



## Universidades Lusíada

Ramos, Joana da Costa, 1987-

### **A influência da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida em idosos institucionalizados**

<http://hdl.handle.net/11067/521>

#### **Metadata**

<b>Issue Date</b>	2013-10-23
<b>Abstract</b>	O presente documento pretende descrever a intervenção levada a cabo no âmbito do estágio curricular do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada, durante o ano letivo 2011/2012. A intervenção realizou-se no Lar “Nossa Senhora da Paz”, tendo como sujeitos uma população de idosos que se distribuíram ao longo de um espectro de condições físicas e psicológicas, desde o idoso saudável ao idoso diagnosticado com patologias na área das demências. Na geriatria, a população com demência, constit...
<b>Keywords</b>	Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Penha de França (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para idosos - Portugal - Lisboa, Idosos - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa
<b>Type</b>	masterThesis
<b>Peer Reviewed</b>	No
<b>Collections</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2025-04-29T10:55:05Z with information provided by the Repository



**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

## **A influência da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida em idosos institucionalizados**

**Realizado por:**

Joana da Costa Ramos

**Supervisionado por:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

**Orientado por:**

Dr. Cláudio Manuel Silvério Ferreira

### **Constituição do Júri:**

**Presidente:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

**Arguente:**

Prof. Doutor Ricardo Nuno Futre Pinheiro

**Vogal:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

**Relatório aprovado em:**

24 de Maio de 2013

Lisboa

2012

## Introdução

A presença da música na vida dos seres humanos é incontestável. Esta tem acompanhado a história da humanidade, ao longo dos tempos, exercendo as mais diferentes funções. Segundo Alan Merriam, no livro *The Anthropology of Music* (1964), a música desempenha, na sociedade, algumas das seguintes funções: expressão emocional, divertimento, forma de comunicação, conformidade às normas sociais tal como contribui para a integração da sociedade, etc. A música encontra-se presente em todo o mundo, em todas as culturas e em todas as épocas, ou seja, é uma linguagem que ultrapassa as barreiras do tempo e do espaço.

A musicoterapia tem vindo ser utilizada desde os primórdios da humanidade, mas apenas se estabeleceu enquanto disciplina científica da era moderna após a Segunda Guerra Mundial e, desde então, tem vindo a comprovar a sua eficácia e importância perante outros profissionais.

Uma vez que se verifica um elevado interesse pela área da musicoterapia aplicada à população idosa, principalmente no que concerne aos problemas ligados às demências, o presente trabalho pretende estudar os efeitos da musicoterapia com esta população. Para tal, realizou-se o estágio na “Residência Nossa Senhora da Paz”, do Centro Paroquial e Social da Penha de França, em Lisboa. A escolha desta população, deveu-se, por um lado, a um interesse pessoal pelo trabalho desenvolvido com esta população e, por outro, pelo reconhecimento da importância da música neste contexto.

De forma a facilitar uma melhor compreensão ao leitor, considerou-se relevante introduzir dados referentes à instituição, onde se desenvolveu o estágio, seguindo-se uma breve contextualização teórica da musicoterapia e da sua aplicação nesta área de intervenção, por forma a permitir uma melhor compreensão dos casos de estudo apresentados.

Com efeito, pretende-se que este trabalho possa contribuir para uma reflexão sobre o valor da musicoterapia enquanto processo relacional orientado para a mudança de comportamentos, sendo o objetivo primordial desta intervenção a melhoria ou manutenção das capacidades cognitivas, proporcionando, desta forma, uma melhoria da qualidade de vida dos idosos intervencionados.

## Caracterização da Instituição<sup>1</sup>

A Instituição onde decorreu o estágio de musicoterapia, integrado no 2º ano letivo do curso de Musicoterapia, lecionado na Universidade Lusíada de Lisboa, inseriu-se no Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Penha de França (CSPNSPF), situado na Rua Francisco Pedro Curado nº.1, na Freguesia da Penha de França, da Cidade de Lisboa. No início do estágio, o CSPNSPF era uma Instituição de Solidariedade Social com personalidade jurídica de foro económico e civil, pertencente à Paróquia da Nossa Senhora da Penha de França. Os seus estatutos foram aprovados e publicados no “Diário do Governo” nº186 – III Série, de 10/08/1967. Esta instituição situa-se numa das sete colinas de Lisboa, na sua zona oriental e os seus limites confinam nas Freguesias de S. João, S. Jorge de Arroios, Anjos, Graça e Santa Engrácia.

Em 2011, o CSPNSPF englobava várias valências, nomeadamente, o Jardim de Infância, o Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), o Centro de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário, a Casa de Acolhimento para Doentes dos Açores e o lar de idosos – “Residência Nossa Senhora da Paz”.

O CSPNSPF surgiu com o fim de “cultivar nos paroquianos a noção das suas responsabilidades sociais, motivando-os para as exigências cristãs de partilha e comunicação de bens e, muito em particular, ajudando-os a dar resposta adequada às carências que eventualmente se verifiquem entre os habitantes da freguesia”<sup>2</sup>.

A história da instituição, segundo o Projeto Educativo “Profissão: Cidadão”, remonta a 1950, quando a paróquia da Nossa Senhora da Penha de França foi entregue à Congregação dos Sagrados Corações. O Pároco que estava responsável pela paróquia,

---

<sup>1</sup> Informação retirada do Projeto educativo: “Profissão: Cidadão” realizado pelo Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Penha de França, em vigor de Setembro de 2009 a Julho de 2012.

<sup>2</sup> Ibidem

verificando a realidade social da zona, sentiu a necessidade de ajudar a melhorar a vida de alguns dos cidadãos mais vulneráveis e assim, em 1957, surgiu a primeira das várias respostas sociais – as Escolas Oficinas. Nestas, ofereciam-se formações profissionais nas áreas da serralharia, carpintaria, sapataria, costura, entre outras, aos cidadãos mais carenciados da zona, que não queriam ou não podiam estudar. Em 1958, transformaram-se algumas das Oficinas em salas de Jardim Infantil e de ATL, mantendo-se, no entanto, a oficina de carpintaria por algum tempo.

Em 1976, o espaço, pouco utilizado, da carpintaria foi remodelado para criar uma sala de convívio, um refeitório e uma cozinha, de forma a dar resposta às carências da população idosa. Mais tarde, em 1980, surgiu o Centro de Dia e a Residência para Idosos. Com o objetivo de responder às necessidades dos idosos (impossibilitados de fazerem as suas tarefas diárias e de se deslocarem ao Centro de Dia) e evitar a sua institucionalização, o Centro criou, ainda, o Serviço de Apoio Domiciliário, realizado 7 dias por semana, até às 21h. Estas valências vieram ocupar novos espaços, construídos para o efeito, que permitiram a diversificação das atividades.

Em 2002 estabeleceu-se com o Governo Regional dos Açores um acordo que permite o acolhimento de utentes que vêm para o Continente, para receberem tratamentos hospitalares, em regime de tratamento ambulatorio, consultas ou exames, até um máximo de 32 utentes.

No ano letivo 2011/2012, o CSPNSPF teve como principal financiamento o apoio proveniente do Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa, mas também a participação familiar e doações esporádicas. Teve, no entanto, outras parcerias: com a Junta de Freguesia da Penha de França, que apoiou nas pequenas reparações realizadas nos domicílios dos utentes e na organização de passeios; com a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, que indicou utentes; as escolas circundantes que possibilitavam

encontros intergeracionais; os hospitais que forneciam informações sobre os utentes; e a Polícia de Segurança Pública.

Aquando da realização do estágio a instituição englobava diversas valências: ligada à infância e juventude com o espaço do JI e do CATL; na área dos adultos com a Casa de Acolhimento para Doentes dos Açores; e por fim, nas valências dedicadas aos idosos existia o Centro de Convívio, o Serviço de Apoio Domiciliário, o Apoio Domiciliário Integrado e o Lar “Nossa Senhora da Paz”.

### **Caraterização da População Alvo**

O estágio desenvolvido no CSPNSPF desenvolveu-se na valência correspondente aos idosos, nomeadamente na “Residência Nossa Senhora da Paz”, um lar residencial que, tal como foi referido anteriormente, recebe idosos com elevados graus de dependência, quer sejam físicos ou mentais/psicológicos.

No início do estágio, o lar “Residência Nossa Senhora da Paz” tinha a seu cuidado 35 idosos com idades compreendidas entre os 67 anos e os 101 anos, e englobava uma população heterogénea, com graus de dependência diferentes, desde idosos com boa autonomia física, embora muito confusos quanto ao tempo e espaço, a idosos completamente dependentes, física e mentalmente. No domínio patológico, encontrou-se referência primordial à demência de Alzheimer; seguindo-se casos de esquizofrenia, depressões, problemas físicos causados por Avc's, quedas, úlceras nos membros inferiores, problemas cardíacos e respiratórios, entre outros.

Associado a estes problemas de saúde, há ainda que salientar o nível de isolamento em que estas pessoas se encontravam. Embora partilhassem a residência com outros idosos, mantinham-se bastante isolados, conversando muito pouco ou nada com os restantes utentes. Em alguns casos, este isolamento relacionava-se com o facto de terem pouco ou nenhum apoio familiar, ou seja, quando ainda moravam nas suas

casas estavam totalmente sozinhos e, por isso, as pessoas, o convívio e o barulho perturbava-os.

No que diz respeito às condições económicas destes idosos, e ao contrário do que acontecia nos primeiros anos de existência, alguns destes idosos têm bastantes recursos económicos, porque apesar de pertencerem a uma instituição de solidariedade social, o lar não aceita exclusivamente idosos com carências económicas.



## Enquadramento Teórico

O presente capítulo apresenta um breve enquadramento sobre os temas centrais ao trabalho, concluindo com uma revisão de literatura sobre o trabalho musicoterapêutico já realizado com a população idosa.

### Idoso

*“Não me pergunte sobre a minha idade,  
Porque tenho todas as idades,  
Eu tenho a idade da infância,  
Da adolescência, da maturidade e da velhice.”  
(Cora Coralina, 1990)<sup>3</sup>*

Segundo Risman (2010) o envelhecimento:

confere ao ser humano o poder de condensar, numa etapa da vida, a experiência de todas as idades. Na verdade, “o velho” ou “o idoso” possui todas as idades e não só a idade cronológica que, de certa forma, centraliza e cristaliza o indivíduo como velho, acabado, sem possibilidades de trocas sociais, possuindo uma visão de “fim de túnel” e não conhecedor dos quilômetros que essa trajetória possui entre suas curvas e obstáculos. (p. 3).

O termo idoso tem sido utilizado para definir um indivíduo de certa idade cronológica, sendo que não existe uma idade exata, podendo pessoas de 55 anos serem consideradas idosas, enquanto que outras, ao atingirem 60 anos de idade, podem ainda não ser vistas como tal, na medida em que possuem determinadas características que não os inserem nesse estágio da vida (ex.: mantêm o mesmo emprego de sempre, têm uma vida ativa e organizada, etc.). Nesta perspectiva, é necessário ter em conta que a idade cronológica, por si só, é um indicador pouco viável das capacidades físicas, sócio-

---

<sup>3</sup> Informação retirada da Revista Portal de Divulgação, n.1, Ago. 2010, pp.3 - <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>

emocionais ou mentais de um indivíduo, pois as pessoas envelhecem de forma díspar (Peters, 2000).

Atualmente, o envelhecimento da população é um fenómeno mundial que provoca profundas alterações na estrutura social de todos os países, devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade. Os idosos constituem uma faixa etária que é já superior à dos jovens e que se prevê continuar a aumentar nas próximas décadas. Com efeito, nos últimos anos o crescimento da esperança média de vida aumentou de 47 para 65 anos, esperando-se que em 2050 atinja os 80 anos (exceto em África) (CEDRU, 2008).

É inegável a diversidade de formas que o envelhecimento pode assumir em diferentes pessoas, sendo que neste domínio tanto pesam os fatores biológicos e psicológicos como os fatores sociais (ambiente). A interação destas variáveis irá, pois, definir o envelhecimento mais ou menos satisfatório do indivíduo. Para melhor sistematizar as tipologias existentes dentro desta população, a autora Jacqueline Peters (2000) sugere a sua divisão (não de forma estanque) em cinco grupos:

1. Idosos saudáveis – correspondem ao segmento maior desta população, assumindo uma boa saúde mental e física, fontes económicas adequadas e vidas ativas.
2. Idosos semi-independentes – vivem em casa, embora passem três dias (ou mais) em centros de dia com supervisão devido a uma qualquer incapacidade física e/ou mental que não lhes permite funcionar de forma totalmente independente.
3. Idosos com doenças crónicas que recebem assistência de um cuidador – pertencem ao segmento da população idosa que são tratados em suas casas por um cuidador, sendo que aqui a dependência poderá ser elevada.

4. Idosos que vivem em casas de repouso ou em lares – diz respeito aos indivíduos que vivem em estabelecimentos próprios para idosos, correspondendo à população mais heterogénea, visto que tanto podem ser pessoas relativamente saudáveis sem condições económicas para subsistir sozinhos, como podem ser pessoas com patologias graves;
5. Idosos com doença de Alzheimer ou distúrbios semelhantes – idosos com demências, que têm em comum um défice cognitivo relacionado com os efeitos fisiológicos de um estado médico que interfere com a sua rotina diária e relações interpessoais.

**A saúde no idoso.** Segundo Roger Fontaine (2000), não existe uma “velhice” mas sim “velhices”, uma vez que este estágio da vida revela disparidades acentuadas entre as pessoas, embora seja importante assinalar que existem matrizes e alterações comuns a todos os idosos que devem ser tidos em conta.

No que se refere às competências físicas e mentais, esta faixa etária representa um grupo pouco homogéneo pois vai desde o idoso saudável (que se adapta ao processo de envelhecimento e aproveita as oportunidades que o rodeiam para concluir o seu ciclo de vida com qualidade) até ao idoso demenciado, mais frágil e dependente, com grandes limitações cognitivas e funcionais (Davis, Thaut & Gfeller, 1999; Peters, 2000).

A perspetiva da psicologia do envelhecimento identifica dois tipos básicos de envelhecimento: o primário, que é um processo gradual e sistemático que afeta a eficiência dos sistemas do corpo, determinado geneticamente e variável de pessoa para pessoa; e o envelhecimento secundário, que resulta de fatores como doenças, traumas, *stress*, abuso e desuso, sendo que alguns destes são resultado do estilo de vida (Davis, et al., 1999). Assim sendo, registam-se uma série de mudanças físicas,

mentais/psicológicas e sociais que poderão ser limitativas e que irão definir o envelhecimento mais ou menos satisfatório do indivíduo.

Segundo Jacqueline Peters (2000), no processo de envelhecimento primário, sem limitações físicas significativas, verifica-se um declínio cognitivo ligeiro, relacionado com a diminuição da velocidade do processamento da informação e da capacidade de concentração. No entanto, segundo a autora, o envelhecimento não implica um diminuir da inteligência ou da capacidade de aprender. Essas faculdades funcionam como os músculos, ou seja, quanto maior a sua estimulação e uso, melhor e mais rápida será a sua execução.

Ao nível biológico, assiste-se, na velhice, ao surgimento de alguns problemas: na pele (perda da elasticidade), no coração, nas artérias, nos rins, no sistema nervoso central e periférico, no sistema digestivo, no aparelho circulatório, no sistema muscular (alterações na marcha), entre outros (Peters, 2000, Risman, 2010). Porém, embora estas transformações estejam sobretudo associadas à velhice, observa-se que a velhice não é uma doença e sim uma evolução normal. Com o passar dos anos, processam-se no organismo mutações naturais que caracterizam esta fase. No entanto, muitas das manifestações da velhice, faziam já parte da pessoa antes de esta atingir este estágio da vida (Risman, 2010).

Durante o período de estágio, a maioria da população com quem se interveio, segundo a definição de Jacqueline Peters (2000), acima descrita, pertencia ao estágio de envelhecimento secundário, apresentando variadas demências.

Relativamente à definição do conceito, entende-se por demência a perda ou a redução progressiva das capacidades cognitivas do indivíduo. Esta pode ocorrer de forma parcial ou total, e surgir de forma espontânea e esporádica ou de forma permanente e irreversível (Cunha, s.d.). Os idosos demenciados apresentam vários

défices cognitivos graves que interferem com as suas atividades diárias normais e com as suas relações sociais (Peters, 2000).

Os cinco principais sintomas da demência são os 5 A's: amnesia, afasia, agnosia, apraxia e a agitação. A amnesia refere-se à perda de memórias passadas (amnésia retrograda) ou perda da capacidade de codificar e de aprender informação nova (amnésia anterógrada); afasia é a perda completa das capacidades da linguagem; agnosia refere-se à incapacidade de reconhecer a forma e/ou a função dos objetos e das pessoas; na apraxia o processamento motor cortical é prejudicado e surge uma incapacidade para desempenhar ações voluntárias, embora o doente possa ter uma quantidade adequada de força e controlo motores (Ridder, 2005a).

No que se refere às demências, a mais comum nesta faixa etária é a doença de Alzheimer. Merecem ainda referência a demência de corpos de Lewy, de enfartes múltiplos (vascular), de AIDS, alcoólica, de encefalite de herpes, demência pugilística, intoxicação por metais pesados e demência de Pick, de Creutzfeldt-Jakob, de Huntington, de Parkinson, de Wilson e de Binswanger (Cunha, s.d.; Davis et al., 1999; Peters, 2000; Ridder, 2005a).

***Doença de Alzheimer.*** Tal como foi referido anteriormente, a doença de Alzheimer é, segundo a Associação de Alzheimer de Portugal, de entre as restantes demências degenerativas irreversíveis considerada como a demência de maior prevalência e incidência na população idosa. Em Portugal, existem mais de 90.000 pessoas diagnosticadas com a doença de Alzheimer, valor que continua a aumentar<sup>4</sup>.

A doença foi descrita, pela primeira vez, em 1907, pelo psiquiatra e neuropatologista Alois Alzheimer. Esta doença é uma das causas mais frequentes de disfunção cognitiva grave, em adultos com mais de 65 anos, e compromete

---

<sup>4</sup> Informação retirada do sítio da Associação de Alzheimer de Portugal - <http://www.alzheimerportugal.org>

principalmente as áreas do cérebro responsáveis pela memória, o pensamento e a linguagem (Davis, et al., 1999). O diagnóstico da doença não é simples de se efetivar uma vez que os sintomas estão relacionados com o natural envelhecimento da pessoa. Geralmente, só depois de outras possíveis patologias, tais como tumores cerebrais, distúrbios metabólicos, alcoolismo ou infecções serem afastados, é que se diagnostica o paciente com doença de Alzheimer. No entanto, a doença só é realmente confirmada após a realização de uma biópsia ao cérebro, quando o paciente falece, sendo que, até lá, é sempre uma possível patologia.

A evolução da doença de Alzheimer, segundo diversos autores (Azevedo, Landim, Gisele & Chiappetta, 2009; Cunha, s.d; Sérgio & Valença, 2003), ocorre de acordo com três fases: a fase inicial; a moderada e a fase avançada com, aproximadamente, 2 a 4 anos cada. Segue-se uma breve descrição dessas fases à luz dos autores acima referidos.

Na primeira fase dos sintomas, a sintomatologista mais notável e comum é a perda da memória a curto prazo. O paciente perde, ainda, a capacidade de dar atenção às coisas, a sua flexibilidade de pensamento e a capacidade de elaborar pensamentos mais abstratos. Pode constatar-se sentimentos de apatia e desorientação em relação ao tempo e ao espaço. Ao nível das limitações da linguagem verifica-se, normalmente, a diminuição do vocabulário. Ao nível motor, acentuam-se as dificuldades de coordenação motora. Com efeito, a memória não é afetada toda da mesma forma; as memórias mais antigas, a memória semântica e a memória implícita (memória de como fazer as coisas) são menos afetadas do que a memória a curto prazo. No entanto, há uma pequena parte dos pacientes que apresentam mais dificuldades na linguagem, nas funções como a percepção (*agnosia*), ou na execução de movimentos (*apraxia*), do que na perda de memória.

A degeneração progressiva, que surge na segunda fase, dificulta vários aspetos como a capacidade de ler, de escrever e de conseguir fazer as mais simples tarefas diárias. As dificuldades ao nível da fala tornam-se evidentes devido à impossibilidade de se lembrar de vocabulário. Durante esta fase, os problemas de memória tendem a piorar, apresentando dificuldades ao nível da memória a curto e a longo prazo. As manifestações mais comuns desta fase são a apatia, irritabilidade e instabilidade emocional, podendo levar a ataques inesperados de agressividade ou de resistência a manifestações de apoio.

Durante a terceira e última fase, o paciente encontra-se completamente dependente das pessoas que estão à sua volta, não conseguindo desempenhar tarefas sem ajuda, uma vez que a sua massa muscular e a sua mobilidade se degeneraram, levando a que o paciente fique acamado. A linguagem encontra-se, agora, reduzida a simples frases ou até a palavras isoladas, acabando, eventualmente, pela sua perda total. Mas, apesar desta perda ao nível verbal, os pacientes podem compreender e responder – comunicar – através de sinais emocionais.

Com a progressão da doença, o paciente de Alzheimer passa a não reconhecer os familiares, se tal ainda não tiver ocorrido. Os sintomas depressivos são também bastante comuns, tal como a instabilidade emocional. Delírios e outros sintomas de psicose são frequentes, embora difíceis de avaliar nesta fase, devido à deterioração da mente e do corpo do paciente. A fase terminal da doença, que finda na morte, normalmente não é causada pela doença em si mas por outro fator externo (como por exemplo doenças infecciosas como uma pneumonia).

### ***O idoso institucionalizado.***

*“...não devemos esquecer que, muitas vezes, a Instituição, cumpre papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo,*

*podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos.”*

Júnior & Tavares (2004, p. 152)

A resposta social de lares de idosos, em Portugal, assegura a pessoas idosas o alojamento coletivo, temporário ou permanente, fornece alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto. Fomenta, ainda, o convívio, proporcionando animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Trata-se de uma resposta social destinada a pessoas a partir dos 65 anos ou de idade inferior, caso exista necessidade para tal (CEDRU, 2008).

