Universidades Lusíada

Esperança, Ana Daniela Carreira Cordeiro, 1985-

Desafios da demência : intervenção musicoterapêutica em idosos

http://hdl.handle.net/11067/815

Metadados

Data de Publicação 2014-03-07

Resumo O presente documento pretende descrever a intervenção em musicoterapia com idosos, realizada no Lar Social do Arrabal, no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada.
O estágio teve a duração de 9 meses, sendo que a fase inicial foi exclusivamente para observação/recolha de dados que culminou na fase de seleção/organização dos utentes, das sessões, dos horários, e, por fim, a fase de intervenção na qual ocorreram as sessões. A intervenção incidiu sobre 34 u...

Palavras Chave Musicoterapia para idosos, Doenças mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional, Lar Social do Arrabal (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T02:18:11Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Desafios da demência: intervenção musicoterapêutica em idosos

Realizado por:
Ana Daniela Carreira Cordeiro Esperança
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientado por:
Dr.ª Liliana Patrícia Esperança Brites

Constituição do Júri:

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

Relatório aprovado em: 27 de Fevereiro de 2014

Lisboa

2013

Mestrado em Musicoterapia

Desafios da demência:
intervenção musicoterapêutica em idosos

Ana Daniela Carreira Cordeiro Esperança

Lisboa

Julho 2013

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Desafios da demência:
intervenção musicoterapêutica em idosos

Ana Daniela Carreira Cordeiro Esperança

Lisboa

Julho 2013

Ana Daniela Carreira Cordeiro Esperança

Desafios da demência:
intervenção musicoterapêutica em idosos

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

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

Orientadora de estágio: Dr.ª Liliana Patrícia Esperança Brites

Lisboa

Julho 2013

Ficha Técnica

Autora	Ana Daniela Carreira Cordeiro Esperança
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio	Dr.ª Liliana Patrícia Esperança Brites
Título	Desafios da demência: intervenção musicoterapêutica em idosos
Local	Lisboa
Ano	2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

ESPERANÇA, Ana Daniela Carreira Cordeiro, 1985-

Desafios da demência : intervenção musicoterapêutica em idosos / Ana Daniela Carreira Cordeiro Esperança ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Liliana Patrícia Esperança Brites. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-
II - BRITES, Liliana Patrícia Esperança, 1982-

LCSH
1. Musicoterapia para idosos
2. Doenças mentais - Tratamento
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Lar Social do Arrabal (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for older people
2. Mental illness - Treatment
3. Music therapy - Practice
4. Lar Social do Arrabal (Leiria, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RC523.E87 2013

Aos meus pais.

Agradecimentos

À Prof.ª Doutora Teresa Leite por todo o processo de aprendizagem que realizei com ela ao longo dos dois anos de mestrado, por todo o esforço e dedicação na orientação deste trabalho e por me fazer sentir que estava sempre disponível para o que fosse preciso.

A todos os meus professores do 1º ano por todas as aprendizagens que fiz com elas e pela partilha de experiências tão enriquecedoras que fizeram connosco.

Ao Lar Social do Arrabal por me ter recebido e ter permitido que este estágio se realizasse dentro das suas portas.

À Liliana Brites, minha orientadora no local de estágio, por todo o apoio, esclarecimento e disponibilidade.

A todos os funcionário do Lar Social do Arrabal por toda a compreensão e interajuda neste processo.

A todos os meus amigos que me apoiaram e me ouviram ao longo destes dois anos.

Ao Humberto, por todo o apoio que me deu na reta final deste trabalho.

À Vera, que fez do meu entusiasmo o seu e pela sua presença constante e inabalável.

À Helena pelas partilhas, companheirismo e por ter tornado este percurso académico muito mais feliz.

Aos meus pais, aos meus irmãos e à minha cunhada pelo apoio incondicional.

À minha sobrinha, por ter tornado o meu jardim mais rico.

“Um dia foram pais carinhosos,

Hoje não são mais do que idosos.

Pelos aprendizes são mal tratados,

Vivendo uma vida de aposentados.

Num dia foram mestres,

No outro foram fardos.

Membros de um grupo desgarrado,

Pais da evolução, filhos da perdição.

E o velho retirante se coloca a caminhar,

Na busca por um fio do passado a restaurar,

Passado em que sentiu orgulho de viver,

Viveu e assumiu paixões no entardecer”

(…)

(Michel F. M. retirado de http://pensador.uol.com.br/frase/NjI4Mzg)

Resumo

O presente documento pretende descrever a intervenção em musicoterapia com idosos, realizada no Lar Social do Arrabal, no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada. O estágio teve a duração de 9 meses, sendo que a fase inicial foi exclusivamente para observação/recolha de dados que culminou na fase de seleção/organização dos utentes, das sessões, dos horários, e, por fim, a fase de intervenção na qual ocorreram as sessões.

A intervenção incidiu sobre 34 utentes que foram organizados em 4 grupos diferentes, sendo o critério de organização o seu grau de dependência física e /ou mental. Para além destes grupos, 3 desses utentes estavam organizados em sessões individuais. Das intervenções realizadas, o presente trabalho aborda de forma mais profunda dois estudos de caso de duas utentes com problemáticas distintas do ponto de vista físico, cognitivo, psicológico e emocional, no entanto, com uma patologia comum: a demência.

Uma das utentes, em intervenção musicoterapêutica individual, está diagnosticada com psicose demencial. A outra utente, em intervenção em grupo, manifesta uma demência não especificada. A intervenção fundamentou-se no enquadramento teórico aqui apresentado sendo que na fase inicial e final da mesma, foi aplicada uma grelha de observação no sentido de recolher dados que permitissem a sistematização dos resultados.

Palavras-chave: Musicoterapia, 3ª idade, Demência.

Abstract

This paper aims to describe the intervention in music therapy with elderly people held at the nursing home of Arrabal, as a part of a master's degree in music therapy at the Lusíada University. The internship lasted for nine months, being the initial phase exclusively for observation / data collection which culminated in the selection phase / organization of users, sessions, schedules, and finally, the intervention phase in which the sessions occurred.

The intervention was focused on 34 clients who were organized into 4 different groups, being the criterion of organization the degree of physical dependence and / or mental. In addition to these groups, 3 of those clients were organized in individual sessions. Of the conducted interventions, this paper discusses in more depth two studies cases of two clients with different problems from the physical, cognitive, psychological and emotional area, however, with a common pathology: dementia.

One of the clients in an individual music therapeutic intervention is diagnosed with dementia psychosis. The other client, in group intervention, manifests an unspecified dementia. The intervention was based on the theoretical framework shown here, where in the beginning and in the end of it a grid of observation was applied in order to gather data that allowed the systematization of the results.

Keywords: Music Therapy, 3rd age, Dementia

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização do grupo A: Com autonomia física e mental ……..... 30

Tabela 2 – Caracterização do grupo B: Com autonomia física e limitações mentais … 31

Tabela 3 – Caracterização do grupo C: Com dependência física e sem limitações mentais ……... 32

Tabela 4 – Caracterização do grupo D: Com dependência física e mental ……... 33

Tabela 5 – Caracterização dos utentes com acompanhamento musicoterapêutico individual ……... 33

Tabela 6 – Agenda semanal …….. 39

Tabela 7 – Grelha de observação ……... 42

Tabela 8 – Versão da Categoria "Relacionamento" para os utentes em sessões individuais …….……..……... 43

Tabela 9 – Versão da Categoria "Relacionamento" para os utentes em sessões de grupo…….……..……..……... 43

Tabela 10 – Plano terapêutico da E. A. …….……..……... 47

Tabela 11 – Plano terapêutico da G. R. …….……..……... 63

Sumário

Introdução …… 1

A instituição …….…… 3

População alvo ……. 4

Enquadramento teórico ….……... 5

Envelhecimento e 3ª idade ……...… 5

Patologias comuns no idoso …….… 8

Conceito de demência …….. 9

Doença de Alzheimer ……. 15

Demência Vascular ……..... 15

Intervenção psicossocial em idosos com demência ……... 16

Musicoterapia na demência ……..... 17

Aspetos metodológicos da musicoterapia com idosos ……... 19

Objetivos do estágio ……..… 27

Metodologia ……...… 28

Descrição da amostra ……..... 29

Procedimento ……. 34

Agenda semanal ……. 39

Técnicas de musicoterapia …….… 40

Instrumentos de avaliação ……..… 41

Estudos de caso ……...… 44

Intervenção individual - E.A. ……. 44

Intervenção em grupo – Utente G. R. …… 61

Outras intervenções ……..... 75

Conclusão e discussão de resultado……...……. 80

Reflexão final …… 82

Referências ……..... 86

Anexos ……...…. 89

Lista de Anexos …… 90

Anexo A

Princípios orientadores da instituição

LAR SOCIAL DO ARRABAL
INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

MISSÃO (Para que existimos)	Prestar serviços de apoio à população idosa da freguesia de Arrabal e áreas limítrofes, através de respostas sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos utentes, familiares e comunidade em geral.
VISÃO (Onde queremos chegar)	Sermos reconhecidos como referência a nível regional, pela qualidade dos serviços prestados no apoio a idosos e contributo para a sua felicidade e bem-estar físico e mental.
VALORES (Como deveremos actuar)	Confiança: Relacionarmo-nos de forma leal e verdadeira com utentes e seus familiares, direcção e colegas de trabalho. Respeito: Aceitar e respeitar a individualidade, crenças e opiniões dos outros, ainda que diferentes das nossas. Igualdade de tratamento: Tratarmos todos de forma justa e imparcial, não sendo influenciados por considerações pessoais ou outras, alheias às nossas funções. Solidariedade: Estarmos sensibilizados e disponíveis para as necessidades dos outros, demonstrando abertura para os ouvir, ajudar e apoiar. Empenho e dedicação: Cumprirmos com as nossas responsabilidades individuais e colectivas, prestando um serviço de qualidade, num espírito de colaboração e trabalho em equipa.
POLÍTICA DA QUALIDADE (As nossas intenções para com a Qualidade)	No Lar Social do Arrabal, definimos uma politica da qualidade, que assenta nos seguintes princípios: 1- Prestarmos serviços de qualidade e de forma racional, através de respostas sociais, que contribuam para a satisfação e bem-estar dos clientes, sustentabilidade e melhoria contínua do desempenho da instituição. 2- Apostarmos na qualificação, valorização e envolvimento dos nossos recursos humanos, de forma a dotá-los das competências e motivação necessárias para o bom desempenho das suas actividades. 3- Dotarmos a instituição de infra-estruturas, meios técnicos e equipamentos, que permitam prestar os serviços de forma eficaz e eficiente. 4- Cumprirmos com os requisitos legais, normativos, de clientes e parceiros, aplicáveis ao funcionamento da instituição

Elaborado:	Aprovado:	Código:	DI 01-R00
		Data:	23/07/2011
(xxxxx)	(xxxx)	Nº páginas:	1 de 1

Anexo B

Grelha de observação

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Não se aplica
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Ativação do tónus muscular						
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se ansioso						
Mostra motivação						
Demonstra iniciativa						
ATIVIDADES COGNITIVAS						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
ATENÇÃO/CONTACTO						
Mostra energia						
Estabelece contacto visual						
Mostra-se atento à sessão						

Versão da Categoria “Relacionamento” para os utentes em sessões individuais

	Nada	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Muito	Não se aplica
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta						
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta						

Versão da Categoria “Relacionamento” para os utentes em sessões de grupo

	Nada	**Muito pouco**	**Moderada mente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
RELACIONAMENTO COM PARES						
Interage verbalmente						
Interage musicalmente						

Anexo C

Grelha de observação inicial – E. A.

NOME: E. A.
DATA: 04/01/13 **FASE:** inicial (até sessão 5) **IDADE:** 93

	Nada	**Muito pouco**	**Moderadamente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta		X				
Produz sons vocais			X			
Toca instrumentos	X					
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos		X				
Uso da motricidade fina		X				
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do tónus muscular		X				
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente					X	
Mostra-se ansioso				X		
Mostra humores estáveis	X					
Demonstra iniciativa			X			
ATIVIDADES COGNITIVAS						
Produção verbal		X				
Ativação de memórias		X				
Mostra-se orientado no espaço						X
Mostra-se orientado no tempo						X
ATENÇÃO/CONTACTO						
Mostra energia			X			
Estabelece contacto visual		X				
Mostra-se atento à sessão		X				
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão		X				
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta	X					
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta	X					

Observações.:

Anexo D

Gralha de observação final – E. A.

NOME: E. A.
DATA: 21/06/13 **FASE:** Final (da sessão 23 à 26) **IDADE:** 93

	Nada	**Muito pouco**	**Modera damente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta			X			
Produz sons vocais				X		
Toca instrumentos	X					
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do 13onus muscular			X			
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente					X	
Mostra-se ansioso				X		
Mostra humores estáveis		X				
Demonstra iniciativa				X		
ATIVIDADES COGNITIVAS						
Produção verbal			X			
Ativação de memórias			X			
Mostra-se orientado no espaço						X
Mostra-se orientado no tempo						X
ATENÇÃO/CONTACTO						
Mostra energia				X		
Estabelece contacto visual				X		
Mostra-se atento à sessão				X		
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão			X			
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta		X				
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta			X			

Anexo E

Grelha de observação inicial – G. R.

NOME: G. R.
DATA: 10/01/2013 **FASE:** Inicial (até à sessão 5) **IDADE:** 95

	Nada	**Muito pouco**	**Moderadamente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta		X*				
Produz sons vocais		X				
Toca instrumentos		X				
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos		X				
Uso da motricidade fina	X					
Uso da motricidade grossa		X				
Ativação do 14onus muscular		X				
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente		X				
Mostra-se ansioso		X				
Mostra motivação		X				
Demonstra iniciativa	X					
ATIVIDADES COGNITIVAS						
Produção verbal		X				
Ativação de memórias		X				
Mostra-se orientado no espaço	X					
Mostra-se orientado no tempo	X					
ATENÇÃO/CONTACTO						
Mostra energia		X				
Estabelece contacto visual		X				
Mostra-se atento à sessão		X				
RELACIONAMENTO COM PARES						
Interage verbalmente		X				
Interage musicalmente	X					

Observações.: * Canta apenas quando abordada individualmente.

Anexo F

Grelha de observação final – G. R.

NOME: G. R.
DATA: 21/06/2013 **FASE:** Final (da sessão 22 à 25) **IDADE:** 95

	Nada	**Muito pouco**	**Moderadamente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta				X		
Produz sons vocais				X		
Toca instrumentos				X		
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos			X			
Uso da motricidade fina			X			
Uso da motricidade grossa			X			
Ativação do tónus muscular				X		
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente				X		
Mostra-se ansioso		X				
Mostra motivação				X		
Demonstra iniciativa			X			
ATIVIDADES COGNITIVAS						
Produção verbal				X		
Ativação de memórias				X		
Mostra-se orientado no espaço	X					
Mostra-se orientado no tempo	X					
ATENÇÃO/CONTACTO						
Mostra energia				X		
Estabelece contacto visual				X		
Mostra-se atento à sessão				X		
RELACIONAMENTO COM PARES						
Interage verbalmente				X		
Interage musicalmente				X		

Observações.:

Introdução

Este relatório incide sobre o trabalho realizado no âmbito da disciplina "seminário de estágio/relatório de estágio" do segundo ano do mestrado em musicoterapia. Pretende-se descrever a intervenção levada a cabo durante o estágio realizado no Lar Social do Arrabal, bem como o enquadramento teórico de base para a concretização deste trabalho.

