórica da revisão de literatura. Depois de discutidos os resultados da intervenção e de se ter chegado a conclusões, verifica-se que os resultados vão ao encontro do que está documentado na literatura.

Reflexões finais

Ainda no final do primeiro ano de mestrado, quando se começou a falar no estágio, a minha intenção era de trabalhar com adolescente institucionalizados. Contudo, tal não foi possível devido a incompatibilidade de horários. Como as minhas manhãs de trabalho eram calmas, um lar de idosos seria o local indicado, pois os idosos estão disponíveis todo o dia.

Lidar com a população idosa nunca foi um problema para mim. O meu primeiro trabalho, tinha eu 16 anos, foi a dirigir um coral de idosos numa casa do povo. Para além disso, já tinha tido familiares institucionalizados que visitava regularmente. Contudo, o que pode estar para além das salas de estar é muitas vezes chocante e difícil de gerir emocionalmente, como na ala esquerda onde intervi, ou nas enfermarias. Foi chocante para mim ver também a definhar, pessoas com quem eu me cruzei na cidade ao longo da minha vida. Contudo, quando estava com os idosos, fosse em contexto informal ou terapêutico, nunca deixava transparecer as minhas inseguranças, dando-lhes a eles a minha total atenção.

O tempo que passava com os idosos em conversas informais foram preciosos para a organização do meu trabalho, mas também enriquecedores a nível pessoal. Acredito que com eles, cresci não só como terapeuta, mas também enquanto pessoa. Passava também bastante tempo com os técnicos e auxiliares da instituição, que se mostraram sempre muito prestáveis, tentando ajudar em tudo o que eu precisasse.

Desde o início das intervenções terapêuticas, eu consegui ter a capacidade de me abstrair de mim, para me focar completamente no outro. Contudo, a minha postura não era uma postura terapêutica. Era difícil distanciar-me da ação e passar a ser uma facilitadora. Ao ver os vídeos das sessões, estas ilações era bem visíveis. Gradualmente,

ao longo do processo consegui melhorar esse aspeto e manter uma postura mais terapêutica, mais distante, mas sem nunca me desligar. No entanto considero que ainda tenho um grande caminho a percorrer.

Ao longo do estágio, e com a ajuda da professora orientadora, também comecei a “estender as músicas”, adaptando-as à singularidade dos participantes e ao que estava a acontecer no momento, cantando com a letra, ora em diferentes sílabas, ora a fazer uma improvisação vocal ou instrumental, ora mudando o modo. Assim que comecei a fazer isso, o tempo de atenção dos utentes tornou-se maior, pois não andávamos a saltitar de canção para canção.

Uma dificuldade que senti ao longo do estágio foi relativamente à gestão dos membros do grupo. Por vezes, cada um estava a cantar uma canção diferente, e tinha dúvidas em qual agarrar primeiro, ou se agarrar alguma. Seguindo as orientações da professora orientadora, optei por ser diretiva, pedir para parar, para então calmamente recomeçar, cantado uma canção de cada vez, o que resultou.

Outra dificuldade sentida foi na interpretação de comportamentos apresentados por alguns utentes mais demenciados, ou com patologia psiquiátrica. Por vezes era muito difícil de entender as suas necessidades do momento, e ficava apreensiva com medo de fazer errado. Esta dificuldade levou-me a procurar literatura que me ajudasse a entender as suas necessidades, e de que forma agir, o que me elucidou e levou a tomar decisões no momento sem receio. Contudo, penso que para além da literatura, a experiência ativa no terreno é fundamental, pois cada pessoa é um ser distinto e é imprevisível saber como agir em todos os momentos com todas as pessoas.

Este estágio foi um processo de auto-conhecimento enquanto pessoa e enquanto musicoterapeuta iniciante. Apesar de sempre ter encarado a velhice com respeito, hoje

em dia a minha admiração pelos idosos é ainda maior. Ensinaram-me imenso, e proporcionaram-me experiências emocionais, sociais, pessoais e profissionais que nunca irei esquecer.

