Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Correia, Ana Carolina Lobo, 1992-

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência

http://hdl.handle.net/11067/4501

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo O seguinte relatório de estágio é elaborado no âmbito da Unidade Curricular Seminário de Estágio do 2.º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada, no ano letivo 2017/2018. Este descreve a intervenção musicoterapêutica, em contexto individual, com 8 idosos institucionalizados na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa de Misericórdia de Braga. Teve como finalidade a aceitação da institucionalização, a promoçã...

The following internship report is developed within the scope of the Curricular Unit of the 2nd year of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada, in the academic year 2017/2018. It describes the music therapy intervention, in individual context, with 8 institutionalized elderly held in the Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) Nossa Senhora da Misericórdia, of the Santa Casa de Misericórdia de Braga. The internship has as object the acceptance of institutionalizati...

Palavras Chave Musicoterapia para idosos, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Braga, Demência, Musicoterapia - Prática profissional, Santa Casa da Misericórdia (Braga, Portugal). Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Nossa Senhora da Misericórdia - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T12:14:28Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência

Realizado por:
Ana Carolina Lobo Correia

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

Orientado por:
Dr.ª Isabel Maria Lopes Rocha

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof.ª Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Relatório aprovado em: 18 de Março de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência

Ana Carolina Lobo Correia

Lisboa

julho 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência

Ana Carolina Lobo Correia

Lisboa

julho 2018

Ana Carolina Lobo Correia

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Isabel Maria Lopes Rocha

Lisboa

julho 2018

Ficha Técnica

Autora	Ana Carolina Lobo Correia
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr.ª Isabel Maria Lopes Rocha
Título	A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CORREIA, Ana Carolina Lobo, 1992-

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência / Ana Carolina Lobo Correia; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer; orientado por Isabel Maria Lopes Rocha. - Lisboa: [s.n.], 2018. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-
II - ROCHA, Isabel Maria Lopes, 1963-

LCSH
1. Musicoterapia para idosos
2. Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Braga
3. Demência
4. Musicoterapia - Prática profissional
5. Santa Casa da Misericórdia (Braga, Portugal). Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Nossa Senhora da Misericórdia - Ensino e estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Older people - Institutional care - Portugal - Braga
3. Dementia
4. Music therapy - Practice
5. Santa Casa da Misericórdia (Braga, Portugal). Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Nossa Senhora da Misericórdia - Study and teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.C67 2018

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais por todo o amor e carinho, por todas as portas que me abriram, por me ajudarem a concretizar os meus sonhos e ambições e por estarem sempre dispostos ajudar no necessário.

À minha irmã pela amizade e amor, por estar sempre presente e pelo apoio.

Ao André pelo apoio incondicional e pela paciência para me aturar nas situações mais difíceis.

A todos os professores do Mestrado de Musicoterapia, em particular à Prof.ª Doutora Teresa Leite, pela partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

À ERPI Nossa Senhora da Misericórdia por me terem acolhido tão carinhosamente, pela partilha de conhecimentos e por permitir a realização deste estágio.

À Dra. Isabel Rocha, minha orientadora no local de estágio agradeço a forma como me recebeu, por todo o apoio e disponibilidade para o que fosse necessário.

Agradeço ainda a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a para realização deste trabalho, mas também para a minha formação académica e profissional.

Por fim, aos meus avós, Carolina e João, obrigada por tudo, que a vossa memória perdure para sempre.

Resumo

A musicoterapia na abordagem de idosos institucionalizados portadores de demência

Ana Carolina Lobo Correia

O seguinte relatório de estágio é elaborado no âmbito da Unidade Curricular Seminário de Estágio do 2.º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada, no ano letivo 2017/2018. Este descreve a intervenção musicoterapêutica, em contexto individual, com 8 idosos institucionalizados na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa de Misericórdia de Braga. Teve como finalidade a aceitação da institucionalização, a promoção da relação interpessoal, a expressão emocional e a estimulação das capacidades cognitivas, mantendo, neste sentido a identidade pessoal de cada idoso.

O presente relatório analisa detalhadamente dois estudos de caso. O primeiro diz respeito a uma utente acamada, diagnosticada com síndrome demencial, numa fase avançada, em contexto individual. O segundo descreve a intervenção individual com uma utente com Doença de Alzheimer numa fase inicial.

A intervenção foi avaliada através da elaboração de grelhas de observação, aplicadas em duas fases e da análise das gravações vídeo/áudio. Os resultados revelaram que os objetivos delineados no plano terapêutico de ambos os estudos de caso foram atingidos. No global, verificou-se que a musicoterapia é uma abordagem positiva do ponto de vista físico, mental, emocional e social do idoso.

Palavras-chave: Musicoterapia; Idoso; Demência; Institucionalização

Abstract

Music Therapy as an approach with institutionalized elderly with dementia

Ana Carolina Lobo Correia

The following internship report is developed within the scope of the Curricular Unit of the 2nd year of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada, in the academic year 2017/2018. It describes the music therapy intervention, in individual context, with 8 institutionalized elderly held in the Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) Nossa Senhora da Misericórdia, of the Santa Casa de Misericórdia de Braga. The internship has as object the acceptance of institutionalization, the promotion of interpersonal relationship, of emotional expression and the stimulation of the cognitive capacities, allowing the maintenance of the personal identity of the elderly.

This report analyses in detail two case studies. The first describes a totally dependent elderly, diagnosed with dementia syndrome, at an advanced stage, in individual context. The second describes an individual intervention with an elderly with early stage of Alzheimer's Disease.

The intervention was evaluated through analysis of observation graphs, applied in two stages and the analysis of video/audio recordings. The results revealed that the objectives outlined for each case study were reached. Overall, it showed that music therapy is an effective approach for the physical, mental, emotional and social capacities of elderly population.

Keywords: Music Therapy; Elderly; Dementia; Institutionalization

Lista de tabelas

Tabela 1- Caracterização dos casos intervencionados em contexto individual..... 32

Tabela 2 - Agenda semanal até final de fevereiro 40

Tabela 3 - Agenda semanal até ao final da intervenção 41

Tabela 4 - Plano terapêutico I..... 48

Tabela 5 - Plano terapêutico II 61

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CD	-	Centro de Dia
DA	-	Doença de Alzheimer
DGS	-	Direcção-Geral de Saúde
ERPI	-	Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
ISS	-	Instituto da Segurança Social
IPSS	-	Instituição Particular de Solidariedade Social
SAD	-	Serviço de Apoio Domiciliário
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SNS	-	Serviço Nacional de Saúde

Sumário

Agradecimentos V
Resumo VII
Abstract IX
Lista de tabelas XI
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos XIII
Introdução 1
Caracterização da instituição 3
Descrição da população-alvo 6
Enquadramento teórico 7
Envelhecimento e o idoso 7
Envelhecimento ativo 9
O contexto português 10
Patologias comuns na 3.º idade 11
Acidente vascular cerebral 11
Demência 13
Doença de Alzheimer 18
Doença de Parkinson 19
Institucionalização 20
Musicoterapia como abordagem com idosos 21
Metodologias da musicoterapia na demência 23
Objetivos do estágio 29
Metodologia 31
Participantes 31
Instrumentos de avaliação 33
Procedimentos 35
Técnicas e atividades de musicoterapia aplicadas 42
Recursos materiais 43
Outras atividades 43
Estudos de caso 45
Estudo de caso I 45
Estudo de caso II 58
Outras intervenções clínicas 69
Intervenção individual - Luísa 69
Intervenção individual - Jorge 70

Intervenção individual - Maria 71
Intervenção individual - Silvina 72
Intervenção individual - Eva..... 73
Intervenção individual - Alberta..... 74
Conclusão 77
Discussão final..... 81
Reflexão final 85
Referências 89
Apêndices 95
Lista de apêndices..... 97
Apêndice A 99
Apêndice B 103
Apêndice C 107
Apêndice D 111
Apêndice E 115
Apêndice F..... 119
Apêndice G 123
Apêndice H 127
Apêndice I..... 131

Introdução

O seguinte relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Seminário de Estágio do 2.º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Musicoterapia na Universidade Lusíada, no ano letivo 2017/2018. O estágio realizou-se ao longo de oito meses na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa de Misericórdia de Braga. O tema do relatório incidiu na abordagem da musicoterapia em idosos institucionalizados com demência.

A sociedade atual caracteriza-se por um aumento da esperança de vida, um envelhecimento generalizado da população e, desse modo, uma crescente preocupação com as problemáticas da velhice. A globalização permitiu melhores cuidados de saúde e qualidade de vida. Com o aumento da idade, aumenta a probabilidade de desenvolver doenças e há uma perda gradual da autonomia. Neste sentido há um acréscimo do número de idosos com diferentes graus de dependência a residir nas diversas instituições existentes. Apesar da perda de algumas capacidades cognitivas os idosos continuam a ter necessidade fundamentais para o seu desenvolvimento pessoal. O contacto, os relacionamentos com os outros, a independência, a mobilidade ou a sua identidade pessoal são aspetos ainda importantes. Nesta perspetiva a musicoterapia é uma intervenção que pode permitir, não só reativar diferentes áreas do cérebro, como a linguagem, a memória, o movimento, mas também pode promover a socialização, a partilha e a expressão emocional.

A intervenção realizada durante o estágio curricular envolveu oito utentes em sessões de musicoterapia em setting individual. Os participantes reuniam características de dependência total ou moderada nas atividades do dia-a-dia, tendo a maioria um diagnóstico de síndrome demencial. Com base nesta população os objetivos do estágio centraram-se na aceitação da institucionalização, no desenvolvimento da relação e interação social, na

diminuição do isolamento, na estimulação das várias funções cognitivas, na promoção da expressão, tentando manter a dignidade e a identidade de cada idoso.

O presente trabalho divide-se em quatro secções principais. Na primeira é feita uma caracterização da instituição onde ser realizou o estágio e da população-alvo. Segue-se o enquadramento teórico, onde é feita alusão a tópicos relevantes sobre a temática, nomeadamente o envelhecimento, onde é ainda feita uma referência ao contexto português; as patologias mais comuns do idoso; a institucionalização; e por fim, a musicoterapia como intervenção nos idosos. A terceira secção diz respeito à metodologia, delineada a partir dos objetivos gerais estabelecidos para o estágio. Nesta integram-se a descrição dos participantes, os instrumentos de avaliação, os procedimentos, as técnicas, atividades e recursos utilizados. Posteriormente são apresentados dois estudos de caso, onde se descrevem mais detalhadamente as intervenções levadas a cabo, acompanhadas de uma reflexão sobre os aspetos implícitos na forma de intervir e nos progressos terapêuticos observados. São, ainda, apresentadas de forma sucinta, outras intervenções realizadas com utentes da ERPI. Por fim são expostas a conclusão, a discussão dos resultados obtidos e uma reflexão final da autora como estagiária.

Caracterização da instituição

As Santas Casas de Misericórdia são instituições de ação social, originárias de Lisboa e espalhadas um pouco por todo o país. Desde a sua criação que estas pretendem dar assistência a pessoas carenciadas da sociedade, bem como promover a sua qualidade de vida. Estas estão sempre em mudança, de forma a adaptar-se aos tempos atuais e às necessidades da sociedade.

Não se sabe exatamente a data da criação da Santa Casa de Misericórdia de Braga, mas pensa-se que terá sido por volta de 1513 pelo Arcebispo D. Diogo de Sousa. Esta foi criada com a finalidade de praticar as Catorze Obras da Misericórdia, incidindo no serviço e apoio social da população de Braga, bem como no seu progresso cultural de acordo com a doutrina e moral cristã[1].

Ao longo do tempo, mantendo-se fiel ao seu objetivo primário, a SCMB tem vindo a desenvolver diversas iniciativas sociais, com o objetivo de continuar a ser uma referência nos serviços que presta à população bracarense. Assim, atualmente, desenvolve ações de intervenção social, nomeadamente de integração social e comunitária, focando-se no apoio à infância e juventude, a pessoas idosas, a pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade, a pessoas em situação de necessidade ou de dependência e a vítimas de violência doméstica. Ao nível da saúde pretende promover e prestar os cuidados necessários, através do trabalho realizado em hospitais, unidades de cuidados continuados e paliativos, e outros serviços de saúde necessários à sociedade. Ao nível cultural e educativo luta pela defesa do património cultural e artístico, material e imaterial, religioso e não religioso; e ainda, promove a educação e a formação profissional[1].

[1] Compromisso da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2015, retirado em 17 de novembro de 2017 de: http://www.scmbraga.pt/Novo%20Compr.pdf.

Atualmente a Santa Casa da Misericórdia de Braga é composta por respostas sociais de apoio ao idoso, a crianças e famílias carenciadas; por farmácias sociais; e igrejas, capelas e um cemitério. A Farmácia social destina-se à venda ao público e, ainda, ao aconselhamento profissional no âmbito da saúde e da medicação. O culto religioso é realizado em diversas igrejas e capelas da cidade de Braga, como a Igreja da Misericórdia, a Igreja de S. Marcos, a Capela de São Bento, as Capelas dos lares e o Cemitério de Monte d'Arcos. Por último, ao nível das respostas sociais existem diversas valências: as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia (CD), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), as Creches, a Cantina Social, o Gabinete de Inserção Profissional (GIP), o Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS)[2].

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Nossa Senhora da Misericórdia (ERPI) foi fundada em maio de 1980, no Largo de Santa Tecla, freguesia de S. Vítor, concelho de Braga. A ERPI é uma instituição vocacionada para a prestação de serviços de apoio a idosos em regime de residência permanente. Esta tem como finalidade dar resposta às necessidades e interesses dos idosos, mantendo a sua dignidade, ajudar em situações de isolamento e falta de apoio familiar e social, promover o envelhecimento ativo e saudável, prestar apoio psicológico, social e médico, entre outras. A admissão de utentes para esta valência está condicionada, em primeiro lugar, ao número de vagas existentes, neste caso 30 utentes, e em segundo lugar, a uma decisão realizada pela Direção da instituição, tendo em consideração as condições de admissão. Estas referem que os candidatos devem ter idade igual ou superior a 65 anos; ter um inscrição prévia na instituição por exemplo na valência do CD ou do SAD; possuir condições que não ponham em risco o bem-estar dos residentes da ERPI; responder o próprio ou o legítimo representante a uma entrevista que averigua a situação social, o grau de

[2] Plano de Atividades – Orçamento de Exploração Previsional Orçamento de Investimentos, 2018, retirado em 17 de novembro de 2017 de: https://drive.google.com/file/d/0B938CE8efcysRHdxVWh3U2dfU2s/view

dependência dos candidatos, bem como o seu interesse em ingressar na instituição. Excecionalmente e em casos justificáveis, podem ser considerados indivíduos que não reúnam estas condições. Os utentes, ao ingressar na instituição, têm direito a cinco refeições diárias e durante a manhã é realizada a sua higiene diária. Estes são encaminhados, posteriormente, para a sala de convívio. Nesta existe uma televisão na qual os utentes podem assistir a diversos programas, nomeadamente, a missa, entre as 11h e as 12h diariamente. Uma vez por mês, ou em dias festivos os residentes podem deslocar-se à capela da instituição para assistir ao serviço religioso. São, ainda, realizadas, duas vezes por semana, diversas atividades promovidas pela animadora sociocultural e pela professora de *Boccia*, que tentam integrar os utentes das várias valências da Santa Casa da Misericórdia[3].

Na ERPI integram também o Centro de Dia (CD) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), localizados no mesmo edifício. O primeiro pretende prestar um conjunto de serviços de apoio a pessoas com autonomia total ou parcial que não tenham o apoio de um familiar ou outra pessoa responsável durante o período diurno. Promove apoio psicossocial, a estimulação de relações e a participação em diferentes atividades[4].

O SAD, criado em 1999, em cooperação com a Segurança Social, presta cuidados personalizados ao domicílio de pessoas idosas que, por motivos de doença, deficiência ou outro, não consigam satisfazer as suas necessidades básicas[5].

[3] Regulamento Interno ERPI, 2015, retirado em 17 de novembro de 2017 de: http://www.scmbraga.pt/Reg%20ERPI%20%202015.pdf
[4] Regulamento Interno do CD, 2015, retirado em 17 de novembro de 2017 de: http://www.scmbraga.pt/Reg%20CD%202015.pdf
[5] Regulamento do SAD, 2015, retirado em 17 de novembro de 2017 de: http://www.scmbraga.pt/Reg%20SAD%202015.pdf

Descrição da população-alvo

A população da ERPI de Terceira Idade Nossa Senhora da Misericórdia conta atualmente com trinta utentes, dois do sexo masculino e vinte e oito do sexo feminino. As idades variam entre os 67 e os 97 anos de idade, sendo a média de idades de 82 anos. É uma população bastante heterogénea relativamente ao grau de dependência. Ao nível social e familiar, grande parte dos utentes revela isolamento social e/ou problemas familiares. A maioria apresenta, também, carências financeiras, e ao nível da instrução, no geral, apenas terminaram o 4.º ano, ou não têm qualquer nível de escolaridade.

O grau de dependência dos utentes, ao nível cognitivo e funcional, pode variar entre totalmente dependentes, dependência moderada e totalmente independentes. Existem, atualmente na ERPI cinco utentes independentes, catorze com dependência moderada e dez totalmente dependentes. Relativamente às patologias, ao nível cognitivo a maioria dos utentes apresentam demência em diferentes estágios, demência do tipo Alzheimer, depressão, perturbações do foro psiquiátrico, ansiedade, fadiga e perturbação do sono, défices de comunicação e défices motores. A maioria dos utentes apresenta, ainda, hipertensão, diabetes tipo II, doenças cardíacas, respiratórias e digestivas, perturbações ao nível do sistema excretor, urinário e linfático e problemas de pele.

Enquadramento teórico

A seguinte secção pretende abordar uma breve revisão de literatura relativa aos aspetos centrais da temática deste trabalho, no sentido de registar o conhecimento já adquirido nestas áreas e também fundamentar as práticas abaixo descritas.

Envelhecimento e o idoso

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015; 2017) refere que nos últimos 50 anos o desenvolvimento socioeconómico tem provocado uma grande diminuição da natalidade nos países mais desenvolvidos. Por outro lado, permitiu uma melhor qualidade de vida, melhores cuidados de saúde e, por conseguinte, há um aumento da esperança média de vida. Mesmo nos países subdesenvolvidos, onde a população jovem ganha terreno, o aumento da esperança média de vida é uma realidade. Consequentemente, há um aumento do risco de desenvolver doenças crónicas e uma maior dependência dos outros para a realização das atividades da vida diária. Isto coloca novos desafios nas diversas áreas da sociedade, nomeadamente na saúde e da prestação dos cuidados. É necessária uma constante evolução e adaptação, de forma atender às necessidades essenciais para um envelhecimento saudável (Sequeira, 2010).

Atualmente, o envelhecimento é entendido como um conjunto de modificações biológicas, sociais e psicológicas que o organismo vai sofrendo ao longo da vida (DGS, 2006). Neste prisma o processo de envelhecimento pode ser visto numa perspetiva multidimensional, na qual diferentes áreas interagem entre si (Paúl, 2005; Sequeira, 2010).

O envelhecimento biológico caracteriza-se pelas mudanças corporais inevitáveis, como por exemplo, o aparecimento de cabelos brancos, perda de mobilidade, alterações ao nível emocional, modificações cognitivas, entre outros. Neste sentido há uma perda da autonomia e maior necessidade de prestação de cuidado quer por instituições quer pelos familiares (Fonseca, 2004; Sequeira, 2010).

Fonseca (2004) refere que o envelhecimento não é apenas um processo biológico. Este está também dependente da parte social. O papel que os idosos desempenham na sociedade e as expectativas e atitudes que esta tem para com eles tem efeitos num envelhecimento bem-sucedido (Carvalho & Faria, 2014). A evolução da sociedade, nos seus diferentes sectores e do mercado de trabalho, bem como a constante valorização do trabalho jovem, em detrimento do de pessoas idosas levou a que a sociedade encare a velhice como uma "doença". Há, portanto, um aumento do isolamento dos idosos e da institucionalização (Fonseca, 2004).