Ao longo do estágio foram realizadas sessões de musicoterapia com 34 utentes com idades compreendidas entre os 54 e os 97 anos. Foram organizados 4 grupos de intervenção com base no grau de dependência física e mental dos utentes e sessões individuais com 3 dos utentes. As sessões eram de periocidade semanal nas quais foram desenvolvidas atividades musicais tendo em conta os objetivos gerais e específicos delineados para cada utente/grupo.

Tendo em conta que a demência e as alterações cognitivas e comportamentais que esta patologia envolve são uma realidade extremamente comum na terceira idade, este trabalho vai incidir sobre os efeitos da musicoterapia em idosos com demência. Com base numa revisão da literatura sobre os temas, esta intervenção em musicoterapia focou-se em promover a relação, a interação entre pares, promover a produção e a fluência verbal, a mobilização emocional, a ligação e o contacto, reduzir a ansiedade e promover o controlo de impulsos.

Do ponto de vista estrutural este trabalho inicia-se com uma breve descrição da instituição e da população. De seguida encontra-se o enquadramento teórico sobre a 3ª idade, demência, sintomas e sobre musicoterapia na 3ª idade. A segunda parte deste relatório refere-se às metodologias utilizadas ao longo da intervenção, fase em que são apresentados com mais detalhe dois estudos de caso escolhidos entre as intervenções realizadas. Estes estudos de caso foram abordados de forma descritiva e reflexiva focando as características dos

utentes no início da intervenção e no fim. A recolha destes dados foi realizada através de uma grelha de observação aplicada nestas duas fases de intervenção.

A Instituição

O Lar Social do Arrabal (LSA) é uma Instituição de Solidariedade Social sem fins lucrativos que surgiu de um projeto iniciado em 1978, face à constatação de escassez de recursos de apoio aos idosos na freguesia e no concelho de Leiria. Através da colaboração entre a Câmara Municipal de Leiria e a Segurança Social, a instituição foi inaugurada em 1988 com a valência de lar. Mais tarde, iniciou também a valência de centro de dia e de apoio domiciliário, tendo atualmente uma capacidade total para 51 pessoas.

O Lar Social do Arrabal tem como missão prestar serviços de apoio à população idosa através de respostas sociais que contribuam para uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos utentes, familiares e comunidade em geral. Os valores pelos quais esta instituição se rege são a confiança, o respeito, a igualdade de tratamento, a solidariedade, o empenho e a dedicação[1].

A instituição é composta por três edifícios, havendo uma passagem aérea coberta que liga dois deles. Nestes encontram-se duas salas de convívio, bem como os quartos dos utentes. Para além dos gabinetes da equipa técnica, cozinha, refeitório, gabinete médico e de enfermagem e lavandaria, também podemos encontrar um salão com palco no rés-do-chão.

A equipa é constituída por um gestor, duas assistentes sociais (uma a tempo inteiro, que é a diretora técnica, outra apenas duas tardes por semana), uma animadora, duas enfermeiras (uma a tempo inteiro, outra a tempo parcial), uma administrativa, um médico (uma tarde por semana), vinte e oito auxiliares (duas das quais na lavandaria e três no apoio domiciliário), dois cozinheiros e dois auxiliares de cozinha.

[1] Princípios orientadores da instituição. (ver anexo A)

A valência de lar assegura serviços de alojamento, alimentação, higiene, serviços de lavandaria, cuidados médicos e de enfermagem, animação e lazer. Os utentes que se encontram em regime de centro de dia também beneficiam destes serviços.

População Alvo

No início do estágio, o Lar Social do Arrabal acolhia 51 utentes na valência de lar (17 homens e 34 mulheres), com idades compreendidas entre os 54 e os 97 anos, e 15 utentes no centro de dia (7 homens e 8 mulheres), com idades compreendidas entre os 63 e os 90 anos. Dos 51 utentes da valência de lar, 4 estavam acamados o dia todo e cerca de 7 frequentavam a sala de estar apenas por curtos períodos de tempo.

A população do Lar Social do Arrabal é bastante heterogénea na medida em que tem utentes muito autónomos do ponto de vista físico e mental, autónomos do ponto de vista físico mas não do ponto e de vista mental e ainda idosos totalmente dependentes quer física, quer mentalmente. Do ponto de vista do diagnóstico, a demência é a patologia mais frequente, seguido de AVC e multienfartes.

De acordo com o Sistema de Gestão da Qualidade[2], os idosos são organizados em quatro grupos de acordo com o estado em que se encontram: Grupo A: Com autonomia física e mental; Grupo B: Com autonomia física e limitações mentais; Grupo C: Com dependência física e sem limitações mentais; Grupo D: Com dependentes física e mental.

[2] Manual de gestão da qualidade para lares de idosos, (2004).

Enquadramento teórico

Envelhecimento e 3ª Idade

O aumento da esperança média de vida e o decréscimo da natalidade contribuem fortemente para uma sociedade cada vez mais envelhecida. Estima-se que nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) tenha duplicado. (Sequeira, 2010) Segundo os Censos 2011, a população idosa representa 19% da população residente em Portugal. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que indica que, por cada 100 jovens, há 129 idosos. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

Envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de acontecimentos dinâmicos caracterizados por transformações do organismo. Estas transformações quer de ordem biológica quer de ordem psicológica, ocorrem ao longo do tempo. (Fontaine, 2000) Segundo o Ministério da Saúde (2004), entende-se por envelhecimento humano o processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se vai desenvolvendo ao longo da vida. O critério da idade deixou de ser um critério rigoroso, uma vez que as alterações físicas e mentais que ocorrem no ser humano se processam ao longo do seu ciclo vital e são progressivas. Para além deste aspeto, o envelhecimento humano deve ser compreendido nas suas múltiplas dimensões: uma fase do processo biológico mas também um acontecimento social e cultural. Assim, não há uma idade universalmente aceite que defina o início do mesmo. Esta pode variar entre os 60 e os 65 anos, dependendo dos países. (Freitas, Queiroz & Sousa, 2010)

O envelhecimento deve ser compreendido na sua totalidade, uma vez que se reflete num conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais. (Freitas, Queiroz & Sousa, 2010) As dimensões biológicas, psicológicas e sociais do ser humano interagem entre si de

forma constante de acordo com a interação humana. O comprometimento de uma destas dimensões irá afetar outra ou ambas. Assim, quando falamos de envelhecimento, é importante identificar o que acontece como consequência deste processo e em particular qual o impacto de uma qualquer patologia nas demais dimensões. Ou seja, é primordial perceber o que é fruto de um envelhecimento normal ou de um envelhecimento com patologia. (Sequeira, 2010)

O aumento considerável do número de idosos no nosso país ampliou a consciencialização da necessidade de promover um envelhecimento com saúde, autonomia e independência o máximo de tempo possível. Assim, é importante promover o envelhecimento ativo que, segundo a Organização Mundial de Saúde (Direção Geral da Saúde, s.d.), corresponde ao processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Este conceito pressupõe o potencial que o ser humano tem, ao longo da sua vida, para o bem-estar físico, social e mental que não deixa de existir aquando do envelhecimento. O objetivo principal do envelhecimento ativo é aumentar a perspetiva de uma vida saudável e com qualidade de vida. (Jacob, 2007)

O conceito de qualidade de vida no envelhecimento está diretamente relacionado com o bem-estar e com a satisfação das necessidades dos indivíduos. (Solé, Mercadal, Castro & Galati, 2012) Os rendimentos, a satisfação de necessidades, desejos, nível de vida, saúde podem ser alguns aspetos que, individualmente ou em conjunto representam qualidade de vida como expressão de bem-estar. No caso dos idosos, aspetos como a independência e a autonomia, são mais relevantes na sua conceção deste conceito. (Firmino, 2006)

O envelhecimento demográfico da população, o aumento da esperança de vida, os progressos da medicina e as dificuldades que os familiares têm de dar apoio informal ao

idoso em casa, aumentou a necessidade de existência de instituições com respostas sociais adequadas. Assim, foram criados serviços ao domicílio e instituições que acolhem os idosos de forma parcial (centro de dia, centros de convívio, etc) ou de forma permanente (lares, residências e hospitais). (Jacob, 2007)

Numa instituição para idosos, aumenta de dia para dia a quantidade de pessoas dependentes. O maior desafio destas instituições e respetivos funcionários é torná-las um local onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é mantida até aos cuidados paliativos.

Por norma, a perspetiva da institucionalização cria no idoso um receio de perda de liberdade, um sentimento de abandono pelos filhos, receio da aproximação da morte e do tratamento por parte dos funcionários e dos outros idosos. (Netto, 2002) O idoso institucionalizado facilmente perde o sentimento de identidade, uma vez que aquilo que sente que é no presente não corresponde ao que já foi no passado. Assim, importante que seja permitido ao idoso ter um espaço próprio e conservar objetos pessoais que, de alguma forma, lhe permita recordar tempos antigos. (Firmino, 2006)

A enorme diversidade observada num grupo de idosos leva a que sejam necessários vários tipos de intervenção que se adaptem de forma mais eficaz a cada um deles. As perdas biológicas que vão tendo e as dificuldades psíquicas que vão adquirindo pressupõem intervenções mais estruturadas, mais longas, com objetivos pouco ousados e reformuláveis. As intervenções mais comuns com idosos são a psicoterapia ou terapia ocupacional em grupo, artes terapia, terapia de orientação na realidade e terapia da reminiscência. (Freitas, Queiroz & Sousa, 2010)

Patologias comuns no idoso

Como já foi referido, envelhecimento é um processo biológico que implica alterações somáticas e psicossociais. (Sequeira, 2010) A deficiência auditiva no processo de envelhecimento é uma das condições crónicas mais prevalentes. Verifica-se uma redução da sensibilidade auditiva e uma redução na inteligibilidade da fala, o que compromete o processo de comunicação verbal do idoso. Este facto impede o individuo de desempenhar o seu papel na sociedade de forma adequada. (Marques, Kozlowski & Marques, 2004)

A perturbação psicótica verifica-se quando há um início súbito de ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado que podem ser consequências de um episódio traumático. Esta patologia pode estar associada à demência devido aos sintomas psiquiátricos que esta envolve. (DSM IV, 2002) A perturbação bipolar é uma perturbação caracterizada por variações acentuadas de humor, com crises de depressão e "mania". Estas alterações de humor têm consequências ao nível do comportamento, das sensações, emoções e ideias dos indivíduos. (DSM IV, 2002)

A demência constitui uma das maiores problemáticas associadas ao envelhecimento. Caracteriza-se por um "desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos devido (…) a um estado físico geral"[3].

[3] DSM-IV TR (2002): *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Revisão de Texto. Climepsi Editores: Lisboa. p.147.

Conceito de Demência

A demência é uma doença degenerativa progressiva e é considerada um dos maiores problemas de saúde da população idosa. A sua prevalência e incidência estão associadas ao envelhecimento uma vez que aumentam com a idade. (Sequeira, 2010) Assim, a demência é relativamente incomum em pessoas com idade inferior a 60 anos (inferior a 1%), verificando-se uma duplicação da incidência a partir desta idade (cerca de 40%). Em idades superiores a 90 anos as taxas de incidência são mais elevadas (superiores a 50%). Estudos recentes indicam que existem cerca de 153000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90000 têm doença de Alzheimer. Devido ao aumento do número de pessoas com mais de 65 anos e devido aos progressos ao nível do rigor de diagnóstico, estima-se que, nos próximos 30 anos, os valores de incidência e prevalência aumentem significativamente. (Alzheimer Portugal, 2009)

A demência é caracterizada por défices adquiridos, persistentes e progressivos em vários domínios do funcionamento psicológico (senso-perceção e comunicação, capacidades afetivas e volitivas, comportamento e personalidade), sem alteração do nível de consciência. Verifica-se uma deterioração das faculdades mentais que, em estados moderados e graves da doença, afeta também as competências de socialização do indivíduo. Verificam-se assim várias alterações ao nível de processos cognitivos como a memória, o cálculo, a orientação, a compreensão, o pensamento, o raciocínio e a linguagem. (Firmino, 2006)

O diagnóstico da demência é bastante complexo de gerir, uma vez que o quadro clínico acima descrito pode estar associado a uma grande variedade de disfunções, sinais e sintomas. De forma sucinta, para diagnosticar a demência, é necessário que se verifique uma diminuição progressiva da memória e do pensamento, que comprometa as atividades da vida diária do paciente, ao longo de seis meses de evolução progressiva associada ao

comprometimento de uma ou mais funções cognitivas sem estar associado a nenhuma lesão do encéfalo. (DSM IV – TR, 2002)

Alterações cognitivas e comportamentais na demência

Numa primeira fase, a demência é caracterizada por um quadro clínico praticamente assintomático, na qual o indivíduo pode verificar alguns problemas de memória sem, no entanto, afetar as suas atividades diárias. Com o agravamento desta problemática, surgem alguns comprometimentos ao nível das atividades diárias bem como de autonomia. Segundo o ICD10[4] são considerados três graus de gravidade da demência, de acordo com o grau de deterioração da memória e do pensamento: ligeira, moderada ou grave. Esta classificação indica o estado demencial do doente e estabelece-se com base na sua autonomia e concretização de atividades da vida diária.