Referências

- Albuquerque, M. C. S.; Nascimento, L. O.; Lyra, S. T.; Trezza, M. C. S. F. & Brêda, M. Z. (2012). Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(2), 404-413. Retrieved from https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a21.htm
- Aldridge, D. (Ed.). (2000). *Music therapy in dementia care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Alzheimer* (n.d.). Retrieved march 22, 2015, from alzheimerportugal.org/
- American Psychiatric Association. (Ed.). (2014). *DSM 5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Baxter, H. T.; Berghofer, J. A.; MacEwan, L.; Nelson, J.; Peters, K. & Roberts, P. (Eds.). (2007). *The individualized music therapy assessment profile*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Belgrave, M.; Darrow, A.A.; Walworth, D. & Wlodarczyk, N. (2011). *Music therapy and geriatric populations: a handbook for music therapists and healthcare professionals*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association (Eds.).
- Bonifas, R. P. (2008). Nursing home environment characteristics: associated outcomes in psychosocial care. *Health Care Financing Review*, 30(2), 19-33. Retrieved from <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/HealthCareFinancingReview/downloads/08Winterpg19.pdf>
- Borelli, F. A. O.; Sousa, M. G.; Jr., O. P.; Pimenta, E.; Gonzaga, C.; Cordeiro, A.; Lotaif, L. & Amodeo, C. (2008). Hipertensão arterial no idoso: a importância em

- se tratar. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(4), 236-239). Retrieved from <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/18-caso-clinico%20.pdf>
- Boxill, E. H. (Ed.). (1985). Treatment as process. In *Music therapy for the developmentally disabled* (pp. 87-119). Austin, Texas: PRO-ED, Inc.
- Brotons, M. (2000). An overview of the music therapy literature relating to elderly people. In D. Aldridge (Ed.), *Music therapy in dementia care* (pp. 33-62). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Cancela, D. (2008). O acidente vascular cerebral-classificação, principais consequências e reabilitação. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Castro-Lopes, J.; Saramago, P; Romão, J. & Paiva, M. L. M. (2010). *Pain proposal: a dor crónica em Portugal*. Retrieved from https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf
- Cayton, H.; Warner, J. & Graham, N. (2000). *Tudo sobre doença de Alzheimer*. São Paulo, Brasil: Organização Andrei Editoras Ltda (Ed.).
- Ciosak, S. I.; Braz, E.; Costa, M. F. B. N. A; Nakano, N. G. R.; Rodrigues, J.; Alencar, R. A. & Rocha, A. C. A. L. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da UPS*, 45(2), 1763-1768. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>

Clair, A. A. & Memmott, J. (2008). *Therapeutic uses of music with older people*. Silver Spring, MD, USA: American Music Therapy Association (Eds.).

Cunha, R. (n.d.). *Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer*.

Retrieved from

<http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica2/rosemyriamcunha.pdf>

Dados estatísticos. (n.d.). Retrieved may 31, 2015, from [http://www.cm-](http://www.cm-santiagoocacem.pt/Concelho/DadosEstatisticos/Paginas/default.aspx)

[santiagoocacem.pt/Concelho/DadosEstatisticos/Paginas/default.aspx](http://www.cm-santiagoocacem.pt/Concelho/DadosEstatisticos/Paginas/default.aspx)

Damásio, A. R. (1994). Emoções e sentimentos. In F. L. De Castro (Ed.), *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano* (pp. 142-177). Mem Martins, PT: Publicações Europa-América, Lda.

Dellaroza, M. S. G.; Furuya, R. K.; Cabrera, M. A. S.; Matsuo, T.; Trelha, C; Yamada, K. N. & Pacola, L. (2008). Caracterização da dor crónica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(1), 36-41. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2013). *Portugal: doenças cérebro-cardiovasculares em números-2013*. Retrieved from <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/i019350.pdf>

Doença de Parkiinson (n.d.). Retrieved april, 16, 2015, from

<http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=7a614fd06c325499f1680b9896bee&id=c3992e9a68c5ae12bd18488bc579b30d>

Duque, A. S.; Gruner, H.; Clara, J. G.; Ermida, J. G. & Veríssimo, M. T. (n.d.).