Pode-se considerar, ainda, o envelhecimento como um processo psicológico, influenciado pelas duas componentes acima descritas. As mudanças comportamentais que cada indivíduo tem em resposta aos estímulos do ambiente, bem como a forma como se autorregulam e se adaptam às modificações sofridas, influenciam o processo de envelhecimento (Fonseca, 2004). Este torna-se, assim, um processo complexo que depende de diferentes fatores. O contexto sociocultural e económico, as experiências vividas, as condições patológicas e a herança genética exercem influências no tipo de envelhecimento de cada indivíduo. (OMS, 2015; Sequeira, 2010)

Em suma, a saída do mundo do trabalho, a perda de amigos, familiares, ou a desvalorização da sociedade, podem levar à perda de objetivos de vida e de independência, exercendo influências na vida das pessoas idosas. É necessário que estes se continuem a sentir necessários nos papéis que desempenham. Devem, então, ser criadas as condições que lhes permitam envolverem-se em diferentes projetos que promovem a satisfação pessoal e sentimento de competência (Carvalho & Faria, 2014; Paúl, 2005).

Envelhecimento ativo

São diversos os fatores que podem determinar o tipo de envelhecimento. A posição social e económica, as experiências de vida e os comportamentos de cada indivíduo podem ter influência num envelhecimento mais ou menos saudável (OMS, 2015; Ribeiro & Paúl, 2011). Por um lado, existem idosos cujas diferentes alterações têm um impacto negativo no seu funcionamento global. Estas condicionam as suas vidas e a realização de tarefas do quotidiano. Por outro lado, existem idosos que apresentam um envelhecimento bem-sucedido. Podem assim, continuar a ser bastante ativos na sociedade e capazes tanto a nível mental como físico (OMS, 2015).

A palavra "ativo" de acordo com a OMS (2002) significa que a pessoa continua a participar na sociedade a diferentes níveis: físico, mental, cultural, espiritual e cívico. O envelhecimento ativo definido pela OMS (2002) pretendia expandir uma qualidade de vida saudável a todos os indivíduos com idade superior a 60 anos. Neste sentido, os idosos, independentemente da sua condição, podem manter a sua identidade, autonomia e dignidade, continuando a colaborar na comunidade, e dessa forma, sentirem-se realizados a vários níveis. Recentemente, a OMS (2015) acrescenta que o envelhecimento ativo deve também assentar na prevenção, dando especial importância a uma maior necessidade de informação ao nível da educação e da saúde, alertando para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Os diversos setores da sociedade têm então de trabalhar em conjunto para criar melhores condições e oportunidades. Nomeadamente mais apoios ao nível dos cuidados prestados, bem como iniciativas que previnam, controlem e reduzam o impacto de doenças crónicas. Devem ser criados locais que permitam uma maior participação social, melhor segurança e maior apoio aos idosos (Paúl, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011). É, ainda, fundamental que se foque a atenção numa formação mais especializada e que se invista na

pesquisa científica na área do envelhecimento, criando estratégias e instrumentos de monitorização e avaliação (OMS, 2015).

O contexto português

Portugal é atualmente o quarto país com mais idosos no mundo (Nunes, 2017). O Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017) refere que entre 2015 e 2080 a população em Portugal diminuirá. Dos atuais 10,3 milhões de habitantes passará para 7,5 milhões. A atual esperança média de vida é de 77 anos para o sexo masculino e de 83 anos para o sexo feminino, apontando as projeções para um aumento progressivo. Tal como no resto do globo, esse aumento resulta da diminuição da natalidade, da crescente emigração, bem como pela existência de maior qualidade de vida e de cuidados de saúde (INE, 2014, 2017).

Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho (2015) referem que ainda não existem muitos estudos que se dediquem à análise da demência nem à prevalência da mesma no país. No seu estudo os autores tentaram obter uma estimativa atual da quantidade de pessoas com demência, tendo em consideração o número de população residente e o número de pessoas com mais de 60 anos. Concluíram que em 2013 haveria mais de 160 mil pessoas com demência, com tendência a aumentar.

De forma a promover um envelhecimento mais ativo para a população portuguesa, foi criado um "Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas", aprovado em 2004 e editado pela Direção-Geral de Saúde em 2006. Este tem como principal objetivo contribuir com estratégias que se adequem às necessidades dos idosos, promovendo um envelhecimento saudável (DGS, 2006).

Recentemente, em 2017, foi proposta, numa parceria intersectorial e interministerial, a "Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável" (ENEAS) para os anos 2017 a 2025. Este tem como finalidade envolver os diversos setores da sociedade e sensibilizar a

importância de um envelhecimento saudável. Assenta, também, na inclusão e aceitação dos idosos na sociedade, bem como na sua segurança e na autonomia. Para tal, devem ser adotadas novas estratégias ao nível da saúde, da tecnologia e da formação de profissionais especializados. Isto permitirá atender às especificidades dos idosos, bem como, que haja uma maior monitorização e prevenção da sua saúde, contribuindo para um melhor envelhecimento (SNS, 2017).

Patologias comuns na 3.º idade

Como referido anteriormente, com o aumento da idade ocorrem diversas mudanças fisiológicas e psicológicas nos indivíduos. Além da perda da audição, de visão e de mobilidade, consequências do processo de envelhecimento, existem cada vez mais doenças crónicas. As doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas, as doenças musculosqueléticas, como por exemplo a artrose, as sequelas dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), ou a diabetes, são as que mais afetam os indivíduos com mais de 60 anos (OMS, 2002).

Além destes problemas, os idosos apresentam cada vez mais défices neurológicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017) existem atualmente mais de 45 milhões de pessoas idosas que vivem com demências, como a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson, entre muitas outras. Estima-se, ainda, que até 2030 este número aumente para o dobro.

Acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) incluído nas doenças cerebrovasculares é um dos problemas mais devastadores da humanidade. Este engloba o acidente vascular cerebral isquémico, o acidente vascular cerebral hemorrágico e anomalias cerebrovasculares, como aneurismas intracranianos e malformações arteriovenosas (MAVs) (Seeley & Miller, 2012).

É uma das principais causas de morte, a nível mundial, em adultos (Ferraz, Norton & Silveira, 2013). Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2017) o AVC é uma das principais causas de morte em Portugal.

A maioria destas doenças vasculares manifesta-se por um início abrupto de um défice neurológico (Seeley & Miller, 2012). O AVC ocorre, então, em consequência de uma diminuição, quer por bloqueio quer por rompimento vascular, da quantidade de sangue necessária no cérebro. De acordo com a extensão e a duração da lesão ao nível do cérebro, pode ser classificado de diferentes formas. Se a duração for inferior a 24 horas é um acidente vascular transitório (AIT), que não deixa sequelas. Se, por outro lado, a duração for superior a 24 horas podem, consoante a região do cérebro afetada, surgir sequelas, e em último caso a morte.

As sequelas do AVC são crónicas e podem afetar os indivíduos a todos os níveis. Verificam-se perturbações na força, na marcha, perda da coordenação e perda motora num dos lados do corpo. Ao nível sensorial pode haver uma deterioração da sensibilidade em diferentes partes do corpo (por exemplo disfasia, alteração no processo de deglutição). No domínio cognitivo podem perder a memória, a capacidade de comunicar, de compreender, podem experienciar dificuldades de orientação. Em muitos casos observa-se, ainda, apatia, desinteresse, a depressão e problemas de socialização (Seeley & Miller, 2012; SPAVC, 2016). Nesta perspetiva, Ferraz, Norton e Silveira, referem que acarreta graves consequências ao nível familiar, social e económico. As autoras referem que em Portugal ainda são escassos os estudos epidemiológicos sobre esta doença. Prevê-se, porém que, com o crescente envelhecimento da população, o número de casos de AVC aumente. É então necessário ter em consideração fatores de risco, como a hipertensão arterial (HTA), a fibrilação auricular, a

diabetes mellitus (DM), o tabagismo, o sedentarismo, o alcoolismo. Devendo-se ainda sensibilizar para a prevenção.

Demência

A demência é uma síndrome de múltiplas causas desconhecidas, que aparece na sequência de danos cerebrais. Esta conduz à deterioração progressiva e irreversível das capacidades mentais, físicas, sociais e emocionais do ser humano. A memória é a capacidade cognitiva mais afetada, mas há ainda deterioração da atenção, do pensamento, da orientação, do cálculo, do julgamento, da compreensão, da linguagem e da solução de problemas. Surge, ainda, uma perturbação ao nível do controlo emocional, dos comportamentos sociais e da personalidade, resultando em apatia, depressão, alucinações, delírios, agitação e desinibição. Estas têm grande impacto na realização das atividades da vida diária e, por conseguinte, na qualidade de vida dos indivíduos (Seeley & Miller, 2012; Sequeira, 2010, OMS, 2012).

Atualmente existe um consenso em relação ao conceito de demência, no entanto existem algumas discordâncias ao nível do diagnóstico. Numa fase inicial é difícil devido ao carácter dos sintomas, sendo, ainda necessário ter em consideração outros fatores, como a idade, o nível de escolaridade, ou outras perturbações. Esta complexidade, bem como o tempo que é necessário para uma avaliação mais concreta, levam a que, por vezes, só seja possível o diagnóstico de demência quando a pessoa se encontra numa fase mais avançada (Sequeira, 2010). A norma da DGS, n.º 053/2011, de dezembro de 2011, ponto II, alínea a) ponto i. refere os critérios internacionais para o diagnóstico de demência:

> os critérios de diagnóstico internacionais mais utilizados no diagnóstico de demência são os propostos no *Diagnostic and Statistical Manual*, 4ª edição revista (DSM-IV-TR) (*American Psychiatric Association*, 2000) e os definidos na *International Classification of Diseases* (CID-10) (*World Health Organization*, 1993). De acordo com a primeira classificação, a demência define-se como o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem

> obrigatoriamente um compromisso da memória recente e, pelo menos, mais uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva). Estes devem ser suficientemente graves para terem repercussão funcional e representar um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento e ocorrer na ausência de síndrome confusional (*delirium*). Os critérios da CID-10 são mais restritos, nomeadamente porque exigem que os défices cognitivos estejam presentes há pelo menos 6 meses, e requerem uma alteração no pensamento abstracto.

De acordo com Seeley e Miller (2012) os tipos mais comuns de demência desenvolvem-se de forma progressiva, mas algumas podem se manter estáticas e outras podem progredir abruptamente de um dia para outro.

Segundo a OMS (2015) a demência afeta mais 47 milhões de pessoas em todo mundo, estimando-se que em 2050 esse número aumente para mais de 220 milhões. Esta, ao nível socioeconómico, traz grandes consequências. Os governos, as comunidades e as famílias têm de suportar os custos dos serviços que prestam os cuidados. Em 2015 a OMS realizou uma conferência que abordou as estratégias necessárias para uma melhor prevenção, compreensão e conhecimento da demência, de forma a sensibilizar a sociedade para a promoção da inclusão e da integração social de pessoas que vivem com esta doença (OMS, 2015).

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum. Mas existem outros, como a demência vascular, a demência com Corpos Lewy e a demência Frontotemporal, a doença de Parkinson, entre outros (OMS, 2012). Porém é difícil de as diagnosticar com precisão. A demência vascular é a segunda maior forma de demência. De acordo com Sequeira (2010) esta diz respeito a um conjunto de lesões de origem vascular que resultam numa demência. Tal como o resto das demências provoca danos ao nível cognitivo. O seu diagnóstico prende-se com a relação causa-efeito entre o diagnóstico de demência e o diagnóstico de doença cerebrovascular. No entanto, em muitos casos é difícil distingui-la de uma demência do tipo Alzheimer, pois também esta, por vezes pode ser provocada por lesões vasculares. A

demência frontotemporal caracteriza-se por uma deterioração dos lobos temporais e frontais, definindo-se como um conjunto de perturbações mentais e comportamentais. A demência dos Corpos de Lewy caracteriza-se por uma atrofia parietal posterior, resultando em delírio e perturbações do sono (Seeley & Miller, 2012).

Esta patologia apresenta, então uma heterogeneidade de sinais e sintomas, que por vezes podem estar relacionados com outras doenças, como perturbações depressivas, psicose, delírio, etc. Segundo alguns autores pode-se observar nesta síndrome três fases: inicial, moderada e avançada (Carvalho & Faria, 2014; Sequeira, 2010, OMS, 2012).

Fase inicial

A característica mais visível no início de uma demência são as perturbações ao nível da memória. Esta é uma parte vital no quotidiano dos indivíduos a vários níveis. Sequeira (2010) menciona que a memória é essencial na construção da identidade social de cada um, sendo indispensável para um bom envelhecimento. Existem dois tipos de memória: a curto prazo e a longo prazo. A primeira caracteriza-se pela retenção informação num curto espaço de tempo, relaciona-se, portanto com a aprendizagem de novas informações. Esta é a primeira a perder-se com o avançar da demência, sendo muito difícil a sua recuperação. A memória a longo prazo, por sua vez, retém informação de um longo período de tempo. Esta diz respeito às memórias passadas, à história de vida de cada pessoa. Os indivíduos são muitas vezes capazes de descrever pormenorizadamente acontecimentos ocorridos no passado, por exemplo da juventude, não sendo capazes de se lembrar de eventos mais recentes. Esta mantém-se estável por mais tempo (Carvalho & Faria, 2014; Sequeira, 2010). No entanto, estas perturbações da memória são muitas vezes desvalorizadas, pelos cuidadores e familiares, por serem associadas com a idade (Sequeira, 2010).

Começa a surgir um declínio também ao nível da linguagem. Segundo Bronton e Koger (2000) apesar das perturbações da linguagem estarem presentes em todos os estádios da demência, um maior declínio pode significar maior grau de demência. O discurso e a linha de raciocínio começam a ficar mais vago, sem sequência, repetitivos e imprecisos, há uma pequena perda de vocabulário, não sendo capazes de nomear diferentes objetos (Carvalho & Faria, 2014).

É nesta altura que começam a surgir alterações no comportamento, associadas à ansiedade, consequência da negação por parte dos idosos da perda progressiva das suas capacidades. A apatia e a desmotivação são algumas das características desta perturbação. Pode-se observar um progressivo desinteresse pelos seus gostos pessoais, bem como pelas tarefas e atividades que antes lhes dava prazer. Isto é favorável ao aparecimento de sintomas depressivos (OMS, 2012; Sequeira, 2010). Ainda, a desinibição, o uso de linguagem imprópria e comportamentos pouco comuns podem exercer influência na personalidade dos indivíduos, bem como na sua vida social ou profissional (Sequeira, 2010).

Os idosos apresentam também perturbações de atenção, nomeadamente ao nível da concentração. Esta pode estar associada a deterioração da orientação temporal e espacial (Sequeira, 2010). Começam a perder-se em ambientes familiares e vão progressivamente perdendo a noção do tempo, o que compromete a realização de pequenas tarefas diárias. Também a capacidade de realizar cálculos e de resolução de problemas se vão deteriorando (Carvalho & Faria, 2014).

Fase moderada

O avanço da demência para uma fase moderada torna as limitações das capacidades cognitivas e funcionais mais evidentes. Há um agravamento considerável da memória. Os indivíduos apresentam afasia, deteriorando-se de forma progressiva a sua capacidade de

comunicar verbalmente, e ainda apraxia e agnosia. Como consequência, há uma perda significativa da autonomia, pois surge a dificuldade em realizar tarefas motoras sequenciais, e perda da capacidade de reconhecer rostos, objetos, lugares, cheiros e sons, bem como a sua própria imagem num espelho. Começam a ter dificuldades em expressar sentimentos, demostram apatia e podem surgir alucinações, comportamentos estereotipados, comportamentos agressivos e a deambulação (Carvalho & Faria, 2014, Sequeira, 2010; OMS, 2012).

Fase avançada

Nesta fase há um agravamento significativo das condições acima referidas. As pessoas tornam-se totalmente dependentes dos outros a todos os níveis. A memória fica comprometida quase por completo, uma vez que, mesmos os acontecimentos passados, relacionados com a parte emocional e afetiva são esquecidas. O discurso verbal torna-se bastante difícil de compreender, limitada a um reduzido número de palavras e, por fim, perde-se por completo. Podem, ainda, apresentar ecolalia, ou seja, repetição do que é ouvido, ou palilalia, reprodução contínua dos mesmos sons ou palavras (Carvalho & Faria, 2014). A dificuldade em expressarem-se e de identificarem os seus familiares e cuidadores pode, por um lado, aumentar o isolamento, aparecendo, por conseguinte, em alguns casos, alucinações, comportamentos violentos, associados à ansiedade ou ao medo, ou a depressão. Por outro lado, ao danificar-se a capacidade de compreensão e perceção, permite que os indivíduos não se apercebam da sua condição, o que pode atenuar o seu sofrimento (Sequeira, 2010).

Há uma perda total da mobilidade e da postura encontrando-se presos a uma cadeira de rodas ou a uma cama. Perdem a capacidade de se alimentarem, sendo necessário o uso de uma sonda nasogástrica, bem como a capacidade de eliminar os resíduos por via urinária e intestinal. Aparecem, frequentemente, nesta fase, associadas à perda da mobilidade e à atrofia

muscular, problemas de saúde como a obstipação, as infeções urinárias e respiratórias e as úlceras de pressão. Esta fase termina na morte devido a diferentes complicações após alguns anos de evolução da doença (Carvalho & Faria, 2014; OMS, 2012).

Doença de Alzheimer

A demência do tipo Alzheimer foi relatada pela primeira vez em 1907 por Alois Alzheimer (Sequeira, 2010). Atualmente a demência do tipo Alzheimer, ou doença de Alzheimer (DA) representa a maioria dos casos de demência ao nível global, cerca de 60% a 70 % (OMS, 2012). Esta pode ocorrer em qualquer fase da vida adulta, sendo mias comum a partir dos 65 anos. Cerca de 10% dos indivíduos com mais de 70 anos apresentam perda significativa da memória, sendo em mais de metade dos casos causa da DA (Seeley & Miller, 2012).

Ainda há muito por descobrir sobre o cérebro e o seu funcionamento, a doença de Alzheimer não é exceção. Sabe-se, porém, que é uma doença neurodegenerativa, que se caracteriza pela destruição das células nervosas nas diversas áreas do cérebro, nas quais integram as diferentes faculdades cognitivas. De início lento, e com sintomas similares ao envelhecimento normal é difícil de detetar pelos familiares e cuidadores, podendo a deterioração durar vários anos (Seeley & Miller, 2012; Sequeira, 2010). As causas estão, ainda por determinar e o diagnóstico definitivo só pode ser dado depois da morte. É possível observar-se no diagnóstico *post mortem* um atrofio cerebral, distribuído pelos lobos temporais, pariental e córtex frontal, caracterizado por alterações nas estruturas cerebrais, como o aumento das placas senis e a deterioração neurofibrilar (Seeley & Miller, 2012). Isto impossibilita a comunicação entre as células nervosas. Há, então, uma degeneração gradual e irreversível do cérebro, e por sua vez, das áreas mentais e funcionais. A memória é a perturbação que mais caracteriza esta doença e é a primeira a surgir, seguindo-se défices da

visão, da linguagem, da orientação, do comportamento, da motricidade e da personalidade. Isto resulta na perda de autonomia, conduzindo, por sua vez, a consequências na vida pessoal e social dos idosos, mas também na dos familiares e cuidadores, representando uma influência na economia global ao nível da saúde (Seeley & Miller, 2012; Sequeira, 2010).

Existem diversos fatores de risco para o grande desenvolvimento desta doença. O avanço da idade, aumenta a prevalência da doença, o sexo, uma vez que os indivíduos do sexo feminino têm uma maior esperança de vida, bem como fatores genéticos e ambientais (Carvalho & Faria, 2014; Seeley & Miller, 2012; Sequeira, 2010).

Doença de Parkinson

A doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais comum a seguir ao Alzheimer. No entanto, ainda existem falhas no diagnóstico, pois não se sabe muito sobre as suas causas. Esta caracteriza-se por acinesia ou bradicinesia, decréscimo gradual da velocidade e/ou extensão do movimento; rigidez; tremor de repouso; alterações posturais e da marcha; a hipomimia, face inexpressiva ou imóvel; a hipofonese, voz com menor volume; por fim, micrografia, caligrafia mais pequena, que pode ser impercetível. A rigidez, por sua vez, caracteriza-se por uma resistência no movimento passivo de um membro, na flexão e na extensão. O tremor de repouso consiste num tremor nos membros relaxados e apoiados numa superfície, sem a ação da gravidade. A postura dos pacientes com Parkinson é curvada, com a cabeça arqueada e os ombros descaídos. Por último, a marcha é lenta, com passos pequenos, podendo os pés ficar “colados” ao chão, chamados bloqueios da marcha, sobretudo no início da mesma (Massano, 2011).