Em Portugal, os serviços de cuidados a idosos são prestados tanto pelo setor público como pelo privado, sendo que o setor público detém cerca de 80% da capacidade disponível no mercado, nomeadamente as instituições portuguesas de solidariedade social (IPSS) destinadas, maioritariamente, a idosos com baixos rendimentos. O setor privado, pelo contrário, tem um papel pouco relevante e está vocacionado para os idosos com rendimentos médios-altos e altos. Este setor caracteriza-se por ter uma filosofia virada para a autonomia e independência, dirigindo-se principalmente a idosos saudáveis, aproximando-se da ideia de um serviço hoteleiro (*Ibidem*).

No que se refere à entrada de um idoso para uma instituição, esta pode acontecer quer por vontade própria, quer por vontade dos familiares, ou ainda, por força de outras circunstâncias. A forma de ingresso é importante, uma vez que a transferência do idoso do próprio lar para uma instituição de longa permanência é sempre um grande desafio, uma vez que existe uma transformação radical do seu estilo de vida, ocorrendo uma melhor adaptação quando surge por vontade própria (Júnior & Tavares, 2004).



O processo de institucionalização para os idosos poderá ser encarado como uma perda da sua liberdade, como abandono por parte dos filhos ou ainda como a aproximação da morte, sofrendo, frequentemente, uma perda da sua individualidade e dignidade (Davis, et al., 1999; Júnior & Tavares, 2004). A maioria dos idosos, ao ingressar numa instituição, faz-se acompanhar de sentimentos como o medo, a culpa e a resistência. (Peters, 2000).

De facto, a pessoa idosa, ao integrar uma instituição, vai ter que se familiarizar com um conjunto de situações completamente novas, tais como: novo espaço, novas rotinas, pessoas que não conhece e com quem vai ter que partilhar a sua vida, a sua intimidade, entre outros. Esta nova realidade pode originar reações de angústia, medo, revolta e insegurança (Almeida, 2008). Desta forma, na institucionalização do idoso verificam-se uma série de fatores que podem propiciar a deterioração física, mental e emocional, que incluem instabilidade emocional, perda do funcionamento físico, relações sociais insatisfatórias, desorientação e perda da memória de curta duração (Davis, et al., 1999).

Com efeito, ao se verificarem mudanças bruscas e/ou profundas, elas poderão causar um efeito nefasto no processo de envelhecimento, facilitando o aparecimento de situações que afetem negativamente a própria qualidade de vida do idoso (Almeida, 2008). Jacqueline Peters (2000) refere que quem se muda para uma instituição (de longa duração) poderá desenvolver uma patologia comportamental: a neurose institucional. Esta patologia caracteriza-se por (1) uma sobre dependência pelas rotinas e outros idosos; (2) pela falta de iniciativa; (3) pelo estado de apatia; (4) pela falta de interesse pelo futuro; (5) e pela deterioração dos hábitos pessoais.

No entanto, o sucesso da institucionalização depende de múltiplos fatores que passam, sobretudo, pela capacidade dos idosos em se tornarem cada vez mais os

protagonistas de todo este processo, e pela mudança de mentalidades dos responsáveis pelas instituições, reconhecendo os idosos como seus parceiros e encarando-os como clientes com desejos e ambições próprias (Almeida, 2008). As instituições não devem esquecer que os idosos continuam a necessitar de participar em atividades que os façam sentir úteis, produtivos, que permitam a comunicação, a expressão de sentimentos e que estimulem as capacidades intelectuais, independentemente das suas limitações, sejam elas físicas ou mentais. (Peters, 2000).

**Qualidade de vida.** Devido à complexidade do processo de envelhecimento, verificou-se, nos últimos anos, uma expansão de estudos/investigações e teorias em torno desta população, de forma a se estabelecer formas e “fórmulas” para um envelhecimento digno e com qualidade de vida. Das teorias desenvolvidas em torno desta população, salientam-se alguns aspetos recorrentes à vivência dos mais velhos, como o sentimento de solidão – provavelmente o resultado mais partilhado da singularidade de cada experiência individual (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

Relativamente à definição de qualidade de vida, segundo Schalock e Verdugo (cit in Brotons, Gallego & Riera, 2010), este conceito refere-se às condições de vida que a pessoa deseja em relação às necessidades básicas, sendo elas o bem-estar emocional, o relacionamento interpessoal, o bem-estar material, o desenvolvimento pessoal, o bem-estar físico, a autodeterminação, a inclusão social e os direitos. Ruud (1998) define este conceito como composto por quatro elementos fundamentais: 1) atividade (que implica comprometimento, energia, realização pessoal e liberdade), 2) boas relações interpessoais, 3) autoconfiança e 4) sentimento de felicidade, baseado em experiências emocionais que envolvam segurança e alegria.

Segundo Leal (2008),

a qualidade de vida está, assim, diretamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como, a educação, a formação de base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde. (p.2)

Este autor refere, ainda, que a qualidade de vida é influenciada por fatores ambientais e pessoais e pela sua interação, podendo ser melhorada através da autodeterminação, dos recursos, da inclusão e dos objetivos de vida de cada pessoa. Assim, “*Envelhecer com sucesso implica ser competente e empenhado na vida*” (Paúl et al., 2005, p. 76).

A procura de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde se organizasse num projeto colaborativo e transcultural - WHOQOL (1998). Na década de 90, formou-se o WHOQOL Group – *World Health Organization Quality of Life* - para estudar a qualidade de vida, começando por defini-la como a percepção individual da sua posição na vida, de acordo com o contexto onde se insere e em relação aos seus objetivos, padrões e expectativas (Paúl et al., 2005).

O primeiro teste a ser criado foi o Whoqol 100, no decorrer da segunda metade da década de 90. Este teste tinha a desvantagem de ser constituído por 100 questões, o que o tornava muito longo para os participantes. Por esta razão criaram, durante essa mesma década, um teste mais curto que mantinha as características psicométricas do anterior, o Whoqol-Bref. Este teste é composto por 26 questões, sendo as duas primeiras questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Inicialmente houve, portanto, uma preocupação em desenvolver

escalas de carácter genérico, como o Whoqol-100 e o Whoqol-Bref, que podiam ser aplicadas a várias populações, diversos tipos de doenças e contextos (WHOQOL, 1998).

Posteriormente, surgiu a necessidade de criar escalas adaptadas a populações e doenças específicas, como o Whoqol-Old, composto por 24 questões que avaliam 4 domínios: físico, psicológico, independência e relações sociais. Esta escala avalia a qualidade de vida numa perspetiva transcultural e quantifica pontos específicos dentro do conceito de qualidade de vida, sendo elas: as competências sensoriais, a autonomia, as atividades presentes e futuras, a participação social e as fobias. Este instrumento não deve ser aplicado individualmente mas sim em conjunto com o Whoqol-Bref, pois estas escalas complementam-se (Leal, 2008).

**Musicoterapia e a qualidade de vida do idoso em contexto institucional.** A música poderá ser vista como uma fonte de entretenimento para os idosos, onde lhes é permitido interagir e partilhar aspetos das suas vidas. A audição musical surge como uma das atividades preferenciais dos idosos, pois promove o relaxamento e produz um decréscimo da ansiedade. Vários relatos clínicos têm avaliado a importância e os benefícios da música com idosos (Cohen, Bailey, & Nilsson, 2002; McCaffrey, 2008; Prickett 2000; Ruud, 1997 cit in Solé et al., 2010).

Mesmo nos estados mais avançados da demência, quando a comunicação verbal é mais difícil, o paciente pode, ainda, participar nas sessões de musicoterapia e beneficiar do envolvimento proporcionado pelo convívio em conjunto. Aqui, os pacientes são convidados a participar nas sessões, conduzidos pela linguagem musical, onde se pretende promover a reorganização de pensamentos, a diminuição dos níveis de delírio e da confusão mental e a diminuição do isolamento social e afetivo (Vargas, cit in Cunha, s.d.).

Referente aos benefícios da música aplicada à população idosa, alguns autores indicam a promoção do relaxamento, a redução de comportamentos agitados, a diminuição da ansiedade, a distração de experiências desagradáveis (Gardner & Swanson, 1993; Solé et al., 2010), a estimulação de respostas físicas desejadas adequadas a determinada atividade, funcionando como incentivo à ação e ao treino sensorial (Cevasco & Grant, 2006; Hamburg, 2003; Hirokama, 2004), a promoção do equilíbrio do estado emocional e a diminuição do isolamento social (Bruscia, 1991; Fanny Silber, 1999; Grocke, Bloch & Castle, 2009; Hays & Minichiello, 2005) facilitar a comunicação (verbal e não verbal) e melhorar as aptidões sociais, provocar estimulação intelectual e melhorar o funcionamento mental/cognitivo (McClosky, 1985; Brotons e Koger, 2000; Cevasco e VanWeelden, 2009).

Em idosos institucionalizados, a musicoterapia assume uma maior relevância. Segundo Davis, Thaut e Gfeller (1999), a utilização da musicoterapia em instituições destinadas à população idosa pode ajudar a tornar o meio menos intimidante, promovendo a interação social e diminuindo sentimentos como a solidão. Segundo os autores, a musicoterapia em contexto institucional tem como vantagens: a estimulação da memória de curta e longa duração; a promoção da orientação para a realidade; a estimulação de outras áreas cognitivas que permitem a redução da confusão, o aumento e a retenção da informação; o aumento das competências verbais, comunicacionais e motoras (a força e a mobilidade); o fortalecimento do treino sensorial; a redução do *stress* e o aumento da autoestima.

Uma vez institucionalizados os idosos sofrem diversas perdas, nomeadamente o contacto com a família e o sentido de utilidade, assim, a musicoterapia pode, ainda, aumentar as oportunidades para os seniores alcançarem reconhecimento por parte dos

outros, com programas de musicoterapia intergeracionais onde é facilitada a interação e a compreensão entre os idosos e as crianças (Belgrave, 2011; Peters, 2000).

Este tipo de atividade poderá, também, estimular associações significativas e fornecer atividades objetivas e simultaneamente agradáveis que acrescentem significado e, conseqüentemente, qualidade de vida (Cevasco & Grant, 2006; Hays & Minichiello, 2005). Este último campo – qualidade de vida – é a área central do estudo que se pretende desenvolver e tem como base fundamental três estudos empíricos recentes que abordam as contribuições da música para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

O primeiro é um estudo qualitativo desenvolvido por Terrence Hays e Victor Minichiello (2005), que analisa a contribuição da música para a qualidade de vida dos idosos. Baseado em entrevistas, o estudo concluiu que a música fornece meios para os idosos compreenderem e desenvolverem a sua identidade, interagirem com as pessoas e o meio, manterem o bem-estar, expressarem a sua espiritualidade e estabelecerem ligações com as suas memórias de vida. Mais especificamente, os resultados demonstram que a música pode ser utilizada como uma forma de entretenimento, bem como pode ser encarada como uma forma de partilha e interação com o “outro”, contribuindo para uma melhoria da autoestima; cria sentimentos de independência e competência e diminui os sentimentos de isolamento e abandono, o que, conseqüentemente, contribui para a melhoria da qualidade de vida.

O segundo estudo, de Melissa Belgrave (2011), pretendia verificar os efeitos da musicoterapia intergeracional nas interações ocorridas entre os idosos e as crianças e avaliar o efeito dessa terapia no bem-estar psicossocial dos idosos, segundo a sua própria percepção. Baseando-se na análise dos dados obtidos, a autora concluiu que o número de interações entre ambas as gerações aumentaram, principalmente as interações dos idosos com as crianças. Os testes revelaram que houve, nos idosos, um

aumento da autoestima, do sentimento de utilidade e outros benefícios pessoais devido às sessões intergeracionais. Paralelamente, verificou-se, ainda, um decréscimo das descrições negativas dos idosos e um aumento das descrições positivas, por parte das crianças, pelo que, a autora, defende a realização de sessões de musicoterapia em contexto intergeracional.

O terceiro estudo, de Cevasco e Grant (2006), pretendia verificar quais as atividades mais eficazes a promover a estimulação sensorial de um grupo de doentes de Alzheimer, na primeira e segunda fase da doença, com declínios cognitivos, moderados e severos, a viver numa comunidade de cuidados assistidos. Outro dos objetivos seria proporcionar aos pacientes uma interação com o ambiente que os rodeava, permitindo a manutenção das suas capacidades e a melhoria da sua qualidade de vida. O tratamento realizou-se em 24 sessões semanais, durante 45 minutos, em grupo. Durante cada sessão realizavam-se 3 atividades rítmicas, intercaladas com tarefas de canto, recordar episódios do passado (reminiscência), movimento e audição musical de peças populares executadas, ao vivo, pelos terapeutas. Os autores obtiveram resultados positivos, comprovando que este tipo de doentes têm capacidade para aprender materiais musicais novos, independentemente da doença e do seu grau evolutivo, bem como perceber e responder positivamente ao estímulo musical, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida.

O estágio realizado pretendeu dar continuidade ao trabalho efetuado por estes autores, procurando comprovar a eficácia da musicoterapia na melhoria da qualidade de vida em idosos, através de técnicas musicoterapêuticas concretas.

*Técnicas musicoterapêuticas na geriatria*<sup>5</sup>. As técnicas musicoterapêuticas utilizadas no campo da demência variam, podendo ser técnicas ativas, recetivas e

---

<sup>5</sup> Segundo o dicionário online de português, geriatria “é parte da medicina que trata das doenças próprias da velhice. Os médicos especializados em geriatria diagnosticam e tratam as doenças dos idosos”.

recreativas. No que se refere às técnicas ativas, realizam-se atividades, tais como: cantar canções; tocar instrumentos; dançar; jogos musicais; composições improvisadas; experiências de canto individuais ou em grupo; composição de canções (letra e música), entre outras. Na utilização de técnicas recetivas, promove-se a audição musical. Por fim, utilizam-se, ainda, as técnicas recreativas (combinação de técnicas ativas e recetivas) (Bruscia, 1998).

Com a população idosa, utilizam-se, sobretudo, dois tipos de técnicas: a recriação e audição musical. Na recriação musical, o idoso pode utilizar instrumentos para acompanhar uma gravação ou música ao vivo, canta ou participa em jogos musicais. Este tipo de atividade pretende proporcionar o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras, melhorar a atenção, a orientação e a memória, bem como promover a integração do grupo, no caso de sessões de musicoterapia em grupo. É, também, utilizada a audição de música, tocada ao vivo ou gravada, tendo como objetivos terapêuticos promover a recetividade, evocar estados afetivos, estimular ou relaxar e melhorar a memória (Filadelfo, 2010).

As sessões de musicoterapia, com a população idosa, podem decorrer em contexto individual ou em grupo, de acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos. As técnicas utilizadas ao longo do estágio, nas sessões realizadas em grupo, combinavam as técnicas passivas/recetivas (técnica de reminiscência) e ativas (canto, composição de canções, repetição de padrões rítmicos ou improvisação rítmica). Nas sessões individuais, foram selecionados utentes cujas capacidades cognitivas e motoras se encontravam bastante deterioradas e utilizou-se a experiência recetiva, com música executada ao vivo e gravada, procurando promover a recetividade, evocar estados afetivos, estimular ou relaxar e diminuir o isolamento. Em ambas as intervenções,



grupais e individuais, estabeleceu-se, como objetivo geral, a manutenção ou melhoria da qualidade de vida dos participantes.

A escolha das técnicas utilizadas baseou-se em estudos teóricos e empíricos realizados com esta população (Brotons & Koger, 2000; Bruscia, 1991; Cevalco & Grant, 2006; Davis, 1999; Gardner & Swanson, 1993; Peters, 2000), dos quais se extraíram intervenções que tiveram um papel positivo, e muitas vezes determinante, no processo de envelhecimento. Nos estudos referidos, destacaram-se as seguintes estratégias/técnicas:

- a estimulação sensorial, constituída por atividades estruturadas que estimulam o máximo de sentidos de forma a restaurar o contacto entre o indivíduo e o seu ambiente, e com o seu próprio corpo;

- a orientação da realidade, que utiliza a comunicação e lembranças constantes sobre o dia-a-dia para diminuir a confusão, a apatia e isolamento e o aumentar da independência e da consciência de si, dos outros e do seu contexto. Aqui a consistência e a repetição são a chave para o sucesso;

- a re-motivação, que se constitui por atividades, geralmente grupos de discussão, que promovem as capacidades cognitivas, a interação verbal e melhoram as capacidades sociais;

- a validação, que utiliza também a comunicação e a empatia para tornar possível a partilha de emoções, mesmo que estas não façam sentido ou pertençam ao passado, sendo que esta intervenção visa, sobretudo, os mais idosos e afastados da realidade, pois legitima os seus sentimentos e, de certa forma, a sua realidade;

- e a reminiscência, que promove o recordar de eventos passados e permite a evasão, ou seja, procura atribuir algum significado ao presente através de uma revisão

do passado, permitindo a expressão de emoções (Bruscia, 1991; Cevalco & Grant, 2006; Davis, 1999; Gardner & Swanson, 1993; Brotons & Koger, 2000; Peters, 2000).

Desta forma, as técnicas utilizadas neste estágio dirigiam-se para estas abordagens terapêuticas, sendo que as técnicas ativas se direcionavam mais para a estimulação sensorial, cognitiva e re-motivação (não excluindo, porém, as restantes), enquanto que a técnica passiva/recetiva, de reminiscência, estará mais relacionada com processos de validação e orientação para a realidade.

Relativamente à técnica de reminiscência, esta foi primeiramente descrita por Bright (1972), e era composta pela audição de um tema da preferência do utente, à qual se seguia uma discussão/diálogo sobre a relevância da canção. Dependendo do grau de processamento verbal do cliente, as perguntas do terapeuta poderiam ser “O que gosta nesta canção?”, “O que significa esta canção para si?”, entre outras, sendo que o terapeuta poderia igualmente identificar elementos chave nas letras das canções e questionar a utente sobre a sua experiência, interligando-o às letras (Grocke & Wigram, 2007).

Quanto à improvisação e segundo Gardstrom (2007), este é um dos quatro métodos base da musicoterapia. Os restantes são a recreação (tocar e cantar temas pré compostos), a composição e a audição musical.

A improvisação musical é o processo através do qual o terapeuta e o cliente(s) improvisam juntos, com fins terapêuticos. Na improvisação clínica, o cliente e o terapeuta relacionam-se um entre si, através da música, e os resultados dessa improvisação são um produto musical, com uma identidade estética, expressão e significado interpessoal próprios. A improvisação pode ocorrer a solo, em díades ou em grupo, e pode iniciar-se a partir de uma referência (imagem, título, história, sentimento), ou surgir livremente, sem qualquer ponto de partida (Gardstrom, 2007).

Segundo Even Ruud (1990), a técnica de improvisação em grupo estimula o potencial de mudança no paciente, uma vez que desafia a sua necessidade de segurança e familiaridade ao expor o participante a uma situação onde tem de abandonar regras e estruturas pré-estabelecidas, sendo desafiado a explorar um território desconhecido. Promove, ainda, uma forte ligação entre o paciente e o terapeuta, que é quem, de certa forma, auxilia e apoia estas novas viagens musicais do paciente.

No que se refere à utilização de atividades de canto, vários relatos clínicos têm demonstrado os benefícios da sua utilização em sessões de musicoterapia com idosos (Bruscia, 1991; Cevasco & Grant, 2006; Magee & Davidson, 2004). A voz e o canto, em sessões de musicoterapia, tornam-se um veículo privilegiado de expressão emocional, bem como ferramentas valiosas para a compreensão da experiência do cliente, oferecendo um ambiente contendor para a exploração de temáticas como a perda e a doença. A voz poderá estabelecer-se como um dos veículos básicos para a comunicação e para o estabelecimento das relações interpessoais, uma vez que, mesmo em estados mais avançados de algumas demências, é possível comunicar através da voz, com vocalizações. De facto, as primeiras interações do ser humano são totalmente não-verbais, e intuitivamente, estabelece-se uma comunicação, ora através de imitação de sons, ora de padrões rítmicos. Segundo Magee e Davidson (2004), as atividades de canto proporcionam estabilidade, conforto, alívio emocional, assim como promovem o aumento da autoestima, a capacidade para a interação social e a estimulação cognitiva.

As canções fazem parte das técnicas utilizadas pelos musicoterapeutas desde sempre. Quando utilizadas em sessões de terapia, podem fornecer segurança, apoio, estimulação ou efeitos sedativos (Wigram & Baker, 2005). Segundo Bruscia (1998), as canções ajudam a refletir sobre o passado, o presente ou futuro, ligando-se ao inconsciente e projetando, para a música, as experiências intra e interpessoais de cada

um. “*Expressam, assim, aquilo que somos e aquilo que sentimos, aproximam-nos dos outros, fazem-nos companhia quando estamos sozinhos. São os nossos diários musicais, as nossas histórias de vida*” (Bruscia, 1998, p. 9).

A técnica de composição de canções, em musicoterapia, define-se “*pelo processo de criar, anotando ou gravando, letras e músicas pelo cliente ou clientes e terapeuta numa relação terapêutica, de forma a abordar as necessidades psicossociais, emocionais, cognitivas e comunicacionais do cliente.*” (Wigram & Baker, 2005, p. 16).

Durante o processo da composição de canções, não é o terapeuta que escreve as canções *para* o cliente, mas são escritas *com* o cliente, sendo que o processo e o produto final, construído durante as sessões, é o trabalho terapêutico em si. O papel do terapeuta é, portanto, facilitar o processo de criação, embora o objetivo principal seja o cliente sentir o tema construído como seu, expressando as suas necessidades pessoais, sentimentos ou pensamentos. Estas criações são produtos que o cliente pode visitar e partilhar com os outros, evidenciando a sua criatividade e expressão individual. Na composição de canções existem vários processos de criação entre os quais o preenchimento de espaços em branco, onde os clientes colocam as suas próprias palavras; a criação de versões modificadas de canções originais, onde o cliente adiciona versos em temas pré-existentes; ou, ainda, a criação total de um tema, com versos e respetiva base instrumental originais (Wigram & Baker, 2005).