Quando se fala em estado demencial, fala-se inexoravelmente em sintomas psicológicos e comportamentais. Estes sintomas incluem, não só comportamentos observáveis, como a agitação, deambulação, agressividade, perturbações do sono, do comportamento sexual e alimentar, mas também sintomas psicológicos como a ansiedade, depressão, delírios e alucinações. A caracterização da demência de um doente vai depender muito do estádio em que este se encontra e das áreas mais afetadas do ponto de vista neurológico. (Firmino, 2006)

Perturbações da Memória

A memória é uma função psicológica que está intimamente ligada a todas as atividades diárias do ser humano. As dificuldades de memória fazem parte do quadro de envelhecimento normal. No entanto, quando este défice compromete atividades da vida diária

[4] ICD10 – *Classification of Mental and Behavioral Disorders of World Health Organization*.

e do quotidiano, a memória é um dos principais indicadores da presença de demência. (Netto, 2002)

As primeiras alterações de memória refletem-se na dificuldade de aprendizagem de informações novas, esquecimentos de acontecimentos recentes, de tarefas a realizar e esquecimento do lugar onde se encontram. No entanto, nesta fase, mantém-se a capacidade de evocar memórias mais antigas. Há uma consciência, por parte do doente, das suas dificuldades de memória o que o leva a adotar mecanismos de evitamento ou de compensação para colmatar esta falha que já se faz sentir. (Sequeira, 2010)

O comprometimento da memória cria dificuldades para o doente manipular vários dados ou realizar algumas tarefas em simultâneo, em gerir mais que uma linha de informação e em reter nova informação relacionada com eventos do quotidiano (característico da doença de Alzheimer). (Fontaine, 2000) Numa fase mais avançada da demência verifica-se o agravamento desta perturbação, sendo que o doente esquece os acontecimentos mais recentes, mesmo que estes tenham uma carga afetiva relevante. (Paúl & Ribeiro, 2012)

Perturbações da Linguagem

A linguagem é uma função cognitiva que se encontra alterada em casos de demência. Esta alteração pode ocorrer na articulação e/ou fluência do discurso verbal, na capacidade de compreensão, repetição, nomeação, leitura e escrita. (Aldridge, 2005) Numa fase inicial, nota-se no doente alterações ao nível das narrativas e da escrita. Ao nível da linguagem oral, o doente revela algumas hesitações por falta de palavras (afasia), usa frases inacabadas, há uma diminuição da fluência verbal e dificuldades em nomear objetos (agnosia). Esta última característica pode ser camuflada pelo idoso com paráfrases (Ex. Em vez de “copo” o doente diz “aquilo por onde se bebe”). Com a progressão da doença, o doente vai revelando cada vez

mais dificuldades em retomar o assunto inicial da conversa, o discurso torna-se mais vago e pouco preciso e o doente divaga mais. (Firmino, 2006)

Numa fase mais avançada da demência verifica-se uma maior incoerência na linguagem. O doente utiliza ecolalias, linguagem agressiva e pouco afetiva. Verifica-se também um agravamento das perturbações da compreensão, da leitura e da escrita. A afasia (alterações da linguagem) acentua-se e leva o doente ao uso de um número reduzido de palavras, perdendo de forma progressiva a capacidade de comunicar verbalmente com os que o rodeiam. (Sequeira, 2010)

Perturbações da Atenção e da Orientação

Frequentemente se verifica uma diminuição das capacidades de focar, manter e alternar a atenção em doentes com demência. As perturbações da atenção estão associadas à dificuldade que o doente tem em concentrar-se e manter uma atenção de qualidade. Estas perturbações também podem estar associadas a uma desorientação espacial e/ou temporal. (Paúl & Ribeiro, 2012)

As perturbações da orientação espacial e temporal também são características dos primeiros estádios da demência, que se vão agravando ao longo do tempo. Em novos contextos ambientais, verificam-se algumas dificuldades de orientação que, com o tempo, evoluem até incluírem contextos ambientais familiares. A orientação temporal encontra-se comprometida desde a fase inicial da doença. No entanto, reflete-se apenas na dificuldade que o doente tem em dizer o ano em que está de seguida o mês, até chegar ao dia e assim sucessivamente. (Sequeira, 2010)

Perturbações do Humor

A necessidade de minimizar o aumento das incapacidades que vão surgindo no doente com demência origina-lhe alguma ansiedade. Numa fase inicial da doença, surgem algumas alterações de humor relacionadas com esta ansiedade crescente. A demência é caracterizada por uma apatia progressiva e por um desinteresse pelas atividades diárias que podem provocar no idoso um humor depressivo. As perdas que o idoso vai tendo quer ao nível pessoal, quer ao nível social, criam situações de luto que nem sempre são de fácil resolução. A falta de situações de prazer, a perda de capacidade de se deslocar livremente, de se ocupar com os pequenos passatempos habituais, a incapacidade de comunicar com as pessoas que lhes estão afetivamente próximas também contribuem para a existência de um humor depressivo. Estes contextos são favoráveis ao aparecimento da depressão. (Firmino, 2006)

Num estádio mais avançado da doença, as perturbações de humor são mais frequentes e, grande parte das vezes, estão associadas a perturbações ansiosas (perturbações de pânico, fobias, ansiedade, etc), sendo a ansiedade a perturbação mais frequente. (Sequeira, 2010)

Outras alterações

Numa fase inicial surgem outras alterações, como por exemplo as perturbações psicocomportamentais, que consistem em isolamento, apatia, abandono de atividades, irritabilidade, desinteresse, ansiedade e agressividade. Verificam-se também alterações da personalidade ao nível do embotamento afetivo ou desinibição que se refletem numa linguagem imprópria, comentários inadequados e comportamentos pouco habituais. Nesta fase, o doente com demência pode tomar decisões pouco adequadas e, de alguma forma, prejudicar-se. No plano social, o doente procura evitar contatos sociais para não ter comportamentos desadequados (dos quais se dá conta) no convívio com familiares e amigos.

Poderão surgir também problemas com o autocuidado (deixar de mudar de roupa, cuidados de higiene, etc). (Sequeira, 2010)

Na fase mais avançada da demência verifica-se um agravamento dos sintomas anteriormente referidos. Para além destes, observa-se também um agravamento da apraxia (alterações do gesto e motoras) verificando-se incapacidade de imitar gestos sem significado, gestos que impliquem manipulação de objetos, incapacidade de se vestir corretamente, etc. A agnosia (alterações da perceção) também agrava verificando-se um aumento das alterações da perceção. Também se verifica, mais tarde, uma dificuldade do idoso em identificar o rosto de familiares e a sua própria imagem ao espelho. Com a perda da capacidade de reconhecer as pessoas familiares e próximas, o doente fica cada vez mais isolado e num mundo com o qual não se identifica. Podem surgir também alucinações e fenómenos delirantes. O doente vê coisas que não existem sendo os delírios mais comuns os de ciúme, de roubo e abandono. (Cunha, 2007)

Os comportamentos estereotipados (arrumar, despir, vestir, deambular) são cada vez mais frequentes, bem como a agitação. Esta agrava ao final do dia, podendo o doente deambular de forma incessante e sem sentido. Perturbações do sono, alimentares, do controlo dos esfíncteres e perturbações sexuais são cada vez mais frequentes com o evoluir da doença. (Firmino, 2006)

Numa fase terminal, o doente demenciado caracteriza-se pela total dependência, mutismo, incontinência, ausência de reflexos da marcha e consequente atrofia muscular e complicações associadas à imobilidade. (Sequeira, 2010)

Doença de Alzheimer

Segundo o IC10[5], a doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência. Como já foi referido acima, estima-se que, das 153000 pessoas com demência em Portugal, cerca de 90000 tenham doença de Alzheimer. Surge de uma forma insidiosa, progressiva e tem um carácter degenerativo. O início caracteriza-se por uma dificuldade em recordar um informação 5/10 minutos após esta ter sido fornecida, ou seja, os doentes têm dificuldade em aprender nova informação. Nesta fase não se verificam alterações ao nível da personalidade, nem de comportamento social. Mais tarde, verifica-se uma diminuição da fluência da linguagem associada à agnosia. Há uma redução também do nível de atenção e da capacidade de lidar com alterações às rotinas. Os problemas iniciais de memória agravam-se. No entanto, ao contrário da memória recente, a memória mais antiga e mais remota encontra-se bem preservada. Com a evolução da doença, verifica-se uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo que tem consequências na vida profissional, social e familiar do indivíduo. (Firmino, 2006)

A doença de Alzheimer tem um quadro clínico cujos sintomas se caracterizam por um declínio progressivo das faculdades cognitivas do doente e da sua personalidade, sem no entanto, se verificarem alterações de consciência. Associadas às alterações de memória surgem as alterações da linguagem, comportamentais, psicomotoras, do sono/vigília, psicóticas e alterações da personalidade. (Fontaine, 2000)

Demência Vascular

A demência vascular constitui a segunda forma de demência mais prevalente uma vez que a sua prevalência é de 20% a 30% das demências. De forma genérica, a demência

[5] ICD10 – *Classification of Mental and Behavioral Disorders of World Health Organization.*

vascular é uma consequência do Acidente Vascular Cerebral. Os critérios gerais de diagnóstico são difíceis de estabelecer uma vez que há vários tipos de demência vascular. Este tipo de demência implica uma alteração do funcionamento cognitivo por lesões cerebrovasculares. (Fontaine, 2000)

O tipo mais frequente de demência vascular é a que resulta de enfartes múltiplos e apresenta uma deterioração com períodos intermédios de estabilização, muitas vezes não detetável durante um período inicial e relativamente prolongado da doença. Inicialmente pode surgir incontinência urinária, instabilidade emocional com irritabilidade, alterações da marcha, confusão noturna, instabilidade no desempenho cognitivo, disartria, pobreza da mímica facial, perda da inflexão da voz, diminuição da atenção e das funções executivas. (Firmino, 2006) Assim, o diagnóstico da demência vascular passa por três eixos: 1) a existência da demência, 2) a evidência clínica e imagiológica da doença cérebro vascular, 3) agravamento dos défices cognitivos. (Sequeira, 2010)

Intervenção psicossocial em idosos com demência

O conjunto de sintomas psicológicos e comportamentais da demência constituem uma parte relevante desta problemática uma vez que afetam mais a vida do doente do que os sintomas cognitivos. Estes são comuns em todos os tipos de demência, principalmente em estados mais avançados. Muitas vezes os sintomas psicológicos e comportamentais levam à institucionalização do doente uma vez que têm um forte impacto para a sua vida, bem como para a dos seus cuidadores. A necessidade de melhorar a qualidade de vida de ambos, tem contribuído para uma maior sensibilização a outro tipo de abordagem, para além da inevitável utilização de fármacos. (Spiro, 2010)

As intervenções não farmacológicas assentam, na sua maioria, na reabilitação. A reabilitação interpreta-se como a participação ativa da pessoa com incapacidade, com o objetivo de reduzir o impacto da doença e as dificuldades na vida diária. Assim, o principal objetivo das técnicas de reabilitação ou de estimulação consiste em ajudar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as suas necessidades. (Fontaine, 2000)

As principais modalidades de intervenção psicológica em casos de demência são a estimulação cognitiva, a terapia de orientação para a realidade, a terapia por reminiscência, terapia de validação, musicoterapia, cuidados de enfermagem, modalidades de intervenção social e ambiental. (Firmino, 2006) Estas modalidades têm como principais objetivos minimizar o stress, promover ou manter a autonomia, estimular a identidade pessoal e autoestima, melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento, melhorar o estado de saúde geral e estimular as capacidades cognitivas. As técnicas de intervenção não farmacológicas no idoso com demência são bastante benéficas, principalmente quando são aplicadas de forma integrada com o contexto em que o doente se insere e em multidisciplinariedade entre si. (Sequeira, 2010)

Musicoterapia na demência

A música parece ter um potencial de relevo na criação de um relacionamento significativo com pessoas que sofrem de demência. (Aldridge, 2000) Uma pessoa com demência vai perdendo gradualmente o controlo sobre si própria, tornando-se cada vez mais um indivíduo deslocado. Nesta fase, surge a necessidade de se sentir seguro, assim como uma necessidade de proximidade e de vinculação. Por outro lado, a diminuição da capacidade de reter nova informação faz com que o doente com demência perca cada vez mais noção da

presença das figuras de vinculação e, consequentemente, a sensação de segurança e bem-estar que estas lhe trazem. (Aldridge, 2005)

A musicoterapia é descrita como uma intervenção clínica, dirigida a indivíduos que possuem dificuldades comunicacionais, sociais, comportamentais e emocionais. Segundo Bruscia (1998) a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o paciente a promover a sua saúde através de experiências musicais e da relação que se cria entre ambos como força dinâmica de mudança.

O significado da música é fruto de do contexto social e cultural criado pelas pessoas. Assim, pode considerar-se um meio de produzir e expressar significados, criando assim a possibilidade de estruturar e comunicar pensamentos e emoções. (Cunha, 2007) Tem também a particularidade de ativar partes diferentes do cérebro, principalmente o hemisfério direito e o sistema límbico, responsável pelas emoções. Ao aliar a música à linguagem numa canção, verifica-se um aumento de ativação neurológica muito superior do que com apenas o uso da linguagem. (Wall & Duffy, 2009) Estudos recentes sobre os efeitos da música em idosos com demência indicam que se verificava nos idosos, logo após as sessões de musicoterapia, uma maior fluência, um maior desempenho e mais espontaneidade no discurso. (Spiro, 2010)

As canções familiares continuam a fazer parte da memória de um doente com demência, ainda que com grandes perturbações de memória. Peças musicais que tenham significado para o doente possibilitam a evocação de emoções, memórias e pensamentos aparentemente esquecidos. (Pinson, 2013) A música pode ser encarada como promotora da ativação de memórias autobiográficas em pacientes com demência. (Spiro, 2010) Pode ser também uma ferramenta para fomentar a comunicação entre o idoso com demência e os cuidadores para além de promover o bem-estar. (Wall & Duffy, 2009)

A música e as atividades musicais utilizadas como mediadoras de experiências, podem estimular a emergência de novos comportamentos uma vez que estas podem evocar sentimentos, fornecer meios de expressão e estimular a verbalização, permitindo a interação da pessoa com a realidade em que se insere. (Cunha, 2007)

A musicoterapia tem sido aplicada a pacientes com demência com o objetivo de melhorar e manter competências cognitivas, físicas e emocionais. Aspetos como orientação espacial e temporal, exercício físico/fisioterapia, comportamento social, competências de linguagem, redução de ansiedade, memória, autoexpressão são suscetíveis de serem trabalhados em musicoterapia com esta população. (Wall & Duffy, 2009) A música confere ao doente com demência um sentimento de realização, estimula-o, ativa-o e conforta-o. Verifica-se também que a música melhora algumas das consequências comportamentais e emocionais dos sintomas da demência reduzindo a tensão, inquietação, agitação, depressão, confusão, medo, sentimentos de solidão, isolamento e de baixa autoestima. (Pinson, 2013)

Aspetos metodológicos da musicoterapia com idosos

A intervenção musicoterapeutica em doentes com demência pode ser realizada através de técnicas de intervenção ativas e/ou recetivas. Quando se tratam de técnicas ativas, a utilização da música exige uma participação ativa do paciente na própria produção sonora. Esta participação implica assim um processo de “fazer música” numa sessão de musicoterapia, seja esta pré-composta ou improvisada. Tocar instrumentos, cantar, improvisação terapêutica, construção de canções, recriação de canções são algumas das técnicas ativas de musicoterapia. (Aldridge, 2000)

Os objetivos na musicoterapia ativa variam consoante o tipo de sessão. Se a sessão for individual os objetivos passam por estimular a expressividade, estabelecer contacto,

regular sentimentos de medo, de ansiedade e de agressividade, proporcionar momentos de prazer e conforto, promover a afetividade e o reforço de emoções positivas, relaxamento e promover a aceitação das perdas e da dor. Se a sessão for em grupo, os objetivos da musicoterapia ativa consistem em promover um sentimento de pertença a um grupo, contacto social e consciência social, estimular a comunicação e a partilha, fomentar a expressividade e a partilha de emoções. (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002)

Nas experiências recetivas o paciente é o recetor da experiência musical. Desta forma o paciente ouve a experiência musical e responde através do silêncio, verbalmente ou de outra forma. A música pode ser ao vivo ou tocada em equipamento áudio, pré-composta ou improvisada. As experiências de escuta focam-se em aspetos físicos, emocionais, estéticos, intelectuais ou espirituais da música. Relaxamento através da música, discussão de letras, escuta de repertório significativo são algumas atividades utilizadas numa experiência recetiva. (Bruscia, 1998)

Experiências musicais recetivas em grupo têm como objetivo promover o sentido grupal e o contacto social, a reminiscência, o relaxamento, experimentar momentos de prazer e de sentimentos positivos, estabelecer contacto e comunicação, estimular a expressão de sentimentos, promover a autoestima. Os objetivos da musicoterapia recetiva individual consistem em estimular a comunicação e o contacto, promover o relaxamento, ativação de memórias, reminiscência, promover a aceitação de perdas, resolução do luto, estimular a expressão de sentimentos, influenciar estados de humor. Numa sessão de musicoterapia podem coexistir ambas as técnicas. Segundo questionários realizados a musicoterapeutas, a maioria inicia com técnicas de musicoterapia recetivas e mais tarde introduzem-se técnicas de musicoterapia ativas. (Spiro, 2010)