A doença de Parkinson tem consequências ao nível social e emocional não só do paciente, mas também da família. Os problemas de comunicação, por exemplo, podem

provocar alterações na sua qualidade de vida, nas suas relações interpessoais, levando, ao isolamento, à ansiedade, a apatia e à depressão.

Institucionalização

Apesar das crescentes medidas de prevenção, cuidados e suportes, muitas são as pessoas que chegam a um momento da vida no qual deixam de ser capazes de cuidar de si próprias. É, assim, necessário garantir cuidados e medidas que lhes permita viver com dignidade até ao fim. Muitas vezes estes cuidados são prestados pelos familiares. No entanto, estes podem ser bastante penosos. Por um lado, na maioria das vezes não têm formação suficiente para cuidar e dar o suporte necessário. Por outro, é uma situação bastante delicada que pode trazer vários problemas a nível psicológico e físico, levando muitas vezes à depressão os cuidadores. Além disto, cuidar de uma pessoa incapaz de satisfazer as suas necessidades básicas acarreta também problemas financeiros, contribuindo mais para o desgaste familiar (SNS, 2017).

Existem então, diversas instituições que garantem os cuidados de saúde necessários, bem como, a qualidade de vida dos idosos, independentemente do seu grau de dependência (SNS, 2017). No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) envelhecer numa instituição pode ser também negativo. Os funcionários podem ter atitudes e comportamentos negativos para com os idosos, falhando no tratamento e nos cuidados que lhes prestam, desencorajando ou restringindo o acesso a intervenções médicas.

Para atender às necessidades da sociedade portuguesa existem atualmente diversas entidades de ação social geridas pelo Instituto de Segurança Social, I.P.(ISS) como os Estabelecimentos Integrados e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), ou outras entidades Públicas ou Privadas (SNS, 2017). O aparecimento de instituições privadas

veio obrigar o Ministério da Segurança Social a alterar a legislação existente sob esta matéria, de modo a uniformizar as entidades prestadoras de cuidados a idosos.

Antigamente os idosos iam para uma instituição por falta de suporte familiar ou devido a dificuldades financeiras. Atualmente, estas frequentam as ERPI, quando os familiares não são capazes de lhes prestar os cuidados necessários. De acordo com Paquete (2014), quando os idosos são admitidos nas instituições já apresentam graus de dependências elevadas, nomeadamente na realização das atividades diárias e da comunicação verbal. Porém, muitas vezes, as instituições não podem oferecer os tratamentos necessários, restringindo-se apenas aos cuidados básicos, isto é, a alimentação, os cuidados de higiene, entre outros. Tratamentos ao nível da reabilitação física e mental, como por exemplo, a promoção da autonomia, estimulação da memória, bem como atividades de recriação que contribuem para o bem-estar dos utentes, não são, em muitos casos, sequer considerados.

No entanto, de acordo com Sequeira (2010) a população tem vindo, aos poucos a perceber que dar aos idosos apenas os cuidados básicos não é o suficiente para manter a sua qualidade de vida. São cada vez mais necessárias diferentes intervenções que contribuam para um envelhecimento saudável. Estas têm como objetivos a reabilitação, por exemplo, ao nível da motricidade, da memória, da comunicação ou expressão de emoções. Mas, apesar do crescente interesse pelos diferentes programas de reabilitação são necessárias mais investigações que comprovem a eficácia de intervenções não-farmacológicas para idosos com demência ou outras patologias. E dessa forma, contribuir para o aumento de apoios sociais nessa área (Carvalho & Faria, 2014; Sequeira, 2010).

Musicoterapia como abordagem com idosos

Não existe atualmente cura para a demência. No entanto existem diferentes abordagens que tentam retardar a deterioração progressiva das capacidades cognitivas. De um

lado estão as intervenções farmacológicas que, apesar de demonstrarem resultados positivos, podem ter efeitos secundários, são mais dispendiosas e estão limitadas a tratar apenas algumas das perturbações consequentes da demência. Do outro, existem as intervenções não-farmacológicas. Estas são menos dispendiosas e tentam intervir em todos os domínios dos indivíduos. Nesta perspetiva, a sua finalidade consiste em estimular todas as capacidades do ser humano, reduzir comportamentos inadequados, promover a socialização, estimular a expressão de emoções e manter a identidade pessoal. Também podem constituir uma ferramenta importante para a manutenção do bem-estar dos familiares, ajudando a lidar com os problemas que possam surgir. A musicoterapia surge como uma abordagem que se propõe a atingir esses objetivos através da gestão específica de experiências musicais com vista à integração (Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

A musicoterapia é uma terapia aplicada por profissionais que intervém em todas as fases do desenvolvimento humano. Desde o nascimento até ao fim de vida. Segundo a *World Federation of Music Therapy* (WFMT) (2011) a musicoterapia consiste no uso de todo o potencial da música e das suas propriedades (por exemplo ritmo, melodia, timbre ou harmonia) para atingir objetivos terapêuticos de acordo com as necessidades intelectuais, comunicativas, físicas, emocionais e sociais de cada um. Assim, pretende desenvolver ou restaurar as capacidades dos indivíduos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Wigram, Pedersen e Bonde (2002) usar a musicoterapia com a população idosa implica trabalhar tanto com pessoas autónomas e ainda ativas na sociedade, ou com pessoas com diferentes graus de dependência. Como referido anteriormente, os idosos que enfrentam uma doença degenerativa vão deixando gradualmente de ter capacidade para tomar conta de si próprios. E, portanto, sofrem grandes alterações nas suas vidas. A institucionalização, a perda da autonomia e identidade, bem como a consciência do término

da sua vida podem ser causas para a existência de depressão nos idosos (Ashida, 2000). Por esse motivo necessitam de um espaço que proporcione suporte e empatia, mas também onde se possam expressar, comunicar e interagir.

A musicoterapia com idosos tem, então, o potencial para evocar memórias e emoções em resposta a uma determinada música, permitindo que a pessoa se expresse mesmo quando a linguagem já está perdida (Wigram, Pedersen e Bonde, 2002). Dessa forma, contribui para diminuir a agitação, a ansiedade, o medo, e até sintomas depressivos. A interação com o outro e sentimentos de realização pessoal são também visíveis através da música (Ashida, 2000; Spiro, 2010; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

No entanto, segundo Spiro (2010) muitas instituições ainda demonstram dificuldades em dar o apoio necessário e falta de atividades que estimulem os idosos em todos os níveis. Na mesma linha Ziv et al. (2007) refere que para os idosos institucionalizados a oportunidade para experienciar música é reduzida.

Metodologias da musicoterapia na demência

A musicoterapia pode ser realizada de forma recetiva e/ou de forma ativa, cada uma pretende atingir objetivos específicos de acordo com as necessidades dos pacientes. A recetiva consiste, por um lado, na audição ao vivo de improvisações, performances ou composições do terapeuta ou do paciente. Por outro lado, pode ser uma gravação de uma música de qualquer estilo musical. A experiência musical centra-se nos diferentes aspetos da música, nas respostas e reações de cada paciente, indo ao encontro dos objetivos delineados. A recetividade, o relaxamento, o desenvolvimento de capacidades auditivas e motoras, a evocação de memórias e de sentimentos, ou a discussão de ideias, são algumas das finalidades desta técnica, quer seja em contexto individual ou em grupo (Bruscia, 2014).

As experiências musicais estão relacionadas com o significado que cada um atribui à música. Este, por sua vez, depende da perceção que cada indivíduo tem do meio que o rodeia, ou seja, o contexto cultural e social. O terapeuta, ao ter em consideração o conceito de Identidade Sonoro Musical (ISO), cria formas de comunicação e de relação de empatia com o paciente. Isto é, ao combinar a música com experiências físicas, mentais e emocionais, intrínsecas do ser humano, bem como com o seu meio cultural, as suas vivências e as sonoridades que os individualizam, tem a perceção da sua realidade, criando um meio de comunicação (Benezon, 1988; Bruscia, 2014). Neste sentido é necessário conhecer a história de cada paciente, qual o significado que dá à música, quais as canções, estilos musicais ou sonoridades que são mais significativas. Porém, se o declínio cognitivo é muito acentuado é essencial procurar informações com os familiares ou cuidadores, sobre as músicas mais importantes para a pessoa (Aldridge, 2000).

É assim possível manter a identidade pessoal dos pacientes (Sherrat, Thornton e Hatton, 2004). Na mesma linha, Ziv et al. (2007) verificaram que o uso de música de fundo, através da audição de um CD, aumentou comportamentos positivos (como sorrir, movimentos de acordo com o ritmo da música) e por sua vez, reduziu comportamentos negativos (como deambulação, agressão ou repetição) em indivíduos com Alzheimer. No entanto, apenas a ouvir música gravada, pode comprometer duas qualidades que fazem parte da música ao vivo. A socialização e a interação com os outros, são essenciais para manter a personalidade, como Sherrat, Thornton e Hatton (2004) verificaram no seu estudo. Mas se este for realizado em contexto de grupo, como constataram Ziv et al. (2007) pode possibilitar melhorias no comportamento e na interação social.

Na musicoterapia ativa, pelo contrário, todos estão ativamente envolvidos na produção musical, seja ela pré-composta ou improvisada. Neste sentido tocar instrumentos,

cantar, improvisar, construir canções são atividades que permitem a participação ativa na música (Aldridge, 2000). O uso das várias potencialidades da música, como a altura, o timbre, a melodia, a harmonia, o ritmo, etc., permitem que os pacientes se expressem à sua maneira, uma vez que o foco da musicoterapia é o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e não a qualidade estética do produto musical (Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

De acordo com o tipo de sessão podem existir diferentes objetivos terapêuticos. Em sessões individuais a finalidade está em estabelecer contacto, estimular a expressão, regular comportamentos de ansiedade ou agitação, promovendo o relaxamento, reforçar emoções positivas ou ainda ajudar na aceitação da perda, da dor e do luto. Nas sessões de grupo estão presentes a partilha, a comunicação, a consciência social, o contacto e a possibilidade de pertença a um grupo (Wigram, Pedersen e Bonde, 2001).

Musicoterapia e as perturbações da memória e da linguagem

Ainda há muito por descobrir à cerca do cérebro, no entanto, é possível, verificar que a música tem capacidade de ativar certas áreas do cérebro que pareciam perdidas por completo (Bruer, Spitznagel & Cloninger, 2007; Cuddy & Duffy, 2005). Apesar de haver uma deterioração gradual de todas as capacidades cognitivas, como a linguagem ou a memória, a recetividade e a aptidão musical podem se manter intactas inclusive em fases terminais da demência (Hernández, et al., 2012; Spiro, 2010; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2001). Pode parecer que as pessoas com demência, como por exemplo na demência de Alzheimer, já não têm recordações de vivências passadas, no entanto verifica-se que a música ativa essas memórias (Bruer, Spitznagel & Cloninger, 2007; Cuddy & Duffy, 2005). E, ao nível da linguagem, mesmo que a capacidade comunicativa se deteriore é possível criar contacto e comunicar com os outros. Comunicar usado a música e as suas propriedades, como a melodia ou ritmo, é uma alternativa para a expressão (Vink,

Bruinsma & Scholten, 2004). Por outro lado, para aqueles que ainda mantém algumas das suas capacidades comunicativas, cantar, pode ajudar no trabalho da articulação e perceção do discurso, bem como no controlo da respiração. Em contexto de grupo, cantar contribui para a socialização, maior consciência dos outros e diminuição da ansiedade e do medo, evocando recordações de tempos passados (Vink, Bruinsma & Scholten, 2004).

Neste sentido é necessário ouvir, cantar ou dançar ao som de músicas familiares (Hernández, et al., 2012). Combinar as letras e as músicas, aumenta a ativação neurológica (Cuddy & Duffy, 2005; Wall & Duffy, 2010). E, por conseguinte, a linguagem, a compreensão, a expressão e a fluência do discurso (Brotons & Koger, 2000), a memória, a atenção, o movimento consciente e claro as emoções ligadas às músicas escolhidas. Permite ainda, nem que por breves momentos, recuperem uma visão positiva da sua vida esquecendo-se que têm uma doença (Hernández, et al., 2012).

Brotons e Koger (2000) realizaram uma investigação para perceber a influência da música no funcionamento da linguagem em indivíduos com Alzheimer. Os resultados sugeriram que o desempenho ao nível da produção, da fluência e do conteúdo do discurso foram melhores após as sessões de musicoterapia.

Musicoterapia e as perturbações comportamentais

Associadas a outras perturbações e às perdas significativas que os idosos vão sentindo, surgem os défices comportamentais. Estes são características comuns na demência, nomeadamente a agitação, a ansiedade, que são acompanhados de linguagem inapropriada, movimentos repetitivos e agressivos e comportamentos socialmente inadequados, como a desinibição (Cooke et. al, 2010; Ledger & Baker, 2007; Ziv et. al, 2007). Com o avançar das limitações os indivíduos têm mais dificuldades em receber e processar novas informações, bem como em comunicar e em manter as relações com os outros. Como consequência, não

são capazes de lidar com certas situações e a frustração e o stress aumentam (Spiro, 2010; Ziv et al., 2007). De acordo com Suzuki (2004) o stress ocorre quando o processo de homeostase é ameaçado, tentando o organismo responder a essa ameaça, nomeadamente através do sistema nervoso central e parassimpático. A pouca estimulação, a solidão, o facto de não conseguirem compreenderem a sua condição e a perda gradual de autonomia são potenciadores do stress e da ansiedade (Ledger & Baker, 2007).

Neste prisma o uso da musicoterapia pode ter uma função reguladora, sendo benéfica para a manutenção desse equilíbrio. As músicas familiares, ao relacionarem-se com as memórias agradáveis, geram emoções positivas que podem contribuir para a redução do stress e, por sua vez, da agitação e dos comportamentos agressivos. (Ledger & Baker, 2007; Spiro, 2010). Ledger e Baker (2007) acrescentam que ser capaz de cantar, de tocar instrumentos ou de partilhar de memórias, possibilita a expressão, a sensação de realização pessoal e de sentido da vida. O facto de a musicoterapia poder retardar o processo de deterioração cognitiva proporciona aos indivíduos um sentimento de satisfação pessoal. Dessa forma, pode contribuir para a diminuição da depressão, como foi possível verificar num estudo realizado por Chu, et al. (2013).

São vários os estudos que compravam os efeitos da musicoterapia na diminuição da agitação e da ansiedade (Suzuki et al., 2004; Suzuki et al., 2007; Takahashi & Matsushita, 2006; Ziv et al., 2007), bem como de sintomas depressivos (Ashida, 2000; Chu et al., 2013). Na investigação de Suzuki et al. (2004) os participantes demonstraram irritação e stress, tendo as sessões de musicoterapia tido efeitos relaxantes. Os autores sugerem ainda que esta experiência teve repercussões ao nível da linguagem uma vez que verificaram que cantar e ouvir música estimulou e reforçou as capacidades de comunicação. Takahashi e Matsushita (2006) verificaram que a musicoterapia, em contexto de grupo, aumenta os níveis de cortisol

na saliva e diminui a pressão sanguínea. Concluíram, assim, que a musicoterapia pode contribuir para a diminuição do stress, e consequentemente prevenir problemas cardíacos e cerebrais.

Por outro lado, Ledger e Baker (2007) investigaram os efeitos a longo-prazo da musicoterapia nos comportamentos agressivos em pessoas com DA. Os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas quer no grupo com sessões de musicoterapia quer no grupo sem musicoterapia. Esta conclusão pode indicar que a musicoterapia tem apenas efeitos imediatos na agitação apresentada por pessoas com DA, desvanecendo quando as canções familiares deixam de estar presentes. No entanto esta teve repercussões noutras áreas, nomeadamente na manutenção das capacidades verbais. Na mesma linha, Cooke et al. (2010) realizaram um estudo comparando um grupo com sessões de música ativa, que promovia envolvimento e participação na produção sonora, e um grupo com sessões de leitura. Após a análise dos resultados não verificaram efeitos significativos em ambos os grupos. De acordo com os autores, uma das razões pode relacionar-se com o facto de a música não ter efeitos terapêuticos mais significativos que atividades de leitura.

Em suma, como é possível verificar as várias áreas do domínio cognitivo estão interligadas e influenciam-se entre si através da musicoterapia. Ao evocar memórias, pode desenvolver a linguagem, trabalhar estados emocionais e contribuir para diminuição de comportamentos agressivos e sintomas depressivos. Tocar instrumentos contribui para o trabalho motor, mas também para sentimentos de realização pessoal e expressão de sentimentos.

Objetivos do estágio

O idoso institucionalizado, ao ter de se adaptar a um novo ambiente, a novas pessoas e regras, pode, por vezes, perder a sua identidade, autonomia e dignidade. O que, por vezes, pode levar à depressão e a uma maior dependência.

A realização do presente estágio teve, assim, como objetivos gerais promover um conjunto de atividades que desenvolvam as relações interpessoais e a interação social; contribuir para a aceitação da institucionalização; estimular as funções cognitivas, a memória, a comunicação; promover a expressão de sentimentos e emoções; manter a dignidade e a identidade dos idosos.

Este pretende ainda, ao nível da instituição introduzir e dar a conhecer uma nova abordagem terapêutica, elucidando para a finalidade e os benefícios da intervenção da musicoterapia neste contexto.

De forma a atingir os objetivos propostos serão utilizadas diferentes metodologias, ao longo do estágio, nas sessões individuais, adaptadas de acordo com a realidade e as necessidades de cada idoso.

Metodologia

A metodologia usada no presente relatório foi o estudo de caso, pois este permite observar, descrever e compreender uma determinada situação. Pretendeu-se aqui responder às questões "quem", "o quê", "onde", "porquê" e "como".

Nesta secção serão, então, expostas a descrição da amostra, o procedimento, as técnicas, atividade e recursos utilizados na intervenção e os instrumentos de avaliação do processo terapêutico dos utentes intervencionados.

Participantes

O estágio de musicoterapia decorreu na ERPI Nossa Senhora da Misericórdia da Sanca Casa da Misericórdia de Braga. Como referido anteriormente, a ERPI alberga 30 utentes, 2 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 67 e 97 anos, e diferentes graus de dependência.

A intervenção realizou-se, em contexto individual, com oito utentes. A seleção dos participantes na intervenção musicoterapêutica realizou-se de acordo com as necessidades dos utentes e da instituição. Neste sentido, foram selecionados utentes acamados ou com uma dependência grave ou moderada, que eram menos estimulados, não participavam em nenhuma atividade, nem tinham contacto com os restantes. Foram ainda selecionadas duas utentes que tinham dado entrada na instituição no ano corrente para ajudar no seu processo de institucionalização. Sete dos utentes eram do sexo feminino e um do sexo masculino, a maioria não tinha grau de escolaridade e apenas uma tinha o 12.º ano. Os utentes apresentavam síndrome demencial, nomeadamente doença de Alzheimer, em diferentes fases, bem como diabetes, HTA e uma utente tinha sofrido de um ataque epilético. Em relação ao grau de dependência cinco utentes encontravam-se com dependência grave, acamados, quatro destes faziam levante quando o estado de saúde o permitia, mas apenas dois iam por vezes

para a sala de convívio. Os restantes utentes encontravam-se com uma dependência moderada, precisando de alguma supervisão para a execução das tarefas diárias, bem como para a alimentação e para a sua deslocação. Os estudos de caso consistem em duas utentes, uma com demência numa fase avançada, que se encontra acamada, e outra com doença de Alzheimer numa fase ainda inicial.

A tabela abaixo apresentada descreve os casos intervencionados, fazendo referência à idade, ao diagnóstico (incompleto em alguns dos casos), à data de institucionalização, ao número de sessões realizadas, e por último as observações. Os nomes dos utentes são fictícios de forma a garantir o seu anonimato.