Avaliação geriátrica. Retrieved from

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Fechine, B. R. A. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 20(1), 106-194. doi: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

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

Gomes, S. (2011). *A diabetes mellitus como determinante em saúde e envelhecimento: o conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença* (Tese para a obtenção do grau de mestre em saúde e envelhecimento, Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal). Retrieved from <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5740/1/Gomes%20S%C3%B3nia%20TM%202011.pdf>

Hipertensão arterial: o que é? (n.d.). Retrieved april 16, 2015, from

http://www.sphta.org.pt/pt/informacao_publico_conheca_melhor_hta.asp?id=1

INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Retrieved from

[file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/art8_rev_demog_03%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/art8_rev_demog_03%20(1).pdf)

INE. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Retrieved from

[file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/10Dia_Mundial_Popula%C3%A7%C3%A3o%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/10Dia_Mundial_Popula%C3%A7%C3%A3o%20(1).pdf)

Kennie, D. C. (1993). *Preventive care for older people*. Cambridge, Uk: Cambridge University Press.

Kuznier, T.(2007). *O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades de cuidado de si* (Tese para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, Universidade do Paraná: Setor de Ciências da Saúde, Curitiba, Brasil). Retrieved from <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTatianeKuznier.PDF>

Ledger, A. & Baker, F. A. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 16(3), 330-338. doi: 10.1080/13607860600963406

Macedo, M. E.; Lima, M. J.; Silva, A. O.; Alcântara, P.; Ramalhinho, V. & Carmona, J. (2007). Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1), 21-39. Retrieved <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/787.pdf>

MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of the therapy group system. In K. R. Mackenzie. & H. S. Bernard (Eds.). *Basics of group psychotherapy* (pp. 35-59). New York, NY: The Guilford Press.

Marques, D. P. (2011). A importância da musicoterapia para o envelhecimento ativo. *Revista Portal de Divulgação*, 15, 18-24. Retrieved from <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/194/194>

Medeiros, J. M. L. (2009). *Depressão no idoso* (Dissertação para a obtenção do grau de mestre em psiquiatria e saúde mental, Universidade do Porto: Faculdade de

- Medicina, Porto, Portugal) Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>
- Ministério da saúde. (2007). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Retrieved from <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
- Ministério da Segurança Social. (2012). Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República, 1ª série, 58*, 1324-1329. Retrieved from http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Março/Port_67_2012.pdf
- Miranda, R. D.; Perrotti, T. C.; Bellinazzi, V. R.; Nóbrega, T. M.; Cendoroglo, M. S. & Neto, J. T. (2002). Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão, 9*(3), 293-300. Retrieved from <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>
- Montgomery, S. A. (1990). *Ansiedade e depressão*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores (Ed.).
- Mozer, N. M. S.; Oliveira, S. G. & Portella, M. R. (2011). Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Estudos do Envelhecimento, 16*(2), 229-244. Retrieved from [file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/14348-102772-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/14348-102772-1-PB%20(1).pdf)
- Nazaré, O. & Morais, P. (2009). Grupo de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia, ciência e profissão, 29*(4), 846-855. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400014>

- O que é a dor e como combatê-la.* (2005). Retrieved april 16, 2015, from <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/cuidados+paliativos/dor.htm>
- Oliveira, G. C.; Lopes, V. R. S.; Damascino, M. J. C. F. & Silva, E. M. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20, 85-94. Retrieved from <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/85-94.pdf>
- Pain.* (2012). Retrieved april 16, 2015, from, <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Pereira, A. B. C. N. G.; Alvarenga, H.; Júnior, R. S. P. & Barbosa, M. T. S. (2009). Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 25(9), 1929-1936. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900007>.
- Peters, J. S. (Ed.). (2000). Music therapy with individuals who are elderly. In *Music therapy: an introduction* (pp. 317-355). Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, Ltd.
- Pordata (2015). *Números dos municípios e regiões de Portugal: quadro resumo: Santiago do Cacém*. Retrieved from [file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/BI%20das%20Regi%C3%B5es%20Santiago%20do%20Cac%C3%A9m%20\(Munic%C3%ADpio\).pdf](file:///C:/Users/Ana%20Rita/Downloads/BI%20das%20Regi%C3%B5es%20Santiago%20do%20Cac%C3%A9m%20(Munic%C3%ADpio).pdf)
- Ramos, R. (2012). *Diabetes e fatores associados em idosos assistidos em serviço geronto-geriátrico* (Dissertação para a obtenção de título de Mestre em enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco: Centro de Ciências da saúde, Recife, Brasil. Retrieved from: <https://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/roberta.pdf>