Desafios da demência

A música e as atividades musicais podem proporcionar experiências que envolvam a apropriação da consciência de si e da realidade dos pacientes. Desta forma, a música evoca sentimentos, fomenta a autoexpressão e possibilita a interação do paciente com a realidade em que se encontra. Assim, é importante considerar a relação entre a vivência musical do paciente com o seu contexto socio-cultural. O seu percurso de vida, a sua biografia são marcados pela cultura em que se insere e do seu meio social. (Cunha, 2007)

O conceito de ISO está intrinsecamente associado à musicoterapia. Segundo Benenzon (1988), para que sejam criados canais de comunicação entre o terapeuta e o paciente é necessário encarar a existência de um som, conjunto de sons ou de fenómenos acústicos e de movimentos internos que caracterizam cada ser humano. Desta forma, é essencial procurar saber a história dos pacientes, conhecer as suas vivências, os sons, as músicas que os acompanharam ao longo da sua vida. (Pinson, 2013)

Ao realizar o levantamento da história musical do paciente (anamnese musical) bem como a sonoridade mais significativa, o musicoterapeuta pode criar uma seleção de músicas que podem ser catalisadoras de partilha de emoções e ativação de memórias. Como o doente com demência pode ter a memória comprometida, é essencial procurar com os cuidadores ou com os familiares quais as músicas que fazem parte da sua história. (Aldridge, 2000)

Em pacientes que sofrem de demência, o trabalho da musicoterapia concentra-se mais na regulação, na estimulação, e na comunicação. No entanto, é importante não limitar o trabalho terapêutico a apenas uma destas abordagens. É importante a integração de várias técnicas e teorias de diferentes abordagens de forma a realizar um trabalho mais completo. (Pinson, 2013)

Função reguladora da música

Como já foi anteriormente referido, verificam-se um conjunto de comportamentos que acompanham a deterioração cognitiva de um paciente com demência. Irritabilidade, afastamento, depressão, ansiedade, medo, paranoia, agressividade, alucinações, delírios, deambulação, agitação e problemas de sono são alguns deles. (Aldridge, 2000)

A agitação é um dos problemas da demência que tem mais comportamentos associados. Por agitação pode entender-se atividade verbal, vocal ou motora inapropriada que resulta diretamente das necessidades ou da confusão do paciente. Comportamentos como produção de sons estranhos, pedidos consecutivos de atenção, gritos, queixas, comportamentos repetitivos, manuseio inadequado de objetos, movimentos estranhos e deambulação, são os mais frequentes relacionados com a agitação. Os comportamentos agitados são sempre socialmente inapropriados. A função de regulação na música permite ao paciente atingir um estado em que seja possível comunicar. (Ledger & Baker, 2007)

O uso da música na manutenção e controlo dos sintomas da demência pode aliviar os problemas de sono, diminuir a agitação durante o banho e durante as outras etapas da vida diária. Assim, é importante procurar saber quais as músicas que o doente prefere, uma vez que, para além de ativarem memórias e pensamentos, estas conferem-lhe segurança quando não compreendem ou aceitam o mundo que os rodeia. O uso de música ao vivo também parece ser bastante eficaz na redução da agitação. Atividades musicais como cantar, tocar instrumentos, escutar, dançar/movimentos com a música, composição, improvisação e jogos musicais fazem parte da intervenção terapêutica com função reguladora. (Aldridge, 2000)

Estudos recentes sugerem que o uso da música em contexto terapêutico reduz as vocalizações disruptivas (Locke & Mudford, 2010), diminui os estados depressivos, (Spiro, 2010) e reduz a agitação durante as atividades diárias (Raglio et al, 2008).

Musicoterapia e a estimulação cognitiva

O declínio da função cognitiva é uma das principais e primeiras características da demência. Amnésia, apraxia, afasia e agnosia são alguns dos sintomas cognitivos mais comuns e à medida que estes se vão agravando, o doente vai ficando cada vez mais agitado, manifestando problemas de comportamento cada vez mais graves. As atividades musicais individuais ou em grupo funcionam como um catalisador para exercitar e manter processos não musicais e proporcionam aos idosos orientação na realidade em que se encontra, estimula-os a recordar palavras bem como a reconhecer objetos e promove a linguagem e a memória. (Solé, Mercadal, Castro & Galati, 2012)

Cantar revela-se uma técnica extremamente importante em terapia. Cantar permite ao terapeuta criar um ponto de contacto com o doente, e em caso de musicoterapia em grupo, cria pontos de contacto estre os vários elementos. Este contacto revela-se extremamente íntimo e com muito significado. Com a simplicidade que lhe está associada, cantar é algo que um doente com um grau de demência elevado consegue fazer. É uma técnica que proporciona ao doente conforto, segurança, sentimentos e emoções positivas e diminuição da ansiedade. (Aldridge, 2000)

Atividades musicais em grupo que envolvam movimento, dança ou exercícios físicos estimulam a resposta dos idosos às atividades, aumentam a qualidade de vida, promovem um espaço não ameaçador para os mais inseguros, promovem a orientação, a participação ativa, a socialização, reduz a tensão, a agitação, a depressão, a confusão, o medo, sentimentos de solidão e de baixa autoestima. Dançar em grupo promove e mantém o desempenho cognitivo, emocional e motor assim como também promove interações entre os pacientes. Atividades musicais em grupo promovem a participação verbal, aumentam o tempo de permanência nas

atividades (e em grupo), promovem o comportamento social, respostas afetiva e estimula a memória. (Aldridge, 2005)

A musicoterapia e a comunicação

A musicoterapia lida diretamente com aspetos como a comunicação, a personalidade, o contato, a confidência, as relações, necessidades emocionais e psicológicas e mudanças terapêuticas. As atividades musicais quebram a barreira do isolamento, diminuem a ansiedade, estimulam a evocação de memórias passadas das suas vidas e constituem um meio de expressão a sua própria identidade. Uma participação ativa na construção musical promove a interação, a tomada de iniciativa, a comunicação e reduz os estados depressivos. (Solé, Mercadal, Castro & Galati, 2012)

As canções pessoais dos doentes permitem uma exploração do seu passado e do seu contexto cultural. Desta forma, trabalha-se o doente como um todo, mesmo sofrendo de demência e se verifique uma desintegração do passado, do presente e do futuro. Trabalhar com canções que façam parte das vivências do doente e cantar são formas de relembrar o seu passado assim como aspetos da sua identidade. (Aldridge, 2000) Se isto for realizado numa abordagem individual, cantar promove a interação do doente com o terapeuta a um nível mais íntimo e pessoal, permitindo assim que este se expresse. Assim, as canções servem como meio de expressão e contêm sentimentos muito intensos, passíveis de serem partilhados com outra pessoa através desse meio. (Aldridge, 2005)

Musicoterapia na área socio-emocional

Sintomas como a apatia, o isolamento e a perda das competências sociais são muito comuns na demência. (Pollack & Namazi, 1992) Estudos recentes relativos ao efeito da musicoterapia em pacientes com demência mostram que a musicoterapia promove a

participação ativa de pacientes em fazes muito avançadas da demência assim como a interação, a socialização e a comunicação entre pacientes. Verifica-se um maior envolvimento do paciente, um aumento da frequência do contacto ocular, contacto físico e das respostas afetivas por partes dos pacientes. Promove também um humor mais positivo e reduz os sintomas de depressão. (Solé, Mercadal, Castro & Galati, 2012)

A música e as atividades musicais são muito eficazes na estimulação da evocação de emoções e de sentimentos, facilitando assim a expressão e a estimulação da verbalização. Segundo Albuquerque et al (2012) a música pode produzir alterações fisiológicas no organismo ao agir de forma objetiva sobre células e os órgãos e subjetivamente nas emoções. Desta forma, influencia processos corporais como a atividade muscular, respiração, tensão arterial, frequência cardíaca, o metabolismo, o sistema imunológico, a digestão e pode alterar a atividade neuronal em zonas do cérebro envolvidas na emoção.

As expressões faciais dos pacientes podem representar todas as suas reações e emoções, desde medo, surpresa, tranquilidade, alegria, nervosismo, ansiedade, raiva, tristeza e felicidade. Através das expressões faciais podemos, universalmente, comunicar emoções. (Albuquerque et al, 2012)

A música como ferramenta de avaliação

A improvisação terapêutica pode ser utilizada para estimular a função cognitiva e para a obtenção de algumas respostas ao nível da linguagem. A improvisação permite uma avaliação da intencionalidade, atenção, concentração e perseverança do idoso na tarefa e uma avaliação também da memória em pacientes com sintomas psicológicos e comportamentais. Uma avaliação através da musicoterapia revela como o paciente ouve, faz, experiencia, responde à música dentro das suas limitações permitindo ao musicoterapeuta obter

informação sobre a sua condição, problemas, recursos, experiências e necessidades terapêuticas. (Aldridge, 2000)

Objetivos do Estágio

Com base na revisão da literatura realizada no âmbito deste estágio, foram definidos os objetivos gerais de uma intervenção de musicoterapia com idosos institucionalizados:

- Promover a participação social do idoso;
- Proporcionar na instituição uma intervenção complementar nos casos de patologia;
- Estimular o funcionamento físico e cognitivo;
- Promover a expressão pessoal;
- Promover a comunicação;

Metodologia

No âmbito de um estágio de intervenção clínica é fundamental descrever os processos e metodologias inerentes ao processo terapêutico. Nesta secção serão abordadas questões como “porquê?”, “com quê?”, “onde?” e “quando?”. Desta forma, será apresentado todo o percurso clínico realizado ao longo do estágio, dando um maior relevo a dois casos específicos. Os estudos de caso serão apresentados de acordo com uma análise qualitativa. O processo de recolha de dados baseou-se em técnicas de observação clínica, seguida de sistematização da informação recolhida e da análise e a interpretação dos dados.

O presente estágio iniciou no dia 25 de Outubro de 2012 com um período de observação de um mês. Nesta fase, a estagiária entrevistou informalmente todos os utentes no lar, de modo a conhecer as suas histórias de vida, as músicas que mais os marcaram, se tiveram acompanhamento musicoterapêutico anteriormente. Desta forma, a estagiária pretendia conhecer os utentes, dar a conhecer-se a si e ao que ia acontecer após este período e recolher todos os dados possíveis no âmbito de uma interação informal, num contexto também informal.

Após o período de observação, seguiu-se a fase de seleção de forma a organizar os utentes interessados no acompanhamento musicoterapêutico. Todos os idosos que à partida disseram que não estavam interessados em receber acompanhamento terapêutico não foram incluídos na seleção apesar de terem sido informados que se mudassem de opinião poderiam usufruir desse acompanhamento. Os restantes idosos que foram selecionados para acompanhamento terapêutico foram também aqueles que tinham já beneficiado do mesmo no ano anterior e que estariam, por esta razão mais recetivos à intervenção. A necessidade de proceder a uma seleção deveu-se ao facto de não ser possível, por falta de tempo, incluir todos os idosos em processo terapêutico.

Descrição da amostra

O Lar Social do Arrabal acolhe 51 utentes na valência de lar (17 homens e 34 mulheres), com idades compreendidas entre os 54 e os 97 anos e 15 utentes em centro de dia (7 homens e 8 mulheres), com idades compreendidas entre os 63 e os 90 anos. Destes utentes, 3 tiveram acompanhamento musicoterapêutico individual e 31 tiveram acompanhamento musicoterapêutico, os quais foram distribuídos por 4 grupos, consoante o critério de classificação do Sistema de gestão de Qualidade para Lares de Idosos[6]:

Grupo A: Com autonomia física e mental;

Grupo B: Com autonomia física e limitações mentais;

Grupo C: Com dependentes física e sem limitações mentais;

Grupo D: Com dependência física e mental.

As tabelas que se seguem apresentam dados de caracterização dos utentes bem como o número de sessões frequentadas.

[6] Manual de Gestão da Qualidade para Lares de Idosos, (2004).

Tabela 1:

Caracterização do grupo A: Com autonomia física e mental

Nome	Sexo	Idade	Valência/ Data de entrada	Diagnóstico	Nº de sessões frequentadas
I. P.	F	82	Lar 18/03/2008	_____	1*
J. J.	M	79	Lar 01/12/2007	_____	12
E. J.	F	91	Centro de dia 02/01/2012	_____	12
A. F.	M	88	Lar 01/12/1998	Multienfarte cerebral, Hipertensão e AVC	11
J. S.	M	87	Centro de dia 01/03/2011	_____	1*
M. P.	M	83	Lar 30/03/1930	_____	12
G. B.	F	86	Lar 01/11/2004	Depressão e Ansiedade	12
L. S.	M	89	Lar 01/11/2004	_____	12
J. F.	M	78	Lar 01/03/1999	_____	1*
M. M.	M	88	Lar 01/12/2009	Hipertensão, Enfarte	12

* Utentes que desistiram após a 1ª sessão.

Tabela 2:

Caracterização do grupo B: Com autonomia física e limitações mentais

Nome	Sexo	Idade	Valência/ Data de entrada	Diagnóstico	Nº de sessões frequentadas
E. P.	F	85	Lar 02/08/2011	AVC	13
I. C.	F	69	Lar 01/09/1944	Doença Bipolar	11
M. S.	F	83	Lar 01/02/2009	Psicose	10
J. D.	M	81	Lar 10/02/2010	Hipertensão, demência	10
D. B.	F	85	Centro de dia 02/12/2008	Hipertensão, demência	13
J. B.	M	74	Lar 15/06/2009	AVC	8
M. A.	F	87	Centro de dia 03/11/2008	Hipertensão, demência	13
M. B.	F	87	Centro de dia 03/03/2008	Demência, depressão, ansiedade	13
M. M. A.	F	55	Lar 06/11/2012	Doença Bipolar	13

Tabela 3:

Caracterização do grupo C: Com dependência física e sem limitações mentais

Nome	Sexo	Idade	Valência/ Data de entrada	Diagnóstico	Nº de sessões frequentadas
G. M.	F	80	Lar 01/02/1994	Deficiência mental ligeira	5
I. J.	F	90	Lar 01702/2011	Deficiência auditiva, hipertensão	6
J. F.	M	92	Lar 01/04/2011	Multienfartes cerebrais	13
A.S.	M	55	Centro de dia 05/09/2011	AVC, neurose obsessiva compulsiva	10
M. D.	F	83	Centro de dia 30/12/2010	Depressão, ansiedade, demência	12
M. B.	F	84	Lar 11/10/2011	Ansiedade, depressão, Alzheimer	8
E. C.	F	84	Lar 02/01/2013	Fratura recente na perna	7

Tabela 4:

Caracterização do grupo D: Com dependência física e mental

Nome	Sexo	Idade	Valência/ Data de entrada	Diagnóstico	Nº de sessões frequentadas
G. R.	F	96	Lar 01/09/2009	Hipertensão, demência	25
M. V.	F	83	Lar 05/05/2008	Multienfartes cerebrais, Alzheimer	22
I. C.	F	87	Centro de dia 03/12/2010	Hipertensão, Demência	25
L. M.	F	87	Lar 06/11/2011	Hipertensão, depressão, demência	16
E. R.	F	86	Lar 31/03/2008	Hipertensão, demência	13

Tabela 5:

Caracterização dos utentes com acompanhamento musicoterapêutico individual

Nome	Sexo	Idade	Valência/ Data de entrada	Diagnóstico	Sessões frequentadas
E. A.	F	93	Lar 27/06/2008	Demência vascular, psicose demencial, AVC e hipertensão	27
I. M.	F	55	Lar 06/11/2012	Doença bipolar	22

M. F.	F	80	Lar 01/10/1994	Psicose Maníaco-depressiva	24

Segundo as tabelas acima, pode-se verificar que a média de idades dos 34 utentes intervencionados é de 82 anos. A média de idades do grupo A é de 84 anos, a do grupo B é de 77 anos, a do grupo C é de 81 anos e a do grupo C é de 87 anos. A percentagem de utentes do sexo masculino é de 32,4% e do sexo feminino é de 67,6%. No que respeita ao diagnóstico, 35% dos utentes têm demência não especificada ou Alzheimer, 14,7% sofreram um AVC, 11,8% tiveram multienfartes e 11,8% têm o diagnóstico de depressão.