Tabela 1

Caracterização dos casos intervencionados em contexto individual

Utentes	Idade	Data de admissão	Diagnóstico	N.º de Sessões	Observações
Alberta	87	Março de 2018	Demência HTA	10	Dependência moderada
Anabela	90	Setembro de 2014	Demência Depressão Diabetes HTA	20	Acamada sonda nasogástrica Levante desde fevereiro
Eva	89	Fevereiro de 2016	Alzheimer HTA	12	Acamada Faz levante Hospitalizada
Fátima	80	Fevereiro de 2018	Alzheimer HTA	16	Dependência moderada
Jorge	85	Janeiro de 2015	Alzheimer	17	Acamado sonda nasogástrica Levante desde fevereiro
Luísa	88	Janeiro de 2012	Ataque epilético	20	Acamada Faz levante (no quarto)
Maria	98	Junho de 2007	Alzheimer	6	Acamada sonda nasogástrica (Faleceu)
Silvina	92	Maio de 2016	Demência Diabetes	8	Dependência moderada/grave

Instrumentos de avaliação

Para a realização desta intervenção foram usados alguns instrumentos que permitiram a elaboração de um plano terapêutico para cada utente intervencionado. Neste sentido, foram inicialmente, após consulta dos processos individuais e conversas com os utentes, familiares e colaboradoras da instituição, feito uma tabela de anamnese de cada utente. Foram ainda analisadas o Índice de *Barthel* e o *Mini Mental State Examination*, que constam nos processos individuais de cada utente, atualizadas anualmente. O Índice de *Barthel* foi desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965) para medir o desempenho nas atividades da vida diária. Este divide-se em 10 itens - alimentação, transferência, higiene pessoal, utilização do wc, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário - que devem ser preenchidos de acordo com a capacidade de execução das tarefas da pessoa em questão. A soma das pontuações obtidas em cada item determina o grau de dependência. O *Mini Mental State Examination* (MMSE) é um instrumento, desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), que permite avaliar o nível a que se encontram as funções cognitivas dos pacientes. Este consiste numa série de questões que permitem verificar a memória a curto-prazo, a orientação espacial e temporal, a atenção, a linguagem, o cálculo, entre outras.

Para além destes instrumentos de avaliação, realizou-se uma análise qualitativa, tendo em conta a subjetividade da música e das relações que se estabelecem com ela, através da observação direta, de grelhas de observação, para melhor registar a gestão das sessões e os progressos subtis e observáveis dos utentes, de fichas de anamnese e da análise de gravações vídeo/áudio. Ainda, ao longo da fase de intervenção foram realizados relatórios escritos das sessões (apêndice D). Após esta análise foram elaborados os planos terapêuticos de cada utente.

Ficha de anamnese

A recolha de dados realizada durante a fase de observação, através de informações recolhidas com os utentes (quando possível), com as colaboradoras, a Diretora Técnica e a consulta dos processos individuais, permitiram a realização de uma ficha de anamnese de cada interveniente (apêndice C). Esta engloba a história de vida, a situação atual, as patologias, os gostos musicais e aptidões (se existirem) dados necessários à realização de uma intervenção adequada.

Grelhas de observação

As grelhas de observação permitem avaliar a evolução terapêutica de cada interveniente, bem como diversos parâmetros ao nível da sua funcionalidade (apêndice E). Estas são uma adaptação do instrumento de avaliação elaborado por Baxter, Berghofer, MacEwan, Nelson, Peters e Roberts (2007), *"Individualized Music Therapy Assessment Profile"* (IMTAP). Estas foram ajustadas tendo por base a realidade, as necessidades e os comportamentos esperados pelos utentes da ERPI Nossa Senhora da Misericórdia sinalizados para a intervenção.

Estas dividiram-se em seis domínios: Expressão Vocal; Expressão Instrumental; Motricidade; Sensorial; Comunicação; Cognição e Memória; Emocional e Social. Cada um é composto de vários itens avaliados em: bastante evidente (BE); pouco evidente (PE); nada evidente (NE); não aplicável (NA).

Nas primeiras duas categorias (Expressão Vocal e Expressão Instrumental) pretendeu-se avaliar aspetos relacionados com a expressão musical dos utentes. O domínio da Motricidade avaliou as capacidades motoras, bem como as perturbações. O Sensorial permitiu perceber se existem reações ao som e ao contacto. Ao nível da Comunicação pretendeu verificar se existem respostas verbais e não verbais. No campo da Cognição e

Memória, avaliou as capacidades mentais dos utentes, nomeadamente a atenção e se há reavivar de memórias através da música. Na área Emocional pretende-se avaliar a expressão de sentimentos e emoções. Por fim, no domínio Social avaliou-se a iniciativa, a relação e a participação.

Procedimentos

O estágio curricular teve a duração de oito meses, entre outubro de 2017 e junho de 2018. Este desenvolveu-se ao longo de quatro fases: fase de observação, fase de seleção, fase de intervenção e fase de avaliação. Em relação à intervenção esta realizou-se com oito utentes da ERPI Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa da Misericórdia de Braga.

Salienta-se que ao longo de todo o período de estágio a Santa Casa da Misericórdia de Braga sofreu algumas alterações, nomeadamente na aplicação de um novo Sistema de Qualidade, o que alterou a dinâmica da ERPI.

Fase de observação

O presente estágio teve início a 12 de outubro com a fase de observação, que teve a duração de cerca de 2 meses. O primeiro contacto com a instituição consistiu numa reunião de apresentação com a Diretora Técnica da ERPI. Nesta ficou estabelecido que o horário de estágio seria realizado às quintas e sextas da 9h30 às 12h30 e das 15h às 17h, até dezembro de 2017, pois uma vez que a ERPI acolhe vários estagiários de diferentes áreas estes realizavam algumas atividades com os idosos e havia sobreposição de horários.

Nas primeiras semanas a estagiária teve a oportunidade de se integrar na instituição e conhecer a equipa técnica, os utentes e outros estagiários. Foi possível observar diretamente a dinâmica da ERPI e do CD, perceber o seu funcionamento e regras e acompanhar os utentes nas suas rotinas e atividades desenvolvidas pela instituição. Após o primeiro contacto a estagiária organizou uma apresentação sobre a musicoterapia, expondo os seus benefícios e

quais os seus objetivos ao nível da geriatria, quais as atividades a realizar e a finalidade do estágio em geral.

Ao longo destas semanas a estagiária foi conversando com os utentes das duas valências, de forma informal, para entender as suas histórias de vida, os seus gostos, nomeadamente ao nível da música, bem como para dar-se a conhecer. O primeiro contacto com a estagiária surgiu de forma natural. Alguns utentes demonstravam bastante curiosidade em conhecer a estagiária, bem como em partilhar histórias e conhecimentos. Mas alguns mostravam-se mais reservados e sem interesse em criar qualquer relação.

Durante a fase de observação verificou-se, portanto, que quem se podia deslocar até à sala de convívio, permanecia durante o dia a ver televisão, inclusive gostavam de assistir à missa todos os dias, entre as 11h às 12h. A realização de atividades com a animadora sociocultural também eram nesta sala. No CD os utentes entravam por volta das 9h e saiam às 17h30. Durante este tempo sentavam-se na sala de convívio, viam televisão, jogavam jogos tradicionais ou realizavam atividades com a animadora, a instrutora de *Boccia* e alguns estagiários.

Neste período foi, também, autorizado o acesso aos processos individuais e analisadas as escalas avaliações de cada utente. No entanto, uma vez que a ERPI Nossa Senhora da Misericórdia não dispõe de psicóloga foi difícil avaliar os utentes no domínio psicológico. Foram ainda recolhidas informações junto das auxiliares e dos familiares, nomeadamente dos idosos com demências em fases terminais, de modo a obter o máximo de dados relevante de cada utente. Este processo de observação direta foi essencial para a elaboração do plano de intervenção, de acordo com as especificidades de cada utente.

Fase de seleção e organização da intervenção

A fase seguinte disse respeito à seleção dos utentes para a realização da intervenção, do tipo de sessões a realizar, dos métodos a utilizar e dos instrumentos de avaliação. Esta coincidiu com as últimas duas semanas da fase de observação.

Uma das problemáticas identificadas na ERPI dizia respeito à falta de socialização. Apesar de a grande maioria dos idosos se deslocar para a sala de convívio e estarem sentados lado a lado, não havia muita interação nem comunicação. Apenas os utentes mais autónomos conversavam uns com os outros ou com os familiares. E, ainda, ao nível dos utentes com total dependência que não podiam sair do quarto verificou-se que estes não usufruíam de qualquer atividade sociocultural e apenas tinham contacto com as auxiliares para tratar da sua higiene e da alimentação, ou com os familiares, por breves momentos durante as horas de visitas, permanecendo o resto do tempo sem qualquer contacto. Pelo contrário, verificou-se que no CD os utentes tinham mais autonomia e tinham a oportunidade de realizar diversas atividades. Por esse motivo a intervenção decorreu com os idosos da ERPI que não usufruíam de qualquer atividade, nomeadamente os acamados ou que faziam levante, mas permaneciam no quarto. Neste sentido a estagiária propôs à Diretora Técnica a realização de uma intervenção mais focada nas pessoas acamadas da ERPI, que não participavam em nenhuma atividade.

Posteriormente à seleção dos idosos foi entregue aos familiares responsáveis uma circular informativa, esclarecendo sobre o estágio a realizar e em que consiste a musicoterapia e quais os seus objetivos ao nível da geriatra (apêndice A). Juntamente foram entregues as declarações para autorização dos registos m formato vídeo/áudio das sessões para propósitos de supervisão e para uma análise mais rigorosa dos resultados obtidos (apêndice B).

Após o levantamento de dados dos idosos sinalizados para a intervenção musicoterapêutica, através da análise dos seus processos individuais, das informações recolhidas durante o período de observação, foram realizadas as fichas de anamnese e delineados os planos de intervenção.

Fase de intervenção

A fase de intervenção teve início em janeiro de 2018 e terminou em junho do mesmo ano. As sessões foram nas primeiras semanas realizadas com cinco utentes em contexto individual, e com três em contexto de grupo. No entanto, devido a alguns problemas relacionados com a dinâmica da ERPI, nomeadamente, saídas e entradas de utentes na instituição, pois na ocorrência de falecimento a vaga é preenchida rapidamente, e à relutância constante dos utentes em participar nas sessões em grupo, a estagiária, em concordância com a Diretora Técnica, optou por realizar apenas intervenção de carácter individual. A intervenção decorreu, então, com 8 utentes, semanalmente, com duração de aproximadamente 30 minutos. O número de sessões variou, pois por vezes o estado de saúde não permitia a realização da intervenção e ainda devido a algumas questões de dinâmica da instituição, alheias à estagiária.

No início desta fase, após três sessões, a estagiária aplicou uma grelha de observação inicial, a todos os utentes intervencionados, que foi depois comparada com a grelha de observação final durante a fase de avaliação, está serão descritas mais detalhadamente a seguir. Nesta altura foram também elaborados os planos terapêuticos de cada interveniente de acordo com as problemáticas evidenciadas nestas primeiras sessões. Foram então identificados objetivos gerais e específicos.

O *setting* terapêutico

O *setting* musicoterapêutico diz respeito ao espaço físico onde decorreram as sessões, bem como aos materiais usados para as mesmas. Devido à logística da instituição e ao facto de não haver um espaço onde se pudessem realizar as sessões, estas tiveram de se concretizar nos quartos dos utentes. Estes espaços facilitaram a participação dos utentes na intervenção uma vez que a maioria se encontrava acamada.

Estrutura das sessões

A estrutura das sessões foi previamente organizada pela estagiária, porém as mesmas sofreram alterações ao longo do estágio de forma a adaptar a intervenção às necessidades e capacidades dos utentes, aos objetivos propostos, bem como às suas preferências musicais e a sua história pessoal e sonoro-musical. A sua realização possibilitou condições para promover a interação e o contacto, a comunicação verbal e/ou não verbal, a expressão, a empatia, a aceitação, entre outros aspetos que facilitam o desenvolvimento completo de cada idoso.

A sessão iniciava com a *"canção de boas-vindas"*, na qual a estagiária estabelecia o primeiro contacto com o utente, cumprimentando-o e perguntado como estavam, tentando criar contacto e orientar os idosos durante a canção. Para os intervenientes acamados que não apresentavam produção verbal, a estagiária seguia a mesma estrutura, mas dava mais ênfase à repetição do nome do utente de forma a criar alguma relação com o mesmo. Posteriormente dependendo do estado de cada idoso seguia-se um momento de recriação musical. A estagiária e o utente (neste caso os que eram capazes) cantavam canções, pertencentes à identidade sonoro-musical (ISO) do interveniente em questão. Podiam também ser tocados instrumentos musicais durante a mesma. Seguiam-se momentos de improvisação, vocal e/ou instrumental, que podia estar relacionada com a canção anterior. Esta podia ser semiestruturada pela estagiária, dependendo dos objetivos propostos ou das capacidades de

cada idoso. Após estes momentos voltava-se à recriação musical. a sessão terminava com a *"canção do adeus"*, que funcionava como um momento de despedida do espaço terapêutico, enfatizando durante a canção que se voltaria na semana seguinte. Para os utentes acamados este momento por vezes consistia apenas em cantar uma das suas músicas preferidas.

Agenda semanal

Os horários das sessões foram estabelecidos considerando as necessidades e especificidades de cada idoso e de modo a não interferir com as rotinas da instituição, bem como que fosse compatível com o horário da estagiária. Nesta fase, após o término de outros dois estágios na área de assistente social, foi possível que o horário da estagiária se dividisse por três dias: segunda de manhã e quinta e sexta das 9h30 às 12h30 e das 15h às 17h. Por vezes este horário sofria alterações, nomeadamente, quando o estado de saúde de alguns dos intervenientes não permitia a realização da sessão ou quando a estagiária tinha de se deslocar às supervisões de estágio que se realizavam num dos dias de estágio.

Após a sexta semana de intervenção o horário inicial sofreu alterações pois uma das utentes faleceu e duas semanas depois outra utente foi hospitalizada durante cerca de 2 meses. Abaixo apresenta-se uma tabela com o horário semanal da estagiária até esta altura.

Tabela 2

Agenda semanal até final de fevereiro

Horas	Segunda-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h30	Reunião Informal com a Diretora Técnica	Reunião Informal com a Diretora Técnica	Reunião Informal com a Diretora Técnica
10h	Sessão Luísa	Sessão Anabela	Sessão Jorge
10h30	Registo de sessão/ Preparação do setting	Registo de sessão/ Preparação do setting	Registo de sessão/ Preparação do setting
11h	Sessão Jorge*	Sessão Maria*	Sessão Eva
11h30	Registo de Sessão	Registo de Sessão/ Preparação do setting	Registo de Sessão
12h		Sessão Eva*	

15h	Preparação do setting	Preparação do setting
15h30	Sessão Silvina	Sessão Maria
16h15	Registo de sessão	Registo de sessão
16h30	Convívio informal com os utentes	Convívio informal com os utentes

*Sessões realizadas noutro horário caso não fosse possível comparecer na sexta-feira para realização da supervisão da estagiária

Em março, e posteriormente em abril, do ano corrente deram entrada na instituição duas utentes do CD para preencher vagas por falecimento de outros utentes. Uma vez que a estagiária já tinha tido contacto prévio com as intervenientes, na fase de observação, realizou-se também uma intervenção em contexto individual com ambas. Foi então feita uma revisão no horário para integrar estas duas utentes como mostra a tabela seguinte.

Tabela 3

Agenda semanal até ao final da intervenção

Horas	Segunda-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h30	Reunião Informal com a Diretora Técnica	Reunião Informal com a Diretora Técnica	Reunião Informal com a Diretora Técnica
10h	Sessão Luísa	Sessão Anabela	Sessão Jorge
10h30	Registo de sessão/ Preparação do setting	Registo de sessão/ Preparação do setting	Registo de sessão/ Preparação do setting
11h	Sessão Jorge*	Sessão Alberta*	Sessão Eva
11h30	Registo de Sessão	Registo de Sessão/ Preparação do setting	Registo de Sessão
12h	Sessão Silvina	Sessão Eva*	
15h		Preparação do setting	Preparação do setting
15h30		Sessão Fátima	Sessão Alberta
16h15		Registo de sessão	Registo de sessão
16h30		Convívio informal com os utentes	Convívio informal com os utentes

*Sessões realizadas noutro horário caso não fosse possível comparecer na sexta-feira para realização da supervisão da estagiária

Fase das avaliações finais

A última fase do presente estágio correspondeu à avaliação, que decorreu nas últimas semanas do estágio. Com o aproximar do final da intervenção, a estagiária foi orientando os utentes para o fim das sessões e do estágio.

Durante a fase de avaliação propriamente dita foram, inicialmente, aplicadas as grelhas de observação, com a finalidade de avaliar os progressos/retrocessos terapêuticos. Estas encontram-se descritas, mais detalhadamente, no ponto "instrumentos de avaliação". Posteriormente realizou-se a análise e interpretação de todos os dados obtidos através dos vídeos, dos registos de sessões, das grelhas de observação.

Técnicas e atividades de musicoterapia aplicadas

Como referido anteriormente, a musicoterapia pode ser recetiva ou ativa. O trabalho desenvolvido nas sessões deve ter em consideração os objetivos que se pretendem atingir com cada indivíduo. Nesta perspetiva, devem ser usadas as potencialidades da música, combinando os seus elementos, como o ritmo, a melodia, a harmonia, as dinâmicas, entre outros. É, então necessário recorrer a canções, à escuta musical, ao ritmo, à improvisação, à recriação musical, ao movimento, à escrita de canções e à composição de forma a chegar às necessidades dos pacientes. Neste sentido ao longo do estágio, considerando a população-alvo, as atividades musicais basearam-se em: cantar; tocar instrumentos; recriar canções da identidade sonora de cada utente; na improvisação vocal e instrumental; na criação de canções, na maioria das vezes por parte da estagiária, devido às limitações da população-alvo; na escuta musical, ao vivo e com gravação, entre outras.

As técnicas usadas foram pensadas de acordo com as problemáticas identificadas e os objetivos delineados para idoso sinalizado para a intervenção. Estas consistiram na imitação, em espelhar movimentos, sons que os utentes produziam, na criação de momentos de pausa,

no uso de outros elementos musicais, como as dinâmicas e o ritmo, entre outras. Com os utentes com maior deterioração cognitiva e física a abordagem centrou-se mais numa perspetiva minimalista, com menos recurso a materiais, e mais centrada no uso da voz e no toque, no relaxamento, conforto e na combinação da música com o campo mais emocional e espiritual dos utentes.

Recursos materiais

Os recursos materiais a usar durante o estágio foram instrumentos de percussão, nomeadamente os instrumentos de percussão *orff*: pandeiretas, tambores, maracas, reco-reco, triângulo, pratos, guizos, *shakers* e clavas. Foi usado também um pequeno xilofone e um djambé e em algumas sessões foi usado o *Zaphir Sunray - Summer Chimes*. A guitarra foi o instrumento usado para a base harmónica.

Como forma de obter uma melhor análise das sessões e dos dados, e posteriormente, uma melhor análise dos resultados, foi usada uma câmara para filmar as sessões de musicoterapia.

Outras atividades

Além da intervenção musicoterapêutica a estagiária participou em atividades desenvolvidas pela animadora sociocultural da ERPI e do CD. Durante a fase inicial do estágio realizou-se a Festa de São Martinho, na qual a estagiária se envolveu ativamente ao nível musical. Esta facilitou a integração, permitindo conhecer os utentes e as colaboradoras da instituição fora do contexto habitual.

A estagiária colaborou também na organização e logística de outros eventos da instituição. E ainda realizou quatro sessões de grupo com os idosos do CD, sendo estas consideradas como atividades de recriação musical, que proporcionaram momentos de convívio e socialização para os idosos.

A estagiária contribuiu ainda para a melhoria do Sistema de Qualidade, instituído em todas as valências da Santa Casa de Misericórdia de Braga no ano corrente, participando em algumas formações que visam conhecer os seus objetivos em prol da instituição e da qualidade de vida dos utentes.

Estudos de caso

Yin (2009) refere que o estudo de caso é um método de investigação que permite compreender um fenómeno atual da vida real, considerando o contexto de cada situação e todas as variáveis associadas. Na mesma linha, Aldrige (2005) menciona que este é um método de investigação empírica, no qual é identificado um caso particular, limitado a um determinado contexto. Este caso pode ser uma pessoa, um grupo de pessoas ou uma situação em particular. A musicoterapia, por sua vez, tem em consideração a perceção que cada individuo tem de uma determinada realidade. Neste sentido, permite criar uma relação de proximidade com a realidade social e pessoal de cada pessoa.

Os estudos de caso a seguir apresentados, dizem respeito ao acompanhamento de duas utentes durante o período de estágio, na fase de intervenção, entre janeiro de 2018 e junho de 2018.

Estudo de caso I

A seguir descreve-se o estudo de caso I, realizado em contexto individual com a utente Anabela da ERPI Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa da Misericórdia de Braga. O seu nome foi alterado como forma de salvaguardar a sua identidade.