- Resano, C. S.; Mercadal-Brotons, M.; Galati, A. & Castro M. (2011). Quality of life in institutionalized elderly people with moderate-severe dementia. Contributions from music therapy. *Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(4), 231-236. Retrieved from http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_231-236.pdf
- Rio, R. (Ed.). (2009). *Connecting through music with people with dementia: a guide for caregivers*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Robarts, J. (2006). Music Therapy with sexually abused children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(2), 249-269. doi: 10.1177/1359104506061418
- Rocha, A. R. T. (2011). *Avaliação de necessidades em idosos institucionalizados com doença mental prolongada* (Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal). Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4421/1/ulfpie039546_tm.pdf
- Sequeira, C. (Ed.). (2007). *Cuidar de idosos dependente: diagnósticos e intervenções*. Coimbra, Portugal: Coleção Enfermagem.
- Smith, B. H.; Hopton, J. L. & Chambers, W. A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family Practice*, 16(5), 475-482. Retrieved from <http://fampra.oxfordjournals.org/content/16/5/475.full.pdf+html>
- Souza, V. L.; Borges, M. F.; Vitória, C. M. S. & Chiappetta, A. L. M. L. (2010). Perfil nas habilidades cognitivas do envelhecimento normal. *Revista CEFAC*, 12(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009005000056>
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2002). *Psiquiatria geriátrica: guia prático de medicina*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores (Ed.).

- Teixeira, P. (2006). O envelhecimento passo a passo. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Titlebaum, H. (1998). Relaxation. *Complementary Health Practice Review*, 4 (2), 123-146. doi: 10.1177/153321019800400206
- Vaz, C. M. G. (2012). *Aspetos da vida sexual na terceira idade - uma abordagem qualitativa e exploratória da percepção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso* (Dissertação para a obtenção do grau de mestre em educação especial, Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Educação, Bragança, Portugal). Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7707/1/Tese%20Final.pdf>
- Vink, A. C.; Zuidersma, M.; Boersma, F.; Jonge, P.; Zuidema, S. U. & Slaets, J. P. L. (2013). The effect of music therapy compared with generam recreational activitie in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 1031-1038. doi: 10.1002/gps.3924
- WFMT. (2011). *What is music therapy?* Retrieved from <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Whitcom, J. B. (1989). Thanks for the memory. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 4, 22-33. doi: 10.1177/153331758900400406
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

WHOQOL-bref. (n.d.). Retrieved October 5, 2014, from

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4446/2/WHOQOL-Bref%20PORTUGAL.pdf>

Wigram, T., Pederson, I. N., & Bonde, L. O. (Eds.). (2002). Music therapy in clinical practice. In *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical, practice, research and training* (pp. 151-220). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Lista de anexos

Anexo A – Mini Mental State Examination

Anexo B – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (versão curta)

Anexo C – Avaliação de funcionalidade

Anexo D – Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL – bref

Anexo E – Formulário de consentimento informado para gravação de sessões de musicoterapia

Anexo F – Grelhas de observação das sessões de musicoterapia

Anexo G – Grelhas de observação da utente I.C

Anexo H – Grelhas de observação do grupo D

Anexo A

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos?____
2. Em que mês estamos?____
3. Em dia que dia do mês estamos?____
4. Em que dia da semana estamos?____
5. Em que estação do ano estamos?____
6. Em que país estamos?____
7. Em que distrito vive?____
8. Em que terra vive?____
9. Em que casa estamos?____
10. Em que andar estamos?____

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

Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.”

Pêra____

Gato____

Bola____

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas)

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

27____

24____

21____

18____

15____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que lhe pedi à pouco para decorar”.

Pêra ____

Gato ____

Bola ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objectos:

Relógio ____

Lápis ____

b) “Repita a frase que eu vou dizer: “**O rato roeu a rolha**” ____

c) Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio, e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as 2 mãos.

Pega com a mão direita ____ **Dobra ao meio** ____ **Coloca como deve** ____

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

Fechou os olhos ____

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

6. Capacidade construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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

Total: ____

Anexo B

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

		SIM	NÃO
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado/desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0
Total: ____			