A estrutura base das sessões de musicoterapia realizadas, em grupo, durante estágio realizado no lar “Nossa Senhora da Paz”, fundamentaram-se no trabalho desenvolvido por Clair (1991), onde a musicoterapeuta seguia a seguinte estrutura: (1) canção do olá, utilizando o nome de cada um dos membros do grupo; (2) cantar, em grupo, canções familiares aos participantes com a musicoterapeuta a fazer-se acompanhar pela guitarra; (3) atividades rítmicas individuais, onde cada participante

escolhia livremente um instrumento para tocar e imitar os ritmos realizados pela musicoterapeuta; (4) atividades rítmicas em grupo, acompanhadas, na voz ou na guitarra, pela terapeuta; (5) canção do adeus, referindo, novamente, o nome de todos os participantes.

Para além das diferentes fases da sessão mencionadas, foi, ainda, incluída a técnica da reminiscência e composição de canções, nas atividades de canto, e a improvisação, nas atividades rítmicas, baseadas na eficácia registada na literatura acima descrita.

*Musicoterapia com prestadores de cuidados.* Montgomery, Rowe e Kosloski (2007) defendem que existem vantagens e desvantagens na realização de terapias que envolvam familiares enquanto prestadores de cuidados do idoso, devido ao impacto que esse papel (prestador de cuidados) poderá causar nas suas vidas.

Os autores referem que as consequências negativas se relacionam com: (1) a utilização do tempo pessoal do cuidador para prestar cuidados ao familiar, abdicando de realizar outras atividades; (2) a degradação da relação entre recetor e cuidador pois, à medida que aumenta a deterioração dos processos cognitivos, o indivíduo demenciado não consegue contribuir, reciprocamente, para a relação entre ambos; (3) o declínio da saúde física e mental do prestador de cuidados, podendo surgir alterações cardiovasculares, na pressão sanguínea, aumento do *stress* e da tensão, e, inclusive, sintomas de depressão, que, conseqüentemente, alteram a sua qualidade de vida. Como fatores positivos da prestação de cuidados, os autores identificam os afetos positivos partilhados, o crescimento de sentimentos ligados à satisfação, à gratificação e do enriquecimento pessoal, aumentando, desta forma, a qualidade da relação entre o recetor e o cuidador, e o seu bem-estar psicossocial.

Os estudos clínicos realizados na área da musicoterapia, por outro lado, referem que a experiência musical partilhada pode ser uma mais-valia, uma vez que aumenta a comunicação (verbal ou não-verbal), facilita a interação, cria proximidade emocional, reaviva memórias positivas, e permite aprofundar as relações entre prestador e recetor de cuidados. Os efeitos benéficos desta metodologia é particularmente visível quando os recetores se encontram em estados demenciais moderados ou avançados e onde já perderam a maioria das suas capacidades físicas, cognitivas, verbais e sociais, apresentando muita dificuldade em interagir com outros, de forma independente (Brotons & Marti, 2003; Clair, 1998; Peters, 2000).

A experiência musical com prestadores de cuidados pode evocar sentimentos de sucesso e satisfação entre o prestador de cuidados e o idoso, ajudando, por vezes, o prestador de cuidados a focar-se nas forças e capacidades residuais do seu amado e desvalorizando a possibilidade dele não resistir à doença (Peters, 2000).

Nos estádios mais avançados de demência, os recetores não respondem à música tocando nos instrumentos ou cantando. No entanto, é possível que apresentem outro tipo de respostas à musicoterapia, tais como abrir os olhos ou mover a cabeça, quando o estímulo musical está presente. Neste sentido, o papel do prestador de cuidados passa por indicar ao musicoterapeuta quando deteta essa forma de comunicação, por parte do idoso recetor, o que lhe poderá proporcionar sentimentos de sucesso e satisfação (Clair, 1998).

Outros benefícios da musicoterapia com prestadores de cuidados, nos estados demenciais moderados e avançados, são a diminuição da agitação ou do tédio, promover a proximidade e a intimidade, estruturar e atribuir significado às visitas entre familiares e pessoas mais chegadas, tornando a experiência menos frustrante e mais agradável para ambas as partes, e ainda, permitir que os prestadores de cuidados possam exprimir de

forma segura emoções fortes, tais como a tristeza, a raiva, o medo e a dor (Peters, 2000).

O trabalho realizado, durante o estágio, com prestadores de cuidados, baseou-se no estudo empírico realizado por Brotons e Marti (2003), que aborda a utilização da musicoterapia com doentes de Alzheimer e os seus familiares, prestadores de cuidados. Os objetivos deste estudo focavam, no que concerne aos doentes, aumentar a comunicação verbal e não-verbal, melhorar a memória a curto-prazo e melhorar a atenção e concentração. No que diz respeito aos prestadores de cuidados, os objetivos centraram-se em oferecer um espaço de partilha de experiências e de eventos das suas vidas e reconhecer e aceitar as perdas pessoais. E, por fim, quanto aos doentes e prestadores de cuidados (em conjunto), os objetivos definidos foram a melhoria da participação e cooperação, a promoção da autoestima e facilitar a expressão e a comunicação.

Quando confrontados com os resultados, as autoras concluíram que, no que concerne aos benefícios da musicoterapia nos familiares prestadores de cuidados, registou-se um aumento do relaxamento e da expressão emocional, propiciado pelo espaço agradável e prazeroso da sessão onde puderam partilhar e exprimir sentimentos que ainda não tinham sido capazes de demonstrar. Registou-se ainda, uma diminuição dos problemas comportamentais dos doentes e dos estados de ansiedade dos prestadores de cuidados.

**A musicoterapia e as dinâmicas de grupo.** O conceito de dinâmicas de grupo, segundo Rutan (2007), foi criado por Kurt Lewin, e refere-se às forças interativas que definem o funcionamento de um grupo terapêutico, o que implica a observação do grupo na sua totalidade.

Existem diferentes formas de descrever as fases dos processos terapêuticos realizados em grupo, variando de acordo com as perspectivas e abordagens adotadas, embora a sua maioria apresente padrões semelhantes. As diferentes fases identificadas no processo terapêutico ocorrido no grupo do lar “Nossa Senhora da Paz” basearam-se nas abordagens de Mackenzie (1994) e Rutan (2007).

Segundo Roy Mackenzie (1994), os grupos terapêuticos desenvolvem-se em quatro fases: fase de compromisso, fase de diferenciação, grupo de trabalho e fase de terminação. Na fase inicial – compromisso – Mackenzie considera que o aglomerado de pessoas independentes não se intitula de grupo, pois para tal, é necessário criar uma homogeneidade onde todos se sintam confortáveis e envolvidos, ou ligados uns aos outros. Durante as primeiras sessões abordam-se temas superficiais como os nomes, as profissões, a naturalidade dos participantes, de forma a criar momentos de interação numa atmosfera de tolerância, respeito, abertura e curiosidade. O objetivo desta fase é desenvolver o sentimento de coesão grupal.

Na fase de diferenciação, o autor considera que, surge o desacordo, a rebelião e a interrupção entre os membros do grupo. Durante esta fase, confrontam-se e aprofundam-se assuntos mais pessoais e sensíveis. Poder-se-á afirmar que a fase de compromisso prepara o grupo para o trabalho em conjunto e a fase de diferenciação promove a capacidade de confronto e tolerância.

No trabalho de grupo, ou fase de trabalho, como define Mackenzie (1994), o grupo torna-se um campo de interação na qual questões individuais são resolvidas. À medida que esta interação prossegue, emergem questões mais complexas de relacionamento entre os membros. Geralmente, os temas abordados são comuns ao grupo ou a muitos dos membros do grupo.



A última fase, descrita pelo autor, designa-se fase de término. Aqui, surgem sentimentos associados à perda, como a tristeza, a raiva, a rejeição e o abandono. Para evitar o despoletar destes sentimentos, o terapeuta deverá relembrar, no decorrer das últimas sessões, que estão perto do final; no entanto cada grupo lida com esta fase de forma diferente, consoante a natureza do próprio grupo.

A perspetiva de J. Scott Rutan (2007), vai de encontro à descrição das dinâmicas de grupo de Mackenzie (1994), embora atribuindo denominações distintas:

- Fase formativa – durante esta fase, cada membro do grupo tenta estabelecer relações de intimidade com os restantes membros e tenta compreender como o grupo irá funcionar. Quando esta informação não lhe é fornecida, os mecanismos de defesa de cada um emergem, de onde poderão surgir reações, inerentes à formação um grupo terapêutico. O papel do terapeuta é ajudar a que se estabeleçam normas para que os membros se sintam suficientemente seguros para participar de forma espontânea.

- Fase reativa – a passagem da fase anterior para esta surge quando os índices de confiança diminuem e as reações começam a ser proeminentes. Aqui, a individualidade de cada um torna-se mais evidente e denota-se uma preocupação em perceber como manter a identidade pessoal e, ainda assim, fazer parte da identidade do grupo. Nesta fase poderá surgir a discussão e a crítica, embora nem todos os participantes possam apresentar sentimentos como a raiva ou rebelião; na verdade, para alguns a resposta mais comum é a apatia, a passividade e a concordância. Neste processo, o papel do terapeuta é, muitas vezes, questionado.

- Fase madura – durante esta fase surge a estabilização do grupo de trabalho, com os membros a interagirem de forma mais espontânea. Durante esta fase, surgem objetivos a cumprir, onde todos os indivíduos cooperam e interagem, demonstrando confiança e tolerância. Assiste-se, por outras palavras, à aliança terapêutica.

- Fase de término – durante esta fase final do desenvolvimento do grupo, prepara-se o processo de separação. Espera-se que os grupos tenham desenvolvido um legado a ser lembrado durante um longo período de tempo. Contudo os finais não são simples, podendo ocorrer de forma dolorosa ou harmoniosa, consoante a evolução de cada grupo.

As quatro fases identificadas não são estanques, devendo ser consideradas como guias e não leis (Rutan, 2007).

### **Objetivos Propostos**

A revisão bibliográfica anteriormente referida, permitiu-nos perceber que a musicoterapia no contexto geriátrico é eficaz e, como tal, é necessário começar a haver uma adaptação das técnicas musicoterapêuticas a centros de dia e instituições de terceira idade no que respeita a um investimento na melhoria da qualidade de vida dos idosos, apostando em atividades/intervenções que visem a totalidade da pessoa idosa – as suas emoções, as suas preferências, as suas experiências –, e não apenas as suas necessidades fisiológicas.

Desta forma, realizou-se o estágio na “Residência Nossa Senhora da Paz” acreditando que a musicoterapia poderia promover a melhoria ou manutenção das suas capacidades cognitivas dos utentes da instituição e, desta forma, a melhoria da sua qualidade de vida.

A musicoterapia na área geriátrica permite que se desenvolvam ou melhorem competências, sejam elas pessoais ou interpessoais/sociais, através de experiências musicais, em grupo ou individuais. Proporciona, ainda, aos idosos, o contacto com a sua criatividade, potencialidades, memórias e histórias de vida, restituindo-lhes parte de um sentimento de poder e utilidade.

Uma vez que não era possível reverter os quadros demenciais em que os idosos do lar se encontravam, pretendeu-se melhorar ao máximo a sua qualidade de vida, apesar das suas limitações e condicionantes patológicas.

Assim, com base nos dados apresentados, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Promover atividades no lar que promovam a participação e o convívio;
- Diminuir a confusão mental dos idosos;
- Promover a manutenção das competências cognitivas;
- Diminuir o isolamento e fomentar a socialização;
- Melhorar a atenção, a orientação e a memória;
- Promover o relaxamento e reduzir a ansiedade;
- Promover a comunicação, a criatividade e a expressividade;
- Melhorar a qualidade de vida dos utentes do lar.

## **Metodologia**

**Procedimentos.** No capítulo referente à metodologia, descrevem-se os procedimentos realizados ao longo do estágio, com as suas respetivas fases de integração, descrição da amostra com quem se interveio, identificação das técnicas e dos materiais utilizados e, por fim, dos instrumentos de avaliação utilizados.

**Fase de integração.** O estágio realizado na “Residência Nossa Senhora da Penha de França” desenvolveu-se entre Outubro de 2011 e Junho de 2012.

Durante os dois primeiros meses de integração, a estagiária começou por conhecer a equipa de trabalho que constitui todo o CSPF, e, mais especificamente, o lar de idosos. Durante esses meses, foi-lhe facultado o acesso aos processos clínicos de todos os utentes do lar e, a partir daí, foi possível começar a delinear os planos de intervenção dos mesmos.

A integração decorreu de forma natural, havendo uma disponibilização de toda a equipa para responder às questões colocadas. A equipa mostrou-se interessada em conhecer o projeto e, mais especificamente, a definição de musicoterapia. Durante esta fase, a fisioterapeuta da instituição convidou a estagiária para participar nas suas sessões de fisioterapia com os utentes do lar, o que lhe permitiu um contacto informal mais próximo com os idosos.

Relativamente ao relacionamento com os idosos, este estabeleceu-se de diferentes formas. Houve idosos com os quais a empatia foi mútua e assim permaneceram até ao final da intervenção, e outros com os quais foi impossível estabelecer uma relação, uma vez que se mostraram sempre evitantes e distantes. Houve, ainda, outros idosos, que, numa fase inicial, se demonstraram bastante reticentes quanto às atividades propostas, mas que, com o passar do tempo, mudaram a sua opinião, passando a solicitar bastante a presença da estagiária e das suas atividades. No entanto, a maioria dos idosos mostrou-se bastante cooperante, quer nas atividades musicais, quer nos momentos de serão, na sala de convívio.

Durante estes primeiros contactos, foi possível compreender com que tipo de população se iria contactar ao longo do estágio. Para além das patologias de cada um, com as suas respetivas especificidades, a grande maioria dos idosos encontrava-se numa situação de isolamento extrema. De facto, a maioria dos idosos passavam bastante tempo em salas de convívio, com acesso televisões, embora os utentes apresentassem um total desinteresse, quer em relação aos restantes idosos que consigo partilhavam a sala, quer em relação aos programas televisivos, enquanto forma de distração.

Foi, também, durante esta fase inicial que se estabeleceu qual o horário e os dias da semana nos quais os idosos poderiam participar nas sessões musicoterapêuticas. Tendo em conta que a agenda semanal (anexo 1) dos idosos se encontrava bastante

preenchida, foi decidido, em concordância com o diretor técnico do lar, o psicólogo e orientador do local de estágio, que se poderiam realizar as intervenções do grupo às quintas-feiras, das 11 horas da manhã até ao meio dia (única manhã com disponibilidade para tal), e as individuais às terças, quartas e quintas-feiras, das 14h00 às 16h00, para acamados, caso esses idosos não recebessem visitas.

Durante todo este período de adaptação, a relação desenvolvida com os utentes e com a equipa técnica permitiu a construção de um ambiente de trabalho simultaneamente produtivo e acolhedor, algo que se prolongou até ao final do estágio.

**Fase de avaliação.** Após os meses de integração e observação, iniciou-se a fase de avaliação. Tendo em conta que não seria possível intervir com os 35 utentes do lar, devido a questões temporais e de espaço, foram realizadas entrevistas a todos os utentes de forma a aferir quem gostaria de frequentar as sessões musicoterapêuticas e quais as suas preferências musicais (anexo 2).

Os dados recolhidos foram determinantes para se verificar quais as pessoas mais aptas para participar na intervenção. Verificou-se, por exemplo, que havia idosos que não apreciavam música, pelo que não demonstraram muito interesse em conhecer as atividades das sessões. Os restantes demonstraram interesse em participar na musicoterapia, compreendendo que estas sessões seriam uma mais-valia para eles, e, assim, foi decidido que as sessões de grupo seriam abertas. Neste sentido, todos os idosos que desejassem poderiam incluir-se nelas, até um limite de 10 participantes, devido a questões de espaço. Quanto aos idosos acamados, decidiu-se, com a equipa técnica, que todos poderiam participar mediante autorização por parte dos seus responsáveis legais (anexo 3).

**Fase de acompanhamento.** Depois destes procedimentos, deu-se início às sessões musicoterapêuticas dentro do horário estabelecido, tendo em conta as rotinas

diárias do lar. Numa primeira fase, aplicaram-se dois testes diferentes: o primeiro, Mini Mental State Examination (MMS) (anexo 8), que verifica o grau de demência de cada participante; e o segundo, Whoqol Bref (anexo 4) em conjunto com o Whoqol-Old (anexo 5), avalia a qualidade de vida dos idosos. Estes testes foram, novamente, aplicados no final das intervenções, como forma de avaliação dos resultados.

As sessões decorreram com periodicidade semanal. As sessões de grupo decorreram na sala de visitas do 1º andar e as individuais no quarto de cada idoso acamado, na “Residência Nossa Senhora da Paz”.

Inicialmente, começou por se intervir num grupo (até um máximo de 10 utentes) e, individualmente, com 3 idosos acamados. No entanto, em Março, uma das idosas do grupo apresentou algumas complicações de saúde e passou a pertencer ao grupo dos idosos com sessões individuais, o que perfaz um total de 4 acompanhamentos individuais. Um mês depois, e tendo em conta que não estava a ocorrer qualquer tipo de resposta significativa por parte de uma das utentes acamadas, optou-se por introduzir um novo elemento em sessão, o seu marido, com o objetivo de obter novos resultados.

Realizaram-se, em média, 20 sessões de grupo com a duração de uma hora e 15 sessões individuais com a duração média de 25 minutos.

Tendo em conta as idades e as dificuldades cognitivas dos idosos, revelou-se ser importante a deslocação da estagiária às duas salas de convívio sensivelmente 15 minutos antes de as sessões de grupo terem início, para lembrar aos idosos que a musicoterapia iria começar. Muitas dessas vezes, as idosas que apresentavam maiores níveis de confusão, pediam que as levassem até à sala.

As sessões de grupo e individuais decorreram de forma contínua e regular, sendo que, nas sessões grupais, os idosos escolhiam se pretendiam ir às sessões ou não. Apesar

de estas sessões serem abertas, tal não invalidou que se constituísse um núcleo de idosos que nunca tenha faltado a sessão alguma.

Na fase final do estágio e durante as últimas sessões, trabalhou-se a separação gradual do grupo. Após o término das sessões, a estagiária continuou a visitar regularmente os idosos do lar. Durante essas últimas deslocações, foram aplicados novamente os testes Mini Mental State Examination e Whoqol Bref em conjunto com o Whoqol-Old e realizou-se uma Entrevista de Avaliação Final (anexo 6) à equipa técnica, procurando perceber quais os progressos obtidos pelos utentes do lar, ao longo das intervenções musicoterapêuticas.

Todas as sessões foram gravadas em vídeo após a autorização da direção do Centro Social e Paroquial e dos utentes do lar “Residência Nossa Senhora da Penha de França”. Essas gravações permitiram uma análise pormenorizada de cada sessão, bem como facilitaram o preenchimento de uma grelha de observação (anexo 7), nas sessões 1 e 16, de forma a avaliar o progresso musical dos membros do grupo, resultante da intervenção musicoterapêutica.

**Descrição da Amostra.** Apresenta-se em seguida, na tabela 1, os idosos que foram acompanhados pelas sessões musicoterapêuticas, demonstrando os dados pessoais dos participantes, o número de sessões em que esteve presente e, por fim, o tipo de *setting* em que se inseriu (em sessões de grupo ou individuais).

Tabela 1

*Casos acompanhados pela musicoterapia*

Nome	Data de Nascimento	Data de entrada na Instituição	Data de Saída ou Óbito	Setting	Número de Sessões
António*	11/09/1941	12/04/2012	-	Grupal	1
Arminda*	13/01/1924	02/03/2009	-	Grupal	20

<b>Antónia*</b>	05/05/1927	Set. 2010	-	Grupal	20
<b>Amélia*</b>	05/12/1916	19/07/2010	-	Grupal	20
<b>Camila*</b>	21/09/1918	30/07/2011	-	Grupal	20
<b>Fátima*</b>	20/09/1916	13/04/2010	-	Grupal	15
<b>Flávio*</b>	30/06/1930	09/03/2012	08/04/2012 (saída)	Grupal	4
<b>Glória*</b>	04/01/1927	13/09/2010	-	Grupal	6
<b>Idalina*</b>	01/07/1918	06/11/2002	-	Grupal	3
<b>José*</b>	02/12/1924	06/03/2009	-	Grupal	8
<b>Olinda*</b>	10/08/1918	19/05/2008	10/05/2012 (óbito)	Individual	10
<b>Olimpia*</b>	25/04/1933	21/01/2009	-	Individual	10
<b>Olimpia*</b>	Idem	Idem	-	Individual com cuidador	4
<b>Otília*</b>	05/08/1920	31/07/2009	-	Grupal	11
<b>Paula*</b>	24/07/1917	02/05/2012	-	Grupal	2
<b>Pureza*</b>	08/10/1913	11/09/2007	-	Individual	17
<b>Rita*</b>	26/04/1937	12/04/2012	-	Grupal	4
<b>Maria João*</b>	15/09/1923	17/11/2008	-	Grupal	15
<b>Zulmira*<sup>6</sup></b>	05/03/1924	19/02/2008	-	Grupal e Individual	14

<sup>6</sup> \*Como forma de garantir o anonimato dos participantes, foram-lhes atribuídos nomes fictícios.



**Técnicas Musicoterapêuticas Utilizadas nas Sessões.** As técnicas musicoterapêuticas utilizadas, tendo como base a revisão bibliográfica, anteriormente citada, combinavam técnicas ativas e recetivas. Durante as sessões grupais, optou-se por se utilizar uma estrutura base, por forma a conceder aos participantes atividades estruturadas, uma vez que o ambiente onde se inseriam era rico em simbolismos de rotinas, de costumes e rituais.

Assim, as sessões em grupo estavam divididas em duas partes: a primeira mais vocal e a segunda mais instrumental. Cada uma destas partes apresentava a duração média de 30 minutos. Os temas utilizados nas sessões eram escutados através suportes de áudio ou cantadas e tocadas pela estagiária.

No que diz respeito às sessões individuais, estas tinham uma estrutura mais livre, ou seja, não tinham uma estrutura tão rígida quanto nas sessões grupais. No entanto, tal como nas sessões de grupo, as sessões começavam e terminavam sempre com as mesmas canções, de olá e de despedida, e duravam entre 15 a 30 minutos, consoante a resposta do utente. Durante as sessões individuais utilizou-se, maioritariamente, a audição ou experiência recetiva, com música executada ao vivo ou gravada, de forma a promover a recetividade, evocar estados afetivos, entre outros.