Descrição da utente

A utente Anabela tem 90 anos e encontra-se a residir na ERPI desde setembro de 2014. Natural de Braga, tem apenas o 4.º ano de escolaridade, foi doméstica e tem uma retaguarda familiar de dois filhos, mas apenas um é o responsável. O avanço progressivo da sua demência, e o facto de o seu filho, devido aos seus compromissos familiares e profissionais, já não conseguir atender às suas necessidades básicas, foram os motivos para a sua institucionalização. Foi referido na entrevista inicial que a Anabela deambulava durante a noite e, por vezes, apresentava alguns comportamentos agressivos. Depois de

institucionalizada e de acordo com os dados do seu processo, esta apresentava, ainda, sintomas de depressão e alteração dos padrões de sono.

Avaliação inicial

Na avaliação inicial a Anabela apresentava sinais de dependência moderada, segundo o Índice de Barthel, precisando de ajuda e supervisão para as tarefas de higiene pessoal. No plano cognitivo, a utente apresentava ausência das orientações temporal e espacial, um discurso repetitivo e, por vezes, incoerente e, ainda, alterações da memória.

De acordo com o seu filho e as colaboradoras da instituição a utente participava ativamente nas atividades propostas pela animadora sociocultural, gostava de cantar e tinha uma "personalidade forte", pois apresentava queixas com frequência. Porém, a partir do segundo ano da sua estadia na instituição, a demência evoluiu rapidamente, e a Anabela passou a ser totalmente dependente para a realização de todas as suas atividades da vida diária. Encontra-se desde então acamada e perdeu a capacidade de se alimentar, precisando de uma sonda nasogástrica. Durante o período de observação verificou-se que a Anabela se encontrava sempre presa pelos braços pois tentava arrancar a sonda. A utente passava grande parte do tempo sozinha, no quarto, a dormir num sono bastante profundo, inclusive quando recebia as visitas diárias do seu filho.

A partir de meados de fevereiro do ano corrente houve alterações na dinâmica da instituição que fez com que todos os acamados, quando os seus estados de saúde o permitissem, passassem a fazer levante. Neste contexto, a Anabela passou a ser transferida para o cadeirão e para a sala de convívio, durante uma parte do dia, estando em contacto com as outras utentes.

Após o consentimento da diretora técnica da ERPI e do filho responsável a Anabela foi encaminhada para as sessões de musicoterapia, pois não usufruía de qualquer atividade

sociocultural ou de reabilitação. A intervenção foi de caráter individual e as sessões eram realizadas no quarto da utente, devido à sua situação de dependência. A sua ficha de anamnese foi elaborada de acordo com os dados recolhidos junto do filho, das colaboradoras e da diretora técnica, bem como da consulta do processo individual.

Plano terapêutico

Durante o período inicial de observação e as primeiras sessões realizadas foi possível verificar que a Anabela apresentava perturbações ao nível da comunicação, uma vez que apenas emitia alguns sons e as escassas palavras não eram, na maioria das vezes, percetíveis. Estabelecia ocasionalmente algum contacto visual, mas a sua expressão facial era ausente, apática. Apresentava pouca ou nenhuma reação à presença de outros e encontrava-se na maioria das vezes de olhos fechados. Face a este quadro clínico, foram identificados pela estagiária três problemas que poderiam ser trabalhados através da intervenção musicoterapêutica: 1. Isolamento; 2. Dificuldades extremas de contacto; 3. Ausência de expressão emocional.

Relativamente ao primeiro problema foram delineados objetivos que promovessem o contacto com pessoas, sons e objetos. Dessa forma, estimular a reação a estímulos externos, bem como aumentar o número de respostas verbais e não verbais da Anabela. Para o segundo pretendeu-se ativar a relação e a interação com os outros, demonstrados através do contacto visual, da atenção numa determinada atividade, bem como na interação durante uma canção. Por fim, para o terceiro problema propôs-se desenvolver a expressão emocional, despertando para o uso de expressões faciais e de vocalizos, diminuindo assim a apatia. A tabela seguinte apresenta o plano terapêutico estabelecido para a Anabela, apresentando as problemáticas identificadas e os objetivos gerais e específicos.

Tabela 4

Plano terapêutico I

Nome do utente: Anabela

Idade: 90 anos **Início do tratamento:** janeiro de 2018

Diagnóstico: Demência do tipo Alzheimer

Informações prioritárias: A utente encontra-se acamada, é alimentada por sonda nasogástrica e apresenta problemas ao nível da comunicação verbal e não-verbal

Problema nº 1: Isolamento

Objetivo: Promover o contacto com pessoas, sons, objetos

Sub-objectivos:

Promover reação a estímulos externos	Aumentar a quantidade de respostas verbais durante a sessão	Ampliar a quantidade de sinais não-verbais durante a sessão

Problema nº 2: Dificuldades extremas de contacto

Objetivo: Promover a relação e a interação com os outros

Sub-objectivos:

Melhorar a atenção durante a sessão	Aumentar o contacto visual	Promover a interação durante uma atividade musical

Problema nº 3: Ausência de expressão emocional

Objetivo: Melhorar a expressão emocional

Sub-objetivos:

Diminuir a apatia durante as sessões	Despertar o uso de expressões faciais	Usar sons (vocalizos) para exprimir emoções

Intervenção e progresso terapêutico

A intervenção com a Anabela decorreu entre janeiro e junho de 2018, com uma periodicidade semanal, exceto quando o seu estado de saúde se agravava e não era possível a sua realização. Foram, portanto, concretizadas vinte sessões, com duração média de 30 minutos.

As primeiras sessões permitiram perceber as reações da Anabela à presença da estagiária, à música e aos instrumentos. Através de informações por parte das colaboradoras e do filho foi possível identificar algumas canções que faziam parte da identidade sonora da utente, que foram exploradas pela estagiária como primeiras formas de contacto e estimulação. A utente produzia poucos sons audíveis e percetíveis, e fazia pequenos movimentos com a boca e a língua. Esta demonstrava algum contacto visual apenas no início das sessões, mas este acabava por se perder, fechando os olhos diversas vezes, quase que adormecendo. Assim, foi desde logo percetível alguma abertura à situação das sessões e ao estímulo musical.

No início das sessões a estagiária iniciava com a "canção de boas-vindas" fazendo várias referências ao nome da utente, mas esta não apresentava qualquer tipo de resposta. A estagiária tentou diferentes canções para observar as reações da utente e entender qual o repertório mais significativo, uma vez que não era viável a recolha de preferências musicais através do diálogo verbal. Apesar de a Anabela não apresentar qualquer resposta às canções inicialmente propostas, nem aos instrumentos usados, foi possível observar que quando se cantou as canções "Alecrim", "Oliveira da Serra" e "Ó Rama, ó que linda rama" a utente imitiu pequenos sons e fixou o olhar na estagiária. No entanto, não era de facto possível ler a sua expressão facial para se perceber um eventual significado relativamente às canções

usadas. Pode-se considerar este período inicial como a primeira fase na qual a Anabela apresentava apenas respostas mínimas à música.

A partir da sexta sessão, como consequência do falecimento de uma das utentes, a Anabela mudou para um quarto mais amplo e com mais luminosidade. Foi também nesta altura que a utente começou a fazer o levante. Estas mudanças deram início a uma segunda fase do processo terapêutico, na qual a Anabela começou a apresentar-se mais responsiva perante estímulos externos e a produção musical da estagiária. A Anabela começou a apresentar respostas notórias quando a estagiária cantava a "canção de boas-vindas" ou dizia o seu nome. A sua expressão facial começou a poder ser interpretada como alegria, uma vez que esta sorria ao emitir alguns sons. A estagiária decidiu, então, prolongar esta canção pois interpretou que estes sinais poderiam significar que a utente reconheceu o seu nome ou que apenas o momento foi agradável. Mas quando cantou o "Alecrim" a utente começou a fechar os olhos. A estagiária parou, então, de tocar guitarra, mas continuou a cantar enquanto fazia alguns ritmos no braço da utente. Esta não mostrou oposição ao contacto físico, voltou a abrir os olhos e a estabelecer contacto visual. Podia-se observar também que ia movendo a boca e imitia pequenos sons, como "Ah", em tom de suspiro dando sinais de algum tipo de experiência prazerosa ou mesmo relaxante. Pode notar-se a partir desta fase um maior envolvimento da Anabela nas experiências propostas na sessão.

Nesta altura a estagiária começou a usar menos instrumentos nas sessões focando-se na voz, acompanhada, por vezes pela guitarra. A estagiária começou a dar maior importância à melodia das canções, em vez da letra, fazendo também mais vocalizos. O toque durante as canções foi também uma abordagem usada pela estagiária numa tentativa de estabelecer maior contacto com a Anabela, dando maior enfase à experiência musical e à evocação de sentimentos e memórias.

Estas alterações vieram a prolongar-se pelas sessões seguintes, onde a Anabela se mostrava mais ativa, responsiva e emitindo alguns sinais de experiência prazerosa na sessão, algo que não acontecia anteriormente. Foi também nesta fase que a Anabela começou a demonstrar bastante interesse pela guitarra, focando a sua atenção na direção do som e nos dedos da estagiária quando esta mudava de acorde. É de referir que em conversa com o filho, depois da intervenção ter iniciado, este mencionou que em pequeno tocava guitarra num pequeno grupo que celebrava o serviço religioso na igreja. Podemos interpretar este interesse no som da guitarra como estando eventualmente relacionado com vivências passadas, numa lógica de recuperação de memórias. Nesta perspetiva a guitarra potenciou e prolongou a ligação com estagiária. Estas observações vão ao encontro da literatura, que refere que, mesmo em pacientes em fases terminais da demência, a música tem potencial para ativar as áreas do cérebro relacionadas com a memória, havendo uma evocação de recordações passadas ou de sentimentos, mas também da linguagem permitindo que os pacientes criem formas de comunicar com os outros. A música possibilita neste sentido a estimulação de experiências agradáveis relacionadas com o passado (Bruer, Spitznagel & Cloninger, 2007; Cuddy & Duffy, 2005; Hernández, et al., 2012; Spiro, 2010; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2001).

Na décima sessão a utente encontrava-se um pouco mais agitada, repetindo continuamente uma série de palavras à partida ininteligíveis. No entanto, esta sessão foi um marco no processo terapêutico da utente, na medida em que pela primeira vez usou linguagem verbal, tendo evoluído para uma interação contingente entre paciente e terapeuta. Em vários momentos durante esta sessão verificou-se que as palavras pronunciadas iam ao encontro do tom em que a estagiária dedilhava a guitarra. Este sinal evidencia comunicação e criação de relação em sessão. À medida que a Anabela ia continuando a proferir estas

palavras incompreensíveis a estagiária foi-se apercebendo que as palavras constituíam uma reza, “Ave Maria”. Foi a primeira vez que apresentou um discurso contínuo e percetível. A estagiária decidiu então tentar uma nova canção, “13 de maio”, repetindo as palavras que melhor se compreendiam, nomeadamente “Ave Maria”. Houve alternância entre momentos de cantar seguidos de momentos de pausa, para observar as reações da Anabela. No início da canção esta fez um silêncio, fixou o olhar na estagiária voltou a recomeçar a sua oração no tom da canção. Nos momentos de pausa a Anabela permanecia igualmente em silêncio e focava a atenção na estagiária. Esta demonstrou através de sinais verbais e não verbais que este momento tinha sido do seu agrado, dizendo inclusivamente num dos momentos de pausa “tão lindo” e acenando com a cabeça afirmativamente. Marcou-se aqui um passo importante pois, pela primeira vez, a Anabela expressou emoções e participou ativamente na sessão, criando momentos de reciprocidade com a estagiária, evidenciando, ainda, reação à música não só através da expressão facial, mas também através do corpo.

Com esta mudança verifica-se uma terceira fase, a participação e expressão ativas. Nas sessões seguintes a utente demonstrou menos apatia e maior interesse à presença de outras pessoas no seu quarto, bem como maior reação a ruídos externos. Começou a usar mais expressões faciais, como abrir os olhos, acenar com a cabeça ou sorrir, para expressar emoções. Observou-se nas sessões seguintes que em determinadas alturas a Anabela interrompia as canções com palavras pouco percetíveis, parecendo reclamar com a estagiária, pois demonstrava uma expressão facial de irritação. Podemos considerar que demonstrava iniciativa e vontade de iniciar uma conversa. Pode, ainda, significar que talvez algumas características da sua personalidade ainda se mantinham, e que o seu repertório expressivo estava a aumentar. Nesta altura é possível identificar diferentes emoções na Anabela pois está encontra-se mais expressiva e participativa na sessão.

Neste sentido, ao longo das sessões seguintes, houve uma tentativa de interagir com a Anabela perguntando se gostava das canções e se queria ouvir mais. Esta por vezes acenava com a cabeça, abria os olhos, e podia-se compreender um "sim". A partir desta altura as canções "13 de maio" e "Alecrim" eram as músicas que provocavam mais reações na utente. A estagiária tentou, ainda, espelhar o que se compreendia do discurso da Anabela, improvisando pequenas melodias sem letra ou pequenos vocalizos, o que foi gerando um aumento de envolvimento, reciprocidade e comunicação entre a utente e a estagiária. Neste contexto, o uso de músicas pertencentes à identidade sonoro-musical da Anabela permitiu identificar algumas características da sua personalidade e manter a sua identidade, bem como a criação de uma relação terapeuta-paciente, como refere a literatura (Benezon, 1988; Bruscia, 2014; Sherrat, Thornton e Hatton, 2004; Ziv et al., 2007).

Com o avançar do tempo o progresso terapêutico da Anabela foi evoluindo, pois esta foi demonstrando maior interesse pela presença de pessoas, sons e objetos e mais comunicativa e ativa. É de referir que, mesmo fora do contexto de sessão, quando a estagiária entrava no seu quarto para preparar o *setting* terapêutico esta sorria e, por vezes até se ouvia um riso ao ver a guitarra.

A partir da décima quinta sessão a estagiária cantou algumas músicas introduzindo novamente instrumentos de percussão, nomeadamente um pequeno tambor, as maracas e um shaker. Os instrumentos de percussão foram reintroduzidos na sessão pois, uma vez que a Anabela se demostrava mais participativa e envolvida na sessão, a estagiária usou os instrumentos para perceber as reações da Anabela a novos sons e objetos, focando-se mais no ritmo das canções. Como referido anteriormente esta inicialmente não demonstrou qualquer interesse pelos instrumentos, porém nas sessões seguinte estes provocaram reações positiva na utente. Quando a estagiária tocava o pequeno tambor a Anabela olhava fixamente para ele,

sorria, pronunciava palavras ininteligíveis e às vezes acenava com a cabeça. Mas a guitarra continuou a ser o preferido, uma vez que a sua expressão facial apresentava alegria. Esta fazia bastante contacto visual com a estagiária e com o instrumento e sorria. Inclusive quando a estagiária mudava dos instrumentos de percussão novamente para a guitarra a sua expressão mudava por completo. Nos momentos de pausa entre as canções verificou-se que esta mostrava contacto visual com a estagiária exprimindo uma sensação de espectativa. A estagiária interpretou estes momentos como se a Anabela estivesse à espera que a música continuasse.

Nas últimas sessões a Anabela encontrava-se com uma expressão mais alegre, com os olhos mais abertos e sorrindo. Isto foi possível observar na "canção de boas-vindas" e no "Alecrim". Pronunciava mais palavras, algumas vezes percetíveis, no entanto, quando questionada pela estagiária não respondia. Na última sessão a estagiária percebeu que esta se encontrava a rir, com bastante entusiasmo, durante a canção "Oliveirinha da serra". Esta mostrou bastante atenção na atividade realizada e expressou sinais de prazer.

Resultados finais

A intervenção realizada ao longo de vinte sessões, com a Anabela, entre janeiro e junho de 2018, mostrou que os objetivos propostos no plano terapêutico foram alcançados. Como referido anteriormente, de forma a obter resultados mais fiáveis foram analisados os vídeos das sessões, bem como as grelhas de observação. De acordo com os dados de observação clínica (apêndice F e G) verificou-se que a Anabela mostrou uma pequena evolução no seu processo terapêutico.

Na fase final da intervenção a Anabela demonstrava maior reação à presença de pessoas e à presença de diferentes estímulos sonoros, nomeadamente, à música e aos instrumentos musicais, em particular a guitarra e o tambor, comprovado pela sua

comunicação não-verbal. Esta focava o olhar na direção da fonte sonora, acenava com a cabeça e sorria. Houve também um aumento de respostas verbais, verificado por exemplo quando pronunciava palavras, compreensíveis ou não. Relativamente à produção sonora a Anabela nunca cantou nenhuma canção, mas em algumas sessões observou-se que esta proferia as palavras no tom da canção. Este sinal mostra que a utente estava em relação com a estagiária durante a sessão. Salienta-se, ainda, que a guitarra foi um veículo que potenciou e expandiu a relação com a estagiária. Esta foi evoluindo para uma participação mais ativa durante a sessão.

Do ponto de vista da expressão emocional a Anabela começou a usar mais expressões faciais, manifestando emoções positivos e negativos, tornando-se mais expressiva ao longo do processo terapêutico. Verificou-se ainda uma evolução na atenção nas atividades realizadas, bem como uma maior reação ao som e contacto visual com a estagiária. Esta alteração nos seus comportamentos potenciou-se graças à criação de uma relação terapêutica, onde a empatia foi essencial para o processo de partilha emocional entre a Anabela e a estagiária.

Discussão final do caso

A análise do plano terapêutico, das sessões e dos resultados obtidos demonstram que houve uma evolução no processo terapêutico da Anabela ao longo da intervenção.

Inicialmente a Anabela não apresentava contacto visual com a estagiária e poucas respostas verbais e não verbais quando eram exploradas algumas canções. Após seis sessões houve uma mudança nos seus comportamentos, nomeadamente, maior resposta a estímulos externos. A Anabela começou a apresentar respostas verbais e não verbais em reação à música produzida. Esta alteração foi consequência de uma possível ativação de memórias e

sentimentos, associados às canções pertencentes à identidade sonoro-musical da Anabela, estimulados pela utilização da guitarra, que lhe provocaram experiências musicais agradáveis.

O uso de uma abordagem mais minimalista, pela estagiária, mais focada na voz, no toque estimulou a Anabela para um maior contacto com a estagiária e uma maior atenção para a presença de pessoas e sons durante a sessão. O uso da guitarra também potenciou a relação com a estagiária, na medida em que esta usou um instrumento que fez parte da vida da Anabela. Dessa forma, a estagiária ao se relacionar com as recordações e experiências vividas da Anabela, criou um canal de comunicação entre as duas.

Estes resultados estão de acordo com a literatura uma vez que o uso de músicas familiares pode despertar recordações passadas, bem como emoções a elas associadas, possibilitando diferentes experiências em sessão (Bruer, Spitznagel & Cloninger, 2007; Cuddy & Duffy, 2005; Hernández, et al., 2012; Spiro, 2010; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2001). O uso destas músicas permite criar uma relação de empatia com os idosos, pois ir ao encontro da sonoridade que os individualiza, contribuiu para a criação de um meio de relacionamento (Benezon, 1988; Bruscia, 2014).

O uso de vocalizos, por parte da estagiária, para espelhar alguns sons emitidos pela Anabela permitiu um aumento de respostas verbais percetíveis, como por exemplo a reza da oração “Ave Maria” no tom da canção da estagiária, bem como não verbais, como maior contacto visual. A Anabela começou a demonstrar mais expressões faciais e mais reações com o corpo em resposta à produção musical. Estes sinais mostram que a Anabela se mostrava mais ativa e envolvida na produção musical, mas também que a música permitiu que esta comunicasse com a estagiária através da música, criando momentos de reciprocidade verbal. Estas observações vão ao encontro do que referem Vink, Bruinsma e Scholten (2004). Os autores mencionam que no campo da linguagem, comunicar através da música e das suas

propriedades, como a melodia ou ritmo, é uma alternativa para a expressão e para a criação de relações com os outros, mesmo quando as capacidades comunicativas estão deterioradas. Neste contexto, o facto de Anabela proferir palavras no tom da música mostra vontade de comunicar com a estagiária e de criar relação com a mesma.