Anexo C

Avaliação de funcionalidade



Nome				
Data de Nascimento				

Centro de Dia	
SAD	

ERPI Residências do Pinhal	
ERPI Santa Maria	

ÍNDICE DE BARTHEL			Score	DATA												
Alimentação	Independente		10													
	Ajuda		5													
	Dependente		0													
Transferência Cadeira - Cama	Independente		15													
	Ajuda Mínima		10													
	Grande Ajuda		5													
	Dependente		0													
Higiene Pessoal	Independente		5													
	Dependente		0													
Uso de Sanitário	Independente		10													
	Ajuda		5													
	Dependente		0													
Banho	Independente		5													
	Dependente		0													
Controlo Intestinal	Continente		10													
	Incontinente ocasional		5													
	Incontinente		0													
Controlo Vesical	Continente		10													
	Incontinente ocasional		5													
	Incontinente		0													
Vestir	Independente		10													

Nota

NOTA:
 90 a 100 – Independente;
 60 a 85 - Ligeiramente dependente;
 40 a 55 - Moderadamente dependente;
 20 a 35 - Severamente dependente;
 < 20 -Totalmente dependente

Registo de Scores Índice de Barthel				
Data			Score	Avaliador

		Não Realiza	1					
	Subir Escadas	Independente	5					
		Ajudas Técnicas	4					
		Supervisão	3					
		Com Ajuda	2					
		Não Realiza	1					
	Score							
Rubrica do avaliador								

Anexo D

Escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref (adaptada para a população portuguesa)



Data				
Nome				
Data de Nascimento				

SAD	
Centro de Dia	
ERPI Santa Maria	
ERPI Residências do Pinhal	

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIO – DEMOGRÁFICA						
1.	Género	Feminino		Masculino		
2.	Idade					
3.	Estado Civil	Solteiro		Casado		Viúvo
4.	Escolaridade	Sem escolaridade		4º Classe		Outro
5.	Antigo Local de Residência					
6.	Principais Problemas de Saúde					
8.	O que é para si ter qualidade de vida?					

9- PARTE II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF (ADAPTADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA)						
		1	2	3	4	5
		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1.	Como classifica o seu estilo de vida?					
		1	2	3	4	5
		Nada Satisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2.	Está satisfeito com a sua saúde?					
		1	2	3	4	5
		Extremamente	Muito	Mais ou menos	Um pouco	Não
3.	Atualmente, uma dor física impede-o(a) de fazer o que tem a fazer?					
4.	Necessita de tratamento médico no seu dia-a-dia?					
		1	2	3	4	5

		Não	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
5.	Acha que sabe gozar a vida?					
6.	Acha que a sua vida faz sentido?					
		1	2	3	4	5
		Não	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
7.	É capaz de se concentrar?					
8.	Sente-se em segurança no seu dia-a-dia?					
9.	Acha que vive num ambiente saudável?					
10.	Sente-se com energia no seu dia-a-dia?					
11.	Gosta da sua aparência?					
12.	Acha que tem dinheiro suficiente para gastar no seu dia- a dia?					
13.	Acha que tem as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14.	Tem possibilidade de ter atividades de lazer?					
		1	2	3	4	5
		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15.	Como classifica a sua capacidade física para se deslocar sozinho?					

9. PARTE II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-BREF (ADAPTADA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA)						
		1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16.	Está satisfeito(a) com o seu sono?					
17.	Está satisfeito(a) com a sua capacidade para realizar as atividades quotidianas?					
18.	Está satisfeito(a) com a sua capacidade para trabalhar / para realizar as atividades?					
19.	Está satisfeito consigo próprio(a)?					
20.	Está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?					
		1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
21.	Está satisfeito(a) com a sua vida amorosa e sexual?					
22.	Está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?					
23.	Está satisfeito(a) com o sítio onde vive?					
24.	Está satisfeito(a) com o seu acesso aos cuidados médicos/serviços sanitários?					
25.	Está satisfeito(a) com os seus meios de transporte que tem ao seu dispor?					
		1	2	3	4	5
		Sempre	Muito Frequente	Frequentemente	Às vezes	Nunca
26.	Sente frequentemente sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					
Diria que é: (o entrevistador deverá enumerar as modalidades)		1	2	3	4	
		Nada feliz	Pouco Feliz	Bastante Feliz	Muito Feliz	
Total de Score Parte II			Score máximo	134	Score Mínimo	27

10.	Numa escala de 1 a 10, onde situaria o seu nível de satisfação relativamente à sua vida?								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente Insatisfeito									Totalmente satisfeito
O Utente					O Avaliador				
_____					_____				
Data:					Data:				

Anexo E

Formulário de consentimento informado para gravação em vídeo de sessões de musicoterapia