Procedimento

O processo de estágio decorreu em três fases distintas: a fase de observação, a fase de seleção/organização e a fase da intervenção.

Fase de Observação: Como já foi acima referido, a fase de observação teve, sensivelmente, a duração de um mês. Neste período a estagiária conversou e visitou todos os utentes da instituição de forma a conhecer o mais possível a realidade de cada um no que respeita ao seu estado/situação. Para que estas conversas ocorressem, a estagiária não levou os utentes para uma sala específica. Não houve assim um afastamento do utente do seu local de conforto. Isto possibilitou uma maior familiaridade e informalidade à conversa, criando assim um maior à vontade no utente. Desta forma, as conversas foram fluidas, a partilha foi por vontade própria e, apesar da estagiária fazer algumas perguntas simples, (idade, canções que costumava ouvir e cantar, profissão) os idosos falavam quase sem necessidade das mesmas. Relativamente aos idosos com demência mais profunda, a estagiária procurou obter informação sobre eles na instituição.

Ao longo do tempo, foi-se verificando uma maior aceitação da presença da estagiária quer da parte dos idosos quer da parte dos profissionais. Após ter abordado todos os idosos e visitado os que estavam acamados ou não saíam dos quartos, a estagiária continuou a passar tempo informal com os mesmos. Ouvindo as suas histórias, o processo de observação continuava e enriquecia, tornando-se também mais abrangente. No início das sessões, a estagiária já possuía informações essenciais sobre os idosos (quem tinha dificuldade auditiva, quem era mais reservado, quem tinha dificuldade no discurso verbal, quem gostava muito de cantar e o quê, etc).

Fase de seleção/organização: A fase de seleção/organização coincidiu sensivelmente com as duas últimas semanas da fase de observação. Nesta fase, foram selecionados os utentes que iriam ter acompanhamento terapêutico, bem como os que estariam incluídos em sessões de grupo e individuais.

Uma das problemáticas mais visíveis aquando da observação foi a falta de socialização. Num lar com muitos utentes, ainda assim, pode existir bastante isolamento por parte dos idosos. Apesar das salas de estar não serem exageradamente grandes e de todas as cadeiras estarem posicionadas lado a lado, a maioria dos idosos não se relacionava entre si. (exceto os idosos mais autónomos que tinham muito o hábito de jogar às cartas e ainda assim, era frequente existirem discussões e alguma tensão durante o jogo.) O escasso relacionamento entre pares aumentava se houvesse um elemento externo que, de alguma forma, trouxesse algum ânimo e novidade. Assim, quando a estagiária começava a conversar com um idoso, era frequente o idoso sentado ao lado participar na conversa também e, por vezes, até a monopolizar. A recorrência deste acontecimento deu à estagiária a noção da importância de desenvolver atividades grupais que promovessem a socialização e, em alguns casos, competências básicas de socialização e comportamentos socialmente aceites.

Como já referido, os utentes foram divididos em 4 grupos consoante o critério de classificação do Sistema de Gestão de Qualidade. No entanto, este critério foi apenas um ponto de partida para a organização dos mesmos. Depois disto, os grupos foram melhorados no sentido de os tornar o mais homogéneos possível no que respeita ao seu estado físico e mental. No caso do grupo C (com dependência física e sem limitações mentais), verificavam-se bastantes idosos com limitações mentais pouco severas. No entanto, as limitações físicas sobrepunham-se, e as limitações mentais eram muito inferiores às do grupo D. Este processo de seleção foi realizado com o apoio da orientadora de estágio que possuía uma maior noção do estado físico e mental dos utentes.

Assim, foram criados 4 grupos de idosos com características totalmente diferentes. Do grupo A faziam parte idosos independentes do ponto de vista físico e mental. Idosos que estão em centro de dia ou que estão institucionalizados porque viviam sozinhos. Os problemas de saúde que tiveram até então não os impossibilitaram ou deixaram poucas sequelas. No grupo B encontrávamos idosos independentes do ponto de vista físico mas já com alguns sinais (suaves a moderados) de demência. O grupo C era constituído por utentes com comprometimento da motricidade. A maioria estava de cadeira de rodas exceto alguns utentes que andavam com andarilho, apesar da dificuldade. Neste grupo também já se verificavam alguns sinais de demência. O grupo D revelava um comprometimento quer ao nível físico quer ao nível cognitivo.

Inicialmente, uma utente apenas recebia acompanhamento musicoterapêutico individual. Estava acamada, apesar passar algum tempo no cadeirão que existia no quarto. No entanto, em finais de dezembro, uma das utentes dos grupos fraturou um dos membros inferiores e ficou acamada. Nessa altura, a estagiária iniciou acompanhamento musicoterapêutico com a utente. Dois meses depois após o início da intervenção a idosa

começou a frequentar os espaços comuns, no entanto a estagiária continuou apenas a fazer intervenção individual com esta utente. A terceira utente em acompanhamento musicoterapêutico estava, inicialmente inserida num grupo. Devido à diferença de idades que tinha com os outros idosos e devido às problemáticas específicas que apresentava, a estagiária optou por fazer também acompanhamento terapêutico individual com ela.

Fase de Intervenção: A fase de intervenção iniciou-se a 23 de Novembro e durou 7 meses. Na primeira sessão, reuniram-se os grupos A e B e os grupos C e o D, com o objetivo de identificar os participantes efetivos das sessões, o grau de adesão dos utentes às mesmas, fornecer explicações aos utentes acerca do que se iria passar a partir daquele dia e a frequência das sessões. Dos idosos selecionados, alguns nunca compareceram às sessões, outros frequentaram apenas a primeira sessão e outros, que à partida recusaram o acompanhamento terapêutico, acabaram por frequentar as sessões com assiduidade. Como as ausências permitiram a inclusão de novas pessoas, os grupos nunca foram exageradamente grandes permitindo uma melhor gestão dos mesmos e uma maior coesão grupal. A partir da primeira sessão de conjunto, cada grupo prosseguiu com as sessões como planeado.

Foi elaborado um horário para cada grupo procurando sempre ajustar o mesmo o mais possível às atividades diárias dos idosos. As sessões de grupo eram semanais e a duração das sessões dos Grupos A, B e C eram de aproximadamente 45 minutos. Inicialmente, as sessões do grupo D tinham a duração de 30 minutos, tendo sido alteradas para 45 minutos a meio do processo terapêutico uma vez que as utentes deste grupo foram aderindo cada vez mais à sessão e 30 minutos depois ainda estavam muito envolvidas no processo terapêutico. No caso dos acompanhamentos individuais, as sessões das *E. A.* e *M. F.* tinham cerca de 30 minutos e as da *I.M.* tinham 45 minutos. O formato das sessões era previamente planeado pela estagiária havendo, no entanto, oportunidade para alterações e ajustes às necessidades

terapêuticas e às idiossincrasias individuais. Todas as sessões foram gravadas em vídeo de forma a registar o máximo de informação possível e a possibilitar uma análise mais pormenorizada.

No início da fase de intervenção foram aplicadas grelhas de observação a todos os utentes. A grelha era igual para todos, à exceção da parte final que distinguia os utentes que estavam em sessões individuais ou em grupo. Esta grelha será descrita de forma mais pormenorizada no tópico “Instrumentos de avaliação”.

Sensivelmente a meio da fase de intervenção, a instituição iniciou obras de reconstrução, e o único local com condições para continuar a realizar as sessões era muito distante do local habitual dos idosos. Este facto dificultou a aceitação da mudança e deslocação dos idosos para um novo local. Por esta razão, o acompanhamento dos grupos A, B e C teve de ser interrompido por vontade expressa dos utentes. Assim, o grupo A beneficiou de 12 sessões e os grupos B e C de 13 sessões. O grupo D continuou a funcionar uma vez que todos os idosos se encontravam em cadeiras de rodas e eram transportados pela estagiária e pela orientadora para o novo local de acompanhamento terapêutico. Este grupo teve 25 sessões. Nas sessões individuais, o número de sessões por utente variou um pouco (entre as 22 e as 27 sessões) por questões pessoais e de saúde dos utentes (ver tabela 5).

Ao aproximar-se a fase final da intervenção os utentes foram sendo gradualmente preparados para o fim das sessões através do diálogo sobre o término do estágio e as grelhas de observação voltaram a ser aplicadas.

Agenda semanal

Na fase de observação, a estagiária deslocava-se ao local de estágio às quintas-feiras da parte da tarde, às sextas-feiras o dia todo e aos sábados da parte da tarde. Apesar de haver alguns idosos que não frequentavam o lar ao sábado por estarem em regime de centro de dia,

uma grande parte estava em regime de internato. Nesta fase, a estagiária passou muito tempo informalmente com os idosos. A necessidade que tinham de falar e de partilhar era notório o que implicava longos períodos de permanência com alguns deles.

Na fase da intervenção, como havia alguns idosos que não iam ao sábado, procurou-se organizar as sessões para durante os dois dias da semana que a estagiária lá ia. A tabela seguinte mostra a organização das sessões e dos horários das mesmas.

Tabela 6:

Agenda semanal

	Quinta-Feira	**Sexta- Feira**
10:00h	_____	Chegada à instituição (Preparação do *setting*)
10:30h	_____	Sessão (Grupo A)
11:15h	_____	Sessão individual (I. M.)
14:00h	_____	Preparação do *setting*
14:30h	Chegada à instituição (Preparação do *setting*)	Sessão individual (E. A.)
15:15h	Sessão (Grupo D)	Sessão Individual (M. F.)
16:15h	Sessão (Grupo B)	Sessão (Grupo C)
17:00h	Tempo informal com os utentes / Registo de sessões	Tempo informal com os utentes / Registo de sessões

Entre sessões e em momentos livres a estagiária preparava o *setting* para a sessão seguinte que, em duas das sessões individuais, implicava a mudança de espaço, procedia aos

registos escritos das sessões, passava algum tempo informal com os utentes e preparava as sessões da semana seguinte.

Técnicas de musicoterapia

As técnicas musicoterapêuticas podem ser ativas e passivas. Neste estágio, utilizaram-se predominantemente as técnicas ativas e pontualmente técnicas passivas. Assim, as técnicas ativas mais utilizadas nas intervenções terapêuticas deste estágio foram: tocar instrumentos; cantar; improvisação vocal e/ou instrumental, estimulação do discurso através do preenchimento por parte do utente de espaços em branco na canção; recriação de canções; construção de canções. As técnicas passivas mais utilizadas nas intervenções foram: treino de controlo de atenção através da música; audição musical guiada; interpretação de letras; exteriorização de aspetos pessoais durante a música;

As técnicas de musicoterapia não são estanques e não estimulam apenas um aspeto do quadro clínico dos utentes e por isso foram escolhidas técnicas que permitissem uma estimulação mais abrangente dos idosos. Para a aplicação de todas as técnicas referidas, os recursos materiais necessários foram os seguintes: guitarra (acompanhamento harmónico), instrumentos de percussão simples (maracas, clavas, caixas chinesas, tamborins, guizeiras), djambés, bongós, bombo, teclado, leitor de CD's. Para além da parte sonora, foi também necessária uma máquina de filmar para efetuar a gravação das sessões.

Instrumentos de avaliação

Para avaliar o progresso terapêutico dos utentes, a estagiária desenvolveu uma grelha de observação que aplicou no final das primeiras 5 sessões (pré-teste) e nas três últimas sessões (pós-teste) (ver anexo B). Esta grelha de observação foi baseada no trabalho de Munk-Madsen (2001) em que a autora elabora um modelo de avaliação que lhe permite

desenvolver um projeto de investigação em musicoterapia dirigido a musicoterapeutas para que estes possam usar após as sessões, com base numa observação qualitativa dessas sessões. A grelha desenvolvida por Munk-Madsen (2001) foi adaptada pela estagiária de modo a corresponder melhor às características e às necessidades dos idosos.

A grelha de observação possui 6 categorias abrangentes, designadamente: 1) atividades musicais, 2) atividades motoras, 3) nível emocional, 4) atividades cognitivas, 5) atenção/contacto e 6) relacionamento. Cada categoria geral, é desenvolvida em itens específicos que podem ser qualificados através de 5 pontos: nada, muito pouco, moderadamente, bastante e muito. Caso não se verifique, ou não se aplique naquele utente, regista-se desta mesma forma. (ver tabela 7).

A primeira categoria refere-se à participação musical no paciente com demência. O plano musical é um dos principais aspetos de observação e de intervenção do musicoterapeuta. A segunda categoria refere-se a atividades motoras. Em musicoterapia com pacientes com esta patologia, o movimento e o toque são elementos muito importantes. O nível emocional é a terceira categoria de observação. A experiência musical pode evocar emoções nos pacientes com demência, mesmo quando se verifica um grande embotamento emocional. No que respeita à quarta categoria (atividades cognitivas), inclui como tópicos as primeiras áreas a ficarem comprometidas e que podem levar a um diagnóstico de demência. A atenção e contacto (5ª categoria) é uma categoria na qual se observa os efeitos da musicoterapia ao nível da energia e do contacto do paciente com outra pessoa. (Munk-Madsen, 2001)

Tabela 7:

Grelha de observação

	Nada	**Muito pouco**	**Moderada mente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
ATIVIDADES MUSICAIS						
Canta						
Produz sons vocais						
Toca instrumentos						
ATIVIDADES MOTORAS						
Executa movimentos						
Uso da motricidade fina						
Uso da motricidade grossa						
Ativação do tónus muscular						
NÍVEL EMOCIONAL						
Manifesta-se expressivamente						
Mostra-se ansioso						
Mostra motivação						
Demonstra iniciativa						
ATIVIDADES COGNITIVAS						
Produção verbal						
Ativação de memórias						
Mostra-se orientado no espaço						
Mostra-se orientado no tempo						
ATENÇÃO/CONTACTO						
Mostra energia						
Estabelece contacto visual						
Mostra-se atento à sessão						

A grelha de observação foi a mesma para os utentes em sessões individuais e para os utentes inseridos em sessões em grupo. No entanto, há uma pequena alteração ao nível da última categoria e respetivos tópicos (ver tabela 8 e 9).

Tabela 8:

Versão da Categoria "Relacionamento" para os utentes em sessões individuais

	Nada	**Muito pouco**	**Moderada mente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
RELACIONAMENTO						
Mostra disponibilidade para a sessão						
Relaciona-se verbalmente com a terapeuta						
Relaciona-se musicalmente com a terapeuta						

Tabela 9:

Versão da Categoria "Relacionamento" para os utentes em sessões de grupo

	Nada	**Muito pouco**	**Moderada mente**	**Bastante**	**Muito**	**Não se aplica**
RELACIONAMENTO COM PARES						
Interage verbalmente						
Interage musicalmente						

A última categoria (Relacionamento) em contexto de intervenção individual foca-se mais na relação com o terapeuta e na disponibilidade do paciente para a sessão. Em contexto grupal, a mesma categoria está mais dirigida para a interação entre pares do ponto de vista verbal e musical.

