



Universidades Lusíada

Nicolau, Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira,
1964-

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional : um estudo de caso

<http://hdl.handle.net/11067/368>

Metadados

Data de Publicação	2012
Resumo	O presente trabalho tem como objectivo analisar o processo musicoterapêutico de um grupo de idosos em contexto institucional e averiguar em que medida esse processo tem impacto na percepção do bem-estar dos sujeitos participantes. O estudo desenvolveu-se entre Setembro de 2010 e Março de 2011, e incide sobre seis sujeitos participantes, constantes ao longo de 28 sessões de grupo semanais, com média de idade de 87 anos. O trabalho segue uma metodologia de estudo de caso e a análise dos dados fez-...
Palavras Chave	Musicoterapia para idosos - Portugal - Estudo de casos, Idosos - Assistência em instituições - Portugal, Musicoterapia - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T08:55:52Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso

Realizado por:

Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau

Orientado por:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof.^a Doutora Maria Margarida da Costa Rebelo Accioly Nogueira
Vogal: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Dissertação aprovada em: 4 de Maio de 2012

Lisboa

2012



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

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso

Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau

Lisboa

Março 2012



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

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso

Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau

Lisboa

Março 2012

Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso

Dissertação apresentada 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.

Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

Março 2012

Ficha Técnica

Autora Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau
Orientadora Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Título Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso
Local Lisboa
Ano 2012

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

NICOLAU, Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira, 1964-

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional : um estudo de caso / Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2012. - Dissertação de Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH

1. Musicoterapia para Idosos - Portugal - Estudo de Casos
2. Idosos - Assistência em Instituições - Portugal
3. Musicoterapia - Portugal
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music Therapy for Older People - Portugal - Case Studies
2. Older People - Institutional Care - Portugal
3. Music Therapy - Portugal
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.N53 2012

À
Gabriela e ao Fernando Miguel

Ao
Pedro e ao Alfredo

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Teresa Leite, pela organização e coordenação do presente Mestrado em Musicoterapia; e, bem assim, pela dinâmica que imprimiu ao Curso, proporcionando o alargar de horizontes para os quais hoje me encontro desperta.

À minha orientadora, a Senhora Professora Doutora Tânia Gaspar, que me encorajou em levar este projecto a bom porto. A sua orientação foi uma forte motivação no meu trabalho.

À Senhora Professora Doutora Margarida Rebelo –, pelo entusiasmo contagiante e pela disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao Senhor Dr. Helder Machado, Director da Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa, pelo apoio bibliográfico que, com gratificante entusiasmo, sempre me disponibilizou.

À Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa pela coragem exemplar que, do ponto de vista do saber, se traduz na criação pioneira do presente Mestrado de Musicoterapia.

“Pode mais a sombra do ancião que os fortes dardos dos jovens.”

Lopo Serrão - De Senectute, X, 329

APRESENTAÇÃO

Musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso

Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau

O presente trabalho tem como objectivo analisar o processo musicoterapêutico de um grupo de idosos em contexto institucional e averiguar em que medida esse processo tem impacto na percepção do bem-estar dos sujeitos participantes. O estudo desenvolveu-se entre Setembro de 2010 e Março de 2011, e incide sobre seis sujeitos participantes, constantes ao longo de 28 sessões de grupo semanais, com média de idade de 87 anos.

O trabalho segue uma metodologia de estudo de caso e a análise dos dados fez-se cruzando informação proveniente de diferentes fontes (observação participante, questionários preenchidos pelos participantes e aplicação da escala de bem-estar psicológico de Carol Ryff). Esta escala de bem-estar foi aplicada pré e pós intervenção.

Os resultados emergentes do estudo apontam no sentido de que uma intervenção musicoterapêutica tem impacto positivo na percepção do bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional, em especial na dimensão aceitação de si.

Palavras-chave: Musicoterapia, Bem-estar, Bem-estar psicológico, Idoso.

PRESENTATION

Music Therapy and psychological well-being of the institutionalized well-elderly

Maria Gabriela dos Santos Gautier Pereira Nicolau

The aim of this work was to study the impact of music therapy on a group of institutionalized elderly and note how it affects the perception of the well-being amongst the participants. This study took place between September 2010 and March 2011 and was focused on six participating subjects with an average age of 87 who attended all 28 weekly group sessions.

The work followed a case study methodology with data analysis being based on crossing information from diverse sources; observation of participants; questionnaire-filling by same participants; and the application of the Carol Ryff psychological well-being scale. This scale was applied both pre and post-intervention.

The results obtained point out the positive impact of music therapy on their perception of psychological well-being amongst the institutionalized elderly, particularly in the domain of self-acceptance.

Keywords: Music therapy, Well-being, Psychological well-being, Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Grupo etário	45
Ilustração 2 – Estado civil	46
Ilustração 3 – Número de filhos	47
Ilustração 4 – Estatuto socioeconómico	47
Ilustração 5 – Tempo na instituição.....	48
Ilustração 6 – Ingresso na instituição	49
Ilustração 7 – Permanência anterior noutra instituição	49
Ilustração 8 – Hábitos de escuta musical	58
Ilustração 9 – Hábitos de prática coral	59
Ilustração 10 – Hábitos de prática instrumental.....	59
Ilustração 11 –Experiências musicais	60
Ilustração 12 – Géneros musicais	60
Ilustração 13 – Sentimentos expressos	63
Ilustração 14 – Valores totais das dimensões da escala de bem-estar	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Grupo etário	45
Tabela 2 – Género	45
Tabela 3 – Estado civil.....	46
Tabela 4 - Profissão.....	48
Tabela 5 – Temas invocados	62
Tabela 6 – Estatística descritiva das dimensões da escala de bem-estar	64

LISTA DE SIGLAS

- WFMT - World Federation of Music Therapy
- APMT - Associação Portuguesa de Musicoterapia
- BES - Bem-estar subjectivo
- BEP - Bem-estar psicológico

SUMÁRIO

1. Introdução	23
2. Enquadramento teórico	25
2.1. Musicoterapia	25
2.2. O idoso	30
2.3. Bem-estar	34
2.4. Musicoterapia e bem-estar de idoso em contexto institucional.....	37
3. Metodologia.....	43
3.1. Amostra	43
3.2. Instrumentos	50
3.3. Procedimentos.....	52
4. Apresentação e análise de dados	57
4.1. Considerações introdutórias	57
4.2. A participação e envolvimento dos sujeitos na intervenção.....	58
4.3. O bem-estar psicológico dos idosos participantes.....	64
5. Discussão dos resultados.....	69
6. Conclusões.....	75
Referências	77
Bibliografia.....	81
Apêndices.....	83
Lista de apêndices	85
APÊNDICE A	87
APÊNDICE B.....	91
APÊNDICE C	97
Anexos	105
Lista de anexos.....	107
ANEXO A.....	109

1. INTRODUÇÃO

A musicoterapia tem vindo a adquirir crescente importância em Portugal, nomeadamente através da procura que se tem verificado de práticos nesta área. Este trabalho pretende ser um contributo para o desenvolvimento da área de investigação e de prática pedagógica da musicoterapia com idosos.

O presente trabalho – musicoterapia e bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional: um estudo de caso –, foi desenvolvido entre Setembro de 2010 e Março de 2011. O trabalho apresenta-se estruturado em três partes: enquadramento teórico, metodologia do estudo e resultados. A primeira parte incide sobre a descrição da musicoterapia enquanto disciplina, com referência à musicoterapia a nível da prevenção, e sobre o conceito de bem-estar, com incidência no bem-estar psicológico, conceito desenvolvido por Carol Ryff (Ryff, 1989; Ryff, 1989a; Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002). Este modelo de bem-estar serviu de base à construção do instrumento utilizado neste trabalho. Procedeu-se ainda a uma revisão da bibliografia sobre o idoso institucionalizado e sobre a intervenção, a nível de bem-estar, da musicoterapia com o idoso. São identificados os objectivos do estudo, as diversas fases do processo e é feita uma descrição da metodologia adoptada. No presente trabalho foi utilizado o método do estudo de casos. Trata-se de um estudo de caso observacional, com recurso a fontes quantitativas e qualitativas, com uma unidade de análise constituída pelo núcleo constante de seis indivíduos participantes. São ainda descritos os procedimentos relativos às sessões de musicoterapia. Procedeu-se depois à avaliação dos resultados obtidos com a escala de bem-estar psicológico de Carol Ryff, pretendendo-se identificar e caracterizar o bem-estar do grupo, analisar o envolvimento dos participantes nas sessões e perceber as vantagens de uma intervenção desta natureza.

Em suma, o trabalho tem como objectivo primordial a compreensão do impacto que uma intervenção musicoterapêutica pode ter na percepção de bem-estar dos idosos institucionalizados e o envolvimento dos participantes na intervenção.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. MUSICOTERAPIA

2.1.1. DEFINIÇÃO

Neste capítulo iremos definir a musicoterapia e salientar alguns aspectos considerados importantes, por certos autores, nessa definição.

A World Federation of Music Therapy (WFMT)¹, numa definição que data de 2011, define a Musicoterapia como “o uso profissional da música e dos seus elementos, como instrumento de intervenção em contextos médicos, educacionais e quotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, que procuram promover a sua qualidade de vida e aumentar o seu bem-estar físico, social, comunicacional, emocional, intelectual e espiritual. A investigação, a prática, a formação e o treino clínico em musicoterapia assentam em padrões profissionais de acordo com os contextos culturais, sociais e políticos”. (http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html, retirado em 22 de Maio de 2011).

A musicoterapia pode ser aplicada ao longo de todo o ciclo vital, a indivíduos com diversas patologias: a crianças, com perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais, perturbações do comportamento e de aprendizagem; a adolescentes, com perturbações emocionais e de comportamento; a indivíduos com deficiência, com perturbações neurológicas; às perturbações do adulto; à geriatria; à psicogerontologia e aos estados paliativos e comatosos. Para além destes contextos de intervenção, a musicoterapia também pode ser aplicada a populações não clínicas, na área do bem-estar, como uma prática de desenvolvimento pessoal (Wigram, Pedersen e Blonde, 2002) ou com objectivos de optimização do funcionamento do indivíduo (Peters, 2000b).

Para Bruscia (1998) a musicoterapia é, em primeiro lugar, uma disciplina prática, com o objectivo específico de ajudar os clientes a promover o estado de saúde, sendo que a investigação e a teoria em musicoterapia visam aumentar o conhecimento da

¹ A *World Federation of Music Therapy* foi fundada em Génova, Itália, em 1985. Esta associação é a única que representa a profissão do musicoterapeuta em todo o mundo. Tem 8 ligações regionais: África, Austrália/Nova Zelândia, América do Norte, América Latina, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Este e Pacífico Oeste.

prática clínica e dessa forma facilitar os seus objectivos terapêuticos consoante a população-alvo. As definições de musicoterapia, afirma, quando comparadas ao longo de um período de tempo, permitem verificar determinadas fases do seu desenvolvimento. Este autor (1998, p.20) propõe a seguinte definição de musicoterapia: "Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção, onde o terapeuta ajuda o cliente na promoção da saúde, através de experiências musicais e das relações que se desenvolvem no seio destas como forças dinâmicas de mudança".

Peters (2000), por seu lado, salienta na definição de musicoterapia a relação terapêutica e a importância da avaliação individual no processo. A musicoterapia é um processo, de interacção e intervenção, planeado, sistematizado no tempo, baseado numa avaliação inicial e contínua das necessidades e capacidades específicas do cliente. É um processo que se desenvolve através de experiências musicais concretas, promovidas por um técnico qualificado, para promoção de mudanças positivas no estado afectivo do indivíduo, nas suas competências, pensamentos, emoções ou comportamentos.

As experiências musicais tem características e potencialidades diferentes: requerem processos interpessoais diferentes; evocam tipos de emoções diferentes e requerem competências perceptivas e cognitivas diferentes. As experiências musicais podem ser: a improvisação, a re-criação, a composição e a escuta musical (Bruscia, 1998).

Na improvisação², o cliente faz espontaneamente música *ex tempore* enquanto toca ou canta. Esta experiência musical é uma forma criativa, não verbal, de expressão de sentimentos e pensamentos e de estruturação da mente. É também uma forma que não requer qualquer treino musical e que permite estabelecer uma relação triangular entre o cliente, o terapeuta e a música. Na área da prevenção, a improvisação pode ajudar a restaurar relações interpessoais significativas e pode ser um meio de aquisição de novas competências. (http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html, retirado em 22 de Maio de 2011). Bruscia (1987) salienta que, em musicoterapia, a improvisação tem objectivos gerais de consciência física, emocional, intelectual e social, de discriminação das áreas sensomotoras e de comunicação interpessoal.

² Do latim *improvisu*, acto de fazer ou inventar de repente, sem prévia preparação.

A improvisação pode ser referencial, em que o cliente extemporiza na improvisação um elemento não musical; ou não referencial, quando é livre, sem qualquer referência sobre a qual se improvisa (Bruscia, 1998).

A re-criação, por sua vez, consiste em o cliente aprender peças vocais ou instrumentais ou reproduzir uma forma musical (Bruscia, 1998). Em certas patologias, a re-criação assume um papel importante, tais como nas demências, em indivíduos com dificuldades respiratórias, na melhoria da motricidade grossa e fina, na promoção do bem-estar e da auto-estima e na promoção de competências sociais. (http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html, retirado em 22 de Maio de 2011).

Na composição, a música é criada de forma mais estruturada (Bruscia, 1998). Pode consistir na escrita de canções, de letras ou peças instrumentais ou na criação de um outro produto musical como por exemplo vídeos musicais e audiotapes. É uma experiência musical que ajuda a promover a partilha de sentimentos, ideias e experiências (http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html, retirado em 22 de Maio de 2011). A escrita de canções pode ser mais ou menos estruturada; sendo que as composições menos estruturadas, mais livres, permitem uma maior criatividade. Quando utilizadas em grupo promovem a interação e coesão entre os participantes (Wigram & Baker, 2004) e “*affords a range of possibilities for self-expression*” (Ruud, 2004, p.10).

Por último, Bruscia (1998) refere a escuta musical, enquanto experiência musical receptiva, em que o cliente ouve música. Pode ter como objectivos terapêuticos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais. Esta experiência ajuda a desenvolver competências cognitivas tais como a atenção e a memória, facilita a reminiscência nos indivíduos de idade adulta avançada e, na área da saúde mental, tem um papel relevante na promoção de competências inter-relacionais. (http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html, retirado em 22 de Maio de 2011).

Para além destas quatro experiências musicais, Maranto (1993) refere ainda duas outras experiências: as *activity experiences*, que consistem em actividades semi ou totalmente estruturadas tendo em vista determinado comportamento, é o caso dos jogos musicais e, em segundo lugar, as experiências musicais combinadas com outras experiências artísticas.

Relativamente à definição de musicoterapia, Wigram, Pedersen & Blonde (2002a) salientam a necessidade da mesma ser abrangente e inclusiva dos vários processos que foram emergindo em diferentes países, e da relevância que o próprio desenvolvimento da profissão do musicoterapeuta teve na conceptualização da musicoterapia. Esta, enquanto profissão, organiza-se nos EUA a partir de 1950 (Pratt, 2004; Maranto 1993a). Em Portugal, o desenvolvimento da musicoterapia surgiu do interesse demonstrado por diversos profissionais nas áreas da saúde mental e da educação especial (Gomes & Leite, 1993).

2.1.2. A MUSICOTERAPIA EM PORTUGAL

Na década de 60, um grupo de educadores e psicólogos, interessados nesta área, começaram a aplicar, na sua profissão, conhecimentos teóricos sobre o uso terapêutico da música. A Associação Portuguesa de Educação Musical reconheceu a importância duma intervenção na educação especial através da arte e assumiu, na década de 70, um papel preponderante no estabelecimento dos primeiros contactos entre profissionais portugueses e estrangeiros de áreas relacionadas com a musicoterapia (Gomes & Leite, 1993).

Em 1996, constituiu-se a Associação Portuguesa de Musicoterapia (APMT). A fundação desta associação resultou do esforço de um grupo de profissionais e sócios da Associação Portuguesa de Educação Musical, e do interesse dos participantes do primeiro curso de formação em musicoterapia existente em Portugal, organizado pela Secretaria Regional de Educação Especial da Madeira (www.apmtmusicoterapia.com).

A APMT é a única organização de musicoterapia em Portugal e visa, entre outros objectivos, o estabelecimento e implementação de critérios de reconhecimento da prática clínica da musicoterapia e respectiva diferenciação de outras áreas onde é utilizada a música.

Actualmente em Portugal, a formação teórica disponível é oferecida pela Escola Superior de Educação do Porto, num sistema de módulos intensivos, e pela Universidade Lusíada de Lisboa, no Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Nesta instituição funciona um mestrado baseado no modelo Norte-Americano, com uma acentuada componente experiencial, centrando-se no desenvolvimento de competências clínicas, musicais e de

relacionamento interpessoal, vocacionado para a aplicação da musicoterapia em áreas clínicas e/ou a realização de projectos de investigação em musicoterapia. Nestes moldes funcionaram duas edições do master em musicoterapia que deram lugar a um plano de estudos conducente ao grau de mestre, a funcionar na mesma Universidade desde 2009.

Paralelamente, e desde 2007, a APMT implementou um grupo de supervisão destinado a profissionais habilitados a exercer a prática de musicoterapia, de forma a promover parâmetros de qualidade da mesma e a dar consistência às metodologias usadas pelos vários técnicos. O aparecimento da formação académica pós-graduada nesta área contribuiu em larga medida para a divulgação e o desenvolvimento da prática da musicoterapia, mormente através dos estágios, obrigatórios, efectuados pelos vários formandos do referido mestrado.