**Materiais Utilizados.** Ao longo das sessões, utilizaram-se diversos instrumentos musicais. Dois eram instrumentos harmónicos – piano e guitarra – e os restantes instrumentos de percussão. Além dos instrumentos, houve o recurso a materiais como máquina de filmar, aparelhagem de som e computador. Na sala de convívio do 1º andar, onde decorriam as sessões musicoterapêuticas em grupo, o *setting* era constituído por várias cadeiras em posição circular, para que fosse possível a todos manter o contacto ocular com a facilitadora e com os restantes participantes. Os instrumentos eram colocados no centro do *setting*, num carrinho com rodas, para que pudesse circular

facilmente por toda a sala. Nos quartos, onde decorriam as sessões individuais, os participantes estavam deitados nas suas camas e os instrumentos eram levados até eles.

Entre os instrumentos de percussão disponíveis, encontravam-se: Maracas, Djambé, Shaker, Reco-reco, Pandeireta, Clavas, Taça tibetana, Pau-de-chuva, Trovoada, Kalimba, Tamborim, Triângulo, Guiseiras, Bloco de dois sons, Caixa chinesa, Castanholas. No entanto, de todos os instrumentos, os mais escolhidos pelos participantes foram as clavas, as maracas e as pandeiretas.

### **Instrumentos de avaliação.**

*Questionário de preferência musical.* Tal como referi anteriormente, após o período de integração na instituição iniciou-se o período de avaliação inicial. Além das entrevistas informais que se foram realizando com os utentes da “Residência Nossa Senhora da Penha de França” aplicou-se um questionário de preferência musical (ver anexo 2) que se revelou determinante para identificar quais as pessoas mais aptas a participar nas sessões musicoterapêuticas e, ao mesmo tempo, revelou-se fundamental para compreender que tipo de repertório iria ser utilizado nas intervenções terapêuticas, bem como identificar quais os gostos musicais de cada um dos participantes.

Os dados pessoais partilhados pela equipa técnica sobre os idosos, o contacto informal com os mesmos e o acesso aos seus processos, permitiu compreender quais as necessidades comuns a esta população, que poderiam ser trabalhadas em grupo, e quais as necessidades específicas de cada idoso, para serem trabalhadas em contexto individual.

*Mini mental state examination.* O teste Mini Mental State Examination (ver anexo 8) foi desenvolvido por Folstein, em 1975, e é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente, com versões em diferentes línguas. Este instrumento fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos através de 7 categorias, sendo que

cada uma delas avalia funções cognitivas específicas, tais como a orientação temporal (5 pontos), a orientação espacial (5 pontos), o registo de três palavras (3 pontos), a atenção e o cálculo (5 pontos), a recordação das três palavras (3 pontos), a linguagem (8 pontos) e a capacidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação do Mini Mental State Examination (MMS) varia entre um mínimo de 0 pontos, referente a um maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a uma melhor capacidade cognitiva (Chaves, s.d.).

O MMS pode ser utilizado como teste de rastreio para a perda cognitiva e denomina-se por “mini” exatamente porque apenas concentra os aspetos cognitivos. Inclui 6 itens, divididos em 2 secções, sendo que a primeira exige respostas verbais ao nível da orientação, memória e atenção, e a segunda avalia a capacidade de leitura e escrita. Todas as questões são realizadas pela ordem listada e recebem pontuações por cada item completado com sucesso, até a uma pontuação máxima de 30 pontos (Lourenço & Veras, 2006).

No que se refere à validade e fidelidade do teste, os dados retirados de diversos estudos, realizados em vários países, revelam boas a excelentes capacidades psicométricas. Este questionário, segundo testes efetuados, possui uma consistência interna razoável com coeficientes Alfa de Cronbach que variam entre .60 e .95., consoante as populações e os diagnósticos dos pacientes (Ruch, 2000).

#### ***Whoqol-bref em conjunto com whoqol-old.***

Existem diversos instrumentos que avaliam a qualidade de vida, sendo que uns avaliam a qualidade de vida de uma forma genérica e outros de forma específica.

Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida de forma genérica “(...) *medem os distúrbios da saúde e podem ser aplicados em vários tipos de doenças, tratamentos ou intervenções médicas e entre culturas e lugares diferentes.*”. Por outro lado, os

instrumentos específicos “*avaliam uma doença específica e quantificam os ganhos em saúde após o tratamento.*” (Leal, 2008, pp. 13).

Desta forma, neste estudo, utilizou-se a escala Whoqol-bref, que se enquadra nos instrumentos de avaliação genérica, em conjunto com a escala Whoqol-Old, que é um dos instrumentos de avaliação específica, adaptado à população idosa.

Ambos os testes, Whoqol-bref e Whoqol-Old, são instrumentos de avaliação da qualidade de vida desenvolvidos pelo grupo Whoqol – *World Health Organization Quality of Life*, da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1996).

A escala Whoqol-Bref (ver anexo 4) é a versão abreviada do Whoqol-100, composto por 26 questões, onde as duas primeiras são gerais e as restantes 24 representam cada um dos 24 temas que compõem o instrumento original<sup>7</sup>. No Whoqol-100 apresentam-se questões em cada tema, o que perfaz um total de 96 questões sobre a qualidade de vida, sendo as restantes 4 de carácter geral, e no Whoqol-Bref, em cada tema apresenta-se apenas uma questão. Os domínios que a escala Whoqol-Bref avalia são quatro, nomeadamente, a saúde física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente. Cada uma das questões é avaliada segundo uma escala de 5 pontos, em que o valor 1 corresponde à categoria “nada”, o valor 2 corresponde à categoria “muito pouco”, o valor 3 corresponde à categoria “mais ou menos”, o valor 4 corresponde à categoria “bastante” e, por fim, o valor 5 corresponde à categoria “extremamente” (anexo 4) (OMS, 1998).

Os quatro domínios avaliados na escala Whoqol-Bref denotam a percepção da qualidade de vida em cada domínio particular, sendo que os valores dos domínios

---

<sup>7</sup> Os 24 temas do instrumento original, Whoqol-100, incluem: atividades diárias; dependência de tratamentos médicos e medicamentos; energia e fadiga; mobilidade; dor e desconforto; dormir e descansar; capacidades laborais (todos estes enquadram-se no domínio da saúde física); imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; sentimentos positivos; autoestima; espiritualidade/religião/crenças pessoais; pensamento, aprendizagem, memória e concentração (características que se incluem dentro do domínio do bem-estar psicológico); relações pessoais; apoio social; atividade sexual (que se inserem no domínio das relações sociais); recursos financeiros; liberdade; segurança física e segurança; saúde e cuidados sociais: acessibilidade e qualidade; ambiente doméstico; oportunidades para adquirir novas informações e habilidades; participação ou oportunidades para a recreação/atividades de lazer; ambiente físico (poluição, barulho, tráfego, clima); transporte (facetas que se inserem no domínio do ambiente).

medem-se numa direção ascendente, ou seja, os valores mais altos denotam uma melhor qualidade de vida (WHOQOL, 1996). Uma vez que o Whoqol-Group não definiu os valores de base de qualidade de vida, considera-se que os resultados positivos são aqueles que se encontram acima do valor médio (ver tabela 2).

Tabela 2

*Domínios, distribuição das questões pelos domínios e valores de referência do Whoqol-Bref*

<b>Domínio</b>	<b>Nº de questões</b>	<b>Questões dos domínios</b>	<b>Amplitude (min. e max.)</b>	<b>Valor médio</b>
<b>Saúde física</b>	7	Q3+Q4+Q10+Q15+Q16+Q17+ Q18	28 (7, 35)	21
<b>Psicológico</b>	6	Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+Q26	24 (6, 30)	18
<b>Relações sociais</b>	3	Q20+Q21+Q22	12 (3, 15)	9
<b>Meio ambiente</b>	8	Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+ Q23+Q24+Q25	32 (8, 40)	24

O questionário Whoqol-Bref pode ser realizado com a ajuda de um familiar ou prestador de cuidados, que melhor conheça a vida do participante, uma vez que poderá haver alguns aspetos que o participante não se recorde, devido ao quadro demencial em que se insira (Leal, 2008).

No que se refere à validade e fidelidade da escala, os dados retirados de diversos estudos, realizados em vários países, revelam boas a excelentes capacidades psicométricas. Este questionário, segundo testes efetuados pelo Whoqol-Group, em 2004, possui uma consistência interna razoável com coeficientes Alfa de Cronbach que variam entre .68 e .82 (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

O segundo teste que se utilizou para avaliar a qualidade de vida foi o Whoqol-Old (ver anexo 5), que se enquadra nas avaliações da qualidade de vida específicas. Este teste foi criado em 2004 e é composto por 24 questões em que se avalia a qualidade de vida dos idosos numa perspetiva transcultural. Esta escala avalia 6 domínios específicos, designadamente: o funcionamento sensorial; a autonomia; as atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre as conquistas na vida e o que ainda se anseia); as relações sociais; a espiritualidade (preocupações, inquietações e o receio da morte) e a intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas nesta fase da vida) (OMS, s.d.).

Cada um destes domínios possui 4 itens, pelo que os valores dos resultados oscilam entre 4 e 20 pontos (ver Tabela 2). Tal como na escala Whoqol-Bref, cada uma das questões é avaliada segundo uma escala de 5 pontos, em que o valor 1 corresponde à categoria “nada”, o valor 2 corresponde à categoria “muito pouco”, o valor 3 corresponde à categoria “mais ou menos”, o valor 4 corresponde à categoria “bastante” e, por fim, o valor 5 corresponde à categoria “extremamente” (anexo 5) (OMS, 1998).

Os seis domínios avaliados na escala Whoqol-Old denotam a perceção da qualidade de vida em cada domínio particular, sendo que os valores dos domínios se medem numa direção ascendente, ou seja, os valores mais altos denotam uma melhor qualidade de vida. (OMS, 1998). Uma vez que o Whoqol-Group não definiu os valores de base de qualidade de vida, considera-se que os resultados positivos são aqueles que se encontram acima do valor médio (ver tabela 3).

O questionário Whoqol-Old, à semelhança do Whoqol-Bref, poderá ser realizado com a ajuda de um familiar ou prestador de cuidados, devendo ser aplicado em conjunto com o Whoqol-Bref, dado que ambos se complementam.

Tabela 3

*Domínios, distribuição das questões pelos domínios e valores de referência do Whoqol-Old*

<b>Domínio</b>	<b>Nº questões</b>	<b>Questões dos domínios</b>	<b>Amplitude (min. e max.)</b>	<b>Valor médio</b>
<b>Funcionamento Sensorial</b>	4	Q1+Q2+Q10+Q20	16 (4, 20)	13
<b>Autonomia</b>	4	Q3+Q4+Q5+Q11	16 (4, 20)	13
<b>Atividades Passadas, Presentes e Futuras</b>	4	Q12+Q13+Q15+ Q19	16 (4, 20)	13
<b>Relações Sociais</b>	4	Q14+Q16+Q17+ Q18	16 (4, 20)	13
<b>Espiritualidade</b>	4	Q6+Q7+Q8+Q9	16 (4, 20)	13
<b>Intimidade</b>	4	Q21+Q22+Q23+ Q24	16 (4, 20)	13

Quanto à validade e fidelidade desta escala, os dados de diversos estudos, efetuados em vários países, têm revelado boas capacidades psicométricas, tal como na escala Whoqol-Bref. A escala Whoqol-Old, segundo alguns estudos efetuados em diversos países, possui uma consistência interna que varia entre .68 e .88. Na adaptação portuguesa da escala registou-se uma consistência interna que varia entre .71 e .88 (Fleck, Chachamovich e Trentini, 2006).

#### ***Entrevista de avaliação final.***

O último instrumento de avaliação, aplicado durante o estágio curricular, foi a Entrevista de Avaliação Final (anexo 6). Este instrumento de recolha de dados foi realizado junto da equipa técnica do Lar “Nossa Senhora da Penha de França”, nomeadamente da Encarregada do Lar, e do Psicólogo e Diretor Técnico do Lar.

A entrevista procurava averiguar se a equipa técnica tinha identificado alterações comportamentais, relacionais, emocionais ou pessoais nos idosos intervencionados e, se sim, quais as alterações verificadas e, também, se houve algum idoso no qual se tinha sentido uma maior mudança.

### **Agenda semanal.**

A estadia na Instituição, durante a fase de integração, avaliação e durante o período de férias escolares (como o Natal e a Páscoa), foi distribuída por todas as tardes da semana. Após estas fases, em que houve uma maior disponibilidade de tempo, o tempo de estágio dividiu-se por 3 dias da semana, onde se realizaram, semanalmente, 5 sessões de Musicoterapia. A distribuição do tempo de estágio decorrido na instituição encontra-se descrito abaixo, na tabela 4.

Tabela 4

*Agenda semanal do estágio, de Janeiro a Junho de 2012*

	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-feira
10h00  13h00	Preparação de sessões	Reuniões com a equipa técnica ou relação informal com os utentes	Sessão de Musicoterapia em Grupo (11h00-12h00)
14h00  16h00	Sessões de Musicoterapia Individual:  Pureza (14h15-14h45) Olinda (15h00-15h30)	Sessões de Musicoterapia Individual:  Olimpia e cuidador (14h30-15h30)	Sessão de Musicoterapia Individual:  Zulmira (14h30-15h30)

Como já foi referido anteriormente, o tempo de estágio que contempla a tabela 4 não foi sempre o mesmo. Sempre que foi possível despender mais tempo para o estágio, a estagiária fê-lo, tal como quando surgiram imprevistos e se viu impossibilitada de se deslocar ao estágio, foi necessário alterar a programação semanal. Por exemplo, houve duas greves de transportes que conduziram à anulação de duas sessões de musicoterapia



em grupo, uma vez que os idosos apenas tinham a quinta-feira de manhã disponível para as sessões. Além dessas pequenas alterações, deve-se ainda salientar que, à quarta-feira à tarde, as sessões da D. Olimpia começaram por se realizar individualmente, passando, posteriormente, a incluir o prestador de cuidados, tal como está referido na tabela 4.

## **Estudo de Caso I – Musicoterapia em Grupo com Idosos**

### **Institucionalizados**

O primeiro estudo de caso abordou as sessões realizadas em grupo. Tal como já foi referido anteriormente, este grupo definiu-se como grupo aberto, ou seja, qualquer utente do lar podia fazer parte das sessões musicoterapêuticas, se assim o desejasse, até um limite de 10 participantes por sessão. Apesar de ser um grupo aberto, acabou por surgir um outro grupo interno que esteve presente na maioria das sessões.

Fizeram parte do grupo 15 idosos, com idades compreendidas entre os 71 e 95 anos. Ao longo da intervenção, o número mais baixo de participantes em sessão foi de 5 idosos e o máximo foi 9 idosos. No entanto, em média, participavam nas sessões de musicoterapia 7 idosos. De 3 em 3 semanas, um grupo de meninos de 5 anos do Jardim Infantil do Centro Social e Paroquial da Penha de França juntava-se às sessões.

### **Apresentação dos idosos pertencentes ao Estudo de Caso I**

O núcleo “duro” do grupo foi constituído por 6 idosos, embora tenham participado nas sessões 15 pessoas ao todo, isto porque, destes seis idosos, quatro deles participaram nas 20 sessões realizadas e os restantes dois assistiram a todas as sessões a partir da quinta, quando ingressaram nas sessões terapêuticas. Com este grupo registou-se continuidade no trabalho desenvolvido, o que, conseqüentemente, produziu resultados positivos mais significativos do que nos restantes participantes.

Desta forma, descreveremos as 6 idosas que constituíram o núcleo do grupo de forma mais alargada, e sumariamente os restantes 9 idosos:

- A idosa Arminda, 95 anos, natural de Moçambique, foi institucionalizada em Março de 2009, por decisão dos sobrinhos, uma vez que a irmã, com quem esta vivia, faleceu. A idosa frequentava o Centro de Dia desde 2004. Segundo o indicado no seu processo “*sofre de um atraso que a impediu de fazer uma vida*

*normal*” e, com a morte da irmã, esta situação terá agravado, denotando bastante desorientação. Apresentava muitas dificuldades cognitivas e alguma dificuldade motora. A D. Arminda não tinha consciência que a sua irmã tinha falecido e não percebia porque não a via. Refletia-se, assim, no seu discurso, o sentimento de abandono familiar. Não conseguia manter um discurso coerente durante muito tempo, verificando-se que a sua memória estava bastante afetada. Mostrava-se, ainda, bastante desorientada e confusa e muito isolada perante as restantes idosas. Na observação inicial nas sessões de musicoterapia, a D. Arminda era muito pouco participativa e evidenciava confusão e denotava uma expressão corporal pouco coordenada.

- A idosa Antónia, 84 anos, natural de Lisboa, é viúva e os seus 2 filhos institucionalizaram-na por não terem disponibilidade para a acolher nas suas casas. Reside no Lar desde Setembro de 2010. A D. Antónia desde 2005 que frequentava o centro de dia e, até à data, continuava a deslocar-se todas as tardes para o centro de convívio do Centro de Dia, apesar de residir no lar.

A idosa, apesar de parecer manter um discurso verbal coerente, encontrava-se muito confusa no desempenho das tarefas diárias (ex.: não sabia o caminho para o seu quarto, ou ao refeitório, entre outros). As primeiras impressões da idosa foram bastante positivas, mas, com o passar do tempo, compreendeu-se que o seu discurso, aparentemente coerente era, afinal, bastante repetitivo (pensamento obsessivo acompanhado de demência). No domínio físico, apresentava alguma dificuldade na mobilidade, fazendo-se acompanhar sempre do andarilho. Inicialmente, em contexto de sessão, verificou-se que era bastante participativa, interessada e bem-disposta, apresentando, no entanto, pouca coordenação motora e alguma agitação, bem como alguma dificuldade em dar espaço aos outros.

- A idosa Amélia, 95 anos, natural de Lisboa, foi institucionalizada em Julho de 2010, decisão de uma amiga ao verificar que a idosa não tinha capacidade para realizar as atividades diárias sozinha (ex.: deixava o gás ligado, torneiras aberta, etc.). A D. Amélia era viúva, não tinha filhos e desde 2002 que recebia apoio domiciliário.

A D. Amélia, apesar da idade elevada, apresentava boas capacidades físicas e cognitivas. No entanto, apresentava algumas dificuldades no relacionamento com os pares, mantendo-se isolada. Na observação inicial, mostrou-se pouco participativa. No entanto, logo na 1ª sessão, mostrou alguma iniciativa quando pediu para ouvir um determinado tema, comportamento que se repetiu nas restantes sessões.

- A idosa Camila, de 93 anos, natural de Ponte de Lima, residia no lar desde Julho de 2011. A D. Camila era viúva mas recebia a visita do filho e da nora com regularidade. Havia muito pouca informação disponível sobre a D. Camila era quase inexistente mas foi possível observar desde logo que apresentava algumas dificuldades motoras e era, por norma, uma pessoa resistente a novas atividades. Até ao término do estágio a utente recusava-se, muitas vezes, a ir à ginástica e fazia-o em relação à musicoterapia mas, acabou por ir a todas as sessões. Inicialmente, em sessão, apresentava muitas dificuldades nas relações interpessoais mantendo-se bastante isolada, mas, no entanto, mostrava-se participativa e interessada nos exercícios rítmicos, mais que nas atividades de canto.
- A idosa Fátima, de 95 anos, natural de Ferreira do Zêzere, residia no lar desde Abril de 2010, decisão tomada por si após ter sofrido um AVC (em 2009). A D.

Fátima provinha de uma família numerosa (8 irmãos) cujos elementos já faleceram, tal como o seu marido, recebendo, apenas o apoio dos seus sobrinhos. A idosa era de difícil trato, muito isolada, com um discurso paranoide (era comum afirmar que a roubavam, que lavavam muitas vezes a roupa para a danificarem porque tinham inveja das boas roupas que possuía, entre outros) e raramente se mostrava feliz.

No mês de Junho de 2010, foi direcionada para o psicólogo por apresentar um estado emocional depressivo, com baixa tolerância à frustração, dificuldades ao nível da memorização, perspectiva autocentrada e baixa autoestima. Segundo o relatório, a D. Fátima, até ao final do acompanhamento, manteve-se indisponível para ouvir e para pensar no que tinha de positivo, o que se traduziu na ausência de qualquer evolução do seu estado psicológico.

A musicoterapia, para a D. Fátima, surgiu apenas na 5ª sessão, pois, sempre que era convidada a participar, dizia que “só lá estavam velhos”, denotando a não-aceitação da sua idade e da idade dos seus pares. Nas primeiras sessões, a que assistiu raramente participava, contudo, semana após semana, foi voltando sempre e a sua postura foi sofrendo alterações.

- A idosa Maria João, de 88 anos, foi institucionalizada em Novembro de 2008, decisão tomada pelo filho. A D. Maria João era divorciada, vivia sozinha e o seu filho visitava-a poucas vezes. Apenas tinha o acompanhamento de uma vizinha, até se deixarem de falar devido a uma zanga, mas, esse atrito, alterou o comportamento da D. Maria que passou a ser acompanhada pelo Hospital Júlio de Matos. Esta utente encontrava-se medicada e acompanhada pelo H.J.M, no entanto, para a equipa técnica do lar, continuava a apresentar comportamentos paranoides e sinais de grande perturbação.

Tal como aconteceu com a D. Fátima, a D. Maria João apenas entrou para o grupo na 5ª sessão. De facto, esta utente terá sido sempre convidada a participar nas sessões, recusando-o, sem saber justificar o porquê dessa escolha. Na 5ª sessão decidiu assistir e nunca mais deixou de o fazer, chegando a pedir desculpas por não ter ingressado nas sessões desde o início.

Durante o processo de observação, verificou-se que a D. Maria João se isolava bastante, sendo que a única atividade que a deixava feliz era a ginástica, devido à relação que mantinha com a fisioterapeuta, pois apresentava alguma dificuldade nas relações interpessoais, sobretudo em estabelecer relações de proximidade. Era visível, também, uma fraca capacidade de memória. Em sessão, durante a fase de observação, revelou-se participativa e interessada, demonstrando, porém, algumas dificuldades nas atividades rítmicas, ao nível da coordenação motora.