Santiago do Cacém, ____ de _____ de _____

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

A instituição onde a estagiária Ana Rita Gonçalves Candeias, sob guarda legal de V^a Ex^a, recebe serviços de Musicoterapia, é uma instituição de acolhimento para um estagiário do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa durante o ano lectivo de 2014-2015, cujo trabalho é supervisionado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, e a orientação deste trabalho será realizada nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas actividades, é extremamente importante a gravação audio e vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em directo nesta instituição o trabalho do estagiário.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/audio das sessões em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e que serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o técnico e o grupo de supervisão.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização da gravação das sessões que deve ser preenchida e assinada pelos responsáveis dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do utente.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite

Coordenadora Científica

Mestrado de Musicoterapia

Universidade Lusíada de Lisboa

DECLARAÇÃO

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

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

Santiago do Cacém, _____ de _____ de _____

O familiar/responsável,

Assinatura

Nome Legível

Anexo F

Grelha de observação das sessões de musicoterapia

Domínios de avaliação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
Motricidade							
Usa a motricidade grossa							
Usa a motricidade fina							
Ativa o tónus muscular							
Movimentos corporais no tempo							
Sensorial							
Demonstra consciência tátil							
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento							
Sustenta a força do instrumento/baquet							
Procura contacto visual							
Comunicação recetiva/perceção musical							
Vira a cabeça para a fonte sonora							
Segue sugestões musicais simples							
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos							

**Comunicação
expressiva**

Comunica
verbalmente

Comunica
musicalmente

Cognitivo

Está atento

Recorda canções

Reaviva memórias

Emocional

Expressa conteúdo
emocional

Acalma com apoio

Auto-regula-se na
atividade

Social / relacional

Participa nas
atividades

Interage com os
pares

Permanece na sala
durante toda a
sessão

Musical

Canta

Canta afinado

Toca instrumentos

Toca no tempo

Escolhe canções

Adere a atividades
estruturadas

Adere a atividades
de improvisação

Anexo G

Grelha de observação das sessões de musicoterapia – utente I.C. (fase inicial)

Domínios de avaliação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
Motricidade							
Usa a motricidade grossa		X					
Usa a motricidade fina	X						
Ativa o tónus muscular		X					
Movimentos corporais no tempo		X					
Sensorial							
Demonstra consciência tátil			X				
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento			X				
Sustenta a força do instrumento/baqueta			X				
Procura contacto visual		X					
Comunicação recetiva/perceção musical							
Vira a cabeça para a fonte sonora			X				
Segue sugestões musicais simples		X					
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos			X				
Comunicação expressiva							

Comunica verbalmente		X					
Comunica musicalmente			X				
Cognitivo							
Está atento			X				
Recorda canções	X						
Reaviva memórias		X					
Emocional							
Expressa conteúdo emocional		X					
Acalma com apoio							X
Auto-regula-se na atividade							X
Social / relacional							
Participa nas atividades			X				
Interage com os pares		X					
Permanece na sala durante toda a sessão						X	
Musical							
Canta							
Canta afinado				X			
Toca instrumentos				X			
Toca no tempo				X			
Escolhe canções	X						
Adere a atividades estruturadas		X					
Adere a atividades de improvisação			X				

Grelha de observação das sessões de musicoterapia – utente I.C. (fase intermédia)

Domínios de avaliação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
Motricidade							
Usa a motricidade grossa				X			
Usa a motricidade fina			X				
Ativa o tónus muscular					X		
Movimentos corporais no tempo					X		
Sensorial							
Demonstra consciência tátil					X		
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento					X		
Sustenta a força do instrumento/baquet					X		
Procura contacto visual				X			
Comunicação recetiva/perceção musical							
Vira a cabeça para a fonte sonora				X			
Segue sugestões musicais simples			X				
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos				X			
Comunicação expressiva							
Comunica verbalmente			X				
Comunica					X		

musicalmente							
Cognitivo							
Está atento				X			
Recorda canções		X					
Reaviva memórias				X			
Emocional							
Expressa conteúdo emocional				X			
Acalma com apoio					X		
Auto-regula-se na atividade					X		
Social / relacional							
Participa nas atividades					X		
Interage com os pares				X			
Permanece na sala durante toda a sessão						X	
Musical							
Canta					X		
Canta afinado					X		
Toca instrumentos					X		
Toca no tempo					X		
Escolhe canções		X					
Adere a atividades estruturadas			X				
Adere a atividades de improvisação					X		