Em suma, os resultados obtidos foram os esperados tendo em consideração os objetivos delineados no plano terapêutico da Anabela. Pode concluir-se, portanto, que houve uma evolução na reação a estímulos externos, bem como na produção de sinais verbais e não verbais. Existiu uma melhoria ao nível da relação com o outro, havendo maior reciprocidade, responsividade, participação e envolvimento, e ainda, maior expressão pessoal. As estratégias usadas ao longo das sessões contribuíram, assim, para a promoção de reações visíveis na Anabela, tendo em consideração a problemáticas identificadas, sendo necessário mais tempo de intervenção para a obtenção de melhores resultados. Salienta-se, ainda, que esta intervenção pretendeu melhorar e conservar algumas das capacidades da Anabela, sendo pertinente a continuação de sessões de musicoterapia.

Estudo de caso II

A seguir descreve-se o estudo de caso II, realizado em contexto individual com a utente Fátima da ERPI Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa da Misericórdia de Braga. O seu nome foi alterado como forma de salvaguardar a sua identidade.

Descrição da utente

A Fátima, de 82 anos de idade, deu entrada na instituição para a valência do CD, em 2016. É natural de Braga, viúva e tem um filho, com quem morava antes de ser institucionalizada. Tem o 12.º ano e trabalhou como secretária. Inicialmente, quando deu entrada no CD a nível funcional era completamente autónoma, segundo o Índice de *Barthel*, e no domínio cognitivo encontrava-se totalmente orientada a nível temporal e espacial. Esta ingressou nesta valência por motivos de isolamento, devido aos compromissos profissionais do filho, e para que fosse estimulada cognitiva e fisicamente. De acordo com as colaboradoras do CD a Fátima demonstrava-se disponível e com vontade de participar nas atividades propostas, particularmente nas atividades musicais e de teatro.

No entanto, ao longo do tempo, a utente começou a apresentar uma progressiva deterioração cognitiva, nomeadamente desorientação, perda gradual da memória, discurso desconexo e dificuldades em terminar o raciocínio, esquecendo-se das palavras. A Fátima começou a demonstrar comportamentos inadequados, nomeadamente deambular pelos corredores despida, e ansiedade, apesar de ser considerada pelas colaboradoras como uma pessoa calma.

No início de 2017 a Fátima foi diagnosticada com uma demência do tipo Alzheimer e apresentava um grau de dependência moderada, segundo o Índice de *Barthel*, precisando de supervisão para todas as atividades da vida diária, à exceção da alimentação. Por estes

motivos foi indicada para a ERPI em janeiro do ano corrente e acabou por dar entrada no final de fevereiro do mesmo ano.

Avaliação inicial

Durante a fase de observação, ainda no CD, em conversa com a Fátima, a estagiária descobriu que a música esteve presente na sua vida. Quando questionada sobre os seus gostos musicais referiu que a sua mãe gostava de cantar e esta também, mas, segundo a própria, "não tinha jeito".

Ainda durante este período, a estagiária verificou que a Fátima ao longo do tempo foi demonstrando cada vez menos interesse em participar nas atividades proporcionadas pela animadora sociocultural, que antes eram do seu agrado, salientando-se que numa ocasião referiu a própria que era "muito confuso e barulhento". A Fátima foi ficando cada vez mais apática, com um discurso incoerente e maior desorientação temporal e espacial.

Desde que foi institucionalizada, a Fátima foi apresentando maior desorientação e ansiedade, expressando, por diversas vezes, vontade ir para casa. Nas primeiras semanas fazia várias tentativas em direção à saída, sendo necessário constante supervisão. Mas com o passar do tempo a utente encontrava-se, durante o dia, sentada no corredor sozinha, mostrava apatia e sem vontade de participar em diferentes atividades. É ainda de ressaltar que, durante o período de estágio, a Fátima recebeu algumas visitas do filho, tendo ainda capacidade de o reconhecer e nomear.

Neste sentido, verificou-se que o processo de aceitação da institucionalização foi complicado. A Fátima começou a mostrar maior desorientação, ansiedade, desmotivação e pouca interação social. Tendo em consideração os factos acima descritos a Fátima foi encaminhada para as sessões de musicoterapia após o consentimento da diretora técnica e do filho. A sua ficha de anamnese foi elaborada de acordo com os dados recolhidos junto da

própria, das colaboradoras e da diretora técnica, e ainda, da consulta do processo individual da Fátima.

Plano terapêutico

Durante o período inicial de observação e através das primeiras sessões, realizadas durante a intervenção, foi possível verificar que a transferência da Fátima do CD para a ERPI não foi um processo fácil. Esta apresentava um declínio ao nível da memória, desorientação, discurso por vezes incoerente e não demonstrava consciência da sua situação. Neste contexto, a Fátima começou a apresentar apatia, isolamento e pouca interação com os outros. Assim, face a este quadro clínico, foram identificados pela estagiária dois problemas que poderiam ser trabalhados através da intervenção musicoterapêutica: 1. Perda de memória; 2. Resistência à interação e ao relacionamento interpessoal.

Para o primeiro problema delinearam-se três objetivos que promovesse a recuperação de memórias de atividades realizadas durante a sessão ou em sessões anteriores, e ainda, reavivar memórias afetivas. Em relação ao segundo problema pretendeu-se promover a relação interpessoal, e neste sentido aumentar o contacto visual com a estagiária, a interação durante uma atividade musical, e ainda melhorar a atenção da Fátima durante a realização de atividades em sessão.

A tabela seguinte apresenta o plano terapêutico destinado para a Fátima, apresentando as problemáticas identificadas e os objetivos gerais e específicos.

Tabela 5

Plano terapêutico II

Nome do utente: Fátima

Idade: 82 anos **Início do tratamento:** março de 2018

Diagnóstico: Doença de Alzheimer

Informações prioritárias: A utente apresenta deterioração cognitiva progressiva ainda numa fase inicial. Mostra desorientação, perda gradual da memória, dificuldades em terminar o raciocínio, desinibição, isolamento e pouca relação interpessoal

Problema nº 1: Perda de memória

Objetivo: Manter ou melhorar a memória

Sub-objectivos:

Recuperar memórias de atividades durante a sessão	Readquirir memórias de atividades de sessões anteriores	Reavivar a memória afetivas

Problema nº 2: Resistência à interação e ao relacionamento interpessoal

Objetivo: Promover a relação e a interação

Sub-objectivos:

Promover a interação durante uma atividade musical	Ampliar o contacto visual	Aumentar a atenção numa determinada atividade durante a sessão

Intervenção

A intervenção com a Fátima decorreu entre março e junho de 2018, com uma periodicidade semanal, exceto quando por razões alheias à estagiária não era possível a sua realização. Foram realizadas dezasseis sessões, com duração média de 30 minutos.

As primeiras sessões consistiram na experimentação de instrumentos, bem como das músicas que mais se identificassem com a Fernanda, questionando-a sobre que canções gostaria de cantar, de forma a não direcionar totalmente a atividade musical. Estas sessões permitiram perceber as reações da Fátima à música e delinear o seu plano terapêutico.

As sessões inicias marcaram uma primeira fase de experimentação de diferentes sonoridades e início de uma relação terapêutica. Neste período a Fátima demonstrava pouco contacto visual, olhava apenas para o instrumento escolhido ou para o chão, e apenas fazia contacto por breves instantes quando lhe era colocada uma questão. A utente mostrava uma postura corporal fechada sobre si mesma, introvertida e mostrava alguma reticência na realização das atividades propostas pela estagiária. Com o avançar do processo terapêutico e da relação com a estagiária foi-se sentido mais confortável nas atividades propostas em sessão.

Nesta altura a Fátima experimentou os vários instrumentos, não se mantendo muito tempo apenas num. Durante as canções esta focava a sua atenção e o contacto visual no instrumento escolhido, e acompanhava o ritmo da música. É de referir que esta executava também o ritmo com os pés. Neste contexto, podemos considerar que as músicas escolhidas pela estagiária ativavam a memória da Fátima. Por vezes, a utente tocava o tambor com as pontas dos dedos, num ritmo rápido, contínuo e com movimentos circulares, podendo tratar-se de uma pequena estereotipia motora. Para trabalhar este aspeto a estagiária decidiu ao longo da intervenção usar a canção “Ó malhão, malhão”, uma vez que esta tem um ritmo bem vincado da música tradicional portuguesa, verificando-se que despertava memórias musicais na utente. A Fátima conseguia imitar os ritmos, bem como os movimentos reproduzidos pela estagiária.

A desorientação espacial e temporal da Fátima revelou-se uma problemática nas primeiras sessões pois esta não era capaz de manter a atenção nas atividades realizadas durante muito tempo. Esta interrompia as canções para falar de diferentes assuntos fora do contexto da sessão e inclusive mostrava alguma ansiedade, levantando-se diversas vezes quando se ouvia um ruído do exterior. Nestas alturas a utente, por vezes, perdia-se nas palavras, incapaz de terminar no raciocínio, permanecia breves instantes em silêncio e mostrava alguma frustração. A estagiária esperava alguns instantes para que esta tentasse terminar o pensamento, acompanhado com alguns acordes na guitarra uma canção familiar para a Fátima, numa tentativa de ativação de memórias e de manter a sua atenção na atividade. É de salientar que em alguns momentos a Fátima tinha breves instantes de lucidez e mostrava consciência da sua condição, referindo a própria, por exemplo, "esqueço-me disto, esqueço-me daquilo".

Ao nível da produção sonora a Fátima não demonstrava muita iniciativa para cantar juntamente com a estagiária, tendo sido feitas algumas tentativas para que esta se sentisse confortável para cantar. Em algumas ocasiões a utente mostrava vontade de cantar, mas fazia-o de forma muito discreta e tímida. Neste sentido, a estagiária parava de cantar, continuando apenas o acompanhamento pela guitarra, para dar espaço à Fátima para se exprimir e cantar a canção.

Nas sessões seguintes a Fátima, quando questionada sobre uma música cantada na sessão anterior, começava a cantá-la, reproduzindo apenas a melodia. Podemos considerar que a música ativou alguma recordação passada. A Fátima foi começando a cantar mais quando lhe era dado o espaço para o fazer. No entanto, foi possível verificar que esta ativação de memórias apenas se restringia a canções da sua juventude pois quando se cantava a "canção de boas-vindas", a Fátima não cantava e não mostrava reação quando era feita

referência ao seu nome. Porém, a utente era capaz de tocar o ritmo da música. Podemos deduzir, com base nas informações obtidas durante a fase de observação e ao longo das sessões, que a Fátima teve contacto com a música ao longo da sua vida, mostrando alguma aptidão musical. Estas observações estão de acordo com a literatura que menciona que apesar do declínio cognitivo é possível que a aptidão musical se mantenha intacta mesmo nas fases terminais da demência (Hernández, et al., 2012; Spiro, 2010; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2001).

A partir da quarta sessão a Fátima foi começando a cantar mais em conjunto com a estagiária e a permanecer mais tempo na atividade, mostrando mais participação e interação durante uma atividade musical. Esta começou também a demonstrar mais contacto visual com a estagiária, mas este perdia-se para os instrumentos musicais escolhidos. Pode-se considerar que nesta altura se mostrava mais disponível para a relação e mais confortável para a realização das atividades propostas pela estagiária em sessão.

A partir da sexta sessão surgiu uma nova fase, que marcou um progresso na relação terapêutica entre utente e estagiária. Nesta altura a Fátima mostrou maior iniciativa para direcionar a sessão e para cantar em conjunto com a estagiária. A introdução de um novo instrumento melódico, o xilofone, potenciou a participação nas atividades e a relação na música pois permitiu criar novas sonoridades e ambientes musicais. Foi possível com este instrumento evidenciar a memória musical da Fátima, uma vez que esta tentava recriar canções anteriormente trabalhadas no xilofone por iniciativa própria. Este contribuiu anda para que a Fátima cantasse de forma mais presente nas sessões. A Fátima começou a adotar uma nova postura, mais aberta e envolvida na produção musical, exprimindo satisfação quando era capaz de tocar a música. Apesar de nem sempre acertar nas notas, era capaz de se manter o ritmo da canção no xilofone e de cantar algumas partes das letras das canções. Isto

demonstra que ao longo das sessões foi percebendo que aquele espaço lhe permitia criar e partilhar momentos musicais.

Nesta altura Fátima era capaz de se relembrar melhor da melodia e da letra das canções escolhidas. A utente era capaz de dar continuidade às canções quando estas eram iniciadas pela estagiária. Estas observações vão ao encontro da literatura, na medida em que a música tem potencial para estimular a memória de pessoas com doença de Alzheimer e ainda, cantar combinando as letras e as melodias de canções familiares aumenta a ativação neurológica (Bruer, Spitznagel & Cloninger, 2007; Cuddy & Duffy, 2005; Hernández, et al., 2012).

A Fátima começou também a demonstrar maior criatividade musical pois participava ativamente em pequenos momentos de improvisação e conseguia manter a atenção durante mais tempo na atividade. Salienta-se, ainda que em sessões posteriores o xilofone potenciou o reavivar das memórias de sessão para sessão da Fátima pois esta era capaz de se recordar que o instrumento tinha sido usado anteriormente.

Na sessão 8 foi possível verificar um momento de direcionamento da atividade musical pois a Fátima foi capaz de se recordar do nome da canção “Alecrim” e começou de imediato a cantá-la, mas sem letra. A utente conseguiu mantar-se focada na canção durante mais tempo mostrando-se mais à vontade para cantar. Esta demonstrou alegria quando a música terminou dizendo “foi de início ao fim!”. Podemos considerar que o ter conseguido terminar uma canção foi um momento de satisfação pessoal para a Fátima. Estes sinais foram-se verificando pelas sessões seguintes.

Destaca-se ainda que na penúltima sessão a estagiária começou a cantar a canção “Laurindinha”, acompanhando com o djambé, e a Fátima começa a cantar a letra uma 3.º acima do tom da estagiária, executando a segunda voz da canção, afinada e dentro do ritmo.

Este sinal evidencia ativação de memórias musicais passadas, bem como das atividades realizadas nas sessões anteriores.

Resultados finais

A intervenção realizada ao longo de dezasseis sessões, com a Fátima, entre março e junho de 2018, mostrou que os objetivos propostos no plano terapêutico foram alcançados. De acordo com os dados de observação clínica (apêndice H e I) verificou-se que a Fátima mostrou uma evolução no seu processo terapêutico.

Após esta avaliação verificou-se que a Fátima readquiriu memórias de atividades realizadas durante a sessão, evidenciado quando recriava canções anteriormente trabalhadas, cantando e tocando por iniciativa. Estas recordações mantiveram-se de sessão para sessão, como se verificou ao se lembrar que o xilofone tinha sido usado numa sessão anterior. Pode-se, ainda, considerar que houve uma reativação de memórias musicais passadas uma vez que a Fátima se lembrava da letra de canções da sua juventude, como o "Alecrim", ou quando era capaz de reproduzir o ritmo de quase todas as canções trabalhadas. A música potenciou, ainda memórias afetivas, pois a Fátima por vezes recordava acontecimentos na sua vida. Alguns destes momentos demonstraram-se prazerosos para a Fátima pois esta começava a contar uma história e a sua expressão facial apresentava alegria, demonstrando como refere a literatura que as emoções podem ser evocadas em resposta a uma determinada música (Hernández, et al., 2012; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

A Fátima demonstrou também maior atenção, mantendo-se mais tempo numa atividade e em relação com a estagiária. Esta foi interrompendo menos as atividades propostas ao longo do tempo e era capaz de realizar uma atividade até ao final. Apresentou ainda mais contacto visual e disponibilidade para a relação com a estagiária. Neste contexto, podemos considerar que houve uma melhoria ao nível da orientação da Fátima uma vez que

esta ia tendo mais consciência de que estava em sessão. No entanto, ainda direcionava a sua atenção nos instrumentos, podendo este sinal significar concentração no ritmo que executava no instrumento. Esta foi demonstrando maior participação e envolvimento na produção musical, quer ao nível vocal quer instrumental, marcando mais a sua presença ao longo das sessões. Podemos considerar que se sentiu mais à vontade na relação com a estagiária para o fazer.

Por último, é possível dizer que a música também proporcionou alguns momentos de satisfação pessoal para a Fátima, que apesar de estar a perder progressivamente as suas capacidades ainda mantinha um pouco da sua identidade. Como se verificou quando conseguiu terminar uma canção ou lembrar-se de uma letra ou de um ritmo.

Discussão final do caso

A análise do plano terapêutico, das sessões e dos resultados obtidos demonstram que houve uma evolução no processo terapêutico da Fátima ao longo da intervenção.

Nas primeiras sessões a Fátima evidenciava uma postura mais introvertida, apática e menos presente, fazia pouco contacto visual com a estagiária fixando o olhar para baixo. Esta mostrava resistência em criar contacto com a estagiária e não conseguia manter a atenção na atividade proposta em sessão. Ao nível cognitivo esta apresentava perda gradual de memória, tendo dificuldades em recordar-se de canções que fizeram parte da sua vida.

O uso de canções familiares por parte da estagiária, bem como a introdução de um instrumento melódico que a Fátima podia tocar, potenciou a relação com a estagiária, bem como a ativação de memórias passadas, observando-se que a sua aptidão musical se manteve intacta. A Fátima começou a demonstrar-se mais focada numa atividade, interrompendo menos ao longo do tempo e aumentou o contacto visual. Neste sentido, verificou-se que a Fátima readquiriu memórias de atividades realizadas de sessão para sessão e que algumas

músicas reativaram recordações de acontecimentos da sua juventude. Estes sinais estão de acordo com a literatura na medida em que cantar e tocar canções familiares ativa áreas do cérebro relacionadas com a memória e a linguagem, permitindo que pacientes com doença de Alzheimer se recordem de acontecimentos vivenciados. Alguns autores referem que apesar de haver um declínio visível das capacidades cognitivas é possível que as capacidades musicais, bem como a responsividade à música se mantenham inalteráveis. Além disto, podem ser evocadas diferentes emoções em resposta a uma determinada música. Assim, ao usar músicas relacionadas com experiências vividas pelos pacientes é possível manter a sua identidade, e dessa forma criar um caminho para uma relação empática entre terapeuta e paciente (Benezon, 1988; Bruscia, 2014; Hernández, et al., 2012; Sherrat, Thornton e Hatton, 2004; Spiro, 2010; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

A Fátima foi demonstrando, ao longo da intervenção, maior envolvimento e participação na produção musical quando a estagiária lhe deu espaço para esta cantar sozinha e para que esta direcionasse a atividade musical. Isto permitiu maior interação e relação, uma vez que a Fátima se foi sentido mais confortável e mostrou maior presença quando cantava.

Em suma, os resultados obtidos foram os esperados tendo em consideração os objetivos delineados no plano terapêutico da Fátima. Contudo, é de realçar que, apesar de os resultados acima descritos mostrarem uma evolução, era necessário mais tempo de intervenção para que a progressão da Fátima se tornasse mais visível. Pode concluir-se que a intervenção pode ter contribuído para que a Fátima aceitasse melhor a sua institucionalização, evidenciando menos ansiedade, e que as sessões se tornaram num espaço onde a Fátima pode sentir satisfação pessoal, partilhar diferentes experiências musicais, estimulando o seu relacionamento. Neste sentido seria pertinente a continuidade das sessões de musicoterapia com a Fátima.

Outras intervenções clínicas

Além dos casos acima descritos a estagiária realizou, ao longo do estágio, intervenção musicoterapêutica com mais seis utentes da ERPI Nossa Senhora da Misericórdia, em contexto individual.

Intervenção individual - Luísa

A utente Luísa, de 88 anos, é viúva e deu entrada na ERPI em 2012. O motivo para a sua institucionalização foi isolamento habitacional, mostrando vontade de ingressar na instituição. Na avaliação inicial a utente apresentava uma dependência leve e problemas auditivos. Em 2015 sofreu um ataque de epilepsia e ficou com graves sequelas a nível cognitivo e da motricidade. Perdeu a mobilidade dos membros inferiores e encontra-se numa cadeira de rodas. Ficou, bastante desorientada, apresenta uma linguagem bastante agressiva. No entanto, ainda era capaz de responder a perguntas específicas e sorria quando alguma funcionária ia ao seu quarto. Recentemente, devido a alterações na sua medicação, a utente encontra-se numas alturas, muito sonolenta, com ausência de expressão facial, desorientada e com um discurso ininteligível. E noutras demonstra constantemente linguagem e comportamentos agressivos. Esta foi sinalizada para a intervenção pois já tinha usufruído anteriormente de sessões de musicoterapia, pretendendo-se dar continuidade ao trabalho desenvolvido. Neste sentido pretendeu-se reduzir a linguagem agressiva, aumentar o controlo de impulsos vocais e diminuir a apatia e proporcionar momentos de relaxamento, uma vez que mais no final da intervenção esta era capaz de gritar continuamente todo o dia.