Tabela 5

*Restantes participantes das sessões realizadas em Grupo*

Nome	Idade	Observações
<b>D. Glória</b>	85 anos	Residia no lar desde 2010. Apresentava dificuldades ao nível motor, isolamento social e dependência de terceiros. Em sessão, mostrou-se pouco participativa e exibiu comportamentos provocatórios (dificuldades ao nível da relação com o outro).
<b>D. Idalina</b>	94 anos	Residia no lar desde 2002. Apresentava problemas ao nível motor (encontrava-se em cadeira de rodas) e cegueira, estando, portanto, bastante dependente de terceiros. Em sessão, apresentou boas competências musicais.
<b>Sr. José</b>	88 anos	Residia no lar desde 2009. Exibia problemas renais e cognitivos (memória bastante danificada). Em sessão, apresentou boas capacidades musicais, embora com dificuldade de concentração (ex. não conseguia manter as atividades até ao fim).

<b>D. Otávia</b>	91 anos	Residia no lar desde 2009. Apresentava dificuldades ao nível motor (membros inferiores). Em sessão mostrou-se bastante reservada, revelando, porém, boas capacidades musicais.
<b>D. Paula</b>	95 anos	Residia no lar desde Maio de 2012. Exibia problemas cardíacos, hipertensão, dores de articulação, perda de memória e fraca autonomia. Em sessão, mostrou-se reservada, embora muito participativa nas atividades de canto.
<b>D. Rita</b>	75 anos	Residia no lar desde Abril de 2012. Apresentava problemas cognitivos, tais como alguma confusão espaço temporal, possivelmente proveniente de um estado demencial inicial (provável Alzheimer). Em sessão, exibiu um discurso repetitivo e alguns comportamentos provocatórios, bem como uma fraca participação.
<b>D. Zulmira</b>	88 anos	Residia no lar desde 2008, apresentava úlceras varicosas nas duas pernas e um quadro demencial, provavelmente Alzheimer. No grupo, mostrou-se reservada e pouco participativa.
<b>Sr. António</b>	71 anos	Residia no lar desde Abril de 2012. Com antecedentes de alcoolismo, apresentava uma lentificação ideo-motora associada ao compromisso da memória (recente, imediata), obesidade e diabetes. Em sessão, manteve-se bastante reservado, participando com muita pouca frequência.
<b>Sr. Flávio</b>	82 anos	Residiu no lar no mês de Março de 2012, para recuperar de uma operação à próstata. Em sessão, foi bastante participativo e interventivo, apresentando excelentes competências musicais.

## Plano Terapêutico

Na fase final de avaliação, foi possível concluir que este grupo de idosos apresentava bastantes dificuldades ao nível da relação (confiança e proximidade), níveis elevados de isolamento, dificuldades cognitivas (delírio, confusão e esquecimento) e alguma dificuldade motora. Como tal, definiu-se como principais objetivos, os seguintes pontos:

- Objetivo 1: Melhorar o relacionamento interpessoal e social.

Estratégias: Promover a partilha através da música, pela criação de momentos lúdicos e criativos, em grupo, que estimulem o prazer partilhado na relação, levando à criação de uma identidade grupal e à diminuição dos níveis de isolamento.

- Objetivo 2: Melhorar a expressão de sentimentos e a comunicação.

Estratégias: Promover o reconhecimento das diferentes emoções em si e no outro e a experimentação de diferentes emoções e sentimentos, através da audição de diferentes temas musicais. Praticar a interação musical com o grupo através de atividades que promovam o diálogo quer musical quer verbal.

- Objetivo 3: Melhorar as capacidades motoras e cognitivas.

Estratégias: Explorar o uso de instrumentos, do corpo e do movimento através da repetição de padrões rítmicos e de jogos musicais. Promover atividades de canto e de escrita de canções de modo proporcionar o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras, melhorar a atenção, a orientação e a memória.

Pretende-se, cima de tudo, utilizar a atividade musical para estimulação intelectual e para o estabelecimento de um sentimento de utilidade e produtividade, de forma a melhorar a autoestima dos idosos, as suas relações interpessoais e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

## **Processo**

As sessões de musicoterapia realizaram-se segundo uma estrutura base. Todas as sessões iniciavam com uma canção de abertura e finalizavam com uma canção de despedida, dois temas que ajudaram a criar uma rotina e alguma continuidade entre os participantes. Entre esses dois momentos musicais, estabeleceram-se dois momentos distintos: no primeiro, realizavam-se atividades, como a audição musical de temas relevantes para os utentes, seguindo-se um momento verbal, onde os utentes puderam



falar dos temas ouvidos, o porquê da escolha das canções, o que significavam esses temas para eles, entre outros (atividade de reminiscência). Seguidamente, realizavam-se atividades de canto (onde, por vezes, houve espaço para a composição de canções), como forma de experienciar as emoções por elas expressas e de trabalhar/exercitar as capacidades cognitivas dos participantes. Na segunda parte da sessão, realizavam-se atividades rítmicas, tais como a repetição de padrões rítmicos e/ou improvisação rítmica. Nesta fase da sessão utilizou-se, por vezes, jogos rítmicos e de movimento, com o intuito de desenvolver/manter a agilidade e a atenção perante os seus pares, fomentando, assim, uma maior comunicação entre eles.

Cada uma destas partes teve uma duração média de 30 minutos. Os temas utilizados nas sessões eram escutados através de suportes áudio ou cantadas e tocadas pela facilitadora.

De 3 em 3 semanas, nas sessões, ocorreram algumas alterações, uma vez que as crianças de 5 anos do Jardim Infantil do Centro Social e Paroquial da Penha de França, se juntavam ao grupo de idosos promovendo um momento intergeracional. O objetivo principal destas sessões seria aumentar as interações entre os idosos e as crianças, aumentando, desta forma, a participação, a quantidade de sorrisos, de toques, e olhares, bem como, a capacidade de iniciativa, quer em atividades realizadas em díades – entre “avós e netos” –, quer em grupo.

O programa intergeracional teve como atividades a audição e canto de canções infantis e tradicionais, a execução de instrumentos de percussão, acompanhando canções, a expressão corporal ao som da música (movimentos simples com o tronco, das extremidades superiores – para os “avós” – e inferiores – para os “netos”) e a realização de jogos lúdicos de forma a estabelecer ligação entre os idosos e as crianças. Todas estas atividades procuravam promover a interação entre as diferentes gerações.

Nestas sessões houve, também, um tema de abertura e de término da sessão. No início, os idosos cantavam a canção de abertura para as crianças, seguindo-se a vez destas cantarem a sua música, padrão que se repetia com a música despedida. Merece referência o facto de, nas últimas sessões, ambos os grupos terem tentado cantar as duas versões da canção do olá e do adeus.

As sessões de musicoterapia intergeracional realizavam-se na mesma sala onde o grupo se encontrava, no mesmo dia (quinta-feira), apresentando uma duração média de 40 minutos.

### **Dinâmicas de Grupo**

Tal como foi referido na revisão bibliográfica, existem diferentes formas de descrever as fases dos processos terapêuticos de grupo. As sessões de grupo realizadas no Lar “Nossa Senhora da Paz” foram analisadas com base nos autores Mackenzie (1994) e Rutan (2007). No entanto, utilizar-se-á a nomenclatura definida por Rutan para distinguir cada uma das fases (fase formativa, fase reativa, fase madura e fase terminal).

Durante as primeiras sessões, foi possível verificar que o grupo de trabalho era bastante heterogéneo, com participantes em estados demenciais diferentes, idosos independentes e outros bastante dependentes, etc. Com efeito, e tendo em conta que os participantes do grupo não foram previamente escolhidos para participarem nas sessões musicoterapêuticas, a possibilidade de se intervir num grupo homogéneo era bastante reduzida.

Apesar das diferenças entre os participantes, os sentimentos que emergiram nas primeiras sessões foram comuns a quase todos os elementos e características da fase formativa, onde se manifestam os mecanismos de defesa, a frustração e a ansiedade inerentes a uma nova situação. Aqui, verificava-se uma busca incessante de orientação e

significação, sendo que as participações eram hesitantes e a iniciativa muito rara (Yalom, 1975 *cit in* Rutan, 2007).

Durante a fase inicial, Mackenzie (1994) considera que esse aglomerado de pessoas independentes que se reúne ainda não se pode intitular grupo, uma vez que é necessário criar, primeiramente uma homogeneidade, para que todos se sentiam confortáveis e envolvidos, ligados uns aos outros. No sentido de estabelecer uma atmosfera mais coesa e harmoniosa, a facilitadora optou por adotar, nas sessões iniciais, uma postura diretiva, procurando, desta forma, criar um espaço de respeito e tolerância entre todos. Tal como Mackenzie defende, utilizou-se, nas primeiras sessões, temas mais superficiais, tais como os nomes, as profissões, a naturalidade de cada um, de forma a criar momentos de interação. Merece referência o facto de, apesar de viverem nas mesmas instalações, muitos dos idosos não conviviam com os restantes e, muitas vezes, desconheciam quem se distribuía pelos quartos e salas de convívio da “Residência Nossa Senhora da Paz”.

A procura de pontos em comum, entre todos os membros, comentada por Rutan, também se encontrou presente nas primeiras sessões, o que ocorreu com o tema da profissão. O facto de alguns dos participantes terem trabalhado no campo, levou a partilhas interessantes que proporcionaram discussões sobre as produções e métodos agrícolas. Esta partilha representou um dos primeiros pontos de uma experiência em grupo, quebrando o isolamento inicial.

No entanto, deve salientar-se que, no geral, os níveis de participação eram muito baixos, durante esta primeira fase. Os idosos continuaram a mostrar dificuldades ao nível da relação (quer através da pouca confiança que tinham entre pares, quer através da dificuldade em quebrar a o afastamento que existia entre todos). Considerámos que a primeira fase grupo decorreu desde a primeira à quinta sessão.

Na fase reativa, os participantes começaram a querer explorar mais a sua individualidade (Rutan, 2007). Esta fase prolongou-se até à sessão 10. A atividade onde se registou uma maior individualidade foi na audição de temas musicais propostos pelos idosos e conseqüente verbalização, em que os participantes explicavam o motivo da escolha do tema. Durante estes momentos, procurou-se criar oportunidades de interação entre os membros do grupo, bem como a discussão e a crítica construtiva.

Um episódio relevante ocorreu na sessão, em que a D. Glória iniciou uma discussão com a D. Amélia, porque, em diversas sessões, esta senhora terá pedido para ouvir um tema que lhe era particularmente especial, - “Maria Madalena”. Este tema remete para uma passagem bíblica que retrata a vida de uma prostituta, pelo que a D. Glória confrontou a D. Amélia do porquê da escolha desse tema insinuando que esta, possivelmente, gostaria do tema porque teria “passado por essa vida”. Esta troca verbal provocou uma discussão de grandes proporções que se tornou difícil de apaziguar. Uma vez sentida esta dificuldade e, compreendendo que, falar sobre o tema apenas alterava mais o comportamento das idosas, optou-se por dar seguimento à sessão e, na sessão posterior, aquando da nova audição da música, abordou-se o tema. Por fim, a D. Glória pediu desculpa pela insinuação, uma vez que não tinha sido correta com a D. Amélia.

No entanto, registou-se, ainda, outra discussão, entre a D. Glória e a D. Antónia, uma vez que a primeira não compreendia como é que alguém, que lhe perguntava diariamente o caminho para o refeitório, chegava às sessões e sabia cantar as músicas todas. Estes momentos de grande conflitualidade eram, normalmente, gerados pela D. Glória, embora se repercutissem em todos os participantes. Neste sentido, surge assim, o desacordo, a rebelião e a interrupção, entre os membros do grupo, típicas desta fase, tal como defende Mackenzie (1994). No entanto, nem todos os participantes demonstraram ou experienciaram estes sentimentos. Com efeito, as idosas Otávia,

Arminda e Amélia demonstraram um comportamento mais passivo, o que vai de encontro ao proposto por Rutan (2007), segundo o qual, para alguns participantes, a resposta mais comum, durante esta fase, é a apatia, a passividade e a concordância.

Relativamente à 3ª fase, – fase madura –, esta ocorre quando o grupo se torna uma entidade de trabalho. Nesta fase, surgem objetivos espontaneamente traçados pelo grupo, os membros interessam-se com maior facilidade, apresentam maior iniciativa, levando temas para a sessão. Consideramos que o grupo atingiu a fase madura e encontrou-se enquanto grupo de trabalho por volta da 11ª sessão. A entrada do Sr. Flávio, foi determinante na evolução do grupo, na medida em que impulsionou a iniciativa, a interação e a comunicação entre os pares.

Com efeito, o Sr. Flávio, apresentou-se, sempre, muito participativo e pró-ativo, propondo atividades distintas. De ressaltar que, até à entrada deste elemento, o grupo manteve, uma postura bastante passiva perante as atividades propostas, sendo raras as vezes em que saía desse papel. Com a entrada do Sr. Flávio, a postura dos elementos do grupo alterou-se, acompanhando, inicialmente, as suas propostas e, mais tarde, começando, eles próprios, a ser mais interventivos.

Foi, de facto, durante esta fase, que o grupo sugeriu mais temas para serem ouvido, discutidos e propôs a alteração da letra do “Malhão Malhão” (tema recorrente), a ser composto segundo a temática das suas vidas/profissões. Ainda durante este período, o grupo escreveu uma canção sobre a Mulher, devido ao facto dos seus elementos serem maioritariamente mulheres, e, ainda, pediu para ser dedicada uma sessão à audição de alguns dos temas associados ao 25 de Abril (como “Grândola Vila Morena” de Zeca Afonso ou a “Tourada” de Fernando Tordo), de forma a recordar as suas vidas antes da Revolução dos Cravos.

Foi, durante esta fase, que o grupo começou a conseguir alcançar os objetivos anteriormente citados. Durante esta fase, a maioria dos idosos já mantinha relações de confiança e proximidade, com a facilitadora e alguns membros do grupo, conseguindo assim diminuir os níveis de isolamento, em que se encontravam inicialmente. De ressaltar, no entanto, que esta evolução foi mais sentida nas idosas pertencentes ao núcleo do grupo.

No entanto, após a saída do Sr. Flávio, o grupo ressentiu-se e os níveis de participação e de iniciativa decresceram bastante, sendo necessárias algumas sessões para conseguir que o grupo voltasse a participar com o mesmo empenho e entrega.

A última das fases, descrita por Rutan (2007), designa-se fase terminal. Tal como o próprio nome indica, esta fase caracteriza-se pela despedida do grupo, pelo que as últimas sessões foram inteiramente dedicadas à preparação do encerramento das nossas sessões, dos nossos encontros e das nossas atividades. Apesar de se ter lembrado que as sessões estariam a terminar por volta do mês de Maio, foi apenas a partir da sessão 18 até ao final que se trabalhou o tema com particular cuidado.

Esta fase foi emocionalmente difícil, tendo sido efetuados vários comentários sobre o término das sessões, que refletiam algum sentimento de abandono, zanga e até alguma incompreensão (apesar de se ter explicado ao longo de todo o ano, que as sessões iriam terminar em Junho). Durante toda a intervenção, os idosos criaram laços e partilharam experiências e emoções que julgavam estar “bem guardadas”, criando um espaço só deles, onde puderam fazer atividades que lhes eram prazerosas e, sem quererem, foram confrontados com o final das sessões. A D. Camila exemplificou este sentimento, ao afirmar: *“quer dizer, veio para cá, deixou-nos com o bichinho, e agora vai-se embora...”*.

Durante esta fase, foi necessário reforçar que, até ao final, aquele espaço era deles e que o podiam aproveitar como desejassem. Afirmou-se ainda, que tinha sido muito boa a experiência de fazer musicoterapia com todos eles e que, sempre que fosse possível, a facilitadora iria visitá-los.

Durante esta última fase, houve, ainda, a despedida das crianças do Jardim Infantil, dos seus “avós”. Nas últimas sessões em conjunto, também as crianças foram informadas que as sessões estavam a terminar. Como se esperaria, muitas questões foram colocadas e, após compreenderem que as sessões estavam a terminar, os meninos pediram à sua educadora, para elaborarem uma lembrança a oferecer aos idosos, para que os seus “avós” não se esquecessem deles. No final da última sessão de musicoterapia intergeracional, as crianças ofereceram, ao seu respetivo “avô”, um cartão, onde agradeciam o carinho que lhes deram e onde havia a foto do idoso, com os seus respetivos “netos”.

Esta sessão decorreu uma semana antes da última sessão, só com o grupo, o que permitiu terminar as sessões de uma forma mais positiva. Nesta última sessão, relembrou-se o trabalho realizado durante a intervenção e, principalmente, o carinho e os momentos bons partilhados entre todos, sem esquecer as crianças do Jardim Infantil. Tal como Rutan (2007) refere, o término das sessões pode ser emocionalmente doloroso ou agradável, mas nunca é um processo simples.

### **Apresentação e Análise de Dados**

Neste ponto, iremos apresentar e analisar os dados obtidos ao longo da intervenção musicoterapêutica, com um grupo de idosos residentes no Lar “Nossa Senhora da Penha de França”. Referiu-se, anteriormente, que o objetivo principal desta intervenção seria promover uma melhoria na qualidade de vida dos idosos intervencionados, pelo que se utilizaram instrumentos de avaliação específicos que

serão apresentados de seguida, conjuntamente com aspetos relevantes que tenham ocorrido durante a intervenção.

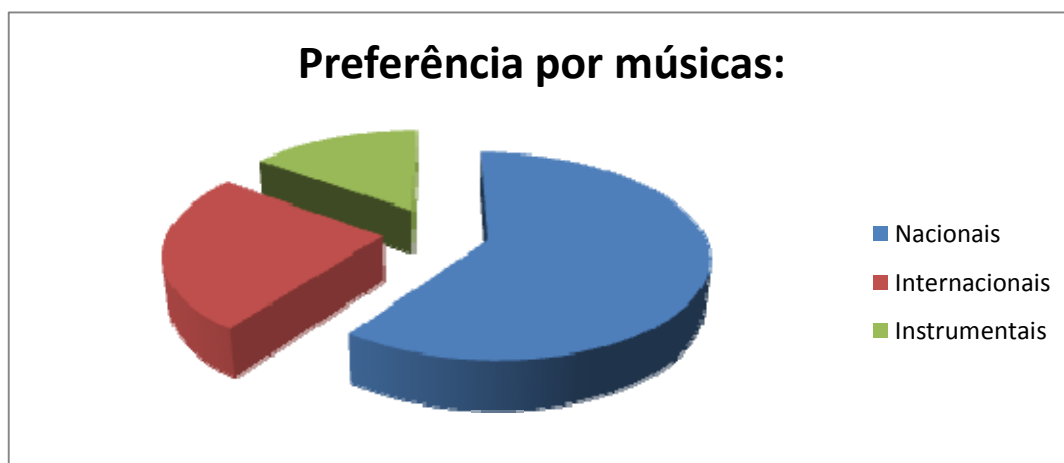
No que se refere às escalas que medem a qualidade de vida, Whoqol-Bref e Whoqol-Old, e ao teste Mini Mental State Examination, que avalia as capacidades cognitivas dos indivíduos, iremos descrever as suas pontuações antes e depois da intervenção, procedendo, de seguida, a uma comparação dos valores obtidos, referindo, especificamente, os que nos pareceram mais significativos.

Os restantes instrumentos de recolha de dados, questionários de preferência musical, grelha de observação e entrevista de avaliação final, serão, também, aqui apresentados.

Para além dos dados recolhidos através dos instrumentos de avaliação, foram, também, consideradas importantes, as informações provenientes das sessões musicoterapêuticas.

**Questionário de preferência musical.** Durante a fase de avaliação, realizou-se, como referido anteriormente, um questionário sobre as preferências musicais utentes do Lar “Nossa Senhora da Paz”. Os dados encontram-se sistematizados na seguinte ilustração:

*Ilustração 1 – Preferências Musicais*

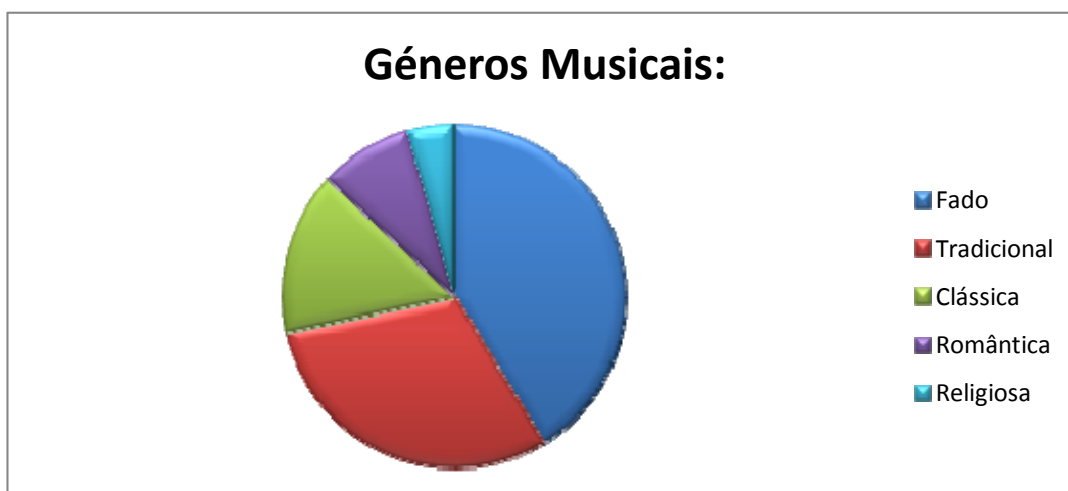




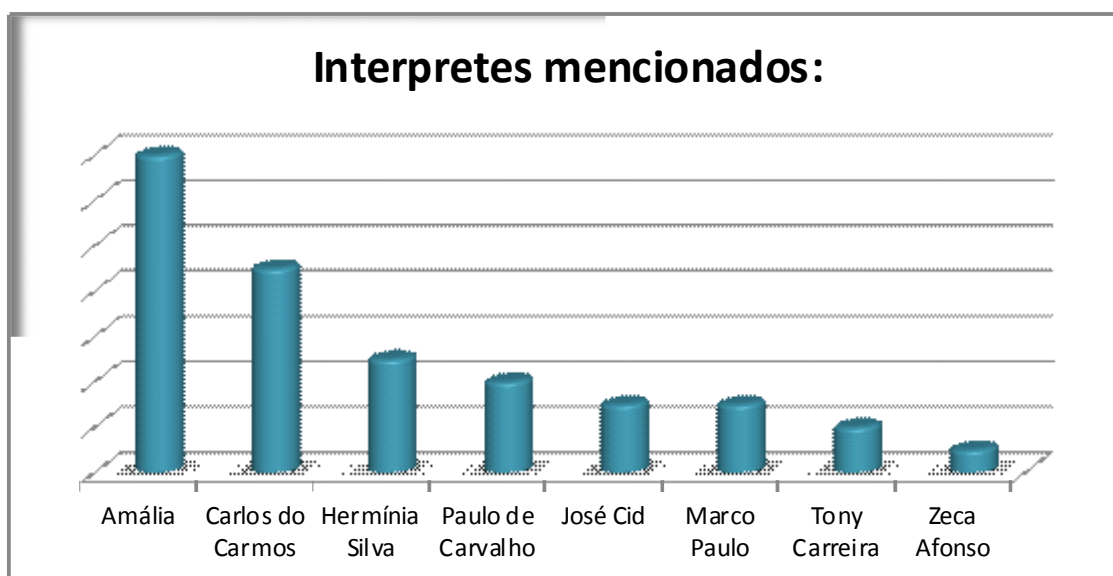
Na Ilustração 1, verifica-se que a maioria dos utentes do Lar preferia ouvir e cantar músicas nacionais.