Grelha de observação das sessões de musicoterapia – utente I.C. (fase final)

Domínios de avaliação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
Motricidade							
Usa a motricidade grossa		X					
Usa a motricidade fina		X					
Ativa o tónus muscular		X					
Movimentos corporais no tempo				X			
Sensorial							
Demonstra consciência tátil				X			
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento				X			
Sustenta a força do instrumento/baqueta				X			
Procura contacto visual		X					
Comunicação recetiva/perceção musical							
Vira a cabeça para a fonte sonora		X					
Segue sugestões musicais simples		X					
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos					X		
Comunicação expressiva							
Comunica		X					

verbalmente							
Comunica musicalmente			X				
Cognitivo							
Está atento			X				
Recorda canções		X					
Reaviva memórias			X				
Emocional							
Expressa conteúdo emocional				X			
Acalma com apoio			X				
Auto-regula-se na atividade		X					
Social / relacional							
Participa nas atividades			X				
Interage com os pares		X					
Permanece na sala durante toda a sessão						X	
Musical							
Canta					X		
Canta afinado				X			
Toca instrumentos			X				
Toca no tempo					X		
Escolhe canções		X					
Adere a atividades estruturadas		X					
Adere a atividades de improvisação			X				

Anexo H

Folha de registo de observação em musicoterapia – Grupo D (fase inicial)

Categorias:

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Muitas vezes
5. A maioria das vezes
6. Sempre
7. Não se aplica

Sujeitos	A.G.	C.A.	C.J.	E.N. ¹⁵	G.R.	H.P. ¹⁶	J.G.	O.D.
Motricidade								
Usa a motricidade grossa	4	3	5		1		3	3
Usa a motricidade fina	3	2	5		1		3	3
Ativa o tónus muscular	3	3	5		1		3	3
Movimentos corporais no tempo	3	2	3		1		3	2
Sensorial								
Demonstra consciência tátil	6	5	6		1		4	4
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento	4	4	4		1		5	3
Sustenta a força do instrumento/baquet a	6	5	6		1		5	3
Procura contacto visual	3	5	4		1		5	3
Comunicação recetiva/perceção musical								
Vira a cabeça para a fonte sonora	5	5	4		1		5	4
Segue sugestões	2	2	4		1		3	3

¹⁵ A utente E.N. ainda não se encontrava institucionalizada.

¹⁶ O utente não participou na sessão.

musicais simples								
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos	2	2	3		1		3	2
ComunicaÇão expressiva								
Comunica verbalmente	5	4	5		2		4	4
Comunica musicalmente	3	3	5		1		3	3
Cognitivo								
Está atento	4	5	5		5		5	4
Recorda canções	2	2	5		1		3	2
Reaviva memórias	2	2	3		1		3	3
Emocional								
Expressa conteúdo emocional	2	2	2		1		2	2
Acalma com apoio	7	7	7		7		7	7
Auto-regula-se na atividade	7	7	7		7		7	7
Social / relacional								
Participa nas atividades	5	6	6		1		5	4
Interage com os pares	3	3	4		1		4	2
Permanece na sala durante toda a sessão	4	6	5		5		6	4
Musical								
Canta	3	4	6		1		5	3
Canta afinado	5	3	6		1		5	4
Toca instrumentos	4	4	6		1		5	3
Toca no tempo	5	4	5		1		5	4
Escolhe canções	2	3	5		1		3	1
Adere a atividades estruturadas	4	5	5		1		5	4
Adere a atividades de improvisação	1	2	2		1		1	1

Folha de registo de observação em musicoterapia – Grupo D (fase intermédia)

Categorias:

8. Nunca
9. Raramente
10. Algumas vezes
11. Muitas vezes
12. A maioria das vezes
13. Sempre
14. Não se aplica

Sujeitos	A.G.	C.A.	C.J.	E.N.	G.R.	H.P.	J.G.	O.D.
Motricidade								
Usa a motricidade grossa	5	3	5	2	4	5	3	4
Usa a motricidade fina	5	3	5	2	3	5	3	3
Ativa o tónus muscular	5	3	5	2	4	5	3	4
Movimentos corporais no tempo	4	3	5	1	4	3	4	3
Sensorial								
Demonstra consciência tátil	6	4	6	3	5	5	5	5
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento	6	4	5	2	3	6	5	4
Sustenta a força do instrumento/baqueta	6	4	6	2	5	6	4	4
Procura contacto visual	6	5	5	2	5	6	5	4
Comunicação recetiva/perceção musical								
Vira a cabeça para a fonte sonora	5	5	5	2	5	6	5	4
Segue sugestões musicais simples	5	3	5	1	4	4	4	3
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos	3	4	4	1	3	5	5	2