Realizaram-se 20 sessões com a Luísa baseadas na recriação musical e na reminiscência. Nas sessões de maior agitação a estagiária criava novas letras, de acordo com o que esta ia gritando, ou usava diferentes dinâmicas ao longo da música espelhando os impulsos da Luísa. Desta forma tentou criar momentos de empatia e relação com a Luísa.

Nestas alturas verifica-se, ainda que por breves instantes, um maior contacto visual com a estagiária e por vezes um sorriso. Ao longo das sessões foram cantadas canções pertencentes à sua identidade sonora e era possível verificar que este reaviva as memórias musicais da Luísa, pois a estagiária fazia pequenas pausas para que esta completasse a canção e verificava-se que esta era capaz de reproduzir parte das letras. Nas sessões em que se encontrava menos consciente, abatida e praticamente sem reação apenas ouvia a música sem mostrar responsividade para cantar ou tocar instrumentos. O seu processo sofreu avanços e recuos, mas foi possível verificar melhorias na atenção, havendo maior controlo de impulsos durante a atividade musical. Esta mudança de comportamentos proporcionou maior participação, maior contacto e interação com a estagiária.

Intervenção individual - Jorge

O utente Jorge, tem 85 anos, é casado e foi emigrante em França. Foi admitido primeiro o Centro de Dia em 2014. Na avaliação inicial apresentava uma dependência moderada e ao demonstrava algum declínio cognitivo. Em 2015, teve de ser hospitalizado e ficou com graves sequela ao nível físico e mental, sendo admitido na ERPI. Atualmente, o utente encontra-se acamado, mas faz levante, desde que houve alterações na dinâmica da instituição, permanecendo no quarto, e alimenta-se através de uma sonda nasogástrica. Este apresenta prostração, ausência de expressão facial e a sua respiração é ofegante e descontrolada. Praticamente não comunica, apenas imite uns sons de desagrado, tossindo várias vezes. O Jorge foi sinalizado para a intervenção pois em primeiro lugar não usufruía de qualquer atividade e durante grande parte do dia não tinha contacto com ninguém. Em segundo lugar, porque em conversas com as auxiliares a estagiária descobriu que cantava fado.

Realizaram-se 17 sessões individuais, com duração aproximada de 30 minutos. Estas foram apenas de caráter recetivo, baseada em atividades de escuta musical, ao vivo, com acompanhamento da guitarra, ou com gravação, de canções que faziam parte do seu ISO, nomeadamente canções francesas e o Fado. Após 4 sessões verificaram-se alguns sinais de mudança de comportamento. Mais concretamente ao nível da respiração mais controlada e de uma expressão facial mais calma. Durante o Fado o utente imitia alguns sons, pareciam suspiros ("ah"), procurava a fonte sonora e por vezes movia as pernas ao ritmo da música e a boca. A partir desta fase mantinha maior contacto visual com a estagiária quando tocava guitarra ou cantava. Podemos interpretar que o utente tinha a perceção da presença da estagiária e que apesar das suas limitações este interagiu e participou na intervenção.

Intervenção individual - Maria

A utente Maria de 98 anos, foi bibliotecária, tinha a 3.º classe e por motivos de saúde não tinha filhos. Foi admitida na ERPI em 2007, apresentando isolamento social, depois do marido falecer, e síndrome demencial. Na avaliação inicial a utente referiu que tinha vontade de ingressar na ERPI, uma vez que a sua irmã já se encontrava a residir na instituição e porque este seria um mecanismo de apoio e suporte para o seu futuro. Ao nível funcional era independente, não apresentava nenhum défice cognitivo, precisando apenas de alguma supervisão para algumas atividades diárias. Atualmente a utente encontra-se na fase terminal da doença de Alzheimer, está acamada, alimentando-se com uma sonda nasogástrica, não fala e encontra-se na maioria das vezes com os olhos fechados, não demonstrando qualquer reação a estímulos externos.

A Maria usufruiu apenas de 6 sessões, pois faleceu durante a fase de intervenção, no final de fevereiro. A atividade musical durante as sessões baseou-se na escuta musical. A estagiária, através de informações obtidas pelas auxiliares, percebeu que canções a utente

gostaria de ouvir, por exemplo o “Alecrim”, e que esta gostava muito de ouvir guitarra pois, durante a sua juventude o tocou. Logo no início das sessões a Maria parecia não ter perceção de que se encontrava alguém no quarto. No entanto, assim que a estagiária começava a cantar a sua respiração acalmava e a expressão facial alterava-se, esta abria apenas um pouco os olhos e sorria, mexendo a boca constantemente. Pode-se considerar que tentava comunicar com a estagiária. Nas últimas duas sessões a Maria imitiu pequenos sons durante as canções e procurou a fonte sonora. A última sessão foi um marco no seu processo pois foi a sessão em que mais abriu os olhos, mostrando maior contacto visual com a estagiária e a guitarra. Apesar do processo terapêutico ter sido curto verificou-se aumento do contacto e da perceção da presença da estagiária.

Intervenção individual - Silvina

A Silvina tem 91 anos, é viúva, não tem qualquer nível de escolaridade e foi admitida na ERPI em 2016. Na entrada para a instituição a utente apresentava uma dependência muito grave, síndrome demencial e desorientação tanto a nível espacial como temporal, necessitando de apoio para todas as atividades diárias.

Esta não reconhece os familiares na maioria das vezes, exibindo um discurso incoerente. Durante a fase de intervenção a utente sofreu uma queda, encontrando-se na maior parte do dia numa cadeira. Podemos considerar que durante a intervenção existiram duas fases: a primeira antes da queda, e o segundo depois da queda.

Nas 3 sessões realizadas antes do acidente a Silvina gostava de participar, mostrava alguma interação durante a produção sonora. Entoava a melodia de algumas canções que a estagiária recriava com ela, mas sem conseguir reproduzir as letras. Apresentava, ainda, alguma estereotipia quando tocava nos instrumentos de percussão. Porém, após a queda, verificou-se uma maior desorientação e um aumento do défice linguístico, pois mostra um

discurso muito incoerente, repetindo apenas a sílaba “na”. Em contexto de sessão esta demonstrava-se muito agitada, mudando constantemente de instrumento. O plano inicial sofreu uma alteração tento a estagiária de fazer um trabalho mais relacionado com o relaxamento e a redução de sinais verbais repetitivos. Porém apenas se realizaram no total 8 sessões com a Silvina, antes e após o acidente, pois esta recusava a maior parte das tentativas da estagiária de participar nas sessões. Apesar disto, no final esta apresentava um discurso um pouco mais coerente e menos repetitivo, mas continuou a apresentar bastante agitação.

Intervenção individual - Eva

A utente Eva, de 89 anos, viúva, foi admitida na ERPI em 2014 pois apresentava uma dependência grave, necessitando de uma cadeira de rodas para se movimentar. Ao nível cognitivo apresenta doença de Alzheimer, revela bastante desorientação espacial e temporal, perda de memória, mas ainda é capaz de se exprimir. Por vezes tem um discurso repetitivo, nomeadamente para rezar a oração “Ave Maria”. A Eva faz o levante para a sala de convívio durante o dia, mas, após 6 sessões, sofreu um AVC ficando hospitalizada durante cerca de dois meses. Esta foi sinalizada para a intervenção porque, apesar de fazer o levante para a sala de convívio não fala com os outros utentes e não participa em qualquer atividade. A Eva usufruiu no total de 12 sessões individuais.

No início da intervenção não demonstra muita vontade de participar na produção sonora, apesar das tentativas da estagiária para que esta tocasse um instrumento ou cantasse com ela. Esta respondia negativamente e limitava-se a ouvir as canções que a estagiária ia tocando. Sempre que questionada sobre que canção gostaria de ouvir esta respondia “o que quiser”. No entanto, fazia bastante contacto visual e sorria, principalmente durante a canção “As pombinhas da C’atrina”. Esta demonstrava, porém, alguma falta de atenção na canção, pois interrompia para questionar a estagiária sobre determinado assunto. Quando regressou

mostrava-se apenas um pouco apática, e com um discurso mais incoerente, mas a sua relação com a estagiária permaneceu, continuando a mostrar contacto visual durante uma canção. No entanto, verificou-se menos vontade comunicar interrompendo menos as atividades. Não no sentido de prestar mais atenção, mas talvez porque o AVC provocou um avanço no seu declínio cognitivo.

Intervenção individual - Alberta

A utente Irene, de 87 anos, natural de Vieira do Minho, viúva, foi dona de uma mercearia. Em 2016 foi-lhe diagnosticada a doença de Alzheimer, ingressando nesse ano no Centro de Dia. Porém, a sua deterioração cognitiva evoluiu rapidamente esta foi sinalizada para a ERPI em abril do ano corrente. Esta encontra-se com uma dependência grave, apresenta desorientação temporal e espacial, necessitando de supervisão para as atividades da vida diária. Possuiu um discurso incoerente, repetindo continuamente partes da oração "Ave Maria", nomeadamente "Nossa Senhora de Fátima". Sempre que é questionada responde com essa frase, ou repete o que lhe foi perguntado. Por vezes é capaz de responder às perguntas, mas apenas com "sim" ou "não", mas já não é capaz de reconhecer pessoas. Durante o período de observação, realizado no Centro de Dia, constatou-se que a Alberta gostava de fugir em direção à porta de saída da instituição. Neste sentido esta foi sinalizada para as intervenções de musicoterapia pela Diretora Técnica, para ajudar no processo de aceitação da institucionalização. E, ainda, porque durante algumas atividades realizadas pela animadora verificou-se que a Irene, que aparentemente não era capaz de verbalizar mais do que a oração, conseguia cantar e reproduzir todas as letras das canções escolhidas.

Foram então realizadas com a utente 10 sessões individuais com o objetivo de diminuir estereotipias e o discurso repetitivo, aumentar a produção verbal e ativar a memória. Neste sentido na "canção das boas-vindas" a estagiária tentava criar um momento de relação

com a Irene, cumprimentando a utente e depois cumprimentando-se a si. Verificou-se que quando a estagiária parava de cantar a utente dizia os nomes corretamente. E ainda, nos momentos após as sessões esta ainda era capaz de reconhecer a estagiária e o seu nome. Nos momentos de recriação musical observou-se que a Alberta era capaz de cantar as canções e reproduzir as várias letras, bem como de tocar os instrumentos de percussão. Apresentava algumas estereotipias motoras, tocando continuamente num ritmo rápido. Porém ainda era capaz de imitar o ritmo que a estagiária reproduzia. Assim, ao longo de todo o processo terapêutico a Alberta demonstrou participação ativa, interação, contacto e reativação de memórias a curto-prazo, durante o período da sessão e imediatamente após sessão.

Conclusão

O presente relatório pretendeu descrever, de forma clara, o estágio curricular realizado na ERPI Nossa Senhora da Misericórdia, da Santa Casa de Misericórdia de Braga. Este consistiu na intervenção individual com oito utentes ao longo de oito meses. A estagiária deparou-se com uma população heterogénea, com diferentes graus de dependência física e mental. Ao longo da fase inicial foi possível observar que havia alguns problemas ao nível da aceitação da institucionalização e que alguns dos utentes desta valência não possuíam estimulação, cognitiva, física, emocional e social, e apenas tinham contacto com outros poucos minutos por dia. A amostra caracterizou-se, assim, por utentes com dependência total ou moderada. Os objetivos do estágio centraram-se, de acordo com a população-alvo, na promoção de atividade que assentassem no desenvolvimento da relação e interação social, na diminuição do isolamento, na estimulação das várias funções cognitivas, na promoção da expressão, na partilha, tentando manter a dignidade e a identidade de cada idoso e contribuir para a aceitação da sua institucionalização.

Como refere a literatura (OMS, 2012 2015, 2017; Paquete, 2014; Seeley & Miller, 2012; Sequeira, 2010) apesar de existirem melhores cuidados de saúde, alguns idosos podem sofrer uma deterioração gradual das suas capacidades mentais, físicas, sociais e emocionais. Portanto, deixam de poder cuidar de si próprias. As instituições são um mecanismo que oferece os cuidados básicos necessários, porém, muitas carecem de intervenções não-farmacológicas. Isto tem repercussões na vida nos idosos, nomeadamente ao nível da autonomia, da dignidade, da sua identidade, levando na maioria dos casos a comportamentos agressivos, de ansiedade, à falta de interesse, à apatia e à depressão. Neste sentido, pode resultar num aumento do declínio físico e cognitivo. São necessárias intervenções e

abordagens terapêuticas que se adaptem às especificidades de cada idoso institucionalizado, contribuindo para a sua reabilitação e bem-estar.

Após a análise dos resultados obtidos e de acordo com a literatura (Aldridge, 2000; Ashida, 2000; Brotons & Koger, 2000; Chu, et al., 2013; Cooke et al., 2010; Cuddy & Duffy, 2005; Hernández, et al., 2012; Ledger & Baker, 2007; Sherrat, Thornton e Hatton, 2004; Spiro, 2010; Suzuki, 2004; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002; Ziv et al., 2007) pode-se verificar que a musicoterapia é uma abordagem terapêutica capaz de estimular as diferentes capacidades dos idosos, através do uso de diferentes técnicas e atividades, como cantar, tocar instrumentos, ouvir, improvisar, ou recriar. Ir ao encontro do ISO de cada interveniente permitiu a ativação de memórias, a promoção da comunicação verbal e não-verbal, de autonomia, de relação, interação, da expressão e partilha de emoções. Dessa forma a música permite que o idoso sinta satisfação pessoal e mantenha a sua identidade.

De um modo geral, considerando as grelhas de observação, os registos de sessão, as fichas de anamnese, bem como a análise das gravações, verifica-se que os objetivos propostos foram alcançados. É possível observar uma evolução no processo terapêutico dos utentes intervencionados. Porém, em alguns casos os resultados não foram tão visíveis, devido por um lado a fatores externos, e por outro à curta duração da intervenção e à realidade do estado de saúde e deterioração dos utentes.

Verificou-se através do contacto com a música, através da audição musical passiva, ou de improvisações realizadas pela estagiária nos utentes com maior deterioração cognitiva o desencadear de expressão de emoções, através da expressão facial e da linguagem, ainda que incoerente. Possibilitou ainda aumentar a responsividade, a participação, a criação de relação e a interação através da música. A recriação de canções conhecidas dos utentes foi importante

na evocação de recordações, de pensamentos associando-se a diferentes sentimentos. Esta possibilitou em alguns casos a diminuição de alguma ansiedade, visível através de respirações mais calmas e menos explosões vocais por parte de alguns utentes. O ritmo da música permitiu trabalhar alguns problemas de motricidade, ainda que o foco não tenha sido esse.

Em suma, a intervenção musicoterapeutica teve um impacto positivo na ERPI Nossa Senhora da Misericórdia. Esta contribuiu para a diminuição do isolamento, para a estimulação, a comunicação, a relação com o outro, a participação, a expressão, a partilha e a aceitação. Salienta-se, ainda que seria necessário dar continuidade à intervenção da musicoterapia para que os utentes possam beneficiar das potencialidades da música.

Discussão final

A musicoterapia como abordagem com idosos institucionalizados de acordo com vários autores (Aldridge, 2000; Ashida, 2000; Benezon, 1988; Bruer, Spitznagel & Cloninger, 2007; Bruscia, 2014; Brotons & Koger, 2000; Chu, et al., 2013; Cooke et al., 2010; Cuddy & Duffy, 2005; Hernández, et al., 2012; Ledger & Baker, 2007; Spiro, 2010; Vink, Bruinsma & Scholten, 2004; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002; Ziv et al., 2007) estimula as várias capacidades mentais e funcionais que constituem o ser humano. As áreas do cérebro que estão relacionadas com a memória, a linguagem e as emoções são ativadas por exemplo pelo uso de músicas familiares dos idosos. Neste contexto, o terapeuta ao relacionar a música com a identidade e individualidade da pessoa, por exemplo as suas histórias e experiências vividas, permite o desenvolvimento de formas de comunicação e interação com os outros. Dessa forma, a musicoterapia contribui também para a diminuição de comportamentos inadequados, frequentemente visíveis nos idosos, como a agitação, a ansiedade, o medo, e até sintomas depressivos. Esta proporciona ainda sentimentos de realização pessoal, que mantêm a identidade e dignidade dos idosos (Ashida, 2000; Sherrat, Thornton e Hatton, 2004; Spiro, 2010; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002).

Ao longo do estágio identificaram-se certas problemáticas descritas pela literatura. Neste sentido, foram delineados objetivos a trabalhar com cada utente intervencionado, de acordo com algumas variáveis descritas ao longo do presente relatório, particularmente, o funcionamento da instituição e a população-alvo.

A análise dos dados fornecidos pelas pelos instrumentos de avaliação e pelas gravações vídeo/áudio mostraram que os resultados obtidos ao longo do estágio foram ao encontro do que seria esperado, considerando a população, e estão de acordo com a literatura.

No geral estes demonstraram um progresso do processo terapêutico dos oito utentes intervencionados.

O contacto com a música e as estratégias usadas pela estagiária permitiram alcançar os objetivos delineados. A audição musical passiva, a recriação pela estagiária de canções familiares e o uso de uma abordagem mais centrada na voz e no toque com os utentes em estados terminais da demência facilitaram a criação de canais de comunicação que desencadearam a expressão de emoções, a ativação de memórias, a partilha, a participação e o envolvimento na produção musical, bem como reações corporais visíveis, como uma respiração mais relaxada, menos explosões vocais ou maior contacto visual. Por outro lado, com os utentes com graus de demência moderado, onde foi possível o uso de uma da musicoterapia ativa, houve uma participação mais envolvente na produção musical. Neste contexto, os utentes puderam tocar instrumentos, cantar e improvisar, tendo as sessões sido um espaço onde se pudessem expressar, interagir, evocar memórias, melhorar a motricidade, sentir satisfação pessoal e usufruir de momentos agradáveis. Neste contexto e de acordo com a literatura (Ashida, 2000; Sherrat, Thornton e Hatton, 2004; Spiro, 2010; Wigram, Pedersen e Bonde, 2002) a abordagem musicoterapêutica proporcionou não só a ativação de memórias e de sentimentos associados à música, como também potenciou o contacto com os outros, a regulação de comportamentos como a ansiedade e a agitação, tentando contribuir para a aceitação da institucionalização.

Porém, existiram ao longo do estágio alguns obstáculos que poderiam ter sido ultrapassados de forma diferente de forma a obter melhores resultados. A realidade encontrada levantou algumas dificuldades ao nível da abordagem musicoterapêutica usada, nomeadamente a dinâmica da instituição, o grau elevado de deterioração de alguns dos utentes e o curto tempo para a realização da intervenção. Além disto, seria necessária a

criação de instrumentos de avaliação mais rigorosos que permitissem de forma mais objetiva comprovar os resultados obtidos.

No entanto, a intervenção abriu de certa forma portas para novas abordagens de intervenção não farmacológica com os residentes da instituição. Verificou-se um impacto positivo na equipa da ERPI Nossa Senhora da Misericórdia, na medida em que o potencial do uso da musicoterapia com os utentes foi visível ao longo do tempo, despertando para um maior interesse por esta intervenção e pelas possibilidades físicas, mentais, emocionais e socias que o uso da música suscita nos idosos.

Reflexão final

Ao longo da minha formação como músico profissional e na minha ainda breve experiência enquanto professora de música, nomeadamente de saxofone, deparei-me com situações que me permitiram perceber que a música tem mais potencialidades que apenas parte estética. Neste sentido, e para colmatar a minha primeira paixão de poder contribuir de alguma maneira para as pessoas e para a sociedade em geral, decidi realizar este mestrado em musicoterapia.

A realização deste estágio permitiu-me ter um primeiro contacto com a população idosa institucionalizada. Esta experiência proporcionou-me por em prática aprendizagens anteriores e adquirir novos conhecimentos. Em primeiro lugar, a realização de uma revisão de literatura possibilitou uma melhor compreensão sobre esta população, as suas especificidades, as patologias, bem como as técnicas e atividades usadas na intervenção musicoterapêutica com pessoas com doenças degenerativas. Em segundo lugar, aplicar na prática a parte teórica, foi um processo de incertezas e alguns receios de estar no centro da ação, sem saber, por um lado, o que esperar desta população e, por sua vez, o que esperavam de mim, e por outro lado, pelo medo de falhar e de não ser capaz de chegar às necessidades de cada idoso.