A Ilustração 2 refere-se ao tipo de música que os utentes preferem escutar, demonstrando que a maioria dos utentes do lar tinha preferência por ouvir fado e música tradicional.

*Ilustração 2 – Géneros Musicais*



*Ilustração 3 – Intérpretes Preferidos*



A Ilustração 3 refere-se aos intérpretes preferidos dos utentes do Lar. Neste campo verificou-se que a maioria dos utentes do Lar preferia ouvir a fadista Amália. Os nomes mais mencionados relacionavam-se com o Fado, seguindo-se a música tradicional e ligeira.

Ilustração 4 – Temas Musicais Preferidos



Na Ilustração 4, representa-se os temas preferidos dos utentes do Lar. Na sua maioria, eles preferiam temas ligados ao fado e à música tradicional, sendo os temas de eleição o “Fado Malhoa” (da Amália) e o “Malhão Malhão” (género tradicional).

Os dados provenientes destes questionários, realizados antes das intervenções iniciarem, foram uma mais-valia para compreender a população em causa e quais os seus gostos. No entanto, outras sugestões de temas musicais foram admitidas ao longo da intervenção.

Tal como sugerido pelos dados apresentados, durante as sessões os géneros mais escutados foram o fado e a música tradicional, sendo seleccionados os temas mais significativos e conhecidos pela maioria dos participantes. O repertório sugerido pela

facilitadora, teve em conta, a escolha dos participantes mas, também, os objetivos terapêuticos e a faixa etária dos intervenientes.

Após a audição musical (1º parte da sessão), houve espaço para os participantes falarem sobre os temas, sendo que os mais referidos eram os que se reportavam a sentimentos como a nostalgia, a solidão, o processo de envelhecimento e as suas limitações físicas e mentais, bem como às suas vidas e problemas pessoais ou a perda de familiares e amigos.

**Grelha de observação.** De acordo com os dados obtidos, através da grelha de observação (anexo 7), foi possível verificar qual a evolução dos idosos, no grupo terapêutico, que será aqui apresentado.

A grelha foi aplicada às idosas pertencentes ao núcleo duro do grupo, ou seja, àquelas que estiveram presentes em todas as sessões, com a exceção da D. Fátima e a D. Maria João, que, embora pertencentes ao núcleo do grupo, não foram avaliadas, uma vez que começaram a participar nas sessões musicoterapêuticas apenas na sessão número 5.

Os itens avaliados na grelha de observação foram: a participação global, que avalia as interações gerais ocorridas em sessão, tais como o movimento e a interação não-verbal entre a terapeuta e os membros do grupo; a participação em atividades vocais, que avalia a participação em atividades de canto; a participação em atividades instrumentais, que avalia a participação em atividades rítmicas, em contexto de improvisação ou no acompanhamento de temas musicais; e a interação verbal, que procura avaliar a participação em atividades verbais, com a terapeuta e com os membros do grupo).

Relativamente aos dados provenientes do preenchimento da grelha de observação, verifica-se uma evolução, presente em todos os idosos avaliados,

registando-se um aumento das suas respostas às atividades propostas. A evolução mais notória ocorreu na D. Camila, tal como se pode verificar na tabela 6 e 7. Com efeito, durante as primeiras sessões, a idosa demonstrou muita resistência às sessões de musicoterapia. Um dos episódios exemplificativos desta atitude ocorreu quando houve uma apresentação e explicação do que seriam as sessões e onde foi afirmado que aquele seria um espaço onde podiam falar sobre os temas que desejassem e trazer ideias, ao que a D. Camila ripostou: “*Olhe, comigo está com azar, porque de mim não leva nada*”. No entanto, com o decorrer da intervenção, a utente foi ganhando confiança, com a facilitadora e com os restantes membros, e mostrou-se mais cooperante e recetiva.

Tabela 6

*Grelha de Observação da sessão 1 – D. Camila*

Nome:				
<u>D. Camila</u>	<b>Nenhuma</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>Participação Global:</b>		X		
<b>Participação em atividades vocais:</b>		X		
<b>Participação em atividades Instrumentais:</b>		X		
<b>Interação Verbal:</b>		X		

Tabela 7

*Grelha de Observação da sessão 17 – D. Camila*

Nome:				
<u>D. Camila</u>	<b>Nenhuma</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>Participação Global:</b>				X
<b>Participação em atividades vocais:</b>				X
<b>Participação em atividades Instrumentais:</b>			X	
<b>Interação Verbal:</b>				X

No que diz respeito aos diferentes itens avaliados (participação global; participação em atividades vocais; participação em atividades instrumentais e interação verbal), o que apresentou uma maior evolução da 1ª à 17ª sessão foi o item correspondente à participação em interação verbal, com uma percentagem evolutiva de 31,3%, e o que, por outro lado, registou uma menor evolução foi a participação em atividades vocais, com uma percentagem evolutiva de 18,8%. A cotação percentual deste item poderá ser explicitada pelo facto de, já na 1ª sessão, se situar acima da média de resposta (50%) (ver anexo 16).

**Mini mental state examination.** Um dos principais testes aplicados durante o estágio realizado no Lar “Nossa Senhora da Paz” foi o Mini Mental State Examination, aplicado antes da intervenção musicoterapêutica iniciar (pré-teste realizado em Setembro), e após o seu término (pós-teste efetuado em Julho). Este teste, tal como referido anteriormente, avalia funções cognitivas específicas, como a orientação temporal (5 pontos), a capacidade de orientação espacial (5 pontos), e registo de três palavras (3 pontos), a atenção e o cálculo (5 pontos), a capacidade de recordação de três palavras (3 pontos), a linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação do MMS varia entre um mínimo de 0 pontos, referente a um maior grau de comprometimento cognitivo, até a um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a uma melhor capacidade cognitiva.

Os resultados provenientes do teste Mini Mental State Examination demonstram que no núcleo do grupo manteve ou melhorou as suas capacidades cognitivas, tal como demonstra a tabela 8. Salienta-se, aqui, uma evolução mais significativa nos casos da D. Camila e da D. Fátima e, por outro, uma manutenção da capacidade cognitiva, na utente D. Maria João.

Tabela 8

*Resultados obtidos pelo núcleo do grupo no pré e pós teste*

Nome	Pré-teste	Pós-teste
D. Fátima	10	17
D. Arminda	12	13
D. Maria João	19	19
D. Amélia	15	19
D. Antónia	22	23
D. Camila	12	20

**Whoqol-bref juntamente com whoqol-old.** Os testes Whoqol-Bref e Whoqol-Old são testes centrais ao estudo desenvolvido no estágio no Lar “Nossa Senhora da Paz”, uma vez que procuraram avaliar o grau de qualidade de vida dos idosos do lar, num pré e pós-teste.

Os resultados destes testes revelaram uma evolução da qualidade de vida dos idosos, pertencentes ao núcleo do grupo (anexo 9-14).

Os resultados dos testes demonstraram que houve uma melhoria da qualidade de vida em 12%, nas idosas do núcleo do grupo (D. Arminda, D. Antónia, D. Amélia, D. Camila, D. Fátima e D. Maria João). Verificou-se, ainda, que, a D. Antónia foi a idosa que apresentou uma maior percentagem evolutiva (17,2%), sobretudo nos domínios da autonomia e relações sociais (ver anexo 10). Por outro lado, a idosa que apresentou uma menor percentagem evolutiva foi a D. Fátima (0,5%), sendo que o domínio que registou maior evolução foi o referente ao Meio Ambiente e o Psicológico (ver anexo 13).

**Entrevista de avaliação final.** A Entrevista de Avaliação Final procurava compreender quais os progressos obtidos pelos utentes do Lar, ao longo da intervenção, segundo a perspetiva da equipa técnica.

A Entrevista procurava averiguar se a equipa técnica se tinha apercebido de alterações comportamentais, relacionais, emocionais, sociais ou pessoais nos idosos intervencionados. Os resultados foram positivos, uma vez que, de uma forma geral, a equipa detetou mudanças ao nível relacional em todos os idosos, afirmando uma melhoria nas competências pessoais e sociais, no estado de humor e no sentimento de felicidade. A encarregada geral do lar, destacou as alterações ocorridas na D. Fátima, afirmando, ainda: *“É muito bom para eles, estão mais evoluídos, conversam mais entre eles em vez de se mandarem calar uns aos outros (...), são capazes de ouvir e partilhar opiniões (...), aquela sala nem parece a mesma”* (referindo-se à sala de convívio do 1º piso do lar, onde se encontra a maioria dos idosos intervencionados em contexto grupal).

Referente ao psicólogo da casa, este afirmou: *“(...) a musicoterapia foi uma mais valia para os participantes e para a equipa técnica. As melhorias comportamentais e do estado de humor significaram uma melhor relação entre grupo de pares e equipa técnica. (...) Foi claramente útil em termos de autoestima, motivação e humor.”*

Ambos referiram que os idosos demonstraram sempre um grande interesse pelas sessões de musicoterapia, sendo que alguns evidenciaram um sentimento de antecipação positivo, em relação às sessões. Salientaram, por fim, que vários idosos mostraram o seu descontentamento perante o término das sessões.

**Conclusão.** O grupo de Musicoterapia apresentou, ao longo do processo de intervenção, uma evolução significativa, verificando-se fases distintas, em que o grupo alternou entre momentos de crescimento e regressão. Esta inconstância deveu-se, possivelmente, à instabilidade do próprio grupo de trabalho, registando-se diversas entradas e saídas ao longo do tempo, com as quais o grupo aprendeu a lidar.

A grande maioria dos idosos apresentava altos níveis de isolamento, havendo alguma preocupação em gerir os momentos em que precisavam que fosse promovida a cultura de grupo e as competências relacionais, e os momentos de valorização da individualidade.

No final da intervenção, e após a recolha dos dados, é possível afirmar que os objetivos definidos, anteriormente, para o grupo, foram alcançados. Após a intervenção musicoterapêutica, verificou-se, nos idosos pertencentes ao núcleo do grupo, que o objetivo 1 (melhorar o relacionamento interpessoal) foi sendo alcançado com o decorrer das sessões. Se inicialmente, os membros do grupo se mantinham isolados e afastados dos restantes membros, após a conclusão das sessões, o seu comportamento alterou-se drasticamente. Através das atividades de composição de canções e verbalização e após a audição musical (reminiscência), os idosos foram gradualmente abandonando o seu isolamento para experienciar o prazer das relações interpessoais e de partilha. Por exemplo, as idosas Amélia e Arminda, que negavam a aproximação dos pares, conseguiram aproveitar o espaço da musicoterapia para comunicar, com os seus pares, conseguindo estabelecer laços e criado amizades, não só com os restantes membros do grupo musicoterapêutico mas, também, com os restantes idosos do lar.

No que se refere, ao segundo objetivo (expressão de sentimentos), a participação das crianças do JI foi fundamental. Através de membros externos à sessão e das suas atividades lúdicas, os idosos experienciaram o contacto com crianças o que despoletou



sentimentos esquecidos. Uma vez que tinham, na sua maioria, perdido o contato com a sua família, aqui foi-lhes, também, facilitada a aproximação e interação entre diferentes gerações. A D. Fátima, que ao não querer partilhar espaços com “velhos”, como afirmava regularmente, todas as semanas perguntava quando é que as crianças vinham visitá-la, tendo sido para si uma atividade muito reveladora pois, esta idosa mudou a sua postura após estas sessões iniciarem, substituindo o rancor e a tristeza pela felicidade e simpatia. Com este projeto intergeracional, esta idosa, bem como as restantes, trocaram carinhos e expressaram sentimentos que há muito julgavam esquecidos: amor, sabedoria, amizade, paciência, generosidade, entre outros.

O terceiro, e último, objetivo (melhorar as capacidades motoras e cognitivas) foi alcançado em parte, uma vez que os problemas ao nível da coordenação necessitassem de uma intervenção com um maior período de duração. No entanto, as atividades de canto e de escrita de canções foram bastante importantes para o desenvolvimento ou manutenção das capacidades cognitivas dos idosos. Com o canto e a atividade de reminiscência promoveram-se momentos em que a memória, a atenção e a orientação foram “colocados à prova”. Essas atividades foram fundamentais, principalmente, para a D. Antónia, uma vez, que a musicoterapia lhe ofereceu um espaço onde conseguia manter um discurso verbal coerente, sem as suas habituais confusões ou repetições, o que criou o espanto e admiração nos restantes membros do grupo, não compreendendo até como a utente era tão diferente fora daquele espaço. Assim, para a D. Antónia, as sessões desenrolavam-se com naturalidade, fazendo-a esquecer dos seus problemas e dificuldades, tornando-a numa pessoa muito mais feliz.

Ao se realizar esta intervenção em contexto institucional, o contacto com os idosos não se limitou às sessões musicoterapêuticas. De facto, ocorreram diversos momentos de partilha com eles, quer em sessões de fisioterapia, quer em outras

atividades durante pequenos períodos da manhã ou da tarde. No entanto, houve o cuidado em estabelecer e relembrar que se tratavam de contextos completamente diferentes. Todavia, este contacto informal foi muito importante pois permitiu verificar se estariam a ocorrer alterações comportamentais nos idosos, ao longo da intervenção.

Foi, também, durante estes momentos, possível trocar impressões, de forma formal e informal, com a equipa técnica sobre as alterações de comportamento que poderiam estar a ocorrer em cada indivíduo e que foram apresentadas acima.

## **Estudo de Caso II – Musicoterapia com D. Olimpia: Individual e com Prestador de Cuidados.**

O segundo estudo de caso reporta as sessões realizadas individualmente com a D. Olimpia Pereira, bem como as 4 sessões com o seu marido, Roberto, no Lar “Residência Nossa Senhora da Paz”.

Como já foi referido anteriormente, realizaram-se 10 sessões individuais com a D. Olimpia e 4 sessões com o trinómio D. Olimpia, Sr. Roberto e terapeuta. Pretende-se, aqui, refletir sobre a intervenção musicoterapêutica realizada nestes dois contextos.

### **Apresentação do Estudo de Caso II**

A D. Olimpia, de 79 anos, residia no lar “Nossa Senhora da Paz” desde Janeiro de 2009, por decisão da sua irmã e do seu marido. Segundo a informação disponibilizada pela equipa técnica e obtida através do processo da utente, a idosa teve uma embolia pulmonar, que a deixou sem falar e imobilizada. A D. Olimpia, é casada com o Sr. Roberto, não tendo descendentes, e tem, ainda, uma irmã “ *muito nervosa, com dificuldades ao nível físico e de memória*” (informação retirada do processo clínico da D. Olimpia). Desde a sua entrada no lar, o marido e a irmã visitam a idosa diariamente. A partir de Fevereiro de 2009, começou a usufruir da fisioterapia, uma vez estava bastante dependente, não tendo movimentos nos membros inferiores e superiores.

Segundo informações obtidas através do Sr. Roberto, a D. Olimpia chegou ao estado de total dependência devido aos comprimidos prescritos por um médico, indicado para a doença de Alzheimer. Contudo, esta hipótese não se confirmou, uma vez que não constava no processo da utente nem no seu processo clínico. Poderá ter sido erro médico, como defende o Sr. Roberto, ou não, ou, ainda, existir a possibilidade das duas patologias coexistirem.

Durante a fase de avaliação, verificou-se (através da observação, de entrevistas informais ao marido e do processo da idosa) que a D. Olimpia seria muito dependente, não apresentando qualquer resposta verbal e poucas ou nenhuma respostas físicas. No entanto, verificou-se, ao longo da intervenção, que as suas capacidades cognitivas não estariam, totalmente deterioradas, uma vez que havia evidências que a D. Olimpia percebia o que se passava à sua volta e entendia o que lhe dizíamos.

Apesar de nunca se ter observado, antes do início da intervenção, a D. Olimpia emitir sons ou apresentar algum tipo de movimento com os membros superiores, o marido recordou um episódio em que a sua mulher: “(...) *deu uma palmada no rabo da irmã, não devia estar a gostar de alguma coisa e pumba (...)*”. A equipa técnica referiu, também, que, esporadicamente, ouviam-na balbuciar, embora não compreendessem o que dizia.

A idosa, segundo o relatado pelo seu marido, tinha como atividade de eleição, durante os seus tempos livres, dançar e ouvir música. O Sr. Roberto, para reforçar esta ideia, chegou a contar que: “*uma vez fomos comprar uns sapatos novos (...) e à noite fomos a um bailarico (...), dançou tanto que gastou os saltos todos dos sapatos (...)*”.

### **Objetivos da Intervenção**

Tendo em conta, o gosto musical da utente, relatado pelo marido, optou-se por inserir a idosa no grupo de utentes que iriam participar nas sessões individuais, uma vez a música poderia ser uma ferramenta eficaz no estabelecimento da comunicação e na manutenção ou melhoria das suas funções físicas, mentais, sociais e emocionais. Uma vez que a idosa apresentava claras dificuldades ao nível motor, da linguagem e da expressão sentimentos, estabeleceram-se os seguintes objetivos terapêuticos:

- Facilitar a expressão e a comunicação não-verbal, através de experiências musicais;

- Reativar as funções motoras;
- Manutenção/melhoria das capacidades cognitivas;
- Redução da ansiedade/stress através de atividades de relaxamento, facilitados pela música;
- Diminuir o isolamento.

### **Intervenção Individual**

#### **Processo e dinâmica da intervenção – D. Olimpia.**

Tal como foi referido, a D. Olimpia começou por ser intervencionada individualmente, sendo que se realizaram 10 sessões de musicoterapia, no seu quarto, visto a idosa se encontrar acamada.

As sessões realizavam-se às quartas-feiras, a partir das 14 horas e tinham uma duração máxima de 30 minutos, variando consoante as respostas da utente. Durante esta intervenção, as sessões seguiam uma estrutura base, começando com a canção de abertura à qual se seguia a audição musical ou experiência recetiva, com música ao vivo (ora cantada e acompanhada à guitarra pela facilitadora, ora cantada e acompanhada pelos instrumentos de percussão) ou gravada, de forma a promover a recetividade, através da estimulação ou do relaxamento, dependendo das necessidades momentâneas da utente. A sessão terminava sempre com a canção de despedida.

Os géneros utilizados em sessão foram, principalmente, a Música Tradicional Portuguesa e o Fado, onde se ouviram temas como: “Oliveirinha da Serra”, “Malhão Malhão”, “O Mar Enrola na Areia”, “Zumba na Caneca”, “Laurindinha”; “Alecrim”, “Rama da Oliveira”, “Bailinho da Madeira”, “Olhos Castanhos”, “Lá vai Lisboa” e “Lisboa Menina e Moça”.

Durante as sessões, os temas musicais utilizados foram quase sempre alterados, ou seja, iniciava-se executando a canção no seu formato original, embora, ao longo do

processo, as letras fossem alteradas e adaptadas. Por exemplo, na oitava sessão, o refrão da canção “O Mar Enrola na Areia” foi alterado indo de encontro à vida pessoal da utente, de forma a estimular as suas reações ao que está a acontecer. Vejamos o exemplo, em que a letra da canção “O Mar Enrola na Areia” foi alterada, no qual se fez referência ao marido da D. Olimpia.

Original:

*“O Mar Enrola na Areia  
Ninguém sabe o que ele diz  
Bate na areia e desmaia  
Porque se sente feliz”*

*“O Mar Enrola na Areia  
Ninguém sabe o que ele diz  
Bate na areia e desmaia  
Porque se sente feliz”*

Alterado:

*“A D. Olimpia é casada  
O seu marido vem vê-la  
A D. Olimpia é casada  
O seu marido vem vê-la”*

*“Vamos lá cantar,  
Esta canção para si;  
Vamos lá cantar,  
Para D. Olimpia ouvir”*

Na criação desta letra houve alguma preocupação em resgatar temas e pessoas importantes na vida da utente para a sessão, nomeadamente o seu cuidador, na

espectativa que o laço emocional partilhado por ambos pudesse, de certa forma, despoletar algum tipo de reação na idosa.

Entre a 1<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> sessão, fomos compreendendo que a D. Olimpia não dava muitas respostas motoras ou expressivas, o que poderia estar relacionado com as escolhas musicais, pelo que foi questionado ao marido da D. Olimpia que tipo de música a sua esposa gostava, ao que apenas referiu que a sua mulher gostava de dançar, não conseguindo identificar nenhum estilo musical ou intérpretes.

**Resultados – D. Olimpia.** Ao longo da intervenção realizada com a D. Olimpia registaram-se poucas mudanças físicas pelo que, conseqüentemente, os objetivos estabelecidos não foram alcançados. Em sessão, a D. Olimpia nunca alterou a sua expressão facial ou corporal, não dando qualquer *feedback* quanto às escolhas musicais ou à compreensão do que se passava. Porém, no final do dia de estágio, quando a facilitadora se ia despedir de todos os utentes e passava pelo quarto onde se encontrava a D. Olimpia, era raro a idosa não sorrir, mesmo de olhos fechados, colocando-se a hipótese da utente reconhecer a voz da terapeuta. Com efeito, em contexto de intervenção individual, esta foi a única reação que conseguimos verificar na D. Olimpia.