Estudos de caso

Intervenção individual – E. A.

Descrição/historial do sujeito

A *E. A.* tem 93 anos e frequenta o lar desde junho de 2008. Residia no Soutocico, onde possuía uma mercearia com taberna. Quando ficou viúva e como não tinha filhos, passou a morar sozinha. Começou a ter problemas do foro psiquiátrico e, devido a isso, foi-se afastando cada vez mais da família (irmãos, respetivos cônjuges, sobrinhos). Este afastamento deixou-a praticamente sozinha e, com o passar do tempo, os cuidados de higiene e alimentação ficaram comprometidos e a casa cada vez mais degradada. Alguns vizinhos, apercebendo-se da situação, pediram apoio domiciliário ao lar. No início, a *E. A.* aceitou o apoio domiciliário, no entanto, ao longo do tempo, ficou cada vez mais relutante em recebe-lo. Acabou por resistir por completo fechando a porta às funcionárias do lar.

Ao ver as condições em que vivia a *E. A.*, uma senhora da Confraria S. Vicente Paulo voltou a pedir apoio domiciliário, mas desta vez, ela própria entregaria as refeições à *E. A.* como se fosse ela que lhas desse. Esta forma funcionou durante um determinado período, no entanto, algum tempo depois a *E. A.* também começou a rejeitar esta ajuda. Destruía as coisas que tinha em casa e foi ficando cada vez mais debilitada. Nesta altura, a senhora da Confraria, dirigiu-se ao centro de saúde pedir ajuda e a *E. A.* sofreu um internamento compulsivo. Após algum tempo o hospital contactou o lar e a *E. A.* já não voltou a casa. No lar, foi eleito um concelho de família para a idosa composto por um tutor e dois vogais. Quando a *E. A.* entrou no lar andava com dificuldade e falava muito pouco. Apesar de ter medicação ajustada em consultas periódicas, a E. A. continuava a demonstrar comportamentos de grande agressividade.

Atualmente encontra-se acamada e, quando seu estado físico permite, é levantada para um cadeirão do quarto durante uma parte do dia. Não costuma receber visitas e as pessoas com as quais contacta são apenas as funcionárias do lar. Verifica-se alguma instabilidade na *E. A.* uma vez que há dias em que está prostrada do ponto de vista físico e emocional e outros em que está ativa, ansiosa e agressiva física e verbalmente. Por vezes, estas diferenças notam-se em curtos períodos de tempo (no mesmo dia).

Plano terapêutico

Ao longo do período de observação, verificou-se que a *E. A.* manifestava uma grande instabilidade emocional. Esta instabilidade refletia-se numa prostração e apatia física e emocional facilmente observáveis pela falta de reação, resposta, ausência de contacto ocular, por vezes com os olhos fechados. No entanto, por vezes encontrava-se atenta, ativa, com movimentos estereotipados, ecolalias, com iniciativa. No entanto, em ambas as situações, havia uma característica comum. A *E. A.* tinha alguma dificuldade em aceitar a presença de uma pessoa, reagia à relação, afastava as pessoas verbal e/ou fisicamente e era agressiva verbal e/ou fisicamente.

Face a este quadro clínico, a estagiária identificou três problemas na *E. A.* que podiam ser trabalhados em contexto musicoterapêutico: 1) a instabilidade emocional, 2) a oposição ao contacto relacional e 3) o baixo controlo dos impulsos (relativamente à agressão e aos gritos).

Relativamente à instabilidade emocional foi definido um objetivo a alcançar ao longo da intervenção: aumentar a estabilidade emocional. Assim, para atingir este objetivo, a intervenção com a *E. A.*, deveria aumentar a duração de um mesmo estado afetivo, aumentar a frequência dos períodos de um estado afetivo neutro e promover a ocorrência de estados afetivos positivos.

Quanto à oposição ao contacto relacional, o objetivo definido foi promover a disponibilidade para a relação. A *E. A.* não se mostrava disponível para a relação. De forma a atingir este objetivo, foram definidos os seguintes sub-objetivos: reduzir a frequência de comportamentos explicitamente rejeitantes, aumentar a ocorrência de períodos de envolvimento (ainda que passivo) numa interação musical e promover a ocorrência de iniciativa contingente no seio de uma relação musical. A *E. A.* não só fazia oposição à relação como também à presença.

Relativamente ao baixo controlo dos impulsos o objetivo estabelecido foi aumentar o controlo dos impulsos. Algumas vezes, a *E. A.* tinha grandes explosões vocais na presença da estagiária, mesmo antes de começarem as sessões. Assim, era importante que ao longo das sessões a *E. A.* reduzisse a ocorrência de atos de agressão física, reduzisse a ocorrência de agressões vocais/sonoras e reduzisse a frequência de atos impulsivos (não contingentes) no âmbito de uma atividade musical.

Tabela 10:

Plano terapêutico da E. A.

PROBLEMA Nº 1: Instabilidade Emocional		
OBJECTIVO: Aumentar a estabilidade emocional		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a duração de um mesmo estado afetivo	Aumentar a frequência dos períodos de estado afetivo neutro	Promover a ocorrência de estados afetivos positivos
PROBLEMA Nº 2: Oposição do contacto (Relacional)		
OBJECTIVO: Promover a disponibilidade para a relação		
SUB-OBJECTIVOS:		
Reduzir o número/frequência de comportamentos explicitamente rejeitantes	Aumentar a ocorrência de períodos de envolvimento (ainda que passivo) numa interação musical	Promover a ocorrência de iniciativa contingente no seio de uma relação musical
PROBLEMA Nº 3: Baixo controlo dos impulsos. (Agredir, gritar)		
OBJECTIVO: Aumentar o controlo dos impulsos		
SUB-OBJECTIVOS:		
Reduzir a ocorrência de atos de agressão física	Reduzir a frequência de explosões vocais/sonoras	Reduzir a frequência de atos impulsivos (não contingentes) no seio de uma atividade musical

Intervenção

Ao longo do estágio a *E.A.* frequentou 27 sessões de musicoterapia. Através de informação cedida pelas funcionárias do lar, foi possível identificar algumas músicas que faziam parte do ISO da *E.A.* ou que, de alguma forma, faziam parte do seu percurso de vida. No início da intervenção, as sessões era muito pouco estruturadas uma vez que era importante perceber a reação da *E. A.* à intervenção e qual o seu envolvimento na mesma.

O estado emocional da *E. A.* variou muito ao longo das sessões e, por essa razão, é difícil identificar fases na intervenção da *E. A.*. Desta forma, em vez se identificarem fases, identificam-se estados emocionais. Praticamente todas as sessões se podem definir por dois estados emocionais predominantes. Foi um percurso com avanços e retrocessos que irão ser analisados neste capítulo.

Nas primeiras duas sessões, a *E.A.* encontrava-se sentada no cadeirão. Vocalizava, movimentava as pernas e estabelecia contacto visual. Mostrava-se atenta ao que rodeava e parecia curiosa. Enquanto a estagiária preparava o *setting*, seguia todos os seus movimentos com o olhar e não teve nenhum comportamento explicitamente rejeitante. Quando a estagiária falava com ela ou lhe fazia alguma pergunta, apesar das vocalizações constantes, não parecia que nenhuma delas fosse com intencionalidade comunicativa. Nem eram percetíveis palavras.

Nestas sessões, sempre que a estagiária cantava "A 13 de Maio", a *E.A.* parava de vocalizar e imediatamente começava a cantar com projeção de voz. Mostrou muita recetividade para ouvir e cantar esta canção. Quando a canção acabava e havia silêncio não cantava, voltava a fazer vocalizações e mexia mais as pernas. O mesmo acontecia quando a estagiária mudava de canção e cantava outra, de forma a perceber quais eram as mais significativas para a utente. A estagiária tentou várias canções uma vez que, como a *E.A.* não

falava nem respondia às perguntas, só experimentando outras canções e observando as suas reações, teria noção do seu repertório mais significativo.

Quando cantava "A 13 de Maio", a *E.A.*, mantinha o contacto visual durante todo o período da canção e podia repeti-la três vezes que, não só não o quebrava, como continuava a cantar. Apesar da dicção não ser clara, as terminações das frases eram percetíveis, o que não deixava dúvida nenhuma de que a *E. A.* estava a cantar. Se a estagiária cantasse alguma canção que não representasse nada para a utente, havia uma manifesta perda de interesse e de contacto e assim que terminasse, a *E. A.* começava a cantar sozinha e por iniciativa "A 13 de Maio". Quando a estagiária lhe perguntava se queria cantar outra vez, ou qual a canção que gostaria de cantar, a *E. A.* nunca respondia. Mas se a estagiária lhe desse o espaço necessário, ela voltava a cantar. Este facto indica que quando havia um situação clara de interação entre a estagiária e a *E. A.* não havia resposta da sua parte. Quando sentia que a estagiária já não estava à espera e que a sua manifestação não era consequência de uma interação entre ambas, a *E. A.* acabava por manifestar a sua vontade por iniciativa própria.

Esta forma de comunicação estendeu-se a todas as músicas e a quase todas as situações. Quando havia uma pergunta direta da parte da estagiária, a *E. A.*, desviava o olhar, virava a cara e não respondia. Se houvesse um silêncio mais prolongado, a *E. A.* acabava por cantar um pouco do refrão. Estes silêncios, por vezes eram muito longos. Havia uma imobilização quase total da estagiária e também da *E. A.*. Se a *E. A.* ouvisse algum som exterior ou que a estagiária fizesse propositadamente (uma corda da guitarra, um toque ligeiro na maraca) era o suficiente para a *E. A.* despertar da apatia e começar a cantar.

Quando a estagiária começava a improvisar com a canção "A 13 de Maio", ou apenas uma improvisação na guitarra, a *E. A.* começava logo a cantar a "Oliveirinha da Serra" ou "A 13 de Maio". Nunca tomou iniciativa para cantar mais nenhuma canção. Apenas estas duas.

Para tentar alargar o repertório e o tipo de atividades que se faziam nas sessões a estagiária procurava intercalar as canções do seu ISO com outras que fizessem parte do repertório tradicional, mais cantadas naquela zona. Intercalava também com improvisações que partiam das duas canções que cantava mais, que acabavam em improvisações vocais sem palavras ou instrumentais. Sempre que a *E. A.* era abordada diretamente pela estagiária, desviava o olhar. Se fosse para cantar as canções que a utente queria cantar, o contacto necessário para o fazer, era tolerado. Mais que isso, ou para realizar outro tipo de atividades, já não. Quebrava o contacto visual ou virava a cara.

Na terceira, quarta e sexta sessão a *E. A.* mostrou-se mais prostrada quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista emocional. Não se verificavam movimentos dos membros, vocalizações nem mantinha o contacto visual. A expressão facial indicava tristeza e pouco interesse. Quando a *E. A.* estava assim, era frequente ativar um pouco com o início da sessão. No entanto, só se a estagiária começasse logo com "A 13 de maio" ou a "Oliveirinha". Se começasse com outra canção qualquer isso já não acontecia. Nestas fases, parecia que a *E. A.* estava ausente. Não era apenas uma resistência à relação. Para resistir é necessário que a utente esteja a ter noção e a reagir ao que se passa à sua volta. No entanto, quando estava assim, isso não acontecia. Se a estagiária insistir numa interação a reação acabava por existir. Virava a cara e desviava o olhar. Não mostrava muito mais energia.

Nas sessões cinco, sete, nove e doze, houve explicitamente uma resistência à relação. A *E. A.* Nestas sessões, apesar de cantar as canções que fazem parte do seu ISO, gritava entre elas ou quando a canção não fazia parte desse leque, gritava quando a estagiária fazia improvisações vocais, tapava a cara com a camisola, ou com o robe, empurrava a estagiária com os pés, havia agressões físicas e verbais. Ao nível da expressão facial apresentava-se de testa enrugada, olhar desconfiado, com uma postura quase desafiante. Estas reações

diminuíam com as duas canções mais significativas. No entanto, a *E. A.* demorava algum tempo a acalmar, até mesmo nessas circunstâncias.

Quando a estagiária a encontrava assim, as sessões aconteciam sempre com as duas canções significativas no centro de toda as atividades. Tentava variar um pouco e se a *E. A.* não tivesse um comportamento explosivo, a estagiária arriscava sair um pouco mais daquilo que a *E. A.* estava à espera. Sempre nesta base, a estagiária foi avançando e recuando. Por vezes, a *E. A.* deixava-se levar, num estado de espírito calmo, embalada por uma improvisação apenas com dedilhados na guitarra. No entanto, quando percebia que se estava a deixar envolver, explodia em gritos e movimentos, em tentativas vãs de se tentar tapar ou esconder com partes da sua roupa. Nessas alturas, a estagiária parava de cantar e de se mexer e esperava. Por norma a quietude súbita da sua parte acalmava a *E. A.*. Dando algum tempo de recuperação à *E. A.*, a estagiária voltava a procurar um ponto de contacto através das músicas significativas, para "sair delas" assim que considerasse o momento indicado.

Na sessão doze, as atitudes da *E. A.* revelaram-se bastantes contraditórias. Durante a sessão todos os comportamentos se opunham. Cantava e calava-se, olhava e desviava, afastava e tomava iniciativa. Até que, no fim da sessão, essa contradição atingiu um ponto alto. Enquanto a estagiária cantava a "oliveirinha", a *E. A.* tapava a cara com o robe. No entanto, apenas com os olhos à mostra, notava-se que havia interesse e contacto visual.

Foi uma questão de minutos até estar a cantar de cara tapada. Esta situação verificou-se várias vezes também quando a *E. A.* tapava os ouvidos como forma de mostrar que não queria aquilo e como forma de bloquear os sons, e ao mesmo tempo cantava as canções significativas de igual forma. Esta contradição indica que, se por um lado há uma oposição grande à relação e à presença da estagiária, por outro, as canções, a música e todo o ambiente

envolvente fazem-na sentir bem, quebram a rotina de quem está acamado, proporciona uma humanização do espaço.

Na sessão treze, sempre que a estagiária cantava uma canção, a *E. A.* cantava a "oliveirinha". A uma determinada altura a estagiária insiste e canta "Laurindinha": "Ele torna a vir…" e a *E. A.* acaba " o i o ai, para o pé do meu amor". Perante isto a estagiária volta a cantar "Ele torna a vir…" e a *E. A.* termina "se deus quiser.". A *E. A.*, com alguma persistência deixou um pouco as duas músicas significativas nesta sessão. A estagiária ficou a saber que a *E. A.* conhece e tem na memória outras letras e outras melodias e percebeu que era possível alargar a sessão a outro repertório se fosse fazendo esta gestão com a *E. A.* Após este momento a estagiária repetiu a primeira versão e a segunda da *E. A.* e terminaram juntas a canção original "Laurindinha". Notou-se também uma diminuição na resistência à relação na *E. A.*. Ao ceder cantar a canção que a estagiária estava a cantar acabou por se relacionar no plano musical e cantar em conjunto uma canção que não fosse propriamente da sua vontade.