2.1.3. MUSICOTERAPIA E INTERVENÇÃO A NÍVEL DA PREVENÇÃO

Segundo Bruscia (1998), a musicoterapia é um processo que visa a mudança e essa mudança, para ser terapêutica, tem de atender a dois aspectos: primeiro, que a mudança aumente o estado de saúde do indivíduo e, segundo, que essa mudança possa ser atribuída ao processo terapêutico. Neste sentido distingue mudanças de tipo preventivo e mudanças de tipo curativo. As primeiras ajudam o indivíduo a diminuir os riscos de saúde ou a ganhar resistências contra problemas de saúde e as segundas eliminam ou alteram a etiologia do problema de saúde. Assim, as mudanças, através do processo terapêutico, podem ter na base quer a existência de doença, quer a prevenção contra a mesma.

O carácter profiláctico da musicoterapia não é novo; desde os tempos mais primitivos que se verificou em várias culturas (Peters, 2000). Wigram, Pedersen & Blonde (2002a) referem a data provável de 600 D.C. como a data em que, pela primeira vez, é referido num tratado, *Institutione Musica* da autoria de Boécio, o poder terapêutico da música, cuja influência se espalhou por toda a Europa na Idade Média. Mais tarde, durante o período da Renascença, verificou-se uma integração da música na medicina. Nesta sequência, a música passa a ser prescrita também como forma de fortalecer as defesas emocionais e a resistência às doenças; doenças consideradas uma ameaça pelas grandes epidemias da altura (Tyson, 1981).

Com o começo do Século XVIII, era da ciência, há um decréscimo do uso da música na medicina e, nos finais desse século, desenvolvem-se os primeiros esforços de avaliação dos efeitos da música no corpo humano (Tyson,1981).

Ruud (1998) afirma que, no Séc.XIX, a música parece ter perdido o seu papel cultural de força terapêutica, uma vez que o aparecimento da musicoterapia enquanto ciência e o surgir do musicoterapeuta enquanto profissional, levaram a que a música perdesse, de uma forma geral, o seu papel e valor enquanto fonte de conhecimento e informação sobre o modo de relacionamento do indivíduo. Poch Blasco (2002), pelo seu lado, sustenta que a musicoterapia com finalidade curativa tem sido tomada mais em conta pelos musicoterapeutas, uma vez que, e porque se trata de uma profissão nova, os objectivos desta disciplina se centraram mais no aspecto curativo do que no aspecto preventivo.

Salienta Peters (2000b) que desde há tempos a esta parte, a tendência da musicoterapia tem-se invertido, assumindo novamente a musicoterapia funções preventivas, de manutenção do estado óptimo do indivíduo, com um correspondente aumento da intervenção de musicoterapeutas na área preventiva.

Como já se referiu, a musicoterapia integra a capacidade de ser aplicável a qualquer faixa etária. A sua aplicação a idosos é uma das áreas mais recentemente desenvolvida, por inerência do aumento da população de idosos, dos estudos realizados nesta área e da preocupação que tem surgido na área das demências e da terceira idade (Poch Blasco 2002a; Brotons, 2000)³.

2.2. O IDOSO

2.2.1. A SAÚDE NO IDOSO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o idoso é, nos países desenvolvidos, a pessoa com mais de 65 anos e, em países em vias de desenvolvimento, a pessoa com mais de 60 anos. Os idosos constituem uma faixa etária que já é superior à dos jovens e que vai continuar a aumentar nas próximas décadas (CEDRU, 2008). O idoso, na generalidade dos casos, segue um processo gradual, chamado processo de envelhecimento primário, o qual afecta a eficiência do corpo (Peters 2000a). É um

³ Os próprios estudos de geropsicologia só na 2ª metade do séc. XX tiveram início de forma sistematizada; quando a teorização e investigação sobre a infância tinha já meio século de existência (Birren, 2001).

processo normal no ciclo da vida e embora se não verifique por igual em todos os indivíduos, tem no entanto características comuns que normalmente se verificam a nível mental, social e físico (Novo, 2003). No entanto, a existência de uma limitação física pode aumentar a sensação de envelhecimento, particularmente difícil nos idosos com características de personalidade narcísicas, os quais apresentam uma grande resistência mental e física para conviver com a incapacidade e a limitação física (Bright, 1993).

No que diz respeito às competências físicas e mentais, esta faixa etária representa um grupo não homogêneo que vai desde o idoso saudável, que se adapta bem ao processo de envelhecimento e que aproveita as oportunidades que o rodeiam para desenvolver o seu potencial e concluir o seu ciclo de vida com qualidade, até ao idoso mais frágil e dependente, que precisa de ajuda a 100% e apresenta grandes limitações cognitivas e funcionais, encontrando-se neste pólo os idosos com demência (Wigram, Pedersen & Blonde, 2002; Peters, 2000a; Davis, 1999).

No processo de envelhecimento primário, sem limitações físicas significativas, verifica-se um declínio cognitivo ligeiro, relacionado com a diminuição na velocidade de processamento da informação e na capacidade de concentração. Não obstante isso, o cérebro continua a criar novas conexões neurais, mantendo algum grau de plasticidade, compensando, deste modo, as perdas devidas ao envelhecimento primário e permitindo oportunidades de crescimento cognitivo e emocional. Há uma optimização de certas áreas cognitivas que vem compensar a redução na velocidade do processamento da informação (Shaie, 1996; Scheibel, 1996). Esta forma de inteligência, baseada na experiência e no conhecimento, ganhos durante a idade adulta e a velhice – a chamada sabedoria –, vem provar, segundo refere Fonseca (2004), que existe um potencial cognitivo latente no idoso, que emerge como mecanismo compensador da diminuição de outras capacidades de natureza cognitiva.

A nível de alterações psíquicas, verifica-se de uma forma geral uma diminuição na habilidade de adaptação a mudanças, diminuição da atenção em relação a certos acontecimentos ou o aumento da preocupação em relação a acontecimentos triviais (Peters 2000a).

No idoso não saudável, verifica-se um envelhecimento secundário, que diz respeito às mudanças associadas a doenças crónicas ou típicas da velhice, que saem fora de um contexto de funcionamento satisfatório na perspectiva pessoal e social (Novo, 2003).

A intervenção com idosos pode ser feita a nível preventivo, a nível terapêutico e a nível paliativo. A nível preventivo pretende-se que o idoso mantenha o mais tempo possível as suas capacidades e que o processo de envelhecimento seja feito numa perspectiva contínua de crescimento pessoal, de satisfação e de qualidade de vida, reduzindo-se as probabilidades de doença e de incapacidade, de preferência até chegar a um breve período anterior à morte (Bright, 1993). A nível terapêutico, a intervenção, além de se focalizar nas necessidades físicas e médicas associadas geralmente a doenças crónicas e a doenças e a síndromas típicas da velhice, visa também necessidades sociais, psicológicas, emocionais e espirituais, nas quais se inclui o estabelecimento de relações significativas com outras pessoas, de estimulação cognitiva e de estabelecimento de formas de expressão de sentimentos (Peters 2000a). A intervenção paliativa⁴ visa, por sua vez, e para além do alívio dos sintomas físicos, integrar os aspectos psicológicos e espirituais de modo que o indivíduo se possa adaptar à sua morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto seja possível (Twycross, 2003). Este nível de intervenção inclui a reabilitação, procurando que a Pessoa atinja e obtenha o seu potencial máximo, físico, psicológico, social e espiritual, por muito limitado que se tenha tornado.

2.2.2. O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O ingresso do idoso numa instituição pode verificar-se por vontade própria, por vontade dos familiares ou por força de outras circunstâncias. A forma de ingresso é relevante, uma vez que há um aumento, durante o primeiro mês, da percentagem de mortalidade do idoso quando o ingresso na instituição não é feito voluntariamente (Buendia & Riquelme, 1997).

O idoso, ao ingressar numa instituição, vê-se num meio diferente, estranho, tem de lidar com situações novas, nomeadamente novas rotinas, novas caras, novos residentes, alguns com problemas de comportamento, com invasão do seu espaço privado, e por vezes com ausência, por parte do *staff*, de tempo para preenchimento das suas necessidades (Wigram, Pedersen & Blonde, 2002); sofrendo frequentemente uma perda da sua individualidade e da sua dignidade (Davis, 1999). Segundo Tobín, apud Buendía & Riquelme (1997, p.235), no processo de institucionalização do idoso

⁴ Paliativo deriva do latim *pallium* que significa manta, capa.

costuma verificar-se a síndrome do primeiro mês (1989). Esta síndrome relaciona-se com os primeiros esforços de adaptação à nova realidade, por vezes caracterizado por um processo confusional. Após esta síndrome, os idosos normalmente recuperam o seu nível de funcionamento prévio à admissão, enquanto outros entram num processo de deterioração progressiva. É um período de fragilidade em que o idoso tem uma grande necessidade de suporte e empatia e tem necessidade de expressar os seus sentimentos, assumindo particular importância a relação interpessoal e a manutenção de laços sociais.

A institucionalização do idoso pode também consubstanciar uma ruptura com a identidade pessoal e social deste, uma vez que a casa do idoso adquire conotações que subjectivamente transcendem a realidade do mero espaço físico. A forte estruturação institucional pode, também, propiciar elevados níveis de dependência, adoptando o idoso uma conduta de maior passividade e gerar neste um sentimento de que a instituição é um lugar para se esperar pela morte, provocando no idoso um sentimento de isolamento, de depressão e de distanciamento em relação aos outros residentes e ao *staff*. Neste seguimento, na institucionalização do idoso verificam-se uma série de factores combinados que podem propiciar uma deterioração física, mental e emocional e que incluem: desorientação, pouca memória de curta duração, instabilidade emocional, passividade, perda de funcionamento físico e relações sociais insatisfatórias (Davis, 1999).

Em Portugal, a prestação de serviços aos idosos é dominado pelo sector público em cerca de 80%, através, principalmente, das instituições portuguesas de solidariedade social (IPPS). O sector privado tem uma taxa inferior a outros países, e concentra-se mais no cuidado residencial. Este tipo de instituição residencial, dirigido principalmente a idosos saudáveis, com elevados recursos económicos, caracteriza-se por ter um grau de estruturação não muito rígido, em que a filosofia é virada para a autonomia e independência, aproximando-se muito da ideia de um serviço hoteleiro (CEDRU, 2008).

A introdução de musicoterapia em instituições de idosos pode intensificar a comunicação inter-pessoal (Bright, 1993a) e, a aplicação de actividades musicais nas instituições pode aumentar o bem-estar dos idosos (Laukka, 2007). Este conceito de bem-estar tem assumido importância crescente na área preventiva da musicoterapia, em particular na área geriátrica (Peters, 2000).

2.3. BEM-ESTAR

2.3.1. MODELOS DE BEM-ESTAR

A própria investigação na área do bem-estar sofreu um aumento significativo nas últimas décadas. Esse aumento deveu-se à importância crescente que foi adquirindo a psicologia positiva, ramo que incide sobre os aspectos positivos do funcionamento psicológico (Ryan & Deci, 2001). O conceito de bem-estar, surgido neste contexto do desenvolvimento da psicologia positiva, refere-se a um funcionamento psicológico ótimo. Esta perspectiva de funcionamento psicológico passa a ser inserido no contexto da saúde mental e da saúde em geral, numa perspectiva não só de se conhecer os efeitos das emoções negativas na saúde física, mas também de se conhecer os efeitos das qualidades e das experiências positivas (Novo, 2003).

A partir do conceito de bem-estar, surgiram duas distintas orientações, que partiram de duas perspectivas filosóficas diferentes: o hedonismo e o eudemonismo. Estas duas orientações são fundadas em perspectivas distintas da natureza humana e daquilo que constitui uma boa sociedade; assim, há o bem-estar como felicidade, que está ligado à avaliação da satisfação com a vida, chamado de bem-estar hedonístico⁵; é uma orientação que se relaciona com a experiência do prazer; prazer *versus* dor. Nesta orientação referimo-nos ao conceito de bem-estar subjectivo (BES) (Ryan & Deci, 2001). Este conceito surgiu na década de 50 como forma de monitorizar as políticas sociais (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

A outra perspectiva, chamada de bem-estar eudaimónico⁶, ocupa-se do bem-estar numa perspectiva de potencial humano, de realização pessoal, em que a verdadeira felicidade assenta na virtude. Esta perspectiva surgiu num contexto teórico de orientação humanista na década de 80 (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002). Nesta orientação referimo-nos ao bem-estar psicológico (BEP). É uma perspectiva que está

⁵ Hedonismo vem do grego, *hedonê*, que significa prazer.

⁶ Eudemonismo ou eudaimonismo vem do grego, *eudaimonismós*, que significa felicidade no sentido de prática da virtude, sendo o prazer um resultado dessa vida virtuosa.

relacionada com o crescimento pessoal e a ansiedade que necessariamente acompanha esse crescimento. A qualidade do funcionamento psicológico constrói-se por referência aos outros e ao mundo, em que a própria descoberta só acontece na relação intersubjectiva (Novo, 2003).

Estes dois conceitos de bem-estar, bem-estar subjectivo e bem-estar psicológico, têm percursos e orientações distintas: o primeiro está associado à noção de felicidade, a sentimentos positivos e procede-se a uma avaliação em termos de satisfação com a vida e balanço positivo entre afectos positivos e negativos; o segundo, bem-estar psicológico, encontra-se associado ao ser em mudança, à procura de crescimento e desenvolvimento pessoal, e o caminho para a perfeição representa a realização do potencial de cada um. Nesta perspectiva, de BEP, uma avaliação subjectiva de vitalidade é, normalmente, um indicador desse tipo de bem-estar (Ryan & Deci, 2001). Ambos os conceitos, BES e BEP, adoptam o mesmo objecto de estudo e ambos se relacionam com uma percepção subjectiva de bem-estar, estruturando-se em variáveis sócio-demográficas, principalmente a idade e o nível educacional, que por sua vez são suportadas pelas características da personalidade (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

2.3.2. O MODELO MULTIDIMENSIONAL DE BEM-ESTAR DE RYFF

Relativamente à ligação entre bem-estar e personalidade, Schmutte & Ryff (1997) afirmam que as dimensões de bem-estar, ainda que distintas da personalidade, são bastante influenciadas por esta: os traços de personalidade descrevem propensões que o indivíduo tem para padrões estáveis de comportamento e pensamento, que não são nem bons nem maus e, no bem-estar, esperam-se mudanças em resposta a *developmental achievements* e acontecimentos da vida, estando em causa um estado psicológico desejável. Nesta perspectiva, nos seus estudos sobre a personalidade e bem-estar, afirmam estes autores que, tal como o afecto, o bem-estar é mutável e responsivo a circunstâncias externas; mas não é tão efémero como o *current affect*, como é o caso de estar alegre em determinado dia. Assim, o bem-estar tem qualidades de alguma permanência, situando-se entre a labilidade do *current affect* e a permanência da personalidade.

O modelo multidimensional de bem-estar de Ryff derivou de discussões teóricas sobre o envelhecimento óptimo, o funcionamento positivo e o desenvolvimento normal do Ser Humano (Schmutte & Ryff, 1997). Ryff, ao investigar sobre quais os factores que

levam a um envelhecimento com sucesso conclui, em 1989, que existem limitações teóricas para a investigação (Ryff, 1989) devido: i) – à ausência de trabalhos teóricos sobre as várias dimensões de bem-estar; ii) – ao implícito negativismo na abordagem do envelhecimento com sucesso, isto é, constata esta autora que muita investigação elabora o funcionamento psicológico pela negativa equiparando o bem-estar à ausência de doença (Ryff & Keyes, 1995); iii) – à pouca atenção dada aos recursos e desafios da idade adulta ou possibilidades de crescimento e contínuo desenvolvimento nos últimos anos de vida e, finalmente iv) – devido ao facto de que as concepções de bem-estar serem construções humanas abertas a diversas definições e a variações culturais e históricas, devendo as mesmas ser constantemente reavaliadas e apuradas (Ryff, 1989). Nesta sequência propõe um modelo multidimensional, de funcionamento positivo de bem-estar, partindo de pontos convergentes de várias abordagens teóricas (Ryff, 1989).

Este modelo multidimensional de bem-estar contém seis parâmetros (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995):

1. Aceitação de si: o indivíduo conhece e aceita os vários aspectos do *self*, incluindo as boas e as más qualidades, e tem um sentimento positivo acerca de si e do seu passado, ao mesmo tempo que tem consciência das suas limitações;
2. Relações positivas com os outros: capacidade para estabelecer relações satisfatórias; confiante nos outros; preocupa-se com o bem-estar destes; capaz de forte empatia, afeição e intimidade;
3. Autonomia: independente, apto a resistir a pressões para pensar e agir de certa maneira; regula o comportamento a partir de dentro; avalia-se por padrões pessoais;
4. Domínio do meio: controla as actividades externas; uso efectivo das oportunidades que o rodeiam, sendo que é capaz de escolher e criar contextos adequados aos seus valores e necessidades;
5. Objectivos na vida: sentimento de crescimento contínuo como pessoa; sentido de direcção; o indivíduo sente que há um sentido no presente, tal como no passado; há uma perspectiva unificadora da vida, que dá sentido aos objectivos da mesma;
6. Crescimento pessoal: sentimento dum contínuo desenvolvimento, aberto a novas experiências; sensação de realizar o seu potencial;

Num trabalho de investigação publicado em 1995, intitulado *The structure of psychological well-being revisited*, Ryff & Keyes verificam que, no decurso da vida, há um decréscimo dos níveis de bem-estar na idade adulta nas dimensões objectivos na vida e crescimento pessoal e que, pelo contrário, se verifica particularmente no início da adultícia e na meia-idade, um aumento dos níveis de bem-estar nas dimensões domínio do meio e autonomia. As dimensões relações positivas com os outros e aceitação de si tendem a manter os mesmos níveis de bem-estar na idade adulta. A dimensão relações positivas com os outros é, segundo Ryff (1989a), uma dimensão fundamental na formulação de um funcionamento positivo. Por outro lado, Ryff mostra evidências de que o bem-estar psicológico influencia o sistema fisiológico e promove o funcionamento imunológico (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

Esta área do bem-estar na terceira idade tem sido alvo de uma preocupação crescente por parte da comunidade científica.