Desta forma, e em tom de resumo, poder-se-á afirmar que, dos objetivos propostos, a música apenas ajudou a promover, na utente, momentos de relaxamento, permitindo a diminuição da ansiedade e do *stress*, bem como terá permitido a diminuição dos seus níveis de isolamento social e afetivo, proporcionando conforto físico e psicológico e um sentimento de segurança relativamente ao ambiente que a rodeava.

### **Intervenção com Prestador de Cuidados**

**Processo e dinâmica da intervenção – D. Olimpia e cuidador.** Tal como foi já referido, inicialmente a D. Olimpia fez parte das intervenções realizadas

individualmente. Todavia, face ao pouco progresso registado, optou-se por acrescentar um elemento às sessões de musicoterapia – o prestador de cuidados e marido, Sr. Roberto. Realizaram-se, ao todo, 4 sessões de musicoterapia, no quarto da D. Olimpia, com a própria e o prestador de cuidados.

Para estas sessões mantiveram-se os objetivos estabelecidos inicialmente, acrescentando os seguintes:

- Ajudar o prestador de cuidados a lidar com a doença da esposa e as suas limitações;
- Promover a interação entre o prestador de cuidados e a utente;

As sessões realizavam-se às quartas-feiras, das 14h30 às 15h30. Nas quatro sessões realizadas, em semelhança com as sessões individuais, iniciou-se com a canção do olá e finalizou-se a sessão com a canção de despedida. A estrutura central da sessão era ocupada com a audição ou experiência recetiva, primeiramente, com música gravada (acompanhada pela facilitadora e pelo Sr. Renato na voz e/ou nos instrumentos de percussão) e, em seguida, com música ao vivo (cantada e acompanhada à guitarra, cantada e acompanhada pelos instrumentos de percussão, ou apenas cantada), podendo ser acompanhada pelo Sr. Roberto na voz e/ou nos instrumentos de percussão.

Na primeira parte, a escuta musical baseava-se em temas da música ligeira e romântica, sugeridos pelo Sr. Renato. O cantor mais ouvido em sessão foi o Marco Paulo, com os temas: “Maravilhoso Coração”, “Sempre que Brilha o Sol”, “Santa Maria” e “Dois Amores”. Esta escolha fundamentou-se no facto do Sr. Renato afirmar, na primeira sessão de conjunto, que a mulher gostava muito do cantor, sobretudo do primeiro tema mencionado. Na segunda parte, e tendo em conta que o Sr. Renato dizia não saber mais nenhum cantor ou género musical que a sua mulher apreciasse, e no sentido de dar continuidade ao trabalho iniciado nas sessões individuais, ouvia-se



repertório ligado à Música Tradicional Portuguesa. Ouviram-se temas como: “Oliveirinha da Serra”, “Rosa Arredonda a Saia”, “Malhão Malhão”, “O Mar Enrola na Areia”, “Zumba na Caneca”, “Laurindinha”; “Alecrim” e “Rama da Oliveira”.

Durante todas as sessões, além dos momentos musicais, ocorreram, espontaneamente, momentos de verbalização, iniciados, sobretudo, pelo Sr. Roberto.

Tal como acontecera nas sessões individuais, na segunda parte da sessão, as letras dos temas musicais eram, muitas vezes, alteradas com frases sobre o que estaria a acontecer no momento ou com questões ou frases suspensas, sempre procurando a intervenção do Sr. Roberto, que se demonstrou um pouco resistente em participar.

Porém realizaram-se apenas quatro sessões com a D. Olimpia e o seu familiar prestador de cuidados, devido ao comportamento e exigências da irmã da D. Olimpia. Assim, e de modo a não prejudicar a saúde da D. Olimpia, nem o relacionamento entre a senhora e o seu cunhado, decidiu-se que seria melhor terminar com as sessões com o prestador de cuidados. Entretanto, a situação da doente agravou-se e, duas semanas depois do término sessões, foi hospitalizada, tendo apenas regressado após o estágio terminar.

**Resultados – D. Olimpia e cuidador.** Inesperadamente, a D. Olimpia, a partir da primeira sessão com o Sr. Roberto, alterou a sua postura em sessão. No decorrer das 4 sessões, a D. Olimpia alcançou pelo menos um dos objetivos propostos e que, em contexto individual, não se concretizaram.

Segue-se uma breve descrição de alguns momentos considerados importantes e demonstrativos das alterações ocorridas na idosa, durante as 4 sessões.

- Sessão 1:

A sessão iniciou-se com a canção do olá, onde se deu as boas vindas à D. Olimpia e ao Sr. Roberto, após a qual ocorreu o primeiro momento de audição musical,

com a audição do tema gravado “Maravilhoso Coração”, de Marco Paulo. Foi durante o soar das primeiras notas do tema que a D. Olimpia abriu os olhos e assim permaneceu até ao final da canção. Para além de se ter registado contacto ocular constante, quer dirigido para o seu marido, a D. Olimpia sorriu variadas vezes, ao longo desta audição. A primeira intervenção do marido, ocorreu quando a música terminou, afirmando: “*Ela reagiu à música, nunca pensei. (...) Ela ouviu tudo, não diz é nada.*”

Sempre que ocorriam conversas com o Sr. Roberto, a D. Olimpia abria os olhos e dirigia o olhar diretamente para o local onde estávamos. Daí em diante, começámos a andar pela sala, quer a cantar, quer apenas a falar e, por variadas vezes, a D. Olimpia repetiu este gesto, seguindo-nos com o olhar e evidenciando, portanto, que nos ouvia, ou como o Sr. Roberto gostava de referir: “*Ela está a espreitar, para controlar o que andamos a fazer.*”

Ao longo de toda a sessão, o Sr. Roberto acariciou, por diversas vezes, brindando-a com beijos e palavras de amor, e também brincou com ela, colocando o dedo na boca da utente que, por sua vez, o mordia. De facto, sempre que o Sr. Roberto dava a mão à mulher, a D. Olimpia agarrava-a com bastante força, para ele não a largar. A partir desta primeira sessão, tornou-se visível que a presença do prestador de cuidados seria uma mais-valia no que diz respeito à procura de respostas por parte da D. Olimpia.

#### Objetivos alcançados:

Pode-se afirmar que, acima de tudo, através das experiências musicais, promoveu-se a interação, a expressão e comunicação não-verbal entre o prestador de cuidados e a utente. Simultaneamente, verificou-se, ainda, alguma atividade muscular (o apertar forte da mão do marido), o que seria uma mais-valia para o reativar das funções motoras, nomeadamente dos membros superiores.

- Sessão 2:

Tendo em conta as reações da D. Olimpia ao tema “Maravilhoso Coração”, ocorridas na sessão anterior, decidiu-se que este seria sempre o primeiro tema a escutar (após a abertura da sessão), procurando, desta forma, “despertar” a utente desde o início da sessão.

O Sr. Roberto acompanhou o tema do Marco Paulo tocando maracas e cantando para a esposa. Durante a audição deste tema, a D. Olimpia mexeu, muitas vezes, a boca, o que, segundo o marido: “*Parece que está a tentar cantar. (...) Está a mexer a boca.*”.

Durante esta sessão, a D. Olimpia não manteve sempre os olhos abertos, como na sessão anterior; porém, abriu e fechou os olhos frequentemente, ao longo de toda a sessão, quase como se estivesse “à espreita”, tal como referia o seu marido.

De entre os temas abordados, espontaneamente, pelo Sr. Roberto, durante a sessão, era comum a referência à irmã da D. Olimpia e o seu lugar na vida da utente e do marido. Referiu, também, que tinha sido essa senhora a escolher o Lar “Nossa Senhora da Paz” para a irmã recuperar, apesar do casal viver em Santa Cruz. Para além desta temática, foram ainda referidas as alterações ocorridas na vida do casal, após a mulher ter adoecido.

Tal como na sessão anterior, o Sr. Roberto passou a sessão a acariciar e a brincar com a esposa. Aqui, utilizou as maracas para interagir com a utente, ora colocando-as na cara da esposa, o que, possivelmente, lhe terá causado algum desconforto, uma vez que virou a cara; ora batendo com as maracas no nariz da esposa, de forma divertida e sem a magoar. O Sr. Roberto terá mesmo colocado uma maraca em cada mão da utente (que as agarrou com força), percutindo e acompanhando, juntamente com a esposa, a canção que ela mais gostaria (“Maravilhoso Coração”).

### Objetivos alcançados:

Durante esta sessão, e em comparação com a anterior, a D. Olimpia demonstrou estar mais ausente durante a audição musical, permanecendo, no entanto, a interação e a comunicação não-verbal, entre o prestador de cuidados e a utente. Verificou-se, também, que o Sr. Roberto começou a tentar interagir mais, musicalmente, com a facilitadora e com a utente. Segundo o Sr. Roberto, a D. Olimpia terá tentado comunicar verbalmente, pois mexeu os lábios, como se estivesse a tentar cantar. Registou-se, ainda, a nível motor, alguma evolução, uma vez que a utente apertou a mão do marido e as maracas.

- Sessão 3:

A sessão nº 3 desenrolou-se com a D. Olimpia sentada num cadeirão. Nessa manhã, tinham-na levantado da cama e assim permaneceu até à hora da sessão de musicoterapia.

Mais uma vez, após a abertura da sessão, a D. Olimpia escutou o tema “Maravilhoso Coração”, durante o qual a utente evidenciou reação e resposta aos estímulos externos, conseguindo vocalizar alguns sons ao longo da canção, entre os quais se crê ter dito a palavra “*depois*” (ou “*pois*”), embora não seja muito perceptível, mesmo com o auxílio da gravação.

Após a audição do tema, optou-se por reproduzi-lo ao vivo, cantando e percutindo as maracas, sendo que o Sr. Roberto apenas observou. A facilitadora foi alterando a letra da canção, introduzindo pedidos à D. Olimpia, tais como “abra os olhos para mim”, “sorria para mim”, até que lhe foi pedido que tocasse também. Neste sentido, colocou-se uma maraca na mão da idosa e procurou-se ajudá-la a tocar. Porém, assim que se soltou o braço da utente, este caía sobre o colo. Só após vários pedidos e ajudas no sentido de colocar o braço e a maraca na posição correta (paralela ao tronco),

é que a idosa começou a fazer alguma força para manter o braço levantado, sendo que, à terceira tentativa, a D. Olimpia conseguiu manter o braço no ar, com a maraca na mão, e ainda sacudi-la uma vez, até que voltou a deixá-lo cair sobre o colo. Foram, ainda, efetuadas mais algumas tentativas no sentido de repetir a ação, pelo que, mesmo no final da sessão, a utente conseguiu manter os dois braços, mesmo que brevemente, no ar.

Os temas abordados, durante esta sessão, pelo Sr. Roberto, focavam-se na educação e nos sinais que sua mulher dava, afirmando: *“Está presente, ouve e compreende-nos, por isso é que está sempre à espreita (...)”* (risos) e que *“(...) não é um vegetal à espera da morte como ela diz.”* (refere-se à irmã da D. Olimpia).

Tal como nas sessões anteriores, manteve-se o comportamento carinhoso do Sr. Roberto face à sua esposa. Verificou-se, ainda, que oscilou entre um comportamento muito participativo, em alguns momentos, e mais discreto em outros. Este comportamento poderia estar ligado à atitude da irmã da D. Olimpia, que terá tentado proibir a realização das sessões de musicoterapia com a utente, pois, no seu entender “faziam-lhe mal”. Confrontado com esta situação, e tendo em conta que estava dependente da cunhada nas tarefas domésticas, registou-se uma alteração no comportamento do Sr. Renato, que se distanciou, sobretudo, nas atividades musicais.

#### Objetivos alcançados:

Nesta sessão promoveu-se a interação, a expressão e comunicação não-verbal entre o prestador de cuidados e a utente, e reativou-se algumas funções motoras, mesmo que por curtos períodos de tempo.

- Sessão 4:

A quarta sessão voltou a decorrer no quarto da D. Olimpia, duas semanas após a sessão anterior, isto porque o Sr. Roberto demonstrou não estar interessado em continuar, devido aos problemas que estariam a surgir com a irmã da D. Olimpia. No

entanto, o psicólogo e diretor técnico do lar, falou com o senhor, no sentido de tentar perceber quais os reais motivos que levaram o Sr. Roberto a pretender terminar, repentinamente, as sessões. Após esta conversa, o senhor reconsiderou e decidiu que poderiam continuar, salientando, contudo, estar receoso da atitude da cunhada, uma vez que esta lhe indicou que se ele insistisse em continuar as sessões, deixava de visitar a irmã e de o ajudar nas atividades diárias. A solução encontrada passava por terminar a sessão um pouco mais cedo (com 45 minutos de duração), para que a senhora não tomasse conhecimento da mesma.

No entanto, esta sessão começou sem a presença do Sr. Roberto, uma vez que, à hora marcada, não estava presente, chegando 30 minutos atrasado, devido a uma consulta médica.

Quando a estagiária chegou ao quarto da D. Olimpia, a senhora encontrava-se com a respiração acelerada, e da sua expressão facial transmitia dor. No entanto, assim que soaram os primeiros acordes da música do olá a sua expressão ficou menos tensa. Nesta sessão, alterou-se a estrutura habitual, visto que o marido da utente não estava presente. Desta forma, efetuaram-se exercícios de improvisação na guitarra e na voz, com o objetivo de promover o relaxamento e, assim, regularizar a respiração da D. Olimpia.

Quando o Sr. Roberto chegou à sessão, apresentava um estado de espírito derrotista, salientando a pouca evolução registada, até ao momento, na sua esposa e questionando-se se não estariam a perder tempo com ele. Foram, ainda, abordadas as questões ligadas ao estado de saúde da idosa. Por fim, tentei tranquiliza-lo quanto à possibilidade de a idosa estar em sofrimento e relembrei o tipo de trabalho que estava a ser feito com a D. Olimpia. Procurou-se, ainda, que percebesse que as respostas que

tínhamos conseguido alcançar eram bastante positivas, e que a música tinha sido, até então, o único meio através do qual se verificou alguma comunicação na sua esposa.

Após este momento verbal, iniciou-se a execução da canção “O Mar enrola na Areia” e dois minutos depois, a irmã da D. Olimpia abriu a porta, interrompendo a sessão para dizer, de forma hostil, ao Sr. Renato que, tal como já lhe tinha dito, não permitia que as sessões, com a sua irmã, tivessem continuidade. Após este incidente optou-se por encerrar a sessão, para que não se piorasse, ainda mais, a situação.

#### Objetivos alcançados:

Durante esta última sessão, poder-se-á afirmar que se verificou uma redução da ansiedade e indução do relaxamento, facilitado pela música. Procurou-se, ainda, ajudar o prestador de cuidados a lidar com a doença e limitações da esposa.

### **Sumário e Implicações**

Durante as quatro sessões realizadas com a D. Olimpia e o prestador de cuidados, Sr. Roberto, verificou-se sempre um maior número de respostas durante a audição musical do tema “Maravilhoso Coração”, quer através de contacto ocular estabelecido com o marido e/ou com a facilitadora, quer com sorrisos e vocalizações. Musicalmente, foi durante a segunda parte da sessão, com as canções tradicionais, que o Sr. Roberto se mostrou mais participativo, mantendo, porém, constantemente, uma postura de atenção e carinho para com a mulher.

De uma forma geral, os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que, através da música, ocorreu uma indução de momentos de relaxamento, registou-se uma diminuição da ansiedade e do *stress* (que lhe era atribuída, pela equipa técnica, antes das intervenções iniciarem), verificou-se uma redução dos níveis de isolamento social e afetivo, proporcionou-se conforto físico e psicológico, registou-se um aumento da expressão e comunicação entre a utente e prestador de cuidados, e reativou-se, ainda

que momentaneamente, as funções motoras dos membros superiores. Durante esta curta intervenção, procurou-se, ainda, ajudar o prestador de cuidados a lidar com a doença da esposa, bem como realizar de atividades que permitissem a manutenção das capacidades cognitivas da D. Olimpia.

Após a análise dos dados obtidos, através da observação, com a D. Olimpia é possível afirmar que o vínculo emocional existente entre o prestador de cuidados e a utente foi o impulsionador de toda a evolução verificada na D. Olimpia. Contudo, consideramos que este processo terminou numa altura em que havia ainda muito a trabalhar e a consolidar.



## **Outras Intervenções**

### **Intervenção Individual – D. Zulmira**

A D. Zulmira, de 87 anos, residia no lar desde 2008. Antes de ingressar no lar, recebia apoio domiciliário, mas, após a morte da sua irmã, a idosa ficou bastante fragilizada e sem condições de permanecer sozinha em casa. No domínio da saúde, quando entrou no lar, possuía úlceras varicosas nas duas pernas, sendo que, em 2010, o seu sistema circulatório piorou e passou a andar de cadeira de rodas. Com o passar do tempo, a sua saúde mental também se agravou, encontrando-se, atualmente, bastante demenciada, com o diagnóstico de provável Alzheimer.

Nos primeiros contatos com a idosa, esta demonstrou ser bastante afetuosa, sendo que as restantes idosas a tratavam com muito carinho e atenção sempre que se encontrava presente na sala de convívio. Todavia, esta idosa passava a maioria do seu tempo isolada no seu quarto (era apenas levantada, da sua cama, um ou dois dias por semana, caso a sua saúde o permitisse).

Durante o processo de observação, foi possível verificar que a idosa, além de apresentar dificuldades motoras nos membros inferiores, apresentava muitas dificuldades cognitivas. A D. Zulmira não tinha consciência da sua idade, nem do tempo em que se encontra, registando uma falha grave na memória. Durante o seu discurso, a idosa falava como se estivesse no passado, entre a infância e a adolescência. Com efeito, só conseguia manter um discurso coerente se continuasse no passado, sendo que, sempre que lhe eram fornecidos dados da atualidade, ficava muito confusa.

Assim, considerou-se que a musicoterapia poderia fornecer um espaço onde se pudesse expressar livremente, embora numa perspetiva de reorientação para a realidade, bem como uma ferramenta útil à melhoria ou manutenção das suas capacidades cognitivas.

A D. Zulmira foi, inicialmente, integrada nas sessões de grupo, mas a sua saúde agravou-se e não podia ser levantada da cama. Desta forma, foi integrada no grupo de idosas com sessões individuais. A D. Zulmira aderiu, inclusivamente, melhor às sessões de musicoterapia individuais, tendo em conta que no grupo era muito pouco participativa e, neste contexto, passou a ser muito interventiva e participativa.

Ao longo das 11 sessões individuais, experienciou diferentes técnicas, nomeadamente, a reprodução de canções, improvisação, jogos rítmicos, composição de canções (letra) e criação de histórias com atmosfera sonora.

Os seus progressos foram visíveis e também documentados quantitativamente pelos testes de qualidade de vida. Foram, sobretudo, visíveis os progressos referentes à orientação temporal e espacial, embora necessitem de continuidade. Os testes de qualidade de vida revelaram que houve uma evolução global de 5,6%. Os domínios que registaram uma maior evolução foram os domínios referentes à Espiritualidade e do Psicológico (ver anexo 15).

### **Intervenção Individual – D. Olinda**

D. Olinda, de 94 anos, residia no lar desde 2008 e faleceu em Maio de 2012. Frequentava o Centro de Dia, desde 2005, mas, após ter sofrido um AVC, as suas dificuldades locomotoras agravaram-se e foi admitida no Lar. Após variadas quedas, a idosa passou a mover-se numa cadeira de rodas. O seu processo referia que, desde 2005, a idosa apresentava dificuldades cognitivas, nomeadamente ao nível da memória e da orientação espaço-temporal. Era, de facto, uma utente demenciada, com o diagnóstico provável de Alzheimer.

Nos primeiros contatos com a D. Olinda, verificou-se que esta se encontrava totalmente dependente, sem mobilidade nem discurso verbal. A idosa encontrava-se,

também, numa situação de isolamento extremo, na medida em que não recebia visitas, recebendo, apenas, atenção durante o período da higiene pessoal e das refeições.

Assim, considerou-se que a musicoterapia poderia ser uma ferramenta útil na estimulação sensorial, na diminuição do isolamento, na promoção do relaxamento e da comunicação não-verbal.

Ao longo das 10 sessões, desenvolveu-se um trabalho que se poderá considerar de cuidados continuados, com recurso à experiência musical, onde a técnica mais utilizada foi a audição musical.

O seu progresso foi visível, principalmente, ao nível da comunicação não-verbal, uma vez que a idosa, sempre que gostava de um tema, balançava o corpo ou mexia a cabeça, acompanhando o ritmo da música. O tema que obteve mais respostas sensoriais foi “Oliveira da Serra”.

### **Intervenção Individual – D. Pureza**

D. Pureza tinha 98 anos e residia no lar desde 2007. Frequentava o centro de dia desde 2005 e era apoiada pela valência do Apoio Domiciliário. Devido ao facto de viver sozinha em casa, em condições que não eram adequadas, a delegada de saúde do centro de saúde dos Anjos reportou a situação, sendo, pouco tempo depois, admitida no lar.

A D. Pureza, segundo o seu processo, apresentava falhas de memória e não tinha a noção do tempo e, por vezes, do espaço. Foram descritos episódios em que aparecia no centro de dia apenas calçada com um sapato, não fazendo a sua higiene diária de forma correta, entre outros. Antes de ingressar no lar, teve um AVC e o seu estado foi-se agravando gradualmente, principalmente ao nível da locomoção. A idosa apresentava um nível elevado de demência e encontrava-se medicada para a doença de Alzheimer.

Nos primeiros contatos com a D. Pureza, verificou-se que esta se encontrava totalmente dependente, sem mobilidade nem discurso verbal. A idosa registava, também, um isolamento extremo, pois não recebia visitas, apenas recebendo alguma atenção durante o período das higiènes e refeições, tal como a D. Olinda. Assim, considerou-se que a musicoterapia poderia tornar-se uma ferramenta útil na estimulação sensorial, na diminuição do isolamento, na promoção do relaxamento e da comunicação não-verbal, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Ao longo das 17 sessões, desenvolveu-se um trabalho de cuidados continuados com recurso à experiência musical, onde a técnica mais utilizada foi a audição musical.