Logo na sessão seguinte, o seu estado emocional era muito mais semelhante à sessão doze. No entanto, muito mais agravado. Com agressões e explosões verbais, agressões físicas, ouvidos tapados, cara tapada, tentativas de afastamento empurrando a estagiária com os pés, acabava sempre por ceder e cantar algumas partes das duas canções significativas. Ainda que pouco. Nestas sessões a estagiária mantinha-se mais à volta dessas duas canções. Por vezes arriscava uma terceira. Neste dia, a *E. A.* acalmou com "a caminho de Viseu". Foi a única vez que esta canção teve esse efeito.

A sessão dezasseis aconteceu sem incidentes. A *E. A.* estava calma, calada, pouco reativa e com pouco contacto visual. Acompanhou algumas vezes a estagiária a cantar e pediu algumas vezes as músicas significativas. A sessão teve 29 minutos e a estagiária conseguiu variar atividades sem grande reação da *E. A.*. Quando a estagiária, no fim,

começou a cantar a canção da despedida, a *E. A.* fez contacto visual intencional e deliberado com a estagiária e manteve-se assim até ao fim da música. Quando acabou, a *E. A.* estendeu a mão e ficou à espera em silêncio. A estagiária agarrou a mão dela e imediatamente a *E. A.* começou a cantar " o i o ai, só a mim ninguém me leva". Este facto mostra que, apesar da sua apatia ao longo da sessão, ela estava a ouvir e a desfrutar do momento. Existiam processos a ocorrer na utente mesmo quando se encontra neste estado emocional. E a vontade de continuar foi visível quando apelou de uma forma muito mais relacional à estagiária que continuasse, ou que cantasse aquela canção outra vez. Foi a primeira vez que houve contacto físico sem agressão.

Logo na sessão dezassete a *E. A.* voltou às agressões e explosões verbais, a tapar os ouvidos, com um olhar desafiante quando fazia contacto visual, tapava a cara com a almofada. Ainda assim, apesar de todos estes aspetos, cantava sempre quando eram cantadas as suas canções significativas. Com projeção de voz considerável. Por vezes, o seu tom de voz era tão chateado como ela aparentava estar. Quando esta sessão terminou e a estagiária se foi embora, podia ouvir-se a *E. A.* a cantar "oliveirinha da serra" nos corredores.

Na sessão 18, a *E. A.* encontrava-se prostrada, desligada e sonolenta. E, logo na sessão dezanove, a estagiária encontrou-a como na sessão dezassete. No entanto, há um dado novo. Entre as explosões vocais perante a estagiária e o cantar as canções significativas, quando a estagiária fazia um silêncio súbito sem qualquer som ou movimento, a *E. A.* ficava ausente, desviava a cara, quebrava o contacto visual e aparentava estar fora dali. Estes silêncios chegaram a ter dez minutos, para que a estagiária percebesse quanto tempo conseguia a *E. A.* estar assim numa sessão caracterizada por explosões verbais.

Quando a estagiária acabava uma canção e a *E. A.* ficava ausente, como se estivesse ainda a sentir o que sentiu durante a canção, é como se estivesse a recordar situações, ou

como se a música tivesse um poder anestésico sobre ela. Nesta sessão também foi a primeira vez que a *E. A.* manifestou que não queria que a estagiária se fosse embora através da raiva e através da agressão. Assim que se começou a ouvir a canção da despedida, a *E. A.* procurou agarrar as mãos da estagiária e tentou morde-las. Enquanto fazia isto, cantava "o i o ai, só a mim ninguém me leva".

As sessões vinte e um e vinte e dois foram calmas e sem explosões. A *E. A.* estava calma, sem movimentos ou vocalizações. A resistência à relação continuava a verificar-se quando a utente estava assim, mas de uma forma menos explosiva. Desviava a cara, quebrava o contacto visual, mostrava um olhar desafiante, fechava os olhos, tapava os ouvidos e tapava a cara. No entanto, enquanto fazia isto, continuava a cantar as duas canções significativas. Raramente cantava outras. Apesar disso, nesta altura já começava a reagir melhor às alterações que a estagiária fazia de improviso às duas canções mais cantadas. Deixou de ter tanta necessidade de cantar com a letra por cima do que estagiária fazia e deixou de ter explosões por causa disso. Na sessão vinte e dois a estagiária pediu a mão da *E. A.* na canção e estendeu-lhe a sua. A *E. A.* agarrou-a e começa a apertá-la e a arranhar. A estagiária começou a cantar baixinho "A 13 de Maio" e a *E. A.* cantou também. Neste momento, abrandou a força e deixou de procurar arranhar. Houve uma diminuição da resistência à relação, assim como algum controlo de impulsos. Nesta sessão, tal como em todas as outras, a estagiária ofereceu um instrumento à *E. A.*. Nunca aceitou e rejeitou sempre com agressividade, empurrando e gritando. A estagiária perguntou, entendendo o instrumento "Quer tocar *E. A.*?", e com um gesto negativo a *E. A.* respondeu "Na.". Sem agressividade, sem explosões. Sem agressão. No final desta sessão, quando a estagiária disse que ia embora e cantou esta canção, a *E. A.* ofendeu a estagiária. Apesar da oposição que se sentia, a *E. A.* parecia não querer que a estagiária se fosse embora.

Nas sessões vinte e três e vinte e quatro, a *E.A.* encontrava-se sentada, atenta, ativa, com contacto visual. Quando o desviava era intencional e com olhar desconfiado. Principalmente quando a estagiária a abordava diretamente.

Na sessão vinte e três, a determinada altura, quando a estagiária estava um instrumental na guitarra, tirou a manta que tinha a tapar as pernas, ergueu o corpo sentando-se sem apoio nas costas e mandou a manta para as pernas da estagiária. Perante o esforço, deixou-se cair para trás, cansada. A estagiária perguntou "É para me tapar?" e a *E.A.* respondeu "É.". E a estagiária perguntou "A *E.A.* não quer?" e a *E.A.* respondeu "Na." Foi das poucas vezes que a *E.A.* respondeu às perguntas da estagiária. Pelo menos que se percebesse ou com coerência. A estagiária voltou ao instrumental e a *E.A.* ficou calma durante um bocado. Sem razão aparente, a *E.A.* voltou a erguer-se e, esticando o braço, ajeitou a manta que tinha dado à estagiária. A estagiária perguntou "Quer me tape melhor?" e a *E.A.* vocalizou algo não percetível mas com entoação de assentimento. Quando terminou, ainda sentada sem apoio, começou a tentar tirar o casaco. Perante isto a estagiária disse "*E.A.*, a manta chega. Fico bem só com a manta. Não precisa de tirar o seu casaco. Obrigada.". Como a estagiária estendeu a mão enquanto falava, a *E.A.* agarrou-a de imediato e procurou apertar e arranhar. Ao ver que não conseguia suportar o seu peso e ainda o esforço de tentar agredir a estagiária, largou a mão e deixou-se cair para trás e começou a empurrar a estagiária com os pés. A estagiária, aproveitando a aproximação dos pés da *E.A.* começou a movimentar os pés acompanhando a música para que a *E.A.* a sentisse. Mantendo os pés em cima dos da estagiária, a *E.A.* deixou de fazer força.

As atitudes da *E. A.* são ambíguas e contraditórias. Se por um lado parece estar em oposição ao contacto e à relação, por outro, começa a sentir a emergência da relação, principalmente por causa da música.

Na sessão seguinte, esteve sempre a mostrar oposição aos sons, às músicas, às improvisações, ao que a estagiária cantava sobre o que ela estava a sentir ou a acontecer. Estes bloqueios eram manifestados com explosões vocais, tapar os ouvidos, empurrar com os pés, ofensas, tapar a cara, desviar o olhar, etc. Enquanto a estagiária cantava, a *E.A.* estava sempre a procurar tapar a cara. Num dos silêncios a estagiaria diz "Não estou a cantar. Não precisa de estar a tapar a cara". A reação da *E.A.* foi imediata. Largou a camisola, puxou-a para baixo e destapou a cara. A estagiária legendou cantando tudo o que se estava a passar adicionando palavras de conforto e segurança.

Num dos silêncios ocasionais que fazia, a *E.A.* ergueu-se como na semana anterior e tapou a cara com camisola, sem qualquer tipo de apoio. Deixou-se cair para trás com explosão vocal afastando a estagiária com os pés. Fez isto mais duas vezes nesta sessão. E a estagiária bateu sempre o pé enquanto cantava. As pernas da *E.A.* subiam e desciam ao ritmo da música e isto parecia acalmá-la. Nesta altura deixou de tapar a cara e nunca tirou os pés dela de cima dos da estagiária. Quando parei, disse-lhe "*E.A.*, pode tirar os seus pés?" e ela tirou. Assim a estagiária avisou "Vou cantar o "Avé" mais uma vez e depois vou-me embora". Assim que começou, a *E.A.* ergueu-se muito inclinada para a frente, procurou puxar a guitarra e agarrar a estagiária. Caiu para trás por falta de força e equilíbrio e voltou a erguer-se, tapou a cara com camisola e voltou a cair para trás. Vendo que não conseguia manter-se sentada sem apoio agrediu verbalmente a estagiária. Teve explosão vocal, voltou a erguer-se e a cair. A estagiária perguntou, estendendo a mão "Precisa de ajuda?" e a *E.A.* respondeu "Na.". Procurou levantar-se mais duas vezes até desistir silenciosa e apática. A estagiária cantou a canção da despedida e foi embora. Mais uma vez, a contradição de sentimentos e de comportamentos são visíveis na *E. A.*.

No final da última sessão, a *E.A.* encontrava-se de ouvidos tapados. Quando a estagiária cantou a canção da despedida, a *E.A.* agarrou-lhe as mãos com força e a estagiária disse "Tenho de me ir embora *E.A.*". Sentindo que abradava a força das mãos a estagiária perguntou "É para me ir embora?" e a *E.A.* respondeu "Na. O i o ai, só a mim ninguém me leva…". Com um tom de voz de súplica. Vendo que a estagiária não reagia, voltou a pedir. Cantaram as duas de mão dada à capela.

Esta contradição de sentimentos e comportamentos na *E.A.* são o reflexo da sua instabilidade emocional. Se por um lado a estagiária é bem-vinda porque lhe traz a música e o bem-estar associado, por outro, a dificuldade e a oposição que tem, desde há muito tempo, à relação com os outros e ao contacto, continuam a existir.

Resultados finais

Como já foi referido anteriormente, foi elaborada uma grelha de observação que permitisse sistematizar os dados observados no início e no fim das sessões. No caso da *E. A.* a grelha relativa ao início da intervenção foi preenchida tendo em conta os dados observados até à quinta sessão. (ver anexo C). No final da intervenção, a mesma grelha foi novamente preenchida com base nos dados observados nas últimas quatro sessões. (ver anexo D). A *E. A.* mostrou uma pequena evolução em praticamente todas as categorias, mas não em todos os tópicos nelas incluídas.

Na fase inicial da intervenção, a *E. A.* vocalizava moderadamente e a maioria das vocalizações s que fazia eram disruptivas. Cantava muito pouco e só se a canção fosse muito significativa ("Avé de Fátima e Oliveirinha da Serra"). Não tocava instrumentos.

Ao nível das atividades motoras a *E. A.* movimentava pouco os membros superiores e inferiores e verificava-se pouco uso da motricidade fina. Verificava-se também pouso uso da motricidade grossa e pouca ativação do tónus muscular.

Do ponto de vista emocional a *E. A.* manifestava-se muito expressivamente quando demonstrava oposição à relação ou desagrado na presença da estagiária. Este estado emocional, apesar de ser o mais frequente, intercalava-se com um estado emocional completamente oposto na medida em que, por vezes, a *E. A.* encontrava-se muito pouco reativa. Desta forma, a *E. A.* não mostrava humores estáveis. Por vezes mostrava-se bastante ansiosa e demonstrava iniciativa moderadamente no cantar ou no movimentar-se.

Do ponto de vista cognitivo, verificava-se muito pouca produção verbal na *E. A.* assim como muito pouca ativação de memórias. Os únicos sinais de ativação de memórias e de produção verbal verificavam-se com mais frequência quando cantava as terminações das canções “Avé de Fátima” e “Oliveirinha da Serra”.

No que respeita à atenção e ao contacto relacional, a *E. A.* mostrava energia moderadamente uma vez que, como se observava oscilação do humor, nem sempre se encontrava com energia. A *E. A.* fazia muito pouco contacto visual, apesar de se verificarem momentos em que fazia quebrando de forma intencional o contacto pouco tempo depois. Mostrava-se pouco atenta à sessão.

No que respeita ao relacionamento, a *E. A.* mostrava muito pouca disponibilidade para a sessão virando a cara, não cantando, manifestando vontade de ficar sozinha. Não se relacionava verbalmente nem musicalmente com a terapeuta mostrando até alguma resistência à relação através de vocalizações disruptivas e ofensas.

Após a intervenção de musicoterapia, verificaram-se algumas alterações no comportamento e na participação da *E. A.*.

Na categoria que diz respeito às atividades musicais verificou-se que, ao longo das sessões a *E. A.* foi cantando e vocalizando cada vez mais. No entanto, nunca tocou instrumentos. A única vez que aceitou um instrumento, rejeitou-o depois de o ter observado. O facto de aceitar um instrumento da mão da estagiária já envolvia algum tipo de interação para o qual a *E. A.* não estava disposta. Para além deste aspeto, instrumentos musicais não devem ter sido objetos com os quais se relacionasse muito ao longo da vida.

No que respeita à categoria "atividades motoras" a *E. A.* teve um progresso evolutivo em todos os tópicos de observação. Ao longo das sessões a *E. A.* movimentava muito mais os membros, chegando até a erguer-se várias vezes na fase final da intervenção. Tendo em conta que já não anda há mais de quatro anos e que se verifica algum atrofiamento muscular, erguer-se sozinha e manter-se assim sem apoio, revela uma grande evolução ao nível da ativação do tónus muscular.

Na categoria que diz respeito ao nível emocional, verificaram-se alguns progressos no entanto não foram muito significativos. A maior parte das vezes a *E. A.* apresentava uma grande instabilidade emocional. Não se verificou grande alteração ao nível da ansiedade, no entanto notou-se um aumento da iniciativa. Ainda que este se verificasse mais quando cantava sozinha, por iniciativa, as duas canções mais significativas.

No que respeita à categoria "atividades cognitivas" verificou-se uma pequena evolução ao nível da produção verbal e ativação de memórias. Nas últimas sessões, a *E. A.* começou a responder a algumas questões cuja resposta podia ser "sim" ou " não" e cantava cada vez mais e de forma mais percetível. Ao nível da ativação de memórias verificou-se um aumento, na medida em que se tornou cada vez mais claro que conhecia mais canções, que sabia a letra das mesmas e que a reportavam para outros tempos.

Na categoria “atenção e contacto” foi a categoria onde se verificou mais evolução. Ao longo da intervenção a *E. A.* mostrou cada vez mais energia, mais frequência e mais permanência do contacto visual e mais atenta à sessão e ao que se passava à sua volta.

Ao nível do relacionamento verificou-se uma pequena evolução no que respeita à disponibilidade com a sessão e ao relacionamento verbal que teve com a estagiária. No relacionamento musical o aumento foi considerável. Só não se verificou quando eram sugeridos instrumentos.