2.4. MUSICOTERAPIA E BEM-ESTAR DE IDOSO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL

E desde a década de 80 que começaram a surgir nos EUA programas, na área preventiva, direccionados aos idosos (Ghetti, Hama & Woolrich, 2004). O comité especial para a terceira idade do senado norte-americano organizou, em 1991, uma sessão dedicada à musicoterapia na relação e em 1992, é aprovado o “Music Therapy for Older Americans Act”. Neste diploma a musicoterapia é, entre várias medidas, acrescentada à lista de serviços prestados pelo Estado para promoção da saúde e do bem-estar do idoso e é também considerada uma prestação de serviços preventivo (Peters 2000a). Paralelamente, e desde 1980, tem vindo a aumentar nos EUA, o número de musicoterapeutas a trabalhar com idosos e, desde 1990, tem vindo a aumentar o número de musicoterapeutas a trabalhar com idosos institucionalizados (Gfeller & Davis, 1999).

Nesta área de prevenção e bem-estar do idoso, tem sido dada importância à criatividade no processo de envelhecimento. Fischer & Specht (1999) verificam que há uma estreita relação entre criatividade e envelhecimento com sucesso, sendo que as actividades que estimulam a criatividade no idoso são fundamentais para o desenvolvimento de competências de adaptação, uma vez que, afirmam estes autores, criatividade envolve flexibilidade e adaptabilidade. As actividades criativas revelam-se importantes na utilização do potencial cognitivo do idoso, permitindo que este desenvolva competências que facilitam a prática da criatividade noutras áreas da

sua vida, abrindo-se a novos desafios, novas ideias e procurando soluções originais para os problemas (Fischer, & Specht, 1999; Hickson & Housley, 1997).

A música tem importância na dimensão social do idoso, uma vez que o aspecto social é o mais afectado com a idade e a música é a mais social das artes. A música ultrapassa o valor estético e constitui uma fonte de enriquecimento social, estimulando a comunicação e a curiosidade intelectual, aumentando a qualidade de vida e ajudando a prevenir ou a travar a deterioração mental e física do idoso (Davis, 1999). Também Cohen, Bailey & Nilsson (2002) salientam a importância da música na estimulação cognitiva do idoso, devendo promover-se a participação dos idosos em coros, orquestras, em lições de instrumento musical, entre outras actividades. A importância de actividades musicais em grupo é também salientada por Zanini (2003) e Bruscia (1987), em concreto o cantar em grupo, com importantes efeitos na orientação da realidade e no aumento da coesão entre os diversos participantes, melhorando as relações intra e inter-pessoais. A re-criação é também referida por Rio (2002) como a actividade musical usualmente mais relevante com idosos institucionalizados.

Em relação às preferências musicais, salienta Peters (2000a) que as mesmas se reportam ao período de vida que medeia os 18 e os 30 anos de idade. Solé et al. (2010), por sua vez, salientam a capacidade da música ser uma actividade inclusiva, facilmente adaptável a diferentes níveis de educação e de funcionamento, com repercussão em dimensões não musicais, como as dimensões sociais, físicas e psicológicas.

Para Laukka (2007) e Cohen, Bailey & Nilsson (2002), a continuação por parte dos idosos, de actividades que faziam no passado e a participação em actividades significativas, são importantes para um envelhecimento com sucesso. Ouvir ou tocar música podem ser das poucas actividades que o idoso fazia na juventude e que ainda consegue fazer na fase actual da sua vida, sem que as mesmas sejam demasiado exigentes para as suas capacidades.

Wigram & Baker (2004) salientam a importância da escrita de canções, como forma de expressão de sentimentos, de promoção de competências e de suporte emocional, espiritual e psicológico.

Davis (1999), por seu lado, refere a importância da experiência musical na reminiscência, entendida esta como um olhar o passado, que no idoso visa, quando as capacidades psicofísicas e relacionais começam a perder a sua vitalidade, reafirmar a sua autoestima e a socialização e interação pessoal. Este aspecto social é importante atendendo que o isolamento é mais debilitante para o idoso que a deterioração física (Salvarezza, 1997).

A importância da escuta musical é também salientada por Laukka (2007), em relação à promoção de emoções positivas no idoso, e VanWeelden & Cevasco (2009) referem que, a par da re-criação, a escuta musical com recurso a repertório popular, é das actividades preferidas dos idosos.

Para Ghetti, Hama & Woolrich (2004), a música surge com grande potencial nos programas de bem-estar para idosos, uma vez que as técnicas musicoterapêuticas possibilitam oportunidades de relacionamento com outros idosos, reduzindo o isolamento, favorecendo a expressão de sentimentos e diminuindo desta forma a ansiedade e o stress. Por outro lado, aumentam a motivação, estimulam o funcionamento cognitivo e ajudam à prática de exercício físico.

Em idosos institucionalizados, a utilização da música assume particular importância. Neste sentido, Davis (1999) refere que o uso terapêutico da música nas instituições para idosos pode ajudar a tornar o meio ambiente menos intimidante, promovendo a interação social e ajudando a diminuir um sentimento de solidão. Segundo este autor, a musicoterapia numa instituição tem as seguintes vantagens: estimula a memória de longa e de curta duração; estimula outras áreas cognitivas como a redução da confusão e o aumento e retenção da informação; promove a orientação da realidade; aumenta as competências verbais; fortalece o treino sensorial; aumenta as competências comunicacionais; aumenta as competências motoras, a força e a mobilidade; aumenta a auto-estima; ajuda a reduzir o *stress* e aumenta a reminiscência. Também Hanser & Thompson (1994) salientam que a utilização da música tem como efeito um maior envolvimento com o meio, maior consciência e responsividade, socialização, associações positivas e expressão de sentimentos, sendo ainda que a música pode ser um estímulo positivo para a mudança de ânimo e para a redução de *stress*.

Para Ruud (1998), o envolvimento na música deve ser encarado como um potencial recurso na aquisição de bem-estar, uma vez que pode promover uma forte, flexível e

coerente identidade estando esta ligada a uma maior qualidade de vida. Identidade flexível no sentido de que o indivíduo consegue ajustar a sua narrativa pessoal à forma como a vida é percebida e vivida; identidade coerente porque o indivíduo tem um sentimento de continuidade ao longo da sua vida. Neste sentido, Ruud refere quatro dimensões em relação à identidade: vitalidade ou consciência emocional; acção (*agency*); pertença e sentido e coerência. Quanto ao primeiro, à vitalidade, refere-se à capacidade do indivíduo se abrir ao mundo, aos outros e a si próprio. Está relacionado com o modo como nos sentimos e como expressamos essa forma de sentir. Relativamente à acção (*agency*), esta relaciona-se com a capacidade de nos responsabilizarmos pelas nossas próprias vidas e acções e com a capacidade de escolhermos e seguirmos os planos que fazemos. Quanto ao terceiro elemento, sentimento de pertença, sentimento que vai mais além das relações com as outras pessoas e que tem a ver com o próprio sentimento de se estar em casa, num imenso mundo. Ruud (1998) afirma que, neste caso, a música pode providenciar experiências musicais muito intensas de envolvimento, gerando um sentimento de inclusão e um relacionamento profundo com os outros. A integração num grupo coral, afirma, pode ser importante na promoção deste sentimento de pertença. Por último, a dimensão sentido e coerência, Ruud relaciona este aspecto com um sentimento de completude e propósito na vida que pode ser obtido através do prazer em determinadas experiências musicais.

Esta importância dada à música, decorre duma nova perspectiva na musicoterapia, que é a perspectiva holística (Wigram, Pedersen & Blonde, 2002a; Ruud, 1998). É uma perspectiva que salienta a importância da saúde enquanto sentimento de bem-estar, estabelecendo uma forte conexão conceptual entre um estado de bem-estar e a capacidade de acção do indivíduo (Ruud, 1998).

Em suma, a musicoterapia com idosos é uma área onde se têm verificado um interesse crescente na comunidade científica (Davis, 1999; Aldridge, 1996a). Por outro lado, também se tem verificado um aumento do interesse no estudo da relação entre bem-estar e musicoterapia (Ghetti, Hama & Woolrich, 2004).

Cohen, Bailey & Nilsson (2002) sugerem o interesse em se desenvolver investigações sobre a influência da música nas dimensões de bem-estar delineadas por Ryff. Também Laukka (2007), que desenvolveu um estudo sobre a influência da escuta musical no bem-estar psicológico dos idosos, afirma que poucos estudos investigaram directamente possíveis associações entre a música e o bem-estar e os que se

verificaram concentraram-se nos aspectos subjectivos do bem-estar sem ter estudado os aspectos relacionados com a realização do potencial de cada um, isto é, sem ter estudado o bem-estar numa perspectiva eudaimónica.

Nesta sequência, este trabalho pretende averiguar o impacto que uma intervenção musicoterapêutica pode ter na percepção de bem-estar de idosos institucionalizados. Para tanto, adopta-se uma metodologia centrada numa perspectiva de estudo de caso. As questões principais deste trabalho prendem-se em saber qual o impacto que a musicoterapia tem no bem-estar de idosos em contexto institucional, pretendendo-se analisar o envolvimento dos participantes na intervenção e perceber as vantagens de uma intervenção desta natureza.

Na parte da metodologia, começa-se por explicar as opções metodológicas, identificando-se a amostra (3.1.). Prossegue-se apresentando os instrumentos (3.2.) e os procedimentos (3.3.) com descrição da intervenção e da escala de bem-estar psicológico de Carol Ryff.

3. METODOLOGIA

A nível metodológico, esta investigação baseia-se no método indutivo uma vez que se pretende estudar o desenvolvimento de uma intervenção de musicoterapia de uma forma sistemática e holística.

Trata-se de um tipo de intervenção inovador, uma vez que não conseguimos identificar na literatura consultada, registos de estudos desenvolvidos em Portugal, centrados num tipo desta intervenção com idosos saudáveis em contexto institucional. Neste seguimento, procurou-se descrever as potencialidades existentes, resultantes da implementação de uma intervenção em musicoterapia com esta população, neste contexto. Pretenderam-se determinados critérios de inclusão neste estudo: idade, nível cultural médio / alto, englobando este um nível de escolaridade e competências específicas que revelem um nível cultural mais diferenciado, existência de recursos económicos médios / altos e o contexto institucional. Pretenderam-se os seguintes critérios de exclusão: existência de diagnóstico de psicopatologia e existência de limitações físicas significativas.

O trabalho segue uma metodologia de estudo de caso. Trata-se de um estudo de caso observacional com recurso a fontes quantitativas e qualitativas. Para Smeijsters (1996), a melhor abordagem na investigação em musicoterapia é a observacional, qualitativa, através de um estudo de caso, que permita a formulação de hipóteses e possibilite ao investigador focalizar-se no processo e no desenvolvimento intra-subjectivo e observar as mudanças individuais e grupais. Também Aldridge (1996) entende que o processo em musicoterapia se depara com dificuldades em ser avaliado quantitativamente, uma vez que se trata de um processo que deve ser descrito e interpretado.

3.1. AMOSTRA

A unidade de análise deste estudo é constituída pelo núcleo constante de um grupo de indivíduos participantes nas sessões de musicoterapia. As respostas ou expectativas deste estudo referem-se ao interesse da implementação de uma intervenção em musicoterapia com idosos, em contexto institucional, e ao impacto que essa intervenção pode ter no bem-estar dos participantes.

O estudo desenvolveu-se entre Setembro de 2010 e Março de 2011 na instituição Clube de Repouso Casa dos Leões, em Carnaxide, e envolveu seis sujeitos participantes constantes ao longo deste período. As sessões de musicoterapia decorrem nesta instituição desde 2006. A investigadora é a musicoterapeuta que desenvolveu a intervenção e é também musicoterapeuta noutra instituição com características semelhantes.

A instituição onde decorreram as sessões de musicoterapia, funciona desde 2003. É uma residência sénior, vocacionada para o idoso independente e com elevados recursos económicos. Caracteriza-se por ter um grau de estruturação não muito rígido com uma filosofia virada para a autonomia e independência aproximando-se muito da ideia de um serviço hoteleiro, especializado para esta faixa etária. Esta instituição dispõe de 27 apartamentos de tipologia T1 e 30 apartamentos de tipologia T0, com áreas comuns e de lazer, tais como salas de estar, de jantar, de música e de jogos, biblioteca, bar e cafetaria, ginásio, cabeleireiro, capela, jardins exteriores e interiores e ainda estacionamento com garagem. A instituição tem as actividades semanais de grupo coral, estimulação cognitiva, momento de leitura, movimento, ginástica e sessão de cinema. De uma forma geral a maior parte dos residentes quando ingressa nesta instituição fá-lo com a intenção de que seja a sua última morada, no entanto, certos residentes estão transitóriamente, durante o período de férias, por motivos de recuperação ou para experimentarem este modelo institucional.

A amostra do grupo é constituída por seis idosos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 70 e os 101 anos, a residir na instituição. Estes sujeitos participaram em pelo menos 70% das 28 sessões que se efectuaram, ou seja, participaram em pelos menos 19 sessões de musicoterapia. É um grupo que funcionou sempre como um grupo semi-aberto (Pavlicevic, 2003). Não havia qualquer entrevista nem preparação para participar na sessão; mas sempre que havia um participante novo, fazia-se uma breve apresentação de todos os instrumentos que estavam na sala e das actividades musicais que iriam decorrer (Wigram, 2004).

No Gráfico 1 apresentamos uma síntese das características de idade e a sua média.

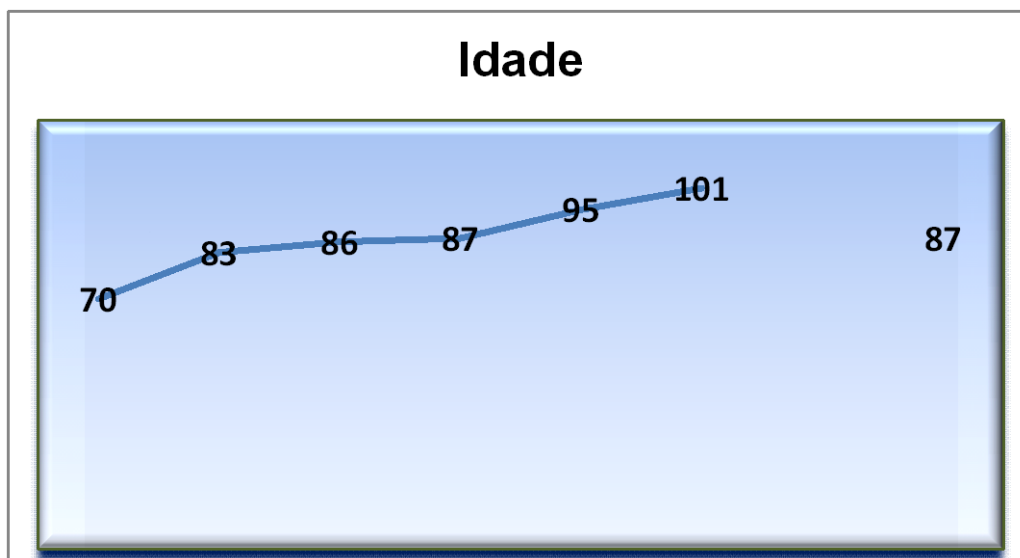


Ilustração 1. Grupo etário

Na ilustração 1 apresentamos uma síntese das características idade.

Grupo	70 - 84	85 - 94	> 95
	2	2	2
%	33,33%	33,33%	33,33%

Tabela 1. Grupo etário

Como se pode ver na Tabela 1. o grupo etário está distribuído de forma igualitária entre as várias faixas etárias. A média de idade dos participantes é de 87 anos.

Na Tabela 2 apresentamos uma síntese das características do sexo dos participantes.

Grupo	Sexo masculino	Sexo feminino
	4	2
%	66,66%	33,33%

Tabela 2. Género

Relativamente ao sexo dos participantes, constata-se que prepondera o sexo masculino.

Na Ilustração 2 apresentamos uma síntese das características do estado civil dos participantes.

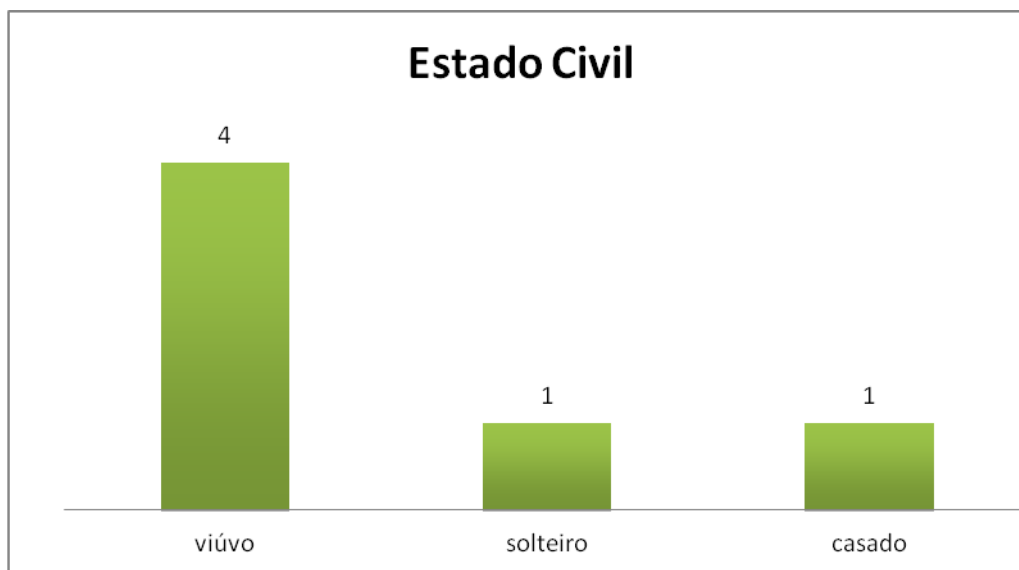


Ilustração 2. Estado civil

Na Tabela 3 apresentamos uma síntese das características do estado civil dos participantes.