Comunicação expressiva								
Comunica verbalmente	6	4	5	2	5	5	5	5
Comunica musicalmente	4	4	5	1	4	5	5	3
Cognitivo								
Está atento	6	5	5	2	6	5	5	5
Recorda canções	5	4	5	1	4	5	5	4
Reaviva memórias	5	3	4	1	4	5	5	4
Emocional								
Expressa conteúdo emocional	5	2	3	1	3	3	5	3
Acalma com apoio	6	7	7	7	6	7	6	7
Auto-regula-se na atividade	6	7	7	7	6	7	6	7
Social / relacional								
Participa nas atividades	5	5	6	1	4	5	6	5
Interage com os pares	5	4	5	1	4	5	5	4
Permanece na sala durante toda a sessão	6	6	6	6	6	5	6	6
Musical								
Canta	4	5	6	1	3	5	6	4
Canta afinado	5	4	5	1	3	3	5	6
Toca instrumentos	5	5	6	1	4	5	5	5
Toca no tempo	5	4	5	1	4	3	4	5
Escolhe canções	5	3	6	1	3	5	4	3
Adere a atividades estruturadas	5	5	5	1	4	5	4	5
Adere a atividades de improvisação	3	2	3	1	3	3	4	3

Folha de registo de observação em musicoterapia – Grupo D (fase final)

Categorias:

15. Nunca

16. Raramente

17. Algumas vezes

18. Muitas vezes

19. A maioria das vezes

20. Sempre

21. Não se aplica

Sujeitos	A.G.	C.A.	C.J.	E.N.	G.R.	H.P.	J.G.	O.D.
Motricidade								
Usa a motricidade grossa	5	4	5	3	4	5	4	4
Usa a motricidade fina	5	4	5	3	4	5	4	4
Ativa o tónus muscular	5	4	5	3	4	5	4	4
Movimentos corporais no tempo	5	3	5	3	4	5	5	4
Sensorial								
Demonstra consciência tátil	6	6	6	4	5	6	6	5
Permanece fisicamente disponível quando lhe apresentado um instrumento	6	6	6	3	5	6	6	5
Sustenta a força do instrumento/baqueta	6	4	5	3	5	6	6	5
Procura contacto visual	5	5	5	3	5	5	5	5
Comunicação recetiva/perceção musical								
Vira a cabeça para a fonte sonora	5	5	6	4	5	5	5	5
Segue sugestões musicais simples	5	5	5	3	5	4	5	4
Vocaliza em resposta a estímulos auditivos	4	5	5	1	4	4	5	3

Comunicação expressiva								
Comunica verbalmente	5	5	6	3	5	5	5	5
Comunica musicalmente	5	5	5	2	5	5	5	4
Cognitivo								
Está atento	6	6	6	4	6	5	6	5
Recorda canções	5	4	5	3	5	5	5	4
Reaviva memórias	5	5	5	3	5	5	5	4
Emocional								
Expressa conteúdo emocional	5	5	4	3	4	3	5	4
Acalma com apoio	5	7	5	6	6	7	6	6
Auto-regula-se na atividade	5	7	5	6	6	7	6	6
Social / relacional								
Participa nas atividades	6	5	6	3	5	5	6	6
Interage com os pares	5	5	5	2	5	5	5	4
Permanece na sala durante toda a sessão	6	6	6	6	6	6	6	6
Musical								
Canta	5	5	6	1	4	6	6	5
Canta afinado	5	5	5	1	4	3	5	6
Toca instrumentos	6	5	6	3	4	6	6	5
Toca no tempo	5	5	5	3	4	3	5	5
Escolhe canções	5	3	6	1	3	5	5	4
Adere a atividades estruturadas	5	5	5	3	4	5	5	5
Adere a atividades de improvisação	3	4	4	2	4	3	4	5