A realização do estágio na ERPI Nossa Senhora Misericórdia foi uma experiência marcante para a minha formação profissional e pessoal. Esta permitiu-me dar os primeiros passos na prática musicoterapêutica. Mas também, contribuiu para o meu crescimento pessoal. Poder estar em contacto com a condição humana na fase final de vida foi inicialmente difícil de gerir. Apesar disto tentei que não existisse uma barreira, e um foco não em mim, mas nos outros, para ir ao encontro das suas necessidades singulares. Isto contribuiu aos poucos para uma maior partilha de histórias e sentimentos, bem como de emoções, e para

a criação de relação com os idosos. No entanto, penso que por vezes, não foi capaz de me distanciar totalmente de algumas situações e manter uma postura apenas como terapeuta.

A fase inicial do estágio foi importante para a minha integração na instituição. As conversas informais com os utentes, as colaboradoras e a Diretora Técnica foi essencial para conhecer as histórias de vida, as preferências musicais, os interesses, entre outros assuntos. Numa primeira fase da intervenção houve bastante resistência, por parte dos utentes em participar nas sessões em grupo. Por isso tive de gerir esta situação da melhor forma que foi possível, tendo em conta a dinâmica da instituição e outros fatores externos.

A improvisação vocal foi para mim uma atividade que suscitou dificuldade pela exposição e pela saída da minha zona de conforto. Inicialmente existiram algumas limitações e não fui capaz de variar, jogando mais pelo seguro. No entanto, penso que ao longo da intervenção fui sentindo maior confiança. Por exemplo, com os utentes com maior deterioração quando imitava alguns vocalizos que realizavam isto permitiu-me sentir mais à vontade para criar diferentes linhas melódicas.

Além disto senti algumas dificuldades na interpretação de reações e comportamentos dos utentes em resposta a determinadas músicas. O facto de ter sido a primeira experiência quer no trabalho com idosos, quer numa área de intervenções terapêuticas, que não era a minha área profissional anterior. Os idosos são uma população com bastantes especificidades e os utentes com os quais decidi trabalhar encontravam-se na maioria com uma deterioração cognitiva bastante avançada e inicialmente não mostravam reposta às atividades que ia realizando. Isto foi um pouco desmotivador nas primeiras semanas da intervenção, mas com o passar do tempo e graças à persistência foram começando a aparecer sinais visíveis.

No geral, saliento que este estágio foi bastante enriquecedor a vários níveis, foi uma possibilidade de testar as minhas capacidades no trabalho com uma população bastante

heterogénea e imprevisível. Este possibilitou ainda ter uma nova perceção da música e do impacto que esta tem em diversos aspetos do ser humano. Sinto que me deu alguns conhecimentos e competências para no futuro poder desenvolver um trabalho com novas perspetivas na minha área ou talvez poder desenvolver um trabalho na área da musicoterapia.

Referências

Aldridge, D. (2000). *Music Therapy in dementia care: more new voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.

Benezon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao Contexto não verbal*. (Uricoechea, A. S. M.). São Paulo: Sumus.

Brotons, M., & Koger, S. M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195.

Bruer, R. A., Spitznagel, E., & Cloninger, C. R. (2007). The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive nmpairment: A randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 44(4), 308-328.

Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. (3.ª ed.). University Park. IL: Barcelona Publishers.

Carvalho, A. & Faria, S. (2014). Demência nos idosos. In Carvalho, A., Faria, S., Taborda, A., Melo, M., Gonçalves, C., Paquete, P., & Costa, A. *Demência na Terceira Idade: contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção* (pg. 55-64). Obtido a 17 de maio de 2018 em: http://www.drave.pt/uploads/document/file/59/Demencia_terceira_idade_VF. pdf

Chu, H., Yang, C.-Y., Lin, Y., Ou, K.-L., Lee, T.-Y., O'Brien, A. P., & Chou, K.-R. (2013). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons

with Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research for Nursing*, 00(0), 1-9. doi:10.1177/1099800413485410

Cooke, M. L., Moyle, W., Shum, D. H., Harrison, S. D., & Murfield, J. E. (2010). A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging and Mental Health*, 14(8), 905-916.

Cuddy, L. L., & Duffin, J. (2005). Music, memory, and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia, and how can it be assessed?. *Medical hypotheses*, 64(2), 229-235.

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Obtido a 3 de abril de 2018 de: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas*, 053/2011. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ferraz, I., Norton, A., & Silveira, C. (2013). Depressão e acidente vascular cerebral: Causa ou consequência?. *Arquivos de Medicina*, 27(4), 148-153.

Fonseca, A. M. (2004). O *envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. Obtido a 15 de abril de 2018 de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2017). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Obtido a 15 de abril de 2018 de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Ledger, A. J., & Baker, F. A. (2007). An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. *Aging and Mental Health*, 11(3), 330-338.

Massano, J. (2011). Doença de Parkinson. *Acta Médica Portuguesa*, 24.

Hernández, L. A., del Moral Marcos, M. T., & San Romualdo Corral, B. (2012). *Sempa: Sistema de Evaluación Musicoterapéutica para personas con Alzheimer y otras Demencias*. Madrid: Imserso. Obtido a 5 de abril de 2018 de: https://www.researchgate.net/publication/305851127

Nunes, A. M. Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(4), 49-71.

Paquete, P. (2014). Ocupação de Pessoas com Demência nas Instituições. In Carvalho, A., Faria, S., Taborda, A., Melo, M., Gonçalves, C., Paquete, P., & Costa, A.. *Demência na Terceira Idade: contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção* (pg. 55-64). Obtido a 17 de maio de 2018 em: http://www.drave.pt/uploads/document/file/59/Demencia_terceira_idade_VF. pdf

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 15. Obtido a 22 de abril de 2018 de: http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, edições técnicas, Lda.

Santana, I., Farinha; F., Freitas, rodrigues, V., Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa* 2015 Março-Abril, 28(2) (pp. 182-188).

Seeley, W. W. & Miller, B. L. (2012). Demência. In Longo, D., Fauci, A., Kasper, P., Hauser, S. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*. (18.ª ed., Vol. 2). USA: McGraw-Hill.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Obtido a 3 de abril de 2018 de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf

Sherratt, K., Thornton, A., & Hatton, C. (2004). Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging & Mental Health*, 8(3), 233-241.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC). (2016). Tudo o que precisa de saber sobre AVC. Obtido a 14 de maio de 2018 de: http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf

Spiro, N. (2010). Music and dementia: observing effects and searching for underlying theories. *Aging & Mental Health*, 14(8), 891.

Suzuki, M., Kanamori, M., Nagasawa, S., Tokiko, I., & Takayuki, S. (2007). Music therapy-induced changes in behavioral evaluations, and saliva chromogranin A and immunoglobulin A concentrations in elderly patients with senile dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 7(1), 61-71.

Suzuki, M., Kanamori, M., Watanabe, M., Nagasawa, S., Kojima, E., Ooshiro, H., & Nakahara, D. (2004). Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia. *Nursing & Health Sciences*, 6(1), 11-18.

Takahashi, T., & Matsushita, H. (2006). Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. Journal of Music Therapy, 43(4), 317-333.

Vink AC, Bruinsma MS, Scholten RJPM. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD003477. doi: 10.1002/14651858.CD003477.pub2.

Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108-113.

WFMT. (2011). *What is music therapy?*. Obtido a 17 de maio de 2017 de: http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/

Wigram, T., Pedersen, I., & Bonde, L. (2002). *Music Therapy in Clinical Practice. In A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.

World Health Organization & Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: a public health priority*. London: World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and healt*h. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: World Health Organization.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods Fourth Edition*. (4.ª ed.). USA: Sage Publications.

Ziv, N., Granot, A., Hai, S., Dassa, A., & Haimov, I. (2007). The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *Journal of music therapy*, 44(4), 329-343.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Circular informativa sobre o estágio de musicoterapia

Apêndice B - Declaração de gravação vídeo

Apêndice C - Ficha de anamnese

Apêndice D - Ficha de registos de sessão

Apêndice E - Grelha de observação

Apêndice F - Grelha de observação inicial Anabela

Apêndice G - Grelha de observação final Anabela

Apêndice H - Grelha de observação inicial Fátima

Apêndice I - Grelha de observação final Fátima

APÊNDICE A

Circular informativa sobre o estágio de musicoterapia

Circular informativa sobre o estágio de musicoterapia

A seguinte circular serve para informar que durante os próximos meses irá decorrer na ERPI Nossa Senhora da Misericórdia da Santa Casa da Misericórdia de Braga o estágio de musicoterapia. Este contará com a presença de uma estagiária que irá desenvolver atividades com os utentes da ERPI. Irão ser realizadas sessões de musicoterapia com os utentes, semanalmente, ao longo de aproximadamente 6 meses. As informações relativas à identificação dos intervenientes não serão divulgadas.

A música tem a capacidade de influenciar os diversos níveis que compõem o ser humano. Contribui para a identidade pessoal, para a comunicação, a integração social. Como intervenção terapêutica, a música, promove o bem-estar, uma melhor qualidade de vida, pode desenvolver ou restaurar as funções cognitivas, físicas, sociais e emocionais dos indivíduos. A Federação Mundial de Musicoterapia (2011) (WFMT) refere que a musicoterapia consiste no uso de todo o potencial da música e das suas propriedades para atingir objetivos terapêuticos de acordo com as necessidades mentais, físicas, emocionais e sociais de cada um. Assim, pretende desenvolver ou restaurar as capacidades dos indivíduos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Ao nível da geriatria a musicoterapia tem como objetivos estimular as funções cognitivas, a memória, a comunicação, desenvolver a motricidade, promover a expressão de sentimentos e emoções, a interação social, melhorar a autoestima e a qualidade de vida, reduzir sintomas depressivos, manter a dignidade e melhorar a imagem que o idoso tem de si próprio. A musicoterapia usa então diversas técnicas no trabalho com idosos. Estas consistem em: cantar, tocar instrumentos ou usar a percussão corporal, improvisar e ouvir música. Estas têm como principais objetivos estimular a memória, a atenção, a comunicação, as funções motoras, diminuir a ansiedade, entre outros. Os idosos em instituições podem, então, beneficiar com a musicoterapia. Esta possibilita uma melhor integração no novo ambiente, promove a interação social e a comunicação e reduz a solidão e a depressão. Neste sentido a realização deste estágio pretende contribuir para a qualidade de vida dos idosos, devolvendo-lhes um pouco da sua identidade, dignidade e bem-estar.

A estagiária,

Ana Carolina Correia

APÊNDICE B

Declaração de gravação de vídeo

DECLARAÇÃO

Eu, _____, guardião legal do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação vídeo/áudio das sessões de Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

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

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

O Próprio ou o(a) Guardião Legal

_____
Assinatura

APÊNDICE C

Ficha de anamnese

Ficha de anamnese

Nome:	**Sexo:**	**Idade:**
Data de nascimento:	**Estado civil:**	
Morada:		
N.º de filhos:	**Escolaridade:**	
Profissão:		
Motivo de institucionalização:	**Data de institucionalização:**	
História pessoal:		
Patologias:		
Gostos musicais, canções preferidas:		
Observações:		

APÊNDICE D

Ficha de registo de sessões

Registo das sessões individuais

Nome: **Sessão n.º:** **Data:**

Instrumentos Musicais:

Repertório/Canções:

Atividades:

Sumário da sessão:

Observação direta do utente:

Novidades ou mudanças:

Reações pessoais:

A fazer:

APÊNDICE E

Grelha de observação

Grelha de observação

Sessão n.º:	**Nome:**	**Data:**			
Domínios	**Comportamentos**	**Avaliação**			
		BE	**PE**	**NE**	**NA**
Expressão Vocal	Canta melodias ou canções do repertório familiar				
	Realiza vocalizos como resposta a uma música ou padrão melódico				
	Imita vocalizações simples				
Expressão Instrumental	Toca instrumentos musicais				
	Imita padrões rítmicos simples				
	Canta e acompanha uma música com um instrumento				
	Improvisa melodias ou padrões rítmicos				
Motricidade	Revela coordenação motora				
	Apresenta estereotipias motoras				
	Reage à música com o corpo				
Sensorial	Procura contacto visual com a terapeuta				
	Reage a estímulos sonoros				
	Reage a momentos de silêncio				
	Tolera o contacto físico				
Comunicação	Usa sinais verbais com a terapeuta				
	Comunica sem frustração				
	Usa a comunicação não verbal				
Cognição e Memória	Mantém a atenção na atividade				
	Reativa memórias				
	Reconhece o seu próprio nome				
	Recorda melodias de músicas do repertório familiar				
	Recordas as letras de músicas do repertório familiar				
Emocional	Manifesta sentimentos positivos				
	Manifesta sentimentos negativos				
	Manifesta ansiedade				
Social	Demonstra iniciativa				
	Relaciona-se com a terapeuta				
	Demonstra-se disponível para a realização das atividades				
Legenda: BE - Bastante evidente; **PE** - Pouco evidente; **NE** - Nada evidente; **NA** – Não Aplicável.					

APÊNDICE F

Grelha observação inicial Anabela

Grelha de observação inicial Anabela

Sessão n.º: 1 a 3	**Nome:** Anabela			**Data:** 11/01/2018 a 25/01/2018	
Domínios	**Comportamentos**	**Avaliação**			
		BE	**PE**	**NE**	**NA**
Expressão Vocal	Canta melodias ou canções do repertório familiar			X	
	Realiza vocalizos como resposta a uma música ou padrão melódico			X	
	Imita vocalizações simples			X	X
Expressão Instrumental	Toca instrumentos musicais				X
	Imita padrões rítmicos simples				X
	Canta e acompanha uma música com um instrumento				X
	Improvisa melodias ou padrões rítmicos				X
Motricidade	Revela coordenação motora				X
	Apresenta estereotipias motoras				X
	Reage à música com o corpo			X	
Sensorial	Procura contacto visual com a terapeuta			X	
	Reage a estímulos sonoros		X		
	Reage a momentos de silêncio			X	
	Tolera o contacto físico				X
Comunicação	Usa sinais verbais com a terapeuta			X	
	Comunica sem frustração		X		
	Usa a comunicação não verbal			X	
Cognição e Memória	Mantém a atenção na atividade			X	
	Reativa memórias			X	
	Reconhece o seu próprio nome			X	
	Recorda melodias de músicas do repertório familiar			X	
	Recordas as letras de músicas do repertório familiar				X
Emocional	Manifesta sentimentos positivos			X	
	Manifesta sentimentos negativos			X	
	Manifesta ansiedade			X	
Social	Demonstra iniciativa			X	
	Relaciona-se com a terapeuta			X	
	Demonstra-se disponível para a realização das atividades			X	
Legenda: BE - Bastante evidente; **PE -** Pouco evidente; **NE -** Nada evidente; **NA** – Não Aplicável.					

APÊNDICE G

Grelha observação final Anabela

Grelha de observação final Anabela

Sessão n.º: 18 a 20	**Nome:** Anabela	**Data:** 14/06/2018 a 28/06/2018			
Domínios	**Comportamentos**	**Avaliação**			
		BE	**PE**	**NE**	**NA**
Expressão Vocal	Canta melodias ou canções do repertório familiar			X	
	Realiza vocalizos como resposta a uma música ou padrão melódico	X			
	Imita vocalizações simples		X		
Expressão Instrumental	Toca instrumentos musicais				X
	Imita padrões rítmicos simples				X
	Canta e acompanha uma música com um instrumento				X
	Improvisa melodias ou padrões rítmicos				X
Motricidade	Revela coordenação motora				X
	Apresenta estereotipias motoras				X
	Reage à música com o corpo	X			
Sensorial	Procura contacto visual com a terapeuta	X			
	Reage a estímulos sonoros	X			
	Reage a momentos de silêncio	X			
	Tolera o contacto físico	X			
Comunicação	Usa sinais verbais com a terapeuta	X			
	Comunica sem frustração	X			
	Usa a comunicação não verbal	X			
Cognição e Memória	Mantém a atenção na atividade	X			
	Reativa memórias		X		
	Reconhece o seu próprio nome	X			
	Recorda melodias de músicas do repertório familiar		X		
	Recordas as letras de músicas do repertório familiar				X
Emocional	Manifesta sentimentos positivos	X			
	Manifesta sentimentos negativos	X			
	Manifesta ansiedade			X	
Social	Demonstra iniciativa	X			
	Relaciona-se com a terapeuta	X			
	Demonstra-se disponível para a realização das atividades	X			
Legenda: BE - Bastante evidente; **PE -** Pouco evidente; **NE -** Nada evidente; **NA** – Não Aplicável.					

APÊNDICE H

Grelha de observação inicial Fátima

Grelha de observação inicial Fátima

Sessão n.º: 1 a 3	**Nome:** Fátima			**Data:** 08/03/2018 a 22/03/2018	
Domínios	**Comportamentos**	**Avaliação**			
		BE	**PE**	**NE**	**NA**
Expressão Vocal	Canta melodias ou canções do repertório familiar		X		
	Realiza vocalizos como resposta a uma música ou padrão melódico			X	
	Imita vocalizações simples		X		
Expressão Instrumental	Toca instrumentos musicais	X			
	Imita padrões rítmicos simples	X			
	Canta e acompanha uma música com um instrumento		X		
	Improvisa melodias ou padrões rítmicos			X	
Motricidade	Revela coordenação motora		X		
	Apresenta estereotipias motoras		X		
	Reage à música com o corpo		X		
Sensorial	Procura contacto visual com a terapeuta			X	
	Reage a estímulos sonoros	X			
	Reage a momentos de silêncio	X			
	Tolera o contacto físico		X		
Comunicação	Usa sinais verbais com a terapeuta	X			
	Comunica sem frustração		X		
	Usa a comunicação não verbal		X		
Cognição e Memória	Mantém a atenção na atividade			X	
	Reativa memórias		X		
	Reconhece o seu próprio nome		X		
	Recorda melodias de músicas do repertório familiar		X		
	Recordas as letras de músicas do repertório familiar			X	
Emocional	Manifesta sentimentos positivos		X		
	Manifesta sentimentos negativos		X		
	Manifesta ansiedade		X		
Social	Demonstra iniciativa			X	
	Relaciona-se com a terapeuta		X		
	Demonstra-se disponível para a realização das atividades		X		
Legenda: BE - Bastante evidente; **PE** - Pouco evidente; **NE** - Nada evidente; **NA** – Não Aplicável.					

APÊNDICE I

Grelha de observação final Fátima

Grelha de observação final Fátima

Sessão n.º: 14 a 16	**Nome:** Fátima			**Data:** 14/06/2018 a 28/06/2018	
Domínios	**Comportamentos**	**Avaliação**			
		BE	**PE**	**NE**	**NA**
Expressão Vocal	Canta melodias ou canções do repertório familiar	X			
	Realiza vocalizos como resposta a uma música ou padrão melódico	X			
	Imita vocalizações simples	X			
Expressão Instrumental	Toca instrumentos musicais	X			
	Imita padrões rítmicos simples	X			
	Canta e acompanha uma música com um instrumento	X			
	Improvisa melodias ou padrões rítmicos	X			
Motricidade	Revela coordenação motora	X			
	Apresenta estereotipias motoras		X		
	Reage à música com o corpo	X			
Sensorial	Procura contacto visual com a terapeuta	X			
	Reage a estímulos sonoros	X			
	Reage a momentos de silêncio	X			
	Tolera o contacto físico	X			
Comunicação	Usa sinais verbais com a terapeuta	X			
	Comunica sem frustração	X			
	Usa a comunicação não verbal	X			
Cognição e Memória	Mantém a atenção na atividade	X			
	Reativa memórias	X			
	Reconhece o seu próprio nome		X		
	Recorda melodias de músicas do repertório familiar	X			
	Recordas as letras de músicas do repertório familiar	X			
Emocional	Manifesta sentimentos positivos	X			
	Manifesta sentimentos negativos		X		
	Manifesta ansiedade		X		
Social	Demonstra iniciativa	X			
	Relaciona-se com a terapeuta	X			
	Demonstra-se disponível para a realização das atividades	X			
Legenda: BE - Bastante evidente; **PE** - Pouco evidente; **NE** - Nada evidente; **NA** – Não Aplicável.					