Grupos	Estado civil		
	Estado viúvo	Estado casado	Estado solteiro
Total	4	1	1
%	66,66%	16,66%	16,66%

Tabela 3. Estado civil

Como se pode observar verifica-se que prepondera na amostra global o estado civil de viuvez. O estado casado é igual ao estado de solteiro.

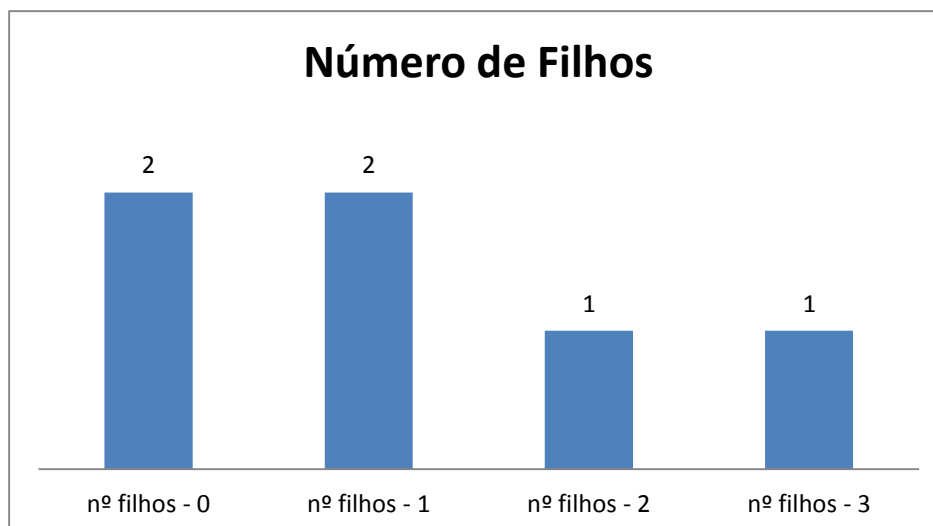


Ilustração.3. Número de filhos

A Ilustração 3. indica que os participantes sem filhos e com um filho estão em igual número, de dois participantes. Com dois filhos e três filhos há um participante. Por outro lado, dois indivíduos participantes experienciaram a perda de um filho.

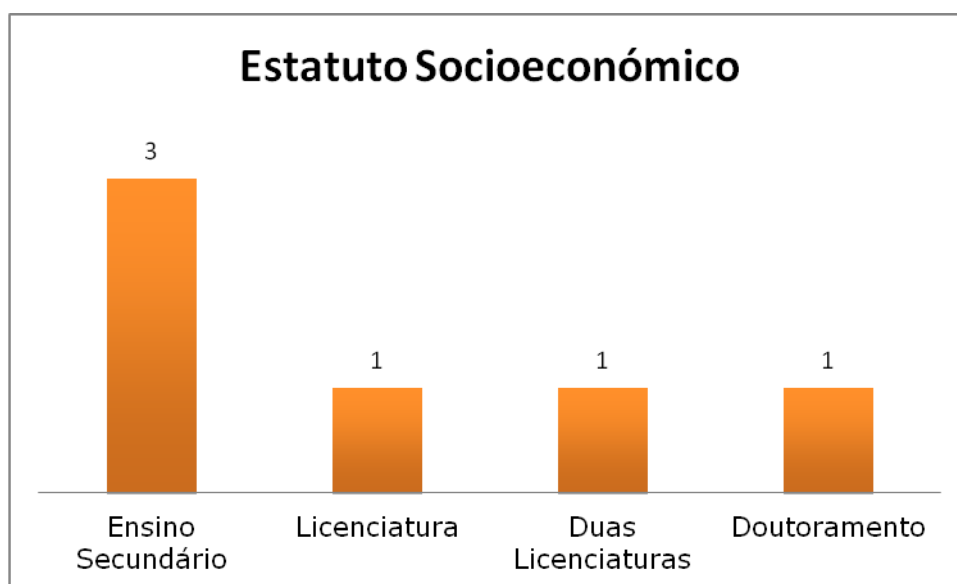


Ilustração 4. Estatuto socioeconómico

Em relação ao estatuto socioeconómico, o grupo é constituído por três indivíduos com formação superior, sendo que um deles tem duas licenciaturas e um tem doutoramento. Os restantes três elementos tem formação equivalente ao secundário.

Profissão	Totais
revisor de contas	1
secretária	2
diplomata	1
militar	1
engenheiro	1

Tabela 4. Profissão anterior à reforma

Pela análise da Tabela 4. relativo à profissão anterior à reforma, verifica-se uma grande heterogeneidade de profissões, sendo que a profissão de secretária foi exercida por dois elementos.

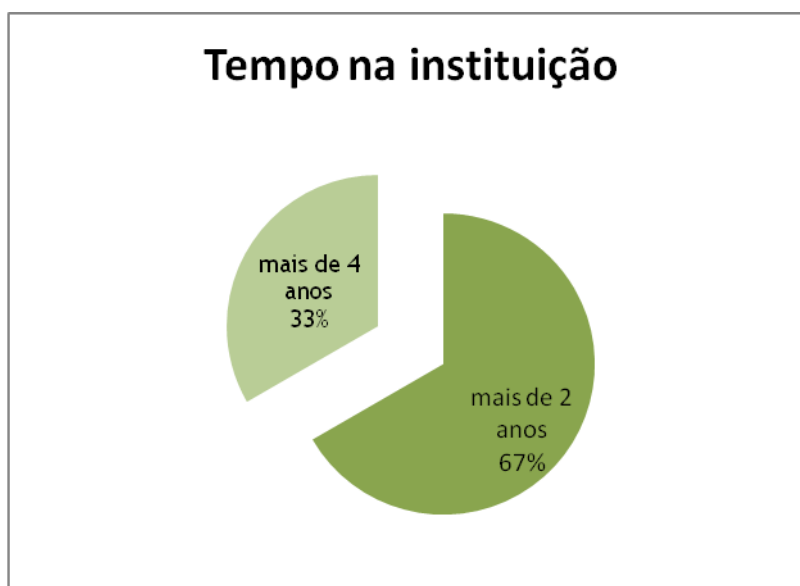


Ilustração 5. Tempo na instituição

Predomina o número de indivíduos com mais de dois anos na instituição e menos de quatro anos. Esta instituição funciona desde 2003.

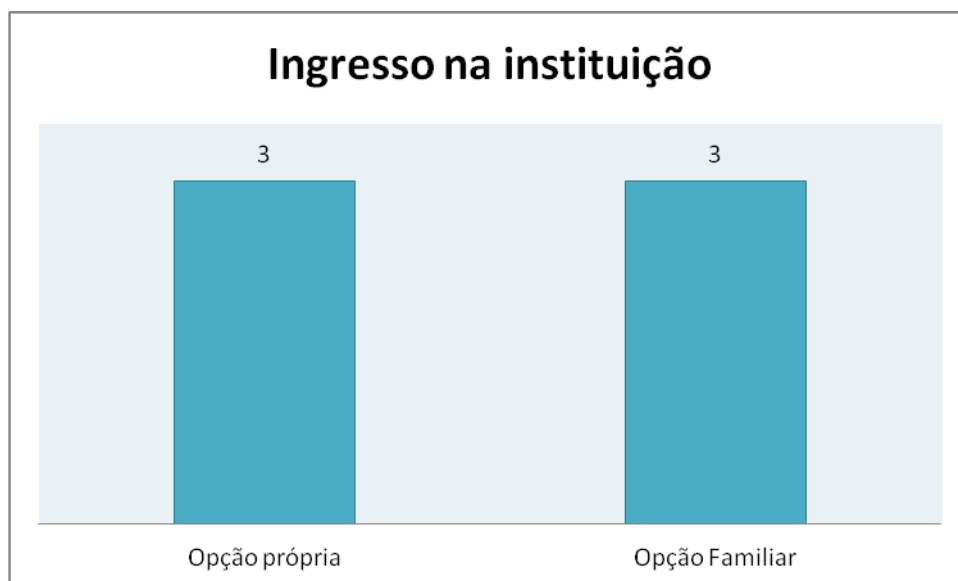


Ilustração 6. Ingresso na instituição

O ingresso na instituição foi por opção própria para metade dos sujeitos. Para os restantes três elementos foi por opção familiar.

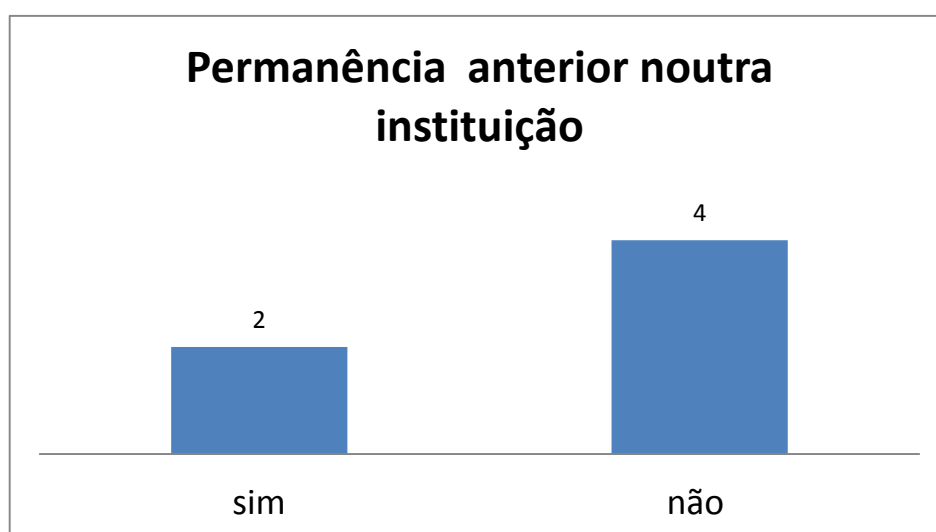


Ilustração 7. Permanência anterior noutra instituição

Na amostra global apenas dois indivíduos estiveram noutra instituição.

Os objectivos da intervenção atenderam à população-alvo, ao contexto e às características do grupo. Embora se tenha verificado uma constância de seis elementos, durante a intervenção participaram, por diversas vezes, sujeitos novos na instituição e por diversas vezes certos idosos, regulares na participação, deixaram de

participar por razões de limitação física ou psíquica, saída da instituição ou por falecerem.

O objectivo primordial com esta população-alvo, neste contexto, foi o aumento do bem-estar numa perspectiva integradora de crescimento pessoal. Para tanto estabeleceram-se os seguintes objectivos secundários (Hanser, 1999): estimulação das competências intra e inter-pessoais; aumento da expressão de sentimentos; reminiscência e aumento da coesão grupal.

O grupo foi sujeito a uma intervenção de musicoterapia, em sessões de grupo semanais, com a duração de sete meses. Os participantes eram residentes da instituição que, por opção própria ou sugestão dos técnicos, participavam nas sessões semanais. A alteração constante no número de participantes (a sessão com menor número teve dois participantes e a sessão com maior número teve dezoito participantes), implicou que o planeamento das sessões se realizasse tendo em consideração possíveis alterações e/ou ajustamentos consoante o número, as características e as necessidades dos participantes.

3.2. INSTRUMENTOS

Neste ponto apresentaremos os instrumentos de recolha de dados.

Aplicou-se a escala de bem-estar psicológico de Ryff, adaptada à população portuguesa por Rosa Novo (2003). Trata-se de uma escala que inclui seis dimensões, que operacionalizam seis critérios de bem-estar. Cada uma das dimensões inclui três itens que avaliam: a aceitação de si, o crescimento pessoal, os objectivos na vida, as relações positivas com os outros, o domínio do meio e a autonomia (anexo 1).

A validação inicial atribuiu a cada dimensão uma escala de 20 itens; mas por uma questão de extensão e custos Ryff restringiu para 14, e mais tarde para 3 itens para medir cada construto, ficando numa versão mais reduzida uma escala de 18 itens, escala que ora se utiliza nesta investigação (Ryff & Keyes, 1995). Os 3 itens para a escala reduzida foram escolhidos por Ryff porque reflectem subfactores teóricos subjacentes às definições para cada escala de bem-estar (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

O conteúdo dos itens obedeceu a formulações de frases de bem-estar na negativa – itens 2, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 -, e na positiva – itens 1, 3, 6, 8, 9, 10, 11 e 12. As

respostas aos itens da escala fizeram-se segundo uma escala de Likert de 6 pontos, a qual varia entre “*Concordo completamente*” e “*Discordo completamente*”.

A dimensão aceitação de si foi operacionalizada pelos itens 6, 12 e 18; a dimensão crescimento pessoal pelos itens 3, 9 e 15; a dimensão dos objectivos na vida pelos itens 5, 11 e 17; a dimensão relações positivas com os outros pelos itens 4, 10 e 16; a dimensão domínio do meio pelos itens 2, 8 e 14 e, finalmente, a dimensão autonomia foi operacionalizada pelos itens 1, 7 e 13.

Trata-se de uma escala de auto-avaliação que salienta a percepção daquele que está a viver a experiência dum processo de envelhecimento: os desafios, os recursos e os obstáculos da velhice (Ryff, 1989). Esta escala de BEP tem estabilidade de 6 semanas (Schmutte & Ryff, 1997). A escala foi aplicada na instituição onde se desenvolveu a intervenção de musicoterapia.

Para além da escala de BEP foram aplicados, na 1ª sessão de cada participante, 3 questionários relacionados com hábitos de escuta musical, de prática coral e de prática instrumental.

As sessões foram gravadas através de sistema audio e algumas sessões com videogravação. Ao longo da intervenção, e após cada sessão, foram registadas as actividades musicais desenvolvidas; o repertório musical utilizado; o material musical trazido para a sessão por algum participante; comportamentos musicais e não-musicais relevantes e temas que foram surgindo durante ou após uma actividade musical.

Na 26ª sessão, após a construção da 3ª canção, aplicou-se um questionário com duas questões abertas, tendo em vista os participantes expressarem o significado de criação de uma canção em grupo e o que o resultado final da construção significava para cada participante. O questionário foi constituído por duas perguntas abertas: “ que significado teve para si construir esta canção ” e “ o que sentiu quando ouviu a gravação”.

3.3. Procedimentos

Sendo a investigadora a musicoterapeuta, houve a oportunidade de observar, de investigar e de revelar o caso através de uma observação participante, dentro do ambiente, tendo a possibilidade de anotar alguns aspectos relacionados com a implementação de certas actividades musicais e as dinâmicas que surgiram no seio destas. As observações foram guiadas por objectivos, no sentido de que a observadora procurou comportamentos verbais, não-verbais e musicais que permitissem novas perspectivas úteis ao seu estudo.

Em inícios de Setembro, e antes do início da 1ª sessão, procedeu-se ao primeiro momento de aplicação da escala de BEP de Ryff. A escolha deste momento deveu-se ao facto da intervenção de musicoterapia sofrer uma interrupção por motivos de férias da musicoterapeuta e de se verificar que, após os meses de Julho e Agosto, o grupo, de uma forma geral, revelava algumas alterações na quantidade dos participantes. Essas alterações estavam relacionadas com a ausência, durante os referidos meses, de parte dos participantes na instituição e a entrada, geralmente com carácter temporário, de residentes novos.

A escala de BEP foi aplicada a dez participantes. O segundo momento, e verificada uma constância de seis elementos, realizou-se após a 28.ª sessão, aplicando-se a escala de BEP a esses seis elementos.

A escala de bem-estar foi aplicada pelos próprios, à excepção de dois elementos em que o questionário foi explicado, lido pela investigadora, e as respostas dadas oralmente pelos participantes.

Antes da aplicação da escala de BEP, referiu-se que o questionário deveria ser respondido o mais sinceramente possível, aproximando-se a resposta da situação pessoal. Indicando-se ainda que as questões foram formuladas no sentido de se perguntar primeiro se concordavam ou discordavam e só depois o quanto - completamente, em grande parte ou parcialmente (Ryff & Keyes, 1995).

Na 1ª sessão de cada participante, foram aplicados 3 questionários relativos a hábitos de escuta musical, de prática coral e de prática instrumental.

Ao longo das sessões de grupo participaram 37 indivíduos, com uma constância de seis elementos. Através das experiências musicais cada participante foi conhecendo

as preferências musicais dos outros participantes, os instrumentos preferidos, os temas significativos e os temas mais sensíveis, relativamente aos quais determinados idosos tinham dificuldade em abordar. Relativamente a novos participantes, foram-se desenvolvendo estratégias, entre o núcleo constante, de recepção de novos residentes na instituição. Neste sentido, as sessões de musicoterapia foram, por diversas vezes, o espaço onde, de uma forma lúdica e espontânea, o novo residente teve oportunidade de conhecer outros residentes.

A intervenção foi sempre desenvolvida no mesmo espaço. A sala era preparada momentos antes da sessão: as cadeiras dispostas em círculo, incluindo a da musicoterapeuta (Wigram, 2004); colocava-se no centro desse círculo uma mesa baixa onde se colocavam os instrumentos.