O seu progresso foi visível, ao nível sensorial, foi significativo uma vez que a idosa, sempre que gostava de um tema sorria e, ao ouvir os restantes temas, matinha muitas vezes o contacto ocular com a facilitadora. Inicialmente, a idosa olhava bastante para a câmara, focando durante quase toda a sessão na câmara de filmar mas, aos poucos, foi procurando o foco do som e, por fim, o contacto ocular com a estagiária. O tema que obteve mais respostas sensoriais foi a “Laurindinha”, chegando a conseguir responder, de forma positiva, à questão: “*Gosta desta música?*”, com um abanar de cabeça.

## Conclusões

Ao longo do presente trabalho, procurou-se mostrar de forma clara o modo como decorreu o estágio na instituição Centro Social e Paroquial da Penha de França, na valência do Lar de Idosos “Nossa Senhora da Paz”. O estágio realizado ao longo de 9 meses, nesta instituição, proporcionou o primeiro contacto com a musicoterapia aplicada. Procurou-se abraçar esta experiência de forma adequada, adaptativa, humana, interessada, e, acima de tudo, de forma responsável.

O impacto da intervenção, realizada no Lar, foi significativo por se ter conseguido alcançar mudanças, ainda que temporárias, na vida dos idosos intervencionados, criando-se atividades onde lhes eram oferecidos momentos de investimento pessoal mas também relacional. Foi, também, significativo, para a equipa técnica pouco habituada a receber estagiários nesta valência, a existência de uma atividade mais duradoura (quando comparada com outras intervenções), o que criou uma necessidade de adaptação e cedência do espaço.

O estágio foi bem recebido pela instituição, inicialmente pelas características da musicoterapia, que poderia proporcionar um momento lúdico que esta população necessitava, por outro lado, pelo seu lado terapêutico e pela possibilidade de serem alcançadas mudanças nalguns idosos. Mais tarde, ao verificarem o bom relacionamento que a estagiária mantinha com os utentes do Lar, bem como a persistência e a paciência com que procurou manter durante as intervenções, registou-se uma maior abertura e aceitação da musicoterapia.

Os objetivos do estágio passavam por melhorar as competências pessoais e interpessoais/sociais dos idosos, através do contacto com a sua criatividade, as suas potencialidades, memórias e histórias de vida, restituindo-lhes parte de um sentimento de poder e utilidade. Os objetivos, descritos anteriormente, passaram pela promoção de

atividades no lar que promovessem a participação e o convívio; a diminuição da confusão mental dos idosos; a melhoria ou a manutenção das suas competências cognitivas; a diminuição do isolamento, fomentando a socialização; a melhoria da atenção, orientação e memória; a promoção do relaxamento e a redução da ansiedade, procurando a melhoria da qualidade de vida dos utentes do lar.

Considera-se que esses objetivos foram alcançados, observando-se, nas sessões de grupo uma crescente coesão grupal e capacidade expressiva e relacional. Em contexto social, observaram-se, também, mudanças significativas, com os idosos a procurarem o contacto e a partilha de informações com os restantes membros do lar, principalmente na sala de convívio, do primeiro andar, onde se encontra a maioria do grupo terapêutico. Os testes aplicados ao longo da intervenção também demonstraram que, na maioria, houve uma melhoria das suas competências cognitivas e, essencialmente, da sua qualidade de vida. No entanto, este estágio foi apenas o começo e mais trabalho deve ser desenvolvido no sentido de se progredir na evolução registada ou, pelo menos, não se perderem as metas atingidas, sejam através da musicoterapia ou de uma outra psicoterapia expressiva.

Ao longo da intervenção, seguimos a linha de orientação de diversos autores (Bruscia, 2001; Grocke, Bloch & Castle, 2009; Melissa Brotons & Susan Koger, 2000; Terrence Hays & Victor Minichiello, 2005), que, por sua vez, sublinham que música é uma ferramenta útil para retirar as pessoas do isolamento, pelo seu poder em estabelecer comunicação, sobretudo a não-verbal e, também, uma forma agradável para se trabalhar as capacidades cognitivas, permitindo a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Assim, seguindo esta ideologia, considerou-se que o principal instrumento de trabalho da musicoterapia deveria ser a relação e a comunicação, como forma de aumentar a qualidade de vida dos idosos do Lar “Nossa Senhora da Paz”.

De forma a compreender quais os graus de demência em que se encontravam os entre os residentes do lar, utilizou-se o Mini Mental State Examination, tal como Melissa Brotons e Susan Koger (2000) porque, tal como as autoras referem, é o teste mais utilizado para diagnosticar demência e compreender qual o grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos. Utilizou-se, ainda, para se monitorizar resultados referentes à qualidade de vida dos participantes, os testes Whoqol-bref e Whoqol-Old criados pelo grupo Whoqol – *World Health Organization Quality of Life*, da Organização Mundial de Saúde, referidos em diversos estudos (Grocke, et al., 2009; Paúl & Fonseca, 2005; Serbim & Figueiredo, 2011). Os resultados referentes aos testes revelaram uma evolução significativa da qualidade de vida dos idosos, sobretudo nos pertencentes ao núcleo constante do grupo, e na idosa Zulmira, intervencionada individualmente.

Tal como Cevasco e Grant (2006), também entendemos que seria uma mais valia intervir com os idosos em contexto grupal. O grupo potencia naturalmente a socialização, a identificação e a aprendizagem de novos comportamentos. Tal como os autores referidos também nós utilizámos diferentes técnicas, nomeadamente atividades de canto, atividades rítmicas, a partilha de lembranças, acompanhamento ao vivo de peças populares, entre outros. O contexto grupal, utilizado nas sessões, permitiu a libertação da individualidade de cada um, para a formação de uma identidade grupal que foi fundamental para a diminuição dos níveis de isolamento em que se encontravam os idosos.

Em relação à evolução do Estudo de Caso I (grupal), optou-se por fazer uma leitura do que foi ocorrendo, de acordo com as teorias ligadas às dinâmicas de grupo de Mackenzie (1994) e Rutan (2007), que nos permitiram uma melhor compreensão das características próprias do grupo. Este processo terapêutico teve uma evolução difícil,

no entanto, típica dos processos grupais, com entradas de novos elementos e saída de outros; contudo o grupo conseguiu ultrapassar estas dificuldades e relacionar-se de forma madura. A fase de término foi bastante complicada para o grupo e para a facilitadora. Foi de facto, uma fase difícil emocionalmente, embora a intervenção das crianças tenha, de certa forma, “suavizado” este “adeus”.

Os resultados dos testes demonstraram alterações comportamentais significativas, nos participantes pertencentes ao núcleo do grupo. Essas alterações foram emergindo no interior da sala, onde decorriam as sessões de musicoterapia, mas, no final da intervenção, eram já visíveis, também, fora dela. Se, inicialmente, os idosos não sabiam ou não se lembravam dos nomes dos restantes utentes do lar, após a intervenção, a maioria, chamava já os membros do grupo pelos seus nomes, sem enganos. Notou-se, também, que o tema da amizade, quando abordado na sessão, remetia para o passado de cada um, para pessoas com as quais já não conviviam mas, com o decorrer do tempo, o termo “amigo” ou “amiga” começou a ser empregue entre os residentes do lar, destinando-se àqueles com quem agora conviviam. Após a intervenção, verificou-se, ainda, que nas salas de convívio, surgiam conversas paralelas, quando, anteriormente, uma simples troca de palavras entre residentes era um ato invulgar.

No estudo de Caso II, referindo-me concretamente à intervenção com prestador de cuidados, a evolução estava a acontecer quando teve de ser interrompido o processo terapêutico. Uma vez que estavam a surgir progressos, seria importante dar continuidade ao trabalho realizado, embora, para tal, devesse haver uma terapia familiar, onde fosse incluída a irmã da idosa intervencionada, para que esta se permitisse olhar para o outro e respeitar a sua autonomia sem se sentir agredida por isso. Com efeito, tal como defende Jacqueline Peters (2000), também nós acreditamos que seria uma mais-valia, a promoção de atividades onde existisse espaço para ocorrerem



interações positivas e significativas entre familiares prestadores de cuidados e doentes, diminuindo, assim, o seu isolamento afetivo e social, através da musicoterapia ou outra terapia expressiva.

Por fim, e de uma forma geral, considera-se ter sido essencial o trabalho de continuidade realizado no lar porque, como os resultados demonstraram, a musicoterapia não pode reverter a demência, mas pode ajudar a melhorar a qualidade de vida desses idosos. A musicoterapia teve um papel complementar à reabilitação física, realizado na fisioterapia, focando-se na reabilitação cognitiva e social dos utentes do Lar “Nossa Senhora da Paz”.

## **Reflexão Final**

O estágio realizado, ao longo de 9 meses, no Centro Social e Paroquial da Penha de França, na valência de lar de idosos, foi, para mim, uma experiência enriquecedora, de descoberta e aprendizagem.

A relação que estabeleci com os utentes do lar foi fortalecendo com o decorrer do tempo, solidificando-se à medida que conseguia a sua confiança. Inicialmente, houve idosos muito resistentes, que nem queriam ouvir falar em música ou em atividades expressivas, com dificuldades em gerir a proximidade, mas, por outro lado, houve idosos que se disponibilizaram logo, à partida, para me conhecerem e para saberem o porquê da minha presença ali, o que me pareceu natural, tendo em conta as características desta população e do contexto em que se encontravam inseridos.

A relação estabelecida com a equipa técnica também foi positiva. Em contextos formais ou até mesmo informais, foram-se criando laços profissionais e pessoais. A sua disponibilidade em ajudar foi essencial no decorrer do estágio, procurando sempre integrar-me nas dinâmicas do lar e nas atividades realizadas quer no lar, quer em outras valências da instituição. No decorrer do estágio, tive sempre bastante autonomia na gestão dos meus tempos de intervenção individuais e um pouco menos flexibilidade quanto à intervenção em grupo, devido à dinâmica da casa (refeições, higiene...). Senti, por parte do psicólogo, um constante interesse em saber como tudo estava a correr e bastante apoio quando surgiam questões mais delicadas para resolver.

A gestão da confidencialidade foi sendo pensada e gerida ao longo do tempo, da melhor forma. Por vezes, foi importante discutir determinados assuntos e comportamentos, bem como dar a conhecer, à equipa técnica, o trabalho realizado. Sempre que essa partilha ocorria, os participantes eram previamente informados, e, a

seu pedido, também eles, no final do estágio, viram imagens sobre os seus melhores momentos em sessão.

Enquanto aprendizagem pessoal, o estágio teve um papel fundamental na progressão das minhas competências enquanto futura musicoterapeuta. No início, senti-me bastante insegura, nomeadamente na compreensão dos casos e no estabelecimento de uma “correta” relação terapêutica, uma vez que a minha formação é estritamente musical. Com o passar das sessões e após muita leitura, esse sentimento foi-se atenuando, embora continue a achar que há um longo caminho a percorrer, sendo, provavelmente, necessária mais formação ao nível da psicologia para poder evoluir e melhor compreender todas as dinâmicas terapêuticas que vão surgindo, dentro e fora das sessões. Ao nível musical e à escolha das técnicas a utilizar, sinto que todo o processo decorreu sem grandes surpresas, sendo, no entanto, sempre possível fazer aperfeiçoamentos ao trabalho realizado, pois só com a experiência ganhamos certezas. Este estágio fez, antes de mais parte essencial de um processo de crescimento pessoal e profissional, que aqui teve o seu início.

## Referências

- Aldridge, D. (1996). Music therapy with the elderly. In D. Aldridge (Ed). *Music therapy Research and practice in medicine: from out of the silence*. (2º Ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (2005). Dialogic-degenerative diseases and health as a performed aesthetic. In *Music therapy and neurological rehabilitation* (pp. 39-60). Jessica Kingsley Publishers.
- Almeida, A. S. (2008). A Pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida. Acedido a 18 de Maio de 2012, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
- ALZHEIMER PORTUGAL. (2012, Maio, 11). Doença de alzheimer, a prevalência da doença. [Web log post]. Acedido em: <http://www.alzheimerportugal.org>
- Alzheimer's Association. (2012, Maio, 11). What is alzheimer's ? [Web log post]. Acedido em: [http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_what\\_is\\_alzheimers.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp)
- Azevedo, P., Landim, M., Fávero, G. & Chiappetta, A. (2009). Linguagem e Memória na Doença de Alzheimer em Fase Moderada. *Revista CEFAC*. Acedido a 15 de Março de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010ahead/133-08.pdf>
- Baker, F., Tamplin, J. (2006). Interventions for cognitive and behavioral impairments. In *Music therapy methods in neurorehabilitation – A clinician's manual* (pp. 114-137). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Belgrave, M. (2009). The Effect of Expressive and Instrumental Touch on The Behavior States of The Alzheimer's Type and on Music Therapist's Perceived Rapport. *Journal of Music Therapy*, XLVI (2). 132-146.

- Belgrave, M. (2011). The Effect of a Music Therapy Intergenerational Interactions, Cross-Age Attitudes, and Older Adults' Psychosocial Well-Being. *Journal of Music Therapy*, 48 (4). 486-508.
- Blasco, S. P. (1999) Geriatria y gerontopsiquiatria. In *Compendio de musicoterapia (I)*. (pp. 351-370). Barcelona: Herder.
- Brotons, M., Koger, S. (2000). The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. *Journal of Music Therapy*, XXXVII(3), 183-195.
- Brotons, M. & Marti, P. (2003). Music Therapy with Alzheimer's Patients and Their Family Caregivers: A Pilot Project. *Journal of Music Therapy*, XL (2): 138-150.
- Bruscia, E. K. (1998). *Defining Music Therapy*. (2º Ed.) Barcelona Publishers.
- CEDRU – Centro de estudos e desenvolvimento regional e urbano, & BCG – Boston consulting group (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal*. Acedido a 18 de Maio de 2012, em: [http://www.akdn.org/publications/2008\\_portugal\\_estudo%20seniores.pdf](http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf)
- Cevasco, A. M., & Grant, R. E. (2006). Value of Musical Instruments Used by the Therapist to Elicit Responses from Individuals in Various Stages of Alzheimer's Disease. *Journal of Music Therapy*, XLIII(3), 226-246.
- Cevasco, A, VanWeelden, K. (2009). Geriatric Clients' Preferences for Specific Popular Songs to Use during Singing Activities. *Journal of Music Therapy*, XLVI(2), 147-159.
- Chaves, M. L. F. (s.d.). Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental. Acedido a 18 de Maio de 2011, em: [http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos\\_cont/8.pdf](http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf)

- Clair, A. A. (1991). Music Therapy for a Severely Regressed Person with a Probable Diagnosis of Alzheimer 's disease. In K. Bruscia (Ed.). *Case studies in Music Therapy*. (pp. 571-580). (2º Ed.). Barcelona Publishers,
- Clair, A. A. (1998). Music for persons with dementia and their caregivers. In C. M. Tomaino (Ed.), *Clinical applications of music in neurologic rehabilitation*. (pp. 29-33). U.S.A.: MMB Music, Inc.
- Cunha, R. (s.d.). Musicoterapia na abordagem do portador de doença de alzheimer. Acedido a 20 de Novembro de 2010, em: <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica2/rosemyriamcunha.pdf>.
- Davis, W. B., Thaut M. H., Gfeller, K. E. (1999) Music therapy and elderly populations. In *An introduction to music therapy: theory and practice*. (pp. 118-143). (2º Ed.). McGraw-Hill.
- Filadelfo, L. (2008). Musicoterapia para a 3ª idade. Acedido a 21 de Novembro de 2010, em: <http://www.triada.com.br/bem-estar-e-saude/terapias/aq169-183-1158-1-musicoterapia-para-a-3-idade.html>.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E. & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the Whoqol-Old module. *Revista de Saúde Pública*. 40 (5), 785-791.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gardner, L. A., & Swanson, E. A. (1993). Effects of Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 284-91.
- Gardstrom, S. C. (2007). *Music therapy improvisation for groups: Essential leadership competencies*. USA: Barcelona Publishers.
- Grocke, D. e Wigram, T. (2007). Song lyric discussion, reminiscence and life review. In *Receptive methods in music therapy: Techniques and clinical applications for*

*music therapy clinicians, educators, and students* (pp. 156-179). London: Jessica Kingsley Publishers.

Grocke, D., Bloch, S. (2009). The Effect of Group Music Therapy on Quality of Life for Participants Living with a Severe and Enduring Mental Illness. *Journal of Music Therapy*, XLVI(2), 90-104.

Hamburg, J. (2003). The effects of a movement with music program on measures of balance and gait speed in healthy older adults. *Journal of Music Therapy*, XL (3), 212-226.

Hanser, S. B. (2000). An introduction to music therapy. In *The new music therapist's handbook*. (pp. 1-21). (2º Ed.). Boston: Berklee Press.

Hays, T. e Minichiello, V. (2005). The Contribution of Music to Quality of Life in Older People: an Australian Qualitative Study. *Aging & Society* (25), 261-278.

Hirokama, E. (2004). Effects of Music Listening and Relaxation Instructions on Arousal Changes and the Working Memory Task in Older Adults. *Journal of Music Therapy*, XLI (2), 107-127.

Instituto Nacional de Estatística (2005). Conceitos. Acedido a 3 de Março de 2011, em: [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc\\_cod=5544&cnc\\_ini=04-07-2005](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=5544&cnc_ini=04-07-2005)

Júnior & Tavares (2004) A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. In *Comunic, Saúde, Educ*, 16 (9). (pp. 147-158). Acedido a 18 de Maio de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>

Kirkland, K. (s.d.). Music therapy in alzheimer and dementia care. *Music Therapy Association of British Columbia*. Acedido a 21 de Novembro de 2010 em: <http://www.mtabc.com/page.php?52>.

- Kneafsey, R. (1997). The Therapeutic Use of Music in Care of the Elderly Setting: a Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 341-346. Acedido a 21 de Novembro de 2010, em: <http://www.brown.uk.com/palliative/kneafsey.pdf>.
- Leal, C. (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. 1-23. Acedido a 11 de Dezembro de 2010, em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>.
- Lourenço, R. A., Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: Características Psicométricas com Idosos Ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 1-8. Acedido a 14 de Outubro de 2011, em <http://www.crde-unati.uerj.br/cipi/pdf/meem.pdf>.
- MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of the therapy group system. In K. R. Mackenzie., H. S. Bernard (Eds.). *Basics of group psychotherapy*. (pp. 35-59). The Guilford Press.
- Magee, W. L., Davidson, J. W. (2004). Singing in Therapy: Monitoring Disease Process in Chronic Degenerative Illness. *British Journal of Music Therapy*, 18 (2), 65-77.
- McClosky, L. (1985). Music and the Frail Elderly. *Activities, Adaptation and Aging* (7), 73-75.
- Merriam, Alan (1964). Uses and functions. In *The anthropology of music*. (pp. 209-228). Northwestern University Press.
- Montgomery, R. J. V., Rowe, J. M., & Kosloski, K. (2007) Family caregiving. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.). *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy*. (pp. 426-454). John Wiley & Sons, Inc.
- Odell-Miller, H. (2002). Musical narratives in music therapy treatment for dementia. In L. Bunt. & S. Hoskyns (Ed), *The handbook of music therapy*. (pp. 149-155). Brunner-Routledge.



Organização Mundial de Saúde, [OMS], (1998). Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol). Acedido a 5 de Maio de 2011, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html#6>.

Organização Mundial de Saúde, [OMS], (s.d.) Versão em Português do instrumento de avaliação Whoqol-100. Acedido a 5 de Maio de 2011, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqold.pdf>.

Organização Mundial de Saúde, [OMS], (s.d.). Whoqol-Old - Manual. Acedido a 5 de Maio de 2011, em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Peters, J. (2000). Music therapy with individuals who are elderly. In *Music therapy: An introduction*. (pp.317-355). U.S.A.: Charles C. Thomas Publisher, Ltd.

Ridder, H.M. (2005a). Music therapy with the elderly: Complementary data as a rich approach to understanding communication. In D. Aldridge (Ed), *Case study designs in music therapy*. (pp. 191-210). Jessica Kingsley Publishers.

Ridder, H.M. (2005b). An overview of therapeutic initiatives when working with people suffering from dementia. In D. Aldridge. (Ed). *Music therapy and neurological rehabilitation performing health*. (pp. 61-82). Jessica Kingsley Publishers.

Risman. (2010). Envelhecimento: Um Processo Multideterminado e Multideterminante? *Revista Portal de Divulgação*, 1, 1-13. Acedido a 2 de Abril de 2012, em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>

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

- Ruud, E. (1998). *Music therapy: improvisation, communication, and culture*. USA: Barcelona Publishers.
- Rutan, S. J., Stone, Walter, N. (2007). Group dynamics and group development. In *Psychodynamic group psychotherapy* (pp.29-55). (3º Ed.). The Guilford Press.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (2002). *Terapia familiar*. (5º Ed). Porto: Edições Afrontamento.
- Serbim, A. & Figueiredo, A. (2011). Qualidade de Vida de Idosos em um Grupo de Convivência. *Scientia Medica*, 21 (4), 166-172.
- Sérgio, J. & Valença, Â. (2003). *Alguns conselhos sobre a doença de Alzheimer*. Alzheimer Portugal: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos Doentes Alzheimer.
- Silber, F. (1999). The Influence of Background Music on the Performance of the Mini Mental State Examination with Patients Diagnosed with Alzheimer's Disease. *Journal of Music Therapy*, XXXVI(3), 196-206.
- Sixsmith, A., Gibson, G. (2007). Music and the Wellbeing of People with Dementia. *Ageing & Society*, 27, 127-145. Acedido a 6 de Janeiro de 2011, em: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=570884&jid=ASO&volumeId=27&issueId=01&aid=570880&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=>.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The world health organization's Whoqol-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the Whoqol Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Solé, C., Mercadal-Brotons, M., Gallego, S., Riera, M. (2010). Contributions of Music to Aging Adults' Quality of Life. *Journal of Music Therapy*, XLVII(3), 264-281.

Wigram, T. (2004). Group improvisation. In *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. (pp. 181-208). Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T., Baker, F. (2005). Songwriting as a therapy. In *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. (pp. 11-23). Jessica Kingsley Publishers.

WHOQOL group (1996). Whoqol-Bref – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Acedido a 5 de Maio de 2011, em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

# Anexos

---