Os instrumentos utilizados foram: maracas, bloco de dois sons, pandeiros, caixa chinesa, clavas, djembe, darbuka, mini-conga, metalofone com lâminas separadas, reco-reco, ovos de percussão, caxixi e ocean drum. Guitarra clássica e piano digital foram utilizados em algumas sessões.

Ao longo da intervenção foi-se verificando que os sujeitos regulares ocupavam sempre o mesmo lugar no círculo e, quando se utilizavam instrumentos musicais, manifestavam quase sempre a mesma preferência por determinado instrumento. Facto especialmente significativo na situação em que faleceu um participante que tocava usualmente o mesmo instrumento. Neste caso, verificou-se que durante um período de tempo, esse instrumento não foi tocado por nenhum participante regular.

As sessões dividiam-se, de uma forma geral, em duas partes principais: uma de produção musical e a outra de escuta musical. Utilizaram-se as quatro experiências musicais referidas por Bruscia (1998). Para o efeito, teve-se em conta o que vem referido em literatura para esta população-alvo (Peters, 2000a).

A escolha das actividades musicais caracterizou-se sempre por uma certa flexibilidade. Eram planeadas determinadas actividades mas considerando-se sempre a possibilidade das mesmas serem alteradas, repetidas ou omitidas. Para tanto contribuiu o facto dos participantes serem convidados a levar material musical, ou em forma de música gravada (normalmente cd's), ou letra de canções significativas ou melodias significativas. A flexibilidade das sessões deveu-se também o facto de se

tratar de um grupo semi-aberto e ao aproveitamento, pela musicoterapeuta, de todo o material que foi surgindo ao longo das sessões.

Na escolha do repertório musical atendeu-se às preferências musicais dos participantes e aos objectivos terapêuticos. Para tanto, teve-se também em conta o que vem referido em Peters (2000a) em relação às preferências musicais significativas se situarem entre os 18 e os 30 anos de vida do indivíduo.

A escuta musical foi uma actividade constante ao longo de toda a intervenção, uma vez que foi a actividade mais solicitada pelos participantes e constitui uma actividade relevante com esta população-alvo (Grocke & Wigram, 2007; Peters 2000a; Bright, 1993). Esta actividade foi quase sempre realizada através da escuta de trechos de música gravada. No momento imediatamente anterior e/ou posterior da escuta discutiam-se aspectos ligados ao trecho musical. Esses aspectos relacionavam-se com o intérprete, com o compositor, com diferentes interpretações sobre o trecho, com a melodia, com as preferências musicais de cada participante em relação a esse trecho, com a época em que surgiu, com espectáculos e com as circunstâncias pessoais que cada participante associava ao trecho musical.

Na improvisação e na re-criação verificou-se por parte dos participantes regulares e não regulares alguma resistência em tocar e cantar, situação que se foi atenuando ao longo da intervenção. A improvisação musical, foi principalmente instrumental, não referencial, feita com instrumentos de percussão.

Na composição musical verificou-se sempre uma resistência inicial por parte dos participantes. Esta actividade, porque mais estruturada, era a actividade que mais tempo ocupava na totalidade da sessão e ocupava sempre mais do que uma sessão. Esta experiência musical foi realizada através da escrita de canções, feita de forma livre. Iniciava-se sempre a partir de um tema, discutido em grupo, relativamente ao qual cada participante era convidado a expressar sentimentos e ideias sobre esse tema. De seguida a musicoterapeuta colocava em forma de poesia o que tinha sido expresso pelos diversos participantes e essa forma era discutida em grupo. Por vezes a letra era adaptada a uma melodia conhecida de todos (Rio, 2002), mas a maior parte das vezes, após a construção do texto, a melodia era criada originalmente, seguindo por vezes a entonação. No momento seguinte, e após sugestão da musicoterapeuta, discutia-se no grupo quais os instrumentos de percussão mais adequados à letra e à melodia em causa; discutia-se ainda se haveria um instrumento harmónico (teclado ou

guitarra). Em caso afirmativo, procedia-se à construção harmónica com uma sucessão de acordes simples que eram colocados à discussão do grupo (Wigram, 2004a). Na fase final, e após 2 a 3 ensaios, procedia-se à gravação e escuta da canção. Esta experiência musical, de escrita de canções, visava o aumento da interação e da coesão entre os participantes (Wigram & Baker, 2004).

Durante a intervenção, e após a construção da 3.^a canção, na 26.^a sessão, aplicou-se um questionário onde se teve em atenção os aspectos relacionados com o sentido e a importância que o processo de construção de canções teve para os participantes. A aplicação deste questionário deveu-se à constatação de que, após a construção de uma canção, se verificava de forma visível um aumento das competências inter-relacionais no grupo. Este processo de criação demorava normalmente entre 4 a 5 sessões. No período em que decorreu este estudo construíram-se três canções. O questionário foi respondido por 5 dos participantes constantes, uma vez que, no momento da sua aplicação, o sexto elemento participante se encontrava fora da instituição por um período de tempo.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Neste capítulo iremos apresentar e analisar os dados obtidos ao longo da intervenção de musicoterapia com um grupo de idosos em contexto institucional. Formulamos no ponto 3. a questão principal de orientação desta investigação que é a de se saber qual o impacto que a musicoterapia tem no bem-estar de idosos em contexto institucional, pretendendo-se analisar o envolvimento dos participantes na intervenção e perceber as vantagens de uma intervenção desta natureza.

Na apresentação e análise de dados iremos cruzar informação proveniente da aplicação da escala de bem-estar psicológico de Carol Ryff e das informações da musicoterapeuta decorrentes da intervenção.

Em relação à escala de bem-estar psicológico procedeu-se a uma estatística descritiva das dimensões da escala antes da intervenção; depois procedeu-se à pontuação dos vários itens da escala de bem-estar (Apêndice A) e por fim procedeu-se a uma avaliação, dimensão por dimensão, dos vários níveis da escala, antes e depois da intervenção, procedendo-se a uma comparação dos valores obtidos em cada dimensão e referindo-se certos itens em concreto cujos valores nos pareceram significativos.

Em relação aos outros instrumentos de recolha de dados, procedemos à sua categorização e à apresentação descritiva das ideias mais dominantes. As ideias mais predominantes foram organizadas, no questionário relacionado com a construção de canções, em gráfico de pizza para uma melhor visualização da informação.

Em relação aos questionários relativos a hábitos musicais procedemos a uma apresentação em forma de pizza para uma melhor visualização da informação.

Em relação ao repertório musical utilizado nas 28 sessões, procedeu-se à sua classificação em 5 géneros musicais. Apresenta-se também em forma de pizza para uma melhor visualização da mesma.

Ao longo da intervenção, verificou-se que os temas referidos nas sessões pelos participantes eram constantes e recorrentes. Procedeu-se à categorização dos mesmos e à apresentação, por ordem decrescente de referência.

Para além dos dados recolhidos através dos questionários e da escala de bem-estar psicológico foram também considerados como dados relevantes as informações decorrentes das observações efectuadas pela musicoterapeuta na sessão.

4.2. A participação e envolvimento dos sujeitos na intervenção

Durante a intervenção, e na 1ª sessão de cada participante, foram aplicados questionários relacionados com hábitos de escuta musical, prática coral e prática instrumental.

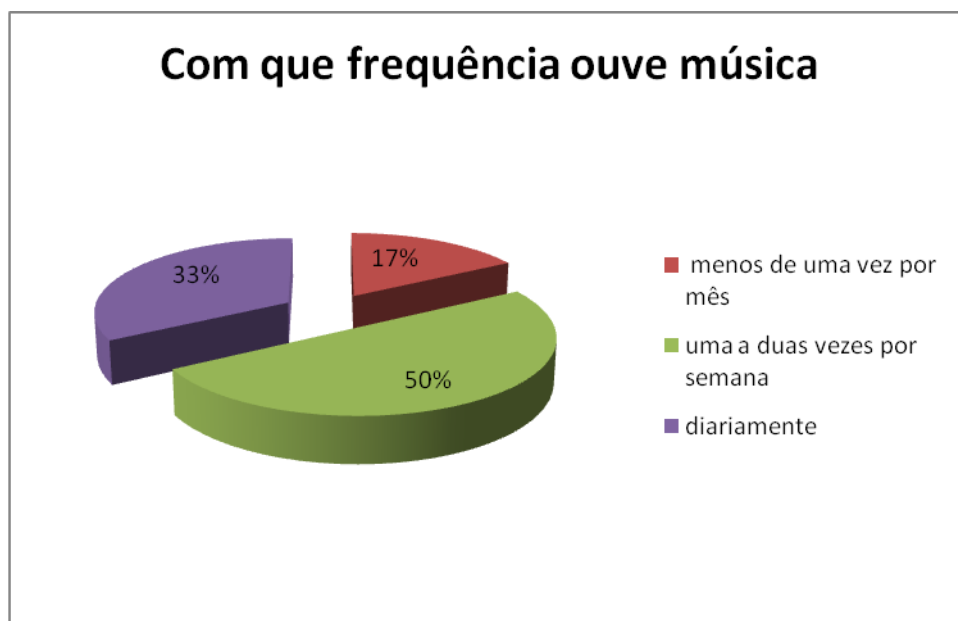


Ilustração 8. Hábitos de escuta musical

A Ilustração 8 indica que a maioria dos participantes ouvia, na altura em que a intervenção de musicoterapia foi desenvolvida, música semanalmente.

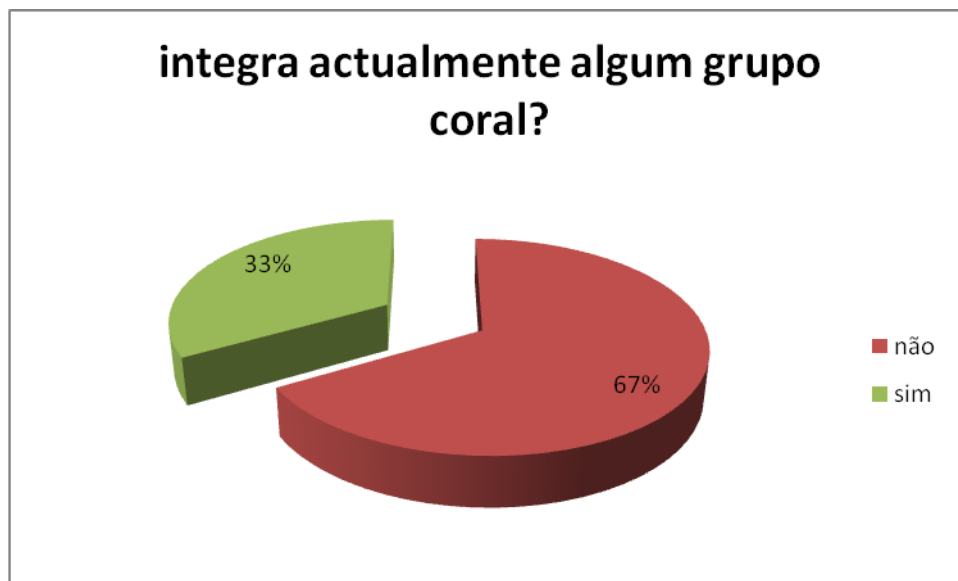


Ilustração 9. Hábitos de prática coral

A Ilustração 9 refere-se à participação dos sujeitos num grupo coral, dentro ou fora da instituição. A maior parte dos sujeitos não integrava nenhum grupo coral.

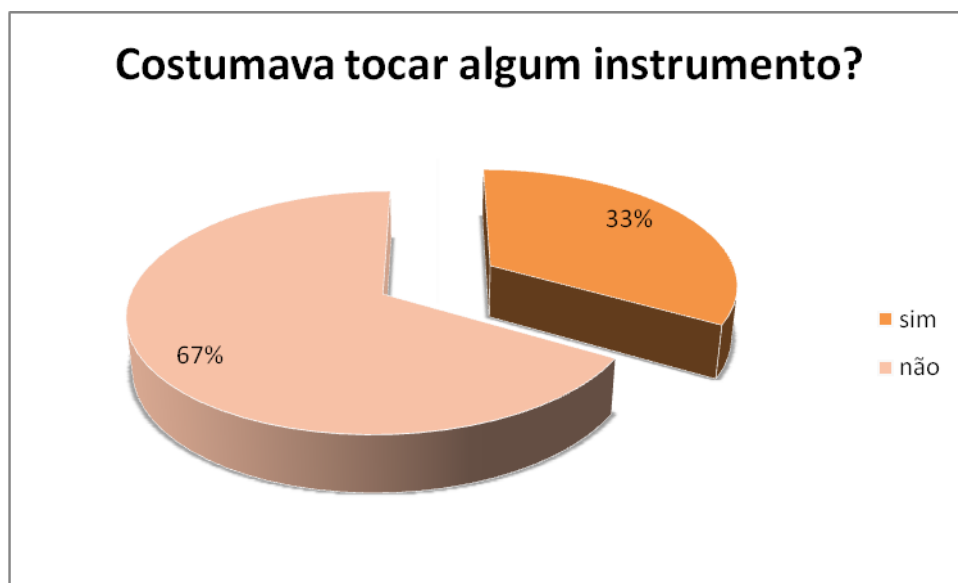


Ilustração .10 Hábitos de prática instrumental

A Ilustração 10 indica-nos que a maioria dos participantes nas sessões de musicoterapia não tinha conhecimentos de prática instrumental.

Analisando as ilustrações 9 e 10, verifica-se que os participantes nas sessões de musicoterapia, na sua maioria, não tinham conhecimentos de prática instrumental, nem integravam na altura qualquer grupo coral.



Ilustração 11. Experiências musicais

Na Ilustração 11 verifica-se que durante a intervenção foram utilizadas as quatro experiências musicais referidas por Bruscia. A escuta musical foi a experiência musical preponderante na intervenção. As outras experiências musicais tiveram praticamente o mesmo peso ao longo da intervenção.

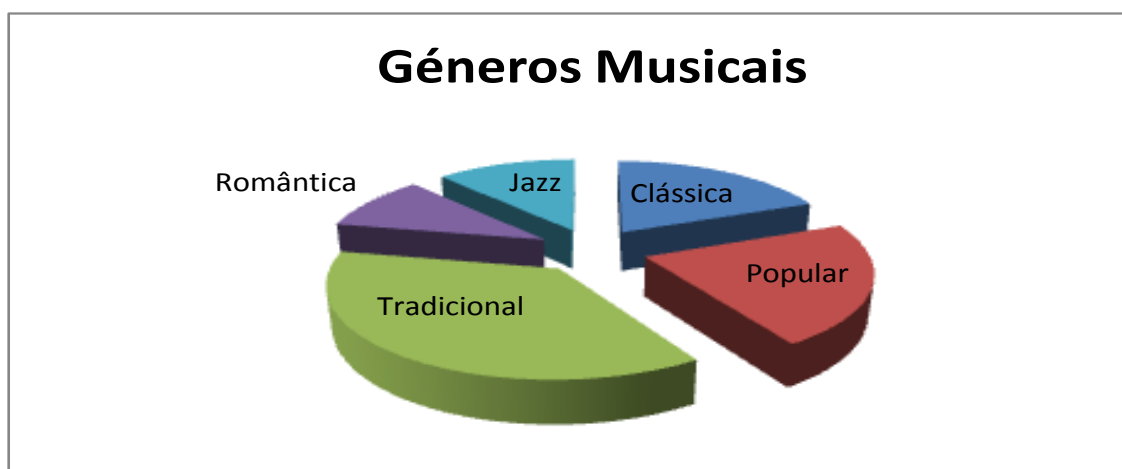


Ilustração 12. Géneros musicais

Na Ilustração 12 sobressai a música tradicional como o género musical mais utilizado na intervenção. Na música romântica estão incluídos os temas de música ligeira estrangeira. O repertório musical foi relevante nas actividades de escuta musical e de re-criação.

Nesta última actividade o género musical mais utilizado foi a música tradicional onde, ao longo da intervenção, se re-criou um conjunto de músicas tradicionais portuguesas significativas e conhecidas da maior parte dos participantes. Na escuta musical, o repertório utilizado foi mais variado, para além da música tradicional, utilizaram-se trechos de música popular portuguesa, música romântica onde está incluída toda a música estrangeira que não se inclui no género jazz e música clássica. Quer na improvisação, quer na composição, o género musical não foi relevante, no sentido de que, na maior parte das vezes, não se verificou um determinado género identificado.

O repertório musical foi escolhido pela musicoterapeuta, atendendo às preferências manifestadas pelos participantes ao longo da intervenção, aos objectivos terapêuticos estabelecidos para a sessão e à faixa etária. O repertório musical foi também constituído por material musical trazido pelos participantes para a sessão.

Ao longo da intervenção, e durante ou após as experiências musicais, foram verbalizados determinados temas entre os participantes. Alguns desses temas foram recorrentes ao longo das 28 sessões. Foi na escrita de canções onde se verificou uma maior variedade e profundidade dos temas discutidos.

ida a um concerto / exposição / viagem
nostalgia
doença / envelhecimento / própria morte
solidão
família
lugares especiais
estar apaixonado
estar no grupo

<p>preocupações sociais</p> <p>morte de pessoas significativas</p> <p>sentir falta da própria casa</p>

Tabela 5. Temas invocados

Na tabela 5 são referidos os temas que ao longo da intervenção foram surgindo e foram sendo discutidos no grupo. Os temas estão dispostos, de forma decrescente, consoante o número de vezes referidos nas sessões. Nesta tabela sobressai a importância de saídas ao exterior da instituição: ida a uma exposição, a um concerto ou a uma viagem. Por outro lado, um sentimento de nostalgia, de solidão e os receios relacionados com a existência de doença ou possibilidade da mesma, aliada ao processo de envelhecimento e à proximidade da própria morte foram também temas referidos pelos participantes. Este gráfico sugere que a importância dada à autonomia física e ao aspecto social são preocupações, de uma forma geral, presentes nos idosos participantes. A família, os amigos, o amor são assuntos referidos no grupo, relativamente aos quais muitas vezes se relacionava com a perda de familiares, de amigos e de companheiros. O tema amor foi referenciado, especialmente em relação à perda do cônjuge, muito significativo quando se tratava de uma relação com 50, 60 anos.

Por outro lado, verificou-se ao longo da intervenção certos momentos mais sensíveis para os participantes tais como: a época natalícia, datas de aniversário e datas de falecimento de pessoas significativas.

Verificou-se também que o mútuo intercâmbio de receios relacionados com as limitações físicas de alguns participantes, quando acompanhado de comentários descontraídos, e por vezes no meio de uma actividade musical, foi permitindo que se verificasse um suporte mútuo entre os participantes.

Questionário relativo à construção de canções

A. Que significado teve para si construir esta canção?

Sujeito 1) De início pouco ou nada significou, não mais que um embate de opiniões em presença. Depois passou a permitir um ponto de encontro de todos os participantes, em que cada um abdicou das suas opiniões pessoais, alcançando-se uma solução em que todos concordaram.

Sujeito 2) Significou gerar no meu cérebro, com a ajuda do coração duas das mais belas coisas inventadas pelo Homem: a música e a poesia.

Sujeito 3) Significou a capacidade de aproximar pessoas diferentes nos mais variados aspectos, numa expressão de sentimentos que lhe são comuns, na criação de algo mais ou menos belo.

Sujeito 4) Um esforço conjunto que nos transmite um pouco o que cada um de nós sente.

Sujeito 5) É sempre bom quando há uma partilha de opiniões, todas para o mesmo fim, conforme vai passando o tempo as pessoas vão-se relacionando melhor.

B. O que sentiu quando ouviu a gravação?

Sujeito 1) Surpresa, satisfação, alegria pelo êxito, contentamento pela participação, embora modesta, por estar presente, por partilhar com o grupo o sucesso obtido.

Sujeito 2) Com o que nada tenho, tentam convencer-me de que nem tudo está acabado dentro de mim.

Sujeito 3) Embora tenha participado com uma pequeníssima parcela foi com enorme prazer que constatei que sou capaz de ajudar a construir algo, dá um enorme prazer.

Sujeito 4) Sinto que foi o fim do nosso esforço, sendo sujeito a aperfeiçoamentos, é um esforço muito válido. À medida que vamos criando as canções temos conseguido ser melhores.

Sujeito 5) Senti-me satisfeito por ser uma criação nossa

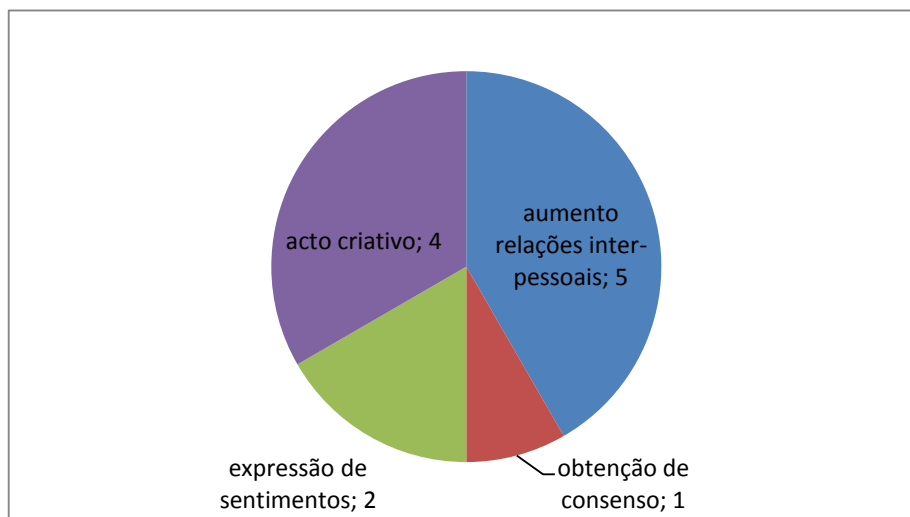


Ilustração 13 Sentimentos expressos na construção de canções

Conforme consta na Ilustração 13, os participantes sentiram ao longo e após a construção de uma canção: uma melhoria no relacionamento inter-pessoal, a necessidade de consensos no grupo, o espaço dado à criatividade e à expressão de sentimentos.

Verificou-se que a construção de canções foi a experiência musical com mais resistência por parte dos participantes, mas foi aquela onde determinados temas foram discutidos de forma mais exaustiva pelos diversos elementos do grupo. Foi também a experiência musical onde se verificou maior consenso, com cedências pelos vários elementos do grupo. Verificou-se também que sempre que se terminava uma canção e após a escuta, em conjunto, da gravação final, o grupo estava mais coeso.

4.3. O bem-estar psicológico dos idosos participantes

Dimensões da escala de Bem-Estar	N	Máximo	Média
Aceitação de Si	6	6,00	3,77
Crescimento Pessoal	6	6,00	4,27
Objectivos na Vida	6	6,00	3,44
Relações Positivas	6	6,00	4,16
Domínio do Meio	6	6,00	3,83
Autonomia	6	6,00	3,66

Tabela 6. Estatística descritiva das dimensões da escala de bem-estar

Na tabela 6 verifica-se que, em média, e à excepção da dimensão “objectivos na vida”, o nível de bem-estar dos participantes antes do início da intervenção já se situa acima da média da escala de resposta (3,5). Este resultado indica que os idosos apresentavam, já no início da intervenção, um bom nível de bem-estar. Esses níveis de bem-estar acima da média verificam-se em cinco dimensões da escala utilizada: na dimensão aceitação de si, na dimensão crescimento pessoal, na dimensão relações positivas, na dimensão domínio do meio e na dimensão autonomia.

Cada uma das dimensões foi computada através da soma dos itens que a compunham. O objectivo de aplicação desta escala é explorar o impacto que a musicoterapia exerce sobre as percepções de bem-estar psicológico de idosos em contexto institucional.

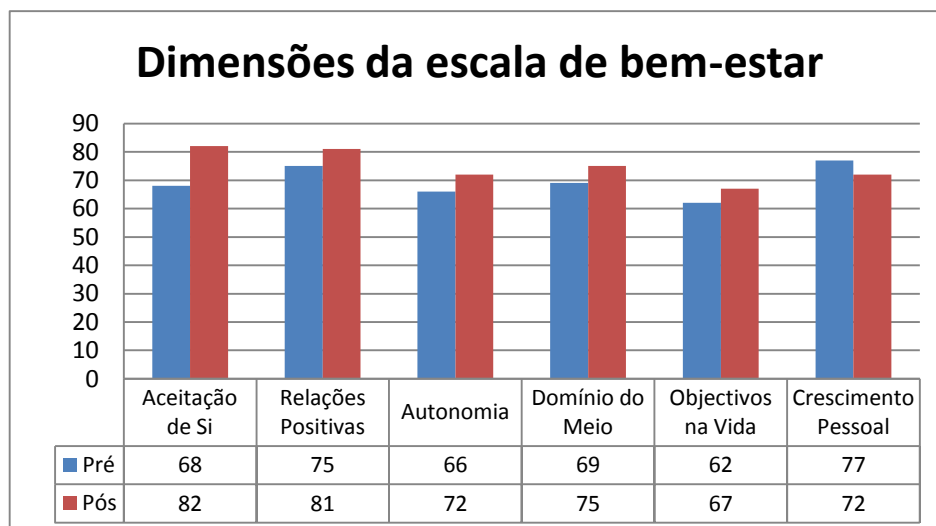


Ilustração 14. Valores totais das dimensões da escala de bem-estar

Na Ilustração 14 constam os níveis totais de bem-estar computados nas seis dimensões da escala de bem-estar. Constam os níveis de bem-estar antes da intervenção e os níveis de bem-estar após 28 sessões de musicoterapia. A dimensão aceitação de si é a dimensão onde se verifica um maior aumento dos níveis de bem-estar. Na dimensão relações positivas com outros, há também um aumento dos níveis de bem-estar dos participantes. Na dimensão autonomia houve um aumento dos níveis de bem-estar bem como na dimensão domínio do meio e na dimensão objectivos na vida. Por sua vez na dimensão crescimento pessoal verificou-se uma diminuição dos níveis de bem-estar.

Conforme consta no apêndice A, relativo à apresentação das pontuações por item da escala de bem-estar psicológico, constata-se no item 1, do questionário da escala de bem-estar psicológico: *“Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas”*, observa-se que as opções de respostas foram *‘concordo completamente’* para 66,64% dos participantes, *concordo em grande parte* para 16,66% e *discordo em grande parte* para 16,66%. Este item operacionaliza a dimensão autonomia.

Relativamente ao item 2: *“Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades”*, observa-se que as opções de respostas foram *discordo completamente* para 66,64% dos participantes, e *discordo em grande parte* para 16,66% e *concordo parcialmente* para 16,66%. Este item operacionaliza a dimensão domínio do meio.

Podemos constatar que, relativamente ao item 3: “Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.” observa-se que as opções de respostas foram “*concordo completamente*” para 16,66%, *concordo em grande parte* para 66,64% dos participantes, e *discordo completamente* para 16,66%. Este item operacionaliza a dimensão crescimento pessoal.

Também no item 5 se verifica uns valores significativos em relação á questão: “*Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida*”. Observa-se que as opções de resposta foram *discordo completamente* para 16,66%, *discordo em grande parte* para 64,64% e *concordo em grande parte com* 16,66%. Este item operacionaliza a dimensão objetivos na vida.

Relativamente ao item 6 “*Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram*” as opções de respostas foram *discordo em grande parte* para 16,66%, *concordo em grande parte* para 50% e *concordo completamente* para 33,33%. Este item operacionaliza a dimensão aceitação de si.

Relativamente ao item 8 “*Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso*” observa-se que as opções de respostas foram *concordo completamente* para 16,66%, *concordo em grande parte* para 33,33% dos participantes, e *discordo em grande parte* para 50%. Este item operacionaliza a dimensão domínio do meio.

Relativamente ao item 9 “*Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.*” observa-se que as opções de respostas foram *concordo completamente* para 16,66%, *concordo em grande parte* para 50% dos participantes, *concordo parcialmente* para 16,66% e *discordo em grande parte* para 16,66% . Este item operacionaliza a dimensão crescimento pessoal.

No item 11 que avalia se os participantes tem prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade, observa-se que as opções de respostas foram *concordo em grande parte* para 66,64%, *concordo parcialmente* para 16,66% e *discordo em grande parte* para 16,66%. Este item operacionaliza a dimensão objetivos na vida.

Relativamente ao item 16 “*Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança*”, observa-se que as opções de respostas foram *concordo em*

grande parte para 16,66%, discordo parcialmente para 16,66%, discordo em grande parte para 16,66% e discordo completamente para 50%. Este item operacionaliza a dimensão relações positivas com os outros.

Podemos constatar que no item 17 *“Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito”*, observa-se que as opções de respostas foram *concordo em grande parte para 66,64%, discordo parcialmente para 16,66% e discordo completamente para 16,66%.* Este item operacionaliza a dimensão objetivos na vida.

Relativamente ao item 18 *“Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida”*, observa-se que as opções de respostas foram *concordo em grande parte para 16,66%, concordo parcialmente para 16,66%, discordo parcialmente para 50% e discordo completamente para 16,66%.* Este item operacionaliza a dimensão aceitação de si.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos fazer uma apreciação dos resultados obtidos, focando-se essencialmente os aspectos do envolvimento dos participantes na intervenção, associada aos resultados obtidos com a escala de BEP de Ryff.

O presente estudo teve como objectivo principal verificar o impacto na percepção do BEP de um grupo de idosos, sujeitos a uma intervenção de musicoterapia, e o envolvimento e as vantagens de uma intervenção desta natureza. A intervenção desenvolveu-se numa instituição residencial entre Setembro de 2010 e Março de 2011. Este período foi escolhido, uma vez que se situou entre dois momentos em que usualmente se verificava uma alteração dos residentes na instituição. Um dos propósitos do trabalho era o de descrever a intervenção o mais detalhadamente possível, o qual foi feita pormenorizadamente no capítulo 3 'Metodologia'. Numa segunda fase, recolhemos e analisámos os dados referentes ao processo de musicoterapia, nos aspectos relacionados com o envolvimento dos sujeitos participantes e o seu BEP.

No que respeita à análise e envolvimento dos participantes na intervenção verificou-se, ao longo do processo, um aumento da participação nas actividades musicais e um aumento do relacionamento entre os participantes. Conforme se refere no apêndice C, a evolução do grupo foi no sentido de que, através de experiências musicais, se foi conseguindo criar algo próprio, singular, cujo resultado musical e não musical, dependeu do contributo de cada um num esforço comum. Verificou-se que as experiências desenvolvidas foram uma base importante para uma dinâmica que possibilitou a certos participantes que melhorassem a sua forma de estar no grupo e de se relacionar com os outros idosos, aumentando deste modo o seu bem-estar e o bem-estar de todos que com eles interagem.

Um dos aspectos que nos parece ter contribuído para estes resultados, foi a utilização das quatro experiências musicais referidas por Bruscia (1998). Efectivamente, através destas actividades, promovidas ao longo da intervenção, verificou-se um aumento na interacção intra e interpessoal e na coesão dos sujeitos participantes. Os resultados obtidos estão de acordo com o que defendem Wigram & Baker (2004), Zanini (2003) e Davis (1999), relativamente à importância das experiências musicais na melhoria das relações interpessoais.

Em relação à escuta musical, constatou-se que não obstante ser a actividade mais solicitada por todos os participantes nas sessões de musicoterapia, fora da sessão, a escuta de trechos musicais constituiu, para a maior parte dos participantes, apenas um hábito semanal.

Constatou-se também que os participantes das sessões de musicoterapia não tinham, de uma forma geral, hábitos de prática coral nem conhecimentos de prática instrumental, o que vem confirmar o que é referido em Peters (2000a), no sentido de que a musicoterapia é uma actividade que não requer quaisquer conhecimentos musicais por parte dos participantes.

Em relação ao repertório musical utilizado, salienta-se o repertório tradicional na re-criação e uma maior variedade de géneros musicais na escuta musical: música popular portuguesa, música clássica, música romântica e jazz.

Na construção de canções verificou-se, através de observação directa e de questionário aplicado, que é uma actividade com benefícios muito positivos no aumento do relacionamento social e na expressão de sentimentos, o que vem corroborar o que referem Wigram & Baker (2004) e Ruud (2004) respectivamente.

No que respeita à análise do bem-estar psicológico dos idosos participantes, verificou-se, da aplicação da escala de BEP de Ryff, pré e pós intervenção, que houve um impacto na percepção dos níveis de bem-estar em cinco dimensões: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do meio e objectivos na vida.

A dimensão aceitação de si, foi a dimensão onde se verificou um maior aumento dos níveis de bem-estar dos sujeitos participantes. Esta dimensão está relacionada com um sentimento positivo, por parte do indivíduo, acerca de si e do passado. Os resultados obtidos nesta dimensão vão ao encontro do que defende Ruud (1998). Para este autor, o envolvimento na música promove no indivíduo um sentimento de continuidade ao longo da sua vida. Por outro lado, parece-nos que a experiência musical de escuta, experiência mais utilizada ao longo da intervenção, contribuiu também para o aumento dos níveis de bem-estar nesta dimensão aceitação de si, o que está de acordo com os resultados obtidos por Laukka (2007) e com o que defendem Grocke & Wigram (2007), Davis (1999) e Bright (1993), relativamente à importância da escuta musical na reminiscência, actividade fundamental nos idosos.

Neste sentido salientamos as respostas dadas pelos participantes ao item 6 da escala de bem-estar psicológico, item que operacionaliza a dimensão aceitação de si. Assim, 50% dos participantes responderam *'concordo em grande parte'* à questão: *"Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram"*, sugerindo que, e atendendo aos autores referidos, a escuta musical pode ter influenciado positivamente os níveis de bem-estar nesta dimensão.

Na dimensão relações positivas com os outros, dimensão relacionada com a capacidade do indivíduo confiar nos outros e com a capacidade de forte empatia, afeição e intimidade, verificou-se também um aumento dos níveis de bem-estar após a intervenção de 28 semanas. Estes resultados estão em sintonia com o que refere Ruud (1998) relativamente à participação na música. Afirma este autor que a referida participação pode ser fonte de experiências musicais muito intensas de envolvimento, gerando no indivíduo um sentimento de inclusão e um relacionamento profundo com os outros.

Creemos que para o aumento dos níveis de bem – estar nesta dimensão foi relevante a construção de canções, experiência musical de composição. Tal está de acordo com o que defendem Wigram & Baker (2004) relativamente à utilização da composição em grupos, e aos efeitos positivos que aquela tem na interação e coesão grupal. Este resultado é também reforçado com as respostas dadas pelos participantes aos questionários, após a construção de uma canção, no sentido de que os mesmos se sentiam mais próximos entre si, constatando-se uma melhoria nas competências relacionais.

Já na dimensão autonomia, dimensão relacionada com a capacidade do indivíduo resistir a pressões para pensar e agir de certa maneira e regular o seu comportamento a partir de dentro, os resultados indicam que a musicoterapia teve também um efeito positivo nos níveis de bem-estar desta dimensão.

Salientamos a resposta, após a intervenção de 28 semanas, ao item 1 da escala de BEP de Ryff, item que operacionaliza a dimensão autonomia. Nestes termos, os participantes responderam *'concordo completamente'*, com uns significativos 66,64%, à questão: *"Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas"*. Para o efeito parece-nos relevante a utilização da improvisação musical, experiência que se realiza através da criação espontânea de música. Tal está de acordo com o que consta na *World Federation of*

Music Therapy ([www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ Music Therapy.html](http://www.musictherapyworld.net/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html)), relativamente à importância da improvisação, na área da prevenção, na promoção de competências do participante, e do que defendem Fischer & Specht (1999), no sentido de que as actividades que estimulam a criatividade do idoso são fundamentais para um aumento da flexibilidade e da adaptabilidade ao longo do processo de envelhecimento.

Em relação à dimensão domínio do meio, os resultados demonstram que após a intervenção de musicoterapia, se verificou também um aumento dos níveis de bem-estar dos participantes. Trata-se de uma dimensão relacionada com a capacidade do indivíduo controlar as actividades externas, fazer um uso efectivo das oportunidades que o rodeiam, sendo capaz de escolher e criar contextos adequados aos seus valores e necessidades. Estes resultados vêm ao encontro do que constatavam Ryff & Keyes (1995), ao verificarem que nesta dimensão os níveis de bem-estar tendem a aumentar ao longo do processo de envelhecimento. Os resultados obtidos estão também em consonância com o que defendem Hanser & Thompson (1994), no sentido de que a música tem como efeito um maior envolvimento com o meio, e do que defendem Fischer & Specht (1999) e Hickson & Housley (1997), relativamente à importância das actividades criativas na promoção de competências, abrindo-se o idoso a novos desafios, novas ideias e procurando soluções originais para os problemas.

Consideramos que as experiências musicais activas de improvisação, composição e re-criação, utilizadas ao longo da intervenção, assumem particular relevância nos efeitos obtidos nesta dimensão domínio do meio, uma vez que são experiências onde se verifica uma maior mobilização do participante. Tal está de acordo com o que refere Rio (2002), relativamente à importância das experiências musicais activas no aumento do bem-estar dos idosos e à sua introdução em instituições residenciais.

Na dimensão objectivos na vida, dimensão relacionada com um sentimento de crescimento contínuo como pessoa, com um sentido de direcção, em que o indivíduo sente que há um sentido no presente, tal como no passado, verificou-se também um aumento dos níveis de bem-estar. No item 11, item que operacionaliza esta dimensão de bem-estar, avalia-se se os participantes têm prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade; 66,64% dos participantes responderam '*concordo parcialmente*', resultado que nos parece demonstrativo de que, ao contrário do que é referido por Ryff & Keyes (1995) que afirma que ao longo do processo de

envelhecimento a dimensão objectivos na vida tende a diminuir, a musicoterapia pode ter influência positiva nesta dimensão. De facto, os resultados apontam no mesmo sentido de Laukka (2007) e Cohen, Bailey e Nilsson (2002) em relação à importância da continuação e da participação dos idosos em actividades significativas que faziam no passado, dando estes autores como exemplos as actividades musicais de escuta e de re-criação, actividades que foram utilizadas ao longo de toda a intervenção. Por outro lado, está também de acordo com o que defende Ruud (1998), relativamente aos benefícios do envolvimento na música e da aquisição de bem-estar por parte do indivíduo, promovendo neste um sentimento de continuidade e propósito na vida que pode ser obtido através do prazer e envolvimento em certas experiências musicais.

Na dimensão crescimento pessoal não se verificou um aumento dos níveis de bem-estar. Os resultados obtidos vão ao encontro do que é referido por Ryff & Keyes (1995) no sentido de haver, no decurso da vida, um decréscimo dos níveis de bem-estar na dimensão crescimento pessoal.

O núcleo constante teve um número limitado de idosos, seis. Crê-se que uma amostra maior poderá reforçar os resultados obtidos, nomeadamente em relação ao impacto da musicoterapia nas referidas dimensões de BEP. Não obstante o número da amostra, o envolvimento e toda a dinâmica que se verificou durante a intervenção teve a participação de 37 indivíduos diferentes, o que nos parece significativo e relevante quanto ao próprio processo em si.

6. CONCLUSÕES

A intervenção desenvolvida ao longo de 28 sessões semanais, numa residência sénior, revelou-se gratificante e muito enriquecedora em termos de experiência na área da musicoterapia. Foi-se verificando um gradual envolvimento dos participantes nas experiências musicais desenvolvidas. Esse envolvimento verificou-se a nível musical e a nível social. O facto de se tratar de um grupo semi-aberto obrigou também a desenvolver uma grande flexibilidade e rapidez na adaptação às solicitações e necessidades dos participantes que se verificavam a cada sessão. No entanto, o núcleo constante de seis indivíduos determinou a direcção do processo terapêutico desenvolvido entre Setembro de 2010 e Março de 2011. Uma das dificuldades sentidas ao longo da intervenção, ainda que pontualmente, foi a diferença de idades entre os participantes do núcleo constante, salientando-se alguma diferenciação a nível de preferências musicais.

Parece-nos que ficaram também evidentes os benefícios da musicoterapia no processo de adaptação do idoso à instituição. Processo que, como foi referido, nem sempre é fácil para o idoso. A musicoterapia, como actividade inclusiva que é e porque facilmente adaptável a diferentes necessidades e capacidades dos participantes, revelou-se um veículo por excelência de promoção do relacionamento positivo entre os participantes e entre estes e os restantes residentes.

Parece-nos também que ficou suficientemente visível o interesse de se recorrer nesta área, com esta população - alvo e neste contexto, a fontes quantitativas e qualitativas. Temos presente que esta área, de prevenção, é uma área difícil de avaliar. A aplicação da escala de bem-estar psicológico de Ryff sugere-nos que a musicoterapia pode ter impacto no bem-estar dos participantes e o recurso a fontes qualitativas, observacionais, permitiu acompanhar o desenvolvimento do processo terapêutico.

Pretendeu-se representar este processo musicoterapêutico o mais completamente possível. Para o efeito descreveram-se os procedimentos ao longo de 28 sessões semanais, período que se julgou suficiente para ilustrar com veemência a importância de uma intervenção musicoterapêutica numa instituição de idosos. O gradual envolvimento dos participantes em actividades criativas musicais, foi acompanhado de um gradual envolvimento social, fundamental nesta fase da vida, reforçando a ideia da existência de um potencial cognitivo no idoso.

Temos presente que o núcleo constante teve um número limitado de idosos, seis participantes. Crê-se que uma amostra maior poderá reforçar os resultados obtidos, nomeadamente em relação ao impacto que a musicoterapia pode ter nos diversos níveis de bem-estar psicológico.

Um outro aspecto sobre o qual entendemos que seria importante desenvolver investigação, prende-se com a aplicação da escala de bem-estar psicológico a um grupo de controlo, não sujeito a musicoterapia. Saber se há ou não diferença nos níveis de bem-estar entre os dois grupos.

Parece-nos importante salientar, dada a importância que teve no processo terapêutico, a construção de canções. Cremos que poderão ser desenvolvidas, de uma forma mais sistemática, certas questões relacionadas com a importância desta experiência musical no processo terapêutico, a sua relevância nas diversas dimensões de bem-estar psicológico e no desenvolvimento da criatividade no idoso.

Importa ainda referir, que nos parece relevante desenvolver com esta população-alvo e neste contexto, estudos sobre outras variáveis objectivantes, para além do bem-estar psicológico.

A terminar, consideramos que a musicoterapia tem um grande potencial com idosos e que este trabalho colocou em evidência os efeitos positivos da musicoterapia no bem-estar dos idosos participantes. Por outro lado, cremos que ficou também suficientemente reforçado o interesse da implementação de projectos musicoterapêuticos em instituições para idosos.

REFERÊNCIAS

- Aldridge, D. (1996). Single case research designs for the creative music therapist. In D. Aldridge (Ed.), *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence* (pp. 111-148). London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (1996a). Music therapy with the elderly. In D. Aldridge (Ed.), *Music therapy research and practice in medicine: From out of the silence* (pp. 186-209). London and New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Birren, J., & Shroots, J. (2001). History of geropsychology. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-28). San Diego: Academic Press.
- Bright, R. (1993). Musicoterapia: Motivación, ánimo y aprendizaje. In R. Bright, *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico: Una nueva visión* (pp. 79-86). Buenos Aires: Bonum.
- Bright, R. (1993a). Trabajo grupal en musicoterapia. In R. Bright, *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico: Una nueva visión* (pp. 63-78). Buenos Aires: Bonum.
- Brotans, 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: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruscia, K. (1987). The fundamentals of improvisational music therapy. In K. Bruscia, *Improvisational models of music therapy* (2.^a ed.). Springfield: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy* (2.^a ed.). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos? Solución o problema?. In J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud: Perspectivas actuales* (pp. 233-246). Madrid: Biblioteca Nueva.
- CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, & BCG - Boston Consulting Group (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal*. Obtido em: http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf.
- Cohen, A., Bailey, B., & Nilsson, T. (2002). The importance of music to seniors. *Psychomusicology*, 18, 89-102.
- Davis, W. (1999). Music Therapy and Elderly Population. In W. Davis, K. Gfeller, & M. Thaut (Ed.), *An introduction to music therapy: Theory and practice* (pp. 118-148). Boston: McGraw-Hill.
- Fischer, B. J., & Specht, D. K. (1999). Successful aging and creativity in later life. *Journal of Aging Studies*, 13(4), 457- 473. Obtido em: <http://web.ebscohost.com>.
- Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”:* *Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto.

- Gfeller, K., & Davis, W. (1999). Clinical practice in music therapy. In W. Davis, K. Gfeller, & M. Thaut (Ed.), *An introduction to music therapy: Theory and practice*, (pp. 3-17). Boston: McGraw-Hill.
- Ghetti, C., Hama, M., & Woolrich, J. (2004). Music therapy in wellness. In A. Darrow (Ed.), *Introduction to approaches in music therapy* (pp. 127-143). Silver Spring: American Music Therapy Association.
- Gomes, G. C., & Leite, T. P. (1993). Music therapy in Portugal. In C. D. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 479-488). Pipersville: Jeffrey Books.
- Grocke, D., & Wigram, T. (2007). Song lyric discussion, reminiscence and life review. In D. Grocke, & T. Wigram, *Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (pp. 157-178). London: Jessica Kingsley.
- Hanser, S., & Thompson, L. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49(6), 265-269.
- Hanser, S. (1999). Goals, objectives and target behaviors. In S. Hanser, *The new music therapist's handbook* (pp. 99-119). Boston: Berklee Press.
- Hickson, J., & Housley, W. (1997). Creativity in later life. *Educational Gerontology*, 23, 539-547.
- Keyes, C., Ryff, C. & Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Laukka, P. (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies*, 8, 215-241.
- Maranto, C. D. (1993). Music therapy clinical practice: A global perspective and Classification System. In C. D. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 683-706). Pipersville: Jeffrey Books.
- Maranto, C. D. (1993a). An historic chronology of 20th Century international music therapy developments. In C. D. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 708-717). Pipersville: Jeffrey Books.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pavlicevic, M. (2003). In-groups, Out-groups, Norms and Membership. In M. Pavlicevic, *Groups in Music* (pp. 40-55). London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Peters, J. (2000). A definition of Music Therapy. In J. Peters, *Music therapy: An introduction* (pp. 2-8). Springfield: Charles C. Thomas.
- Peters, J. (2000a). Music therapy with Individuals who are elderly. In J. Peters, *Music therapy: An introduction* (pp. 317-355). Springfield: Charles C. Thomas.

- Peters, J. (2000b). Music therapy to promote health and well-being in the general population. In J. Peters, *Music therapy: An introduction* (pp. 373-385). Springfield: Charles C. Thomas.
- Poch Blasco, S. (2002). Teoria da musicoterapia. In S. Poch Blasco, *Compendio de musicoterapia* (pp. 39-56). Barcelona: Herder.
- Poch Blasco, S. (2002a). Musicoterapia aplicada en psiquiatria de adultos y adolescents. In S. Poch Blasco, *Compendio de musicoterapia* (pp. 323-382). Barcelona: Herder.
- Pratt, R. (2004). Art, dance, and music therapy. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 15, 827-841.
- Rio, R. (2002). Improvisation with the elderly: Moving from creative activities to process-oriented therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 191-201.
- Ruud, E. (1998). Music, health, and quality of life. In E. Ruud, *Music therapy: Improvisation, communication and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2004). Soundtracks of our life. In F. Baker, & T. Wigram, *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (pp.9-10). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and on human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1) 35-55.
- Ryff, C. (1989a). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology And Ageing*, 4(2), 195-210.
- Ryff, C. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology And Ageing*, 6(2), 286-295.
- Ryff, C. & Keyes (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C., Kwan, C., & Singer, B. (2001). Personality and aging: Flourishing agendas and future challenges. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, (pp. 477-499). San Diego: Academic Press.
- Salvarezza, L. (1997). Envejecimiento y creatividad. In J. Buendía (Ed.), *Gerontologia y salud: Perspectivas actuales* (pp. 115-128). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schmutte, P. & Ryff, C. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 73(3), 549-559.
- Shaie, K. (1996). Intellectual development in adulthood. In J. Birren, & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, (pp. 266-286). San Diego: Academic Press.

- Scheibel, A., (1996). Structural and functional changes in the aging brain. In Birren, J. & Schaie, K. (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp.105-128). San Diego: Academic Press.
- Smeijsters, H. (1996). Qualitative single-case research in practice: A necessary, reliable, and valid alternative for music therapy research. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Eds.), *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues* (pp.35-55). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., & Riera, M. (2010). Contributions of music to aging Adults quality of life. *Journal of Music Therapy*, 47(3), 264-281.
- Tyson, F. (1981). Origins of music and medicine. In F. Tyson, *Psychiatric music therapy* (pp 3-6). New York: Creative Arts Rehabilitation Center.
- Twycross, R. (2003). Temas Gerais: Estatísticas de mortalidade / cuidados paliativos / qualidade de vida. In R. Twycross, *Cuidados paliativos* (pp.15-35). Lisboa: Climepsi.
- Van Weelden, K., & Cevasco, A. (2009). Geriatric client's preferences for specific popular songs to use during singing activities. *Journal of Music Therapy*, 46(2), 147-159.
- Wigram, T., Pedersen, I., & Blonde, L. (2002). Music therapy in clinical practice. In T. Wigram, I. Pedersen, & L. Bonde, *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training* (pp. 151-221). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I., & Blonde, L., (2002a). Introduction to music therapy. In T. Wigram, I. Pedersen, & L. Bonde, *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research and training* (pp. 17-45). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., & Baker, F. (2004). Songwriting as therapy. In F. Baker, & T. Wigram, *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (pp.11-23). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2004). Group improvisation. In T. Wigram, *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students* (pp.181-208). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2004a). Songwriting methods. Similarities and differences: developing a working model. In F. Baker, & T. Wigram, *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (pp.246-271). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Zanini, C. R. (2003). Envelhecimento saudável: O cantar e a gerontologia social. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, 5(2). Obtido em: www.proec.ufg.br.

BIBLIOGRAFIA

- Aldridge, D. (Ed.) (2000). *Music therapy in dementia care: More new voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ansdell, G. (2000). *Music for life: Aspects of creative music therapy with adult clients*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ansdell, G. (2002). Community music therapy & the wins of change. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(2). Obtido em: <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/83/65>.
- Bright, R. (1993). Musicoterapia individual. In R. Bright, *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico: Una nueva visión* (pp. 37-61). Buenos Aires: Bonum.
- Bunt, L., & Hoskins, S. (2002). *The handbook of music therapy*. London: Routledge.
- Davis, W., Gfeller, K., & M. Thaut (1999). *An introduction to music therapy: Theory and practice* (2nd ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Pascual, M., Moreno, J., Castro, P., Aguilera, F., Alonso, T., & Sabbatella, P. (1999). *Música y salud: Introducción a la musicoterapia II* (pp.117-142). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Smeijsters, H. (1997). *Multiple perspectives: A guide to qualitative research in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. (2005). *Sounding the self: Analogy in improvisational music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. (1995). *Music therapy research: Quantitative and qualitative perspectives*. Phoenixville: Barcelona Publishers.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Pontuação por itens da escala de bem-estar psicológico
- Apêndice B** - Fichas de planeamento
- Apêndice C** - Dinâmicas de grupo

APÊNDICE A

(Pontuação por itens da escala de bem-estar psicológico)

APÊNDICE A
Pontuações por item da escala de bem-estar psicológico

ITEM	PONTUAÇÕES	FREQUÊNCIA	%
1	6	4	66,64
	5	1	16,66
	2	1	16,66
2	6	4	66,64
	5	1	16,66
	3	1	16,66
3	6	1	16,66
	4	5	64,64
	1	1	16,66
4	6	1	16,66
	5	2	33,33
	3	1	16,66
	2	1	16,66
5	6	1	16,66
	5	4	64,64
	2	1	16,66
	1	1	16,66
6	6	2	33,33
	5	3	50,00
	2	1	16,66
7	6	1	16,66
	5	1	16,66
	3	1	16,66
	2	2	33,33
	1	1	16,66
8	6	1	16,66
	5	2	33,33
	2	3	50,00
9	6	1	16,66
	5	3	50,00
	4	1	16,66
	2	1	16,66
10	6	1	16,66
	5	2	33,33
	4	1	16,66
	3	1	16,66
	2	1	16,66
11	5	4	66,64
	4	1	16,66
	2	1	16,66
12	6	2	33,33
	5	2	33,33
	4	2	33,33
13	6	1	16,66
	4	2	33,33
	3	2	33,33
	2	1	16,66
14	6	1	16,66
	5	2	33,33
	2	2	33,33
	1	1	16,66
15	5	2	33,33
	4	1	16,66
	2	1	16,66
	1	2	33,33
16	6	3	50,00
	5	1	16,66
	4	1	16,66
	2	1	16,66
17	6	1	16,66
	4	1	16,66
	2	4	66,64
18	6	1	16,66
	4	3	50,00
	3	1	16,66
	2	1	16,66

APÊNDICE B
(Fichas de planeamento)

SESSÃO N.º	1
N.º participantes	10
Objectivos	avaliação inicial
Actividades musicais	re-criação / escuta musical
Indicadores de progresso	cada participante falou sobre si
Observações	nem todos os participantes se conheciam / dois participantes não cantaram
SESSÃO N.º	3
N.º participantes	13
Objectivos	continuação da avaliação
Actividades musicais	escuta musical / re-criação
Indicadores de progresso	alguns participantes referiram as suas preferências musicais, ligando-as a certos momentos passados; utilização crescente da voz
Observações	participante novo preferiu sentar-se numa cadeira, exterior ao círculo
SESSÃO N.º	6
N.º participantes	5
Objectivos	estimular a interacção entre participantes
Objectivos específicos - participante A	promover a expressão de sentimentos
Actividades musicais	improvisação/ re-criação/ escuta musical
Indicadores de progresso	a maior parte dos participantes tomou iniciativa na escolha de instrumento
Observações	participante A tem verbalizado perante técnicos da Instituição que se sente muito só
SESSÃO N.º	9
N.º participantes	11
Objectivos	estimular a interacção entre participantes
Objectivos específicos - participante B	promover a expressão de sentimentos e a interacção e o apoio do grupo
Actividades musicais	composição/ re-criação / escuta musical

Indicadores de progresso	alguns participantes referiram músicas tradicionais ligadas às suas terras de origem
Observações	faleceu esta semana o irmão do participante B
SESSÃO N.º	11
N.º participantes	13
Objectivos	aumentar a coesão no grupo
Actividades musicais	re-criação / composição / escuta musical
Indicadores de progresso	alguns participantes cantaram melodias tradicionais ligadas às suas terras de origem
Observações	faleceu esta semana um participante regular; ninguém referiu expressamente o acontecimento; pediram músicas alegres;
SESSÃO N.º	14
N.º participantes	12
Objectivos	aumentar a coesão no grupo e estimular a reminiscência
Actividades musicais	improvisação / escuta musical
Indicadores de progresso	alguns participantes recordaram a ida a espectáculos musicais
Observações	
SESSÃO N.º	16
N.º participantes	10
Objectivos	estimular a comunicação e a interacção
Actividades musicais	composição / escuta musical
Indicadores de progresso	participante, regular nas sessões, escolhe e toca pela primeira um instrumento
Observações	participante novo fica surpreso com construção de canção que se está a fazer
SESSÃO N.º	19
N.º participantes	8
Objectivos	estimular a comunicação e a interacção
Actividades musicais	improvisação / re-criação / escuta musical;

Indicadores de progresso	na re-criação, todos os participantes utilizaram a voz e verificou-se iniciativa, por parte de alguns, na re-criação
Observações	participante regular hospitalizado; residente, participante não regular, também hospitalizado
SESSÃO N.º	22
N.º participantes	7
Objectivos	aumentar coesão grupal e a expressão de sentimentos
Actividades musicais	improvisação / escuta musical
Indicadores de progresso	participação activa de todos na escolha dos instrumentos e maior utilização da voz
Observações	
SESSÃO N.º	24
N.º participantes	8
Objectivos	estimular o relacionamento positivo
Actividades musicais	composição / re-criação / escuta musical
Indicadores de progresso	participação activa de todos na construção da canção
Observações	discussão entre os participantes sobre como musicar a palavra 'felicidade'
SESSÃO N.º	26
N.º participantes	13
Objectivos	estimular relacionamento positivo dentro e fora do contexto musicoterapêutico
Objectivos específicos - participante B	aumentar a expressão de sentimentos e a interacção
Actividades musicais	composição / escuta musical
Indicadores de progresso	participação activa nos vários ensaios feitos para a gravação final; após gravação, visível aumento da interacção entre os participantes.
Observações	participante B tem andado com humor depressivo;
SESSÃO N.º	28
N.º participantes	12
Objectivos	aumentar a interacção e o envolvimento em outras actividades da Instituição

Actividades musicais	re-criação; improvisação; escuta musical;
Indicadores de progresso	vários participantes expressaram alegria relativamente às músicas que se cantaram em conjunto
Observações	hoje esteve presente um residente novo, que está com dificuldades de integração na Instituição

APÊNDICE C
(Dinâmicas de grupo)

APÊNDICE C

DINÂMICAS DE GRUPO

1ª FASE: O RECOMEÇO.

As primeiras sessões focalizaram-se na avaliação das capacidades e necessidades dos participantes, bem como das preferências musicais dos idosos participantes, novos nas sessões de musicoterapia.

Na 1ª sessão procedeu-se à escuta dum trecho musical especialmente significativo para os participantes com idades entre os 80 e os 90 anos. Foi um trecho musical com referência ao mar e, após a sua escuta, vários participantes, que tinham regressado de férias, referiram animadamente os locais onde estiveram e com quem estiveram. Nesta sequência, vários elementos participantes, que tinham permanecido na instituição, salientaram a importância para si dos momentos passados com familiares ou outras pessoas significativas.

Verificou-se que uma participante, regular desde 2008, estava com mais limitações auditivas. A partir dessa primeira sessão, essa participante passou a sentar-se junto à musicoterapeuta.

Na 1ª sessão verificou-se a participação de 10 elementos, estando presentes 5 dos elementos que constituíram o núcleo constante desta intervenção.

Esses 5 participantes eram:

J., 101 anos, viúvo, com perda do único filho, com limitações visuais e auditivas. Com especial ligação ao repertório clássico.

S., 70 anos, solteiro. Participante que sempre revelou preferência pela escuta musical.

V., 95 anos, casado. Especial preferência pelo repertório clássico.

J.C., 83 anos, viúvo. Hábitos de prática coral e instrumental. Especial preferência pela re-criação.

E., 86 anos, viúva. Preferência pelo repertório clássico, com violino, e pela música ligeira francesa da década 40-60. Muita facilidade na escrita de letras, inclusivamente nos aspectos relacionados com métrica e rima.

A par da escuta musical, a re-criação esteve presente nas 3ª primeiras sessões. Recriou-se um conjunto de canções tradicionais com especial ênfase, porque preferido pelos participantes, para o repertório alentejano.

Nesta experiência verificou-se sempre um aumento do contacto visual entre os participantes e a musicoterapeuta, e um aumento da atenção entre todos os participantes. Atendendo que a re-criação deste repertório foi feita, maioritariamente, sem recurso a letra escrita, verificou-se que os participantes recorreram, por vezes, à leitura labial dos outros participantes e da musicoterapeuta, para preencher partes da letra da canção que estavam esquecidas ou em relação às quais havia algumas dúvidas.

J., V., J.C., e E., enquanto re-criavam, percutiram a pulsação com as mãos. Gradualmente, ao longo da sessão, foi aumentando o à vontade entre os participantes e foi-se verificando uma maior utilização da voz, com especial relevo para as vozes de E. e de J.C.. No final de cada canção verificou-se sempre expressões de agrado e alegria.

E. referia com bastante frequência aquilo que achava que corria mal na sessão: quem desafinava, quem tocava um instrumento cujo timbre não ficava bem na experiência musical, quem estava fora de tempo e quem não estava a cantar. Nesta sequência, a musicoterapeuta salientava sempre que cada participante tinha a sua maneira de estar, de tocar e de cantar. Mas E. tinha sempre um novo refrão para as canções que se re-criavam, e nesses momentos desencadeava no grupo um aumento da interação entre todos. Era também um momento em que E., sem recurso a comentários mais críticos, conseguia interagir de forma positiva com os restantes participantes.

Na escuta musical, foi-se verificando que, para além das músicas significativas relativas a determinada época, havia interesse, pela maior parte dos idosos, em ouvir e discutir trechos musicais especialmente significativos deste ou daquele participante. O facto de determinado participante fazer um comentário sobre o que se ia ouvir, ligando-o a um período ou momento importante da sua vida, e por vezes descrevendo certos aspectos musicais do trecho, tornavam a escuta musical muito mais atenta e interessada por parte de todos.

V., após a escuta de um trecho cantado por Louis Armstrong recordou quando o ouviu ao vivo em Paris, ligando também esse momento a essa sua fase da vida; facto que desencadeou nos outros elementos participantes, várias referências a

momentos passados das suas vidas e a constatação, pela maioria dos participantes, das mudanças a nível físico, psicológico e social que entretanto se tinham verificado.

Na 3ª sessão esteve presente o sexto elemento do núcleo constante: M., 87 anos, com perda de uma filha. Participante muito alegre e dinâmica, revelando gosto por todas as experiências musicais que se foram desenvolvendo ao longo da intervenção.

Na 5ª sessão, uma participante, após a re-criação de três canções, constatou, com agrado, que o som das várias vozes soava como uma única voz, não se distinguindo as vozes em particular. Facto que foi corroborado por outros participantes, acompanhado de expressões de alegria. J.C. e E., por sua vez, referiram que o final de cada canção estava sincronizado, como se estivesse um maestro a dirigir o grupo e a dar a indicação final de cada canção. M. referiu então, dirigindo-se directamente a E., que afinal para E. nem tudo corria mal.

J., emocionou-se, quando se cantou uma melodia algarvia, região onde nascera, acompanhando com a voz e com o instrumento caxixi. Nesta sequência todo o grupo, de uma forma espontânea, repetiu a canção, cantando-a mais enfaticamente, acompanhando vigorosamente com instrumentos e dirigindo o seu olhar para J.. Foi um momento especial de re-criação no grupo.

Na 6ª sessão foi proposta uma improvisação com instrumentos de percussão. M., experimentou diferentes formas de tocar o pandeiro e a guiseira, o que levou outros participantes a tomarem a iniciativa de fazer o mesmo com os instrumentos que tinham escolhido.

Na 7ª sessão esteve presente um casal, ex-músicos profissionais, que estavam na Instituição por 15 dias. O elemento masculino estava em recuperação física. Ela, com 80 anos, para além de ex-instrumentista era compositora, ainda activa, e acabara de editar mais um CD. Predispôs-se falar sobre o seu processo criativo, relativamente ao qual foi interpelada animadamente por vários participantes. Discutiu-se entre o grupo, a música e a arte contemporânea numa forma geral. Esta participante, interpelou os outros elementos presentes nesta sessão, no sentido e interesse do Ser Humano se abrir a novidades. Passadas cerca de 3 semanas, e após a saída desta participante, chegaram à Instituição 5 cd's com obras suas. A musicoterapeuta propôs no grupo a escuta de alguns trechos. Após a escuta, cada participante teceu a sua opinião, revelando-se duas tendências: uns que não gostaram e outros que acharam curioso embora revelando preferência por outro género musical. S., J.C. e E., afirmaram, logo após a escuta, que não gostavam

daquele género musical. V. comentou, dizendo que não considerava música o que acabara de ouvir, mas sim ruído. J., por sua vez, achou curioso, mas referiu que preferia a música mais clássica, com especial predilecção por Wagner e por Richard Strauss.

Ao longo da intervenção, e conforme se iam utilizando os instrumentos de percussão, foi-se verificando uma forma especial de tocar, por parte de cada participante, tanto na agógica, como na dinâmica, como na preferência por certo instrumento.

J. escolhia sempre o caxixi. Instrumento leve que permitia que se encaixasse na sua mão e não caísse mesmo quando a força era menor.

V., por seu lado, gostava de tocar a guiseira, instrumento também leve e que podia ser tocado só com uma mão.

J.C., gostava do djambé maior, deitava-o no colo e tocava-o sempre com uma expressão de divertimento.

S., não revelava especial preferência por nenhum instrumento, mas por sugestão da musicoterapeuta ficava com um pandeiro colocado no colo que percutia muito espaçadamente.

E., nas primeiras sessões, foi variando de instrumentos acabando por se fixar num shake pequeno metalizado.

M., gostava de experimentar todos os instrumentos, e ao longo das experiências musicais mudava geralmente de instrumentos.

Na improvisação instrumental J. C. tinha sempre necessidade de, após alguns minutos, introduzir uma melodia conhecida como se a não referência de um tema o incomodasse. V., M. e J. estavam sempre muito atentos ao que os restantes participantes iam fazendo, tentando repetir os padrões rítmicos que se iam tocando no grupo. E. sempre demonstrou prazer em improvisar e tentava preencher os ritmos do grupo; por vezes, tentava entrar em contratempo mas, verbalizava no final das improvisações, que era muito difícil e tinha muita dificuldade em consegui-lo.

Foi-se verificando que o som do caxixi, da guiseira e do djambe iam, ao longo da intervenção, expressando a presença de J., V., e de J.C. nas sessões.

Na 8ª sessão J.C. começou a fazer uma 2ª voz na re-criação. No início, espanto de todos os participantes, seguido de uma expressão de agrado. A partir desse momento, começaram a re-criar-se algumas canções a duas vozes.

S., que sempre disse que não cantava, revelou que o não fazia devido ao facto da sua mãe nunca ter cantado para ele quando ele era pequeno e que, afirmou, fez com que nunca desenvolvesse a sua voz para o canto. Ao qual E. referiu que também não se lembra da sua mãe ter cantado para si quando era pequena e que, não obstante, sempre cantou e ainda cantava, pese embora, afirmava, já não tivesse voz.

2ª FASE –CONSTRUIR

Na 9ª sessão e estando presente 11 elementos, incluindo o núcleo constante dos 6 idosos participantes, sugeriu-se a escolha dum tema a fim de se construir uma canção. Escolheu-se o tema 'amor'. Gerou uma viva e alargada discussão sobre que espécie de amor é que se tratava: amor maternal; amor físico.... Acabou por decidir-se que se deviam incluir as várias perspectivas possíveis, abarcando deste modo as várias opiniões expressas.

Na construção da letra verificou-se sempre um grande envolvimento dos vários participantes. Por sugestão da musicoterapeuta fez-se um refrão com a palavra amor em vários idiomas, dado as diferentes raízes de diversos participantes. Facto que empolgou S., uma vez que a sua experiência profissional era na área diplomática e possibilitou que S. referisse várias das suas experiências por diversos países ao longo da sua vida.

Após a construção da canção, constatou-se que todos os participantes deixaram as suas particulares impressões sobre o 'amor'. Tentou-se que o refrão tivesse um andamento diferente do resto da canção. J.C., começou logo a cantar, de várias maneiras, a palavra amor; chegou-se a um consenso sobre o andamento e a melodia e prosseguiu-se. Ao longo das sessões a musicoterapeuta foi trazendo impressa a letra que foi sendo construída, de forma a que se tornasse mais fácil a participação de cada idoso na reformulação e ajustamento da letra. Após a gravação final da canção, discutiu-se o lado criativo da mesma: J., V., E., e J.C. salientaram o facto de se ter conseguido que nascesse algo que foi obra de todos. 'Até não ficou nada mal' afirmou E.. M. referiu os aspectos que deviam ser melhorados na próxima canção, nomeadamente os que estavam relacionados com a utilização de instrumentos; entendia M. que, após ouvir a gravação final, certos instrumentos tinham um timbre particular que não se enquadravam na canção. Após esta discussão, S. salientou que preferia muito mais a escuta musical.

A morte dum participante regular foi um acontecimento que marcou o grupo. Era um participante inicialmente muito crítico em relação aos outros participantes e às experiências que se iam desenrolando nas sessões de musicoterapia, mas nunca

faltou a nenhuma sessão. Este participante e E., frequentemente entravam em desacordo. No decurso da intervenção foi aumentando a sua participação musical e o feed-back dado pelos outros participantes em relação às suas críticas, foi importante para que este participante fosse melhorando a sua maneira de estar no grupo, nomeadamente a sua maneira de se relacionar com E.. A sua ausência, praticamente não verbalizada nas sessões imediatamente seguintes à sua morte, foi sentida na cadeira não ocupada, no instrumento (que era sempre o mesmo) não tocado, na música preferida não ouvida.

Na 26ª sessão e após a construção da 3ª canção procedeu-se, por sugestão da musicoterapeuta, a um balanço sobre a construção de canções. E. afirmou que, e comparando com a escuta musical, “quando se ouvia música ninguém ria, ninguém cometia *gaffes*, não se falava uns com os outros como sucedia quando se fazia uma canção; estavam para ali sentados a ouvir música e mais nada”. M. disse que a construção da canção permitia criar, pese embora não prescindisse da escuta de trechos musicais, mas achava que era importante, embora de forma não contínua, manter e dar continuidade a esta experiência musical.

Conforme se foi descrevendo, a evolução do grupo foi no sentido de que, através de experiências musicais, ouvindo, fazendo e tocando em conjunto, se foi conseguindo criar algo próprio, singular, cujo resultado musical e não musical, dependeu do contributo de cada um num esforço comum. Verificou-se que as experiências desenvolvidas foram uma base importante para uma dinâmica que possibilitou a certos participantes que melhorassem a sua forma de estar no grupo e de se relacionar com os outros idosos, aumentando deste modo o seu bem-estar e o bem-estar de todos que com eles interagem.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Escala de bem-estar psicológico

ANEXO A
(Escala de bem-estar psicológico)

Escala de bem-estar psicológico¹

Nome:

	Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente
1. Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.						
2. Sinto-me, frequentemente, "esmagado(a)" pelo peso das responsabilidades.						
3. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.						
4. Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.						
5. Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.						
6. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.						
7. Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.						
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso.						
9. Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.						
10. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.						
11. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.						
12. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.						
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.						
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.						
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.						
16. Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.						
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.						
18. Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida						

¹ Versão reduzida das Scales of Psychological Well-Being (Short Forms), Ryff (1989), adaptadas para a população portuguesa por M^a Eugenia Duarte Silva (FPCE-UL), Rosa Novo (FPCE-UL) e Elisabeth Peralta.