Observando o plano terapêutico da *E.A.* (p. 60), pode concluir-se que ao nível da estabilidade emocional, a *E.A.* não fez grande evolução. No entanto, o mesmo não aconteceu em relação ao problema “Oposição ao contacto relacional”, uma vez que ao longo da intervenção as situações de relacionamento e de interação foram aumentando. A frequência dos comportamentos de rejeição não diminuiu muito, no entanto verificou-se um maior envolvimento da parte da utente nas atividades musicais e a iniciativa aumentou. Tal como foi referido acima, a contradição de sentimentos e comportamentos na *E.A.* são o reflexo da sua instabilidade emocional. O mesmo acontecia na oposição à relação. Enquanto se opunha à relação com a estagiária, ainda assim participava na sessão e tomava a iniciativa para cantar as suas canções mais significativas. Este facto foi aumentando cada vez mais ao longo da intervenção.

No que respeita ao controlo dos impulsos, não se verificou uma redução de atos agressivos nem de explosões vocais como se esperava. No entanto, estes eram muito mais curtos e quando aconteciam, a *E. A.* conseguia controlá-los mais rapidamente. Se a intervenção continuasse poderia ser um objetivo acessível de atingir.

Intervenção em grupo – Utente G. R.

Descrição/historial do sujeito

A *G. R.* tem 95 anos e frequentou a instituição em valência de centro de dia entre setembro de 2005 a setembro de 2009. Está institucionalizada desde setembro de 2009. Residia na Martinela com os seus dez filhos e era pastora. Passava o dia na serra a pastorear o rebanho. Saía cedo e voltava à noite. Enquanto pastoreava cantava como forma de entretenimento, e para passar o tempo. Era costume as pessoas cruzarem-se com a *G. R.* a cantar.

A determinada altura a *G. R.*, já idosa, chegava muito tarde a casa, perdia noção das horas enquanto andava com o rebanho, descurava a alimentação e os seus cuidados de higiene e os filhos conseguiram que a *G. R.* começasse a frequentar o centro de dia e a casa dos cinco filhos residentes em Portugal de forma rotativa. Houve alguma dificuldade em convencer a *G. R.* a deixar a sua casa, os animais e o campo, uma vez que era uma idosa muito ativa e com muita energia.

Quando a *G. R.* começou a ficar mais debilitada, os filhos solicitaram o internamento e a *G. R.* começou frequentar a valência de lar. É uma idosa bastante visitada e muito acarinhada pela sua família.

Plano terapêutico

Durante o período de observação a *G. R.* apresentava-se sempre muito curvada e de olhos fechados. Muito inativa do ponto de vista físico. Devido a esta postura e inatividade, a *G. R.* demonstrava um elevado isolamento social. Por esta razão, a *G. R.* foi incluída numa intervenção musicoterapêutica em grupo. (Grupo D)

Em conversas informais com a *G. R.* verificou-se que não compreendia algumas perguntas e que, quando percebia, mostrava muita dificuldade em elaborar as respostas, hesitava e não terminava todas as frases. Desta forma, foram identificados três problemas da *G. R.* passíveis de serem trabalhados ao longo das sessões: 1) apatia e prostração emocional, 2) isolamento social e 3) afasia. (ver tabela 11)

Relativamente ao problema número 1 (apatia e prostração emocional) foi definido um objetivo a alcançar ao longo da intervenção: promover a mobilização emocional. Para atingir este objetivo a *G. R.* deveria aumentar a sua produtividade nas sessões, os pontos de interação com a terapeuta e os outros membros do grupo deveriam aumentar assim como a sua iniciativa.

No que respeita ao problema número 2 (isolamento social), era essencial promover o contacto interpessoal e social ao longo das sessões. Assim, aumentar o grau de iniciativa de contacto interpessoal nas sessões, promover a interação no seio de uma atividade musical, aumentar a frequência da interação social fora das sessões foram os sub-objetivos delineados para promover o contacto interpessoal e social da *G. R.*.

Relativamente à afasia que a *G. R.* revelava, considerou-se relevante promover a produção e a fluência verbal. Assim, ao longo da intervenção pretendia-se que a *G. R.* aumentasse a produção vocal durante uma atividade musical e que aumentasse a produção verbal adequada durante uma canção. Para além destes dois sub-objetivos, pretendia-se promover a produção verbal fluída em interação com os outros utentes.

Tabela 11:

Plano terapêutico da G. R.

PROBLEMA Nº 1: Apatia e prostração emocional.		
OBJECTIVO: Promover a mobilização emocional.		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a produtividade nas sessões.	Aumentar a frequência dos pontos interativos.	Promover a iniciativa.
PROBLEMA Nº 2: Isolamento social.		
OBJECTIVO: Promover o contacto interpessoal e social		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar o grau de iniciativa de contacto interpessoal nas sessões	Promover a interação no seio de uma atividade musical	Aumentar a frequência de interação social fora das sessões
PROBLEMA Nº 3: Afasia		
OBJECTIVO: Promover a produção e a fluência verbal		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a produção vocal durante uma atividade musical	Aumentar a produção verbal adequada durante uma canção	Promover a produção verbal fluída em interação com os utentes

Intervenção

Ao longo do estágio a *G. R.* assistiu a 25 sessões de musicoterapia que correspondem à totalidade das sessões realizadas. Esta utente estava inserida no grupo D (Dependentes física e mentalmente) que era inicialmente composto por mais quatro utentes. (ver tabela 4)

Na fase inicial da intervenção a estagiária procurou perceber quais as canções que eram mais significativas para cada elemento do grupo. Devido ao grau elevado de demência dos mesmos, esta informação não foi passível de obter a partir de uma conversa informal.

Após as cinco primeiras sessões, foi preenchida a grelha de observação da *G. R.* (ver anexo E).

Ao longo da intervenção, a evolução da *G. R.* traduz-se em três fases distintas nas quais os seus comportamentos, reações e grau de participação foram bastante diferentes. A primeira fase vai até à sétima sessão, a segunda vai até à sessão dezoito e a terceira vai até à última sessão.

1ª Fase (Sessão 1 à 7): Inicialmente, a *G. R.* apresentava-se curvada, sem iniciativa e pouco responsiva. Cantava muito pouco, apenas se fosse abordada e estimulada individualmente e se a canção lhe fosse significativa. Vocalizava pouco e, apesar de aceitar os instrumentos (com relutância), praticamente não tocava. Movimentava-se muito pouco e a sua postura curvada indicava pouca ativação do tónus muscular. Ao nível da motricidade, verificava-se que conseguia mexer as pernas e os braços se solicitado, no entanto, havia um comprometimento da motricidade fina. A *G. R* apresentava-se sempre com as mãos fechadas e mostrava algum desconforto quando agarrava num instrumento.

A *G. R.* mostrava-se muito pouco expressiva e motivada. Revelava alguma ansiedade quando se dirigia para a sessão e durante uma parte da mesma. Não revelava qualquer tipo de iniciativa. A sua produção verbal e ativação de memórias eram reduzidas e não se mostrava orientada quer no espaço quer no tempo. Revelava pouca energia, escasso contacto visual e mostrava-se pouco atenta à sessão. Musicalmente não interagia com os pares. No entanto, quando abordada individualmente e devidamente estimulada, interagia um pouco do ponto de vista verbal.

À medida que as sessões foram avançando, a estagiária começou a perceber que as canções mais significativas eram “Laurindinha” e “No alto daquela serra” e que quando as cantava, a *G. R.* erguia um pouco o tronco, fazia algum contacto visual, movimentava um

pouco a cabeça, batia o pé. No entanto, estas reações não se prolongavam durante a sessão toda. Bastava que a estagiária se dirigisse a outro elemento do grupo, que a canção não fizesse parte da sua identidade sonora, que fosse realizada outra atividade que envolvesse movimento ou instrumentos, ou interação com os pares e a *G. R.* voltava à postura inicial. Assim, a estagiária foi registando quais as canções que causavam reações e, de alguma forma, ativavam a *G. R.*. Desta forma, procurava promover a mobilização emocional da utente.

Nas primeiras sessões a *G. R.* não percebia a maior parte das perguntas, não cantava se envolvida no grupo e não tocava sem estímulo individual ou proximidade da estagiária. Quando este existia, a *G. R.* participava um pouco mas deixava logo de o fazer quando a estagiária fazia a gestão e procurava envolver o resto do grupo.

Ao longo desta primeira fase, o tempo de atividade e participação da *G. R.* foi aumentando ligeiramente. Uma vez que as atividades musicais, a maior parte das vezes envolviam as canções mais significativas dela (que eram mais ou menos as mais significativas para os outros elementos do grupo), a *G. R.* foi precisando cada vez menos de um incentivo individual para participar nas mesmas. Ainda assim, o tempo de participação era reduzido e acabava sempre por voltar à postura mais comum.

2ª Fase (Sessão 8 à 18): A partir da oitava sessão houve uma viragem no comportamento e na participação da *G. R.*. Apesar de ainda voltar à postura inicial a determinado momento da sessão, este facto ocorre com menos frequência e menos tempo. Começa a verificar-se também que a *G. R.* procurava levantar a cabeça por iniciativa olhando em volta, procurando até, por vezes, o olhar dos outros membros do grupo. Verifica-se assim que há uma noção do outro, uma tentativa de procura de aprovação, de partilha. Algo ainda muito subtil, mas que já é o início de uma procura de interação com pares. No entanto, este comportamento da *G. R.* parecia cansá-la e rapidamente voltava a baixar a cabeça antes de

concretizar uma interação. Quando a *G. R.* voltava à postura inicial a estagiária por vezes cantava o seu nome. Nestas alturas a *G. R.* reagia levantando a cabeça, batendo o pé e mexendo um braço, marcando a pulsação desta forma.

Os primeiros momentos de interação da *G. R.* com os outros elementos do grupo, começaram aquando das improvisações instrumentais ou quando acompanhavam uma canção com os instrumentos. Na oitava sessão, a *G. R.* estava parada, com o instrumento na mão sem o tocar e a *L. M.*, reparando nesta situação, usou a baqueta com a qual estava a tocar para bater nas clavas que a *G. R.* tinha. A *G. R.* despertou um pouco e respondeu à *L. M.* da mesma forma. Esta pequena interação manteve a *G. R.* com uma postura direita algum tempo, com contacto visual com a outra utente e, a determinada altura, já era a *G. R.* que procurava tocar no instrumento da utente ao seu lado. Para além da boa disposição, houve interação entre pares e a *G. R.* deixou a postura inicial para responder ao estímulo da outra utente.

Aos poucos, a *G. R.* foi tendo cada vez mais noção do que se passava à sua volta e dos outros elementos do grupo. Na nona sessão reparou que um dos elementos do grupo, enquanto cantava, estava rouco e comentou. Situações como esta não aconteciam no início das sessões. A procura contacto visual dos outros elementos do grupo aumentou também. Cada vez que era cantada alguma canção com a qual se identificava, cada vez que havia uma atividade significativa, sempre que fazia alguma coisa sozinha, ou percebia que a sua participação estava a ser pertinente, olhava para as colegas do grupo numa procura de aprovação, ou para se certificar que estavam atentas ao que se estava a passar.

Foi, sensivelmente, a partir da décima sessão que a *G. R.* começou a antecipar a sessão com entusiasmo. Enquanto as idosas iam chegando ao *setting* e estagiária fazia os últimos preparativos, a *G. R.* começou a mostrar-se com o tronco mais direito, com contacto visual e a comentar o que se estava a passar. Quando a estagiária pegava na guitarra a *G. R.*

apontava e dizia “Olha, vai tocar” olhando para as colegas. Imitava o som da guitarra e mexia o braço de acordo com a música. Na sessão onze aponta para a rua e diz: “É noite”. Na sessão catorze volta a dizer no início da sessão “Vai tocar” referindo-se à estagiária. Mais uma vez se verifica o aumento da noção do que se passa à sua volta, uma procura de interação com pares, uma ativação emocional e, aos poucos, uma maior produção verbal.

A *G. R.* nesta fase, começou a cantar quadras completas e, por vezes, canções inteiras, quando estimulada individualmente. Verificava-se alguma confusão na letra e alguma mistura de letras de canções diferentes. No entanto, a *G. R.* procurava sempre uma maneira de terminar o verso com uma rima que se adequasse. Começou a cantar praticamente todas as canções que eram sugestão da estagiária ou do grupo.

A partir da décima primeira sessão, a *G. R.* começou a falar por iniciativa com os outros elementos do grupo quando se verificavam algumas paragens, troca de canções, ou silêncios intencionais. Os temas de conversa variavam e refletiam-se num discurso simples, com frases curtas. A produção verbal da *G. R.* começou a aumentar nesta altura.

No que respeita à improvisação com instrumentos de percussão, a *G. R.* teve uma evolução lenta. Na fase inicial (1ª fase), praticamente não tocava. Nesta segunda fase, começou a tocar quando estimulada individualmente. Um instrumento de pele com baqueta estimulava-a muito mais do que as clavas, maracas, guizeiras, etc. No entanto, continuava a queixar-se quando a estagiária lhe pedia para abrir as mãos de forma a agarrar nos instrumentos. Apesar das queixas, nunca deixou de agarrar o instrumento. O facto da *G. R.* estar tão inativa, tornava algumas atividades difíceis devido às dores.

Na sessão catorze, quando foi introduzida a canção “A treze de Maio” a pedido de uma utente, a *G. R.* emocionou-se e disse “Eu estou a chorar”. A estagiária perguntou a cantar “Porque está a chorar?” e a *G. R.* respondeu a cantar também “As coisas não correm a jeito” e

voltou a cantar “A treze de Maio”. Esta canção é uma das canções significativas da *G. R.*. Para além da ativação de memórias que ocorre quando a canta, verifica-se também uma ativação emocional que se reflete numa maior produção verbal. Houve um pequeno diálogo coerente entre a estagiária e a *G. R.*.

Na sessão quinze, a *G. R.* apresentava-se ativa, com energia, postura direita e atenta ao que se passava à sua volta. Assim que a estagiária pegou na guitarra para começar, a *G. R.* apontou, sorriu e disse “Olha a guitarra! Eu gosto tanto de a ouvir!”. Cantou a canção das boas vindas, respondeu na sua vez e na dos outros elementos do grupo e a determinada altura, olha pela janela e diz “Queria ir para o sol!”. Notava-se uma grande ativação na *G. R.*, expressava-se de forma mais explícita e com mais frequência, comentava o que estava a acontecer e manifestava a sua vontade.

Na sessão dezassete a *G. R.* mostrava energia, estava sentada com o tronco direito, com contacto visual e a antecipar a sessão. Depois da canção de boas vindas começou a mexer o braço direito (movimento de expressividade) e a estagiária começou a fazer um acorde curto de cada vez que a utente mexia o braço. Quando percebeu que era ela que estava a “ditar” a velocidade dos acordes, acentuou os movimentos, acelerando-os e atrasando-os. Isto revelou que a *G. R.* foi tendo cada vez mais noção do que se passava à sua volta. Nesta sessão a *G. R.* cantou bastante, com muita projeção de voz e foi aplaudida por outro elemento do grupo. Acompanhou as canções com instrumentos de pele e participou na improvisação procurando imitar as cadências rítmicas que sobressaiam mais na atividade. Quando ouviu a canção “Chapéu preto”, levantou a mão e apontou para a cabeça na qual tinha um gorro. Olhou para os outros elementos do grupo sempre a apontar para que vissem que também tinha um chapéu. Quando achou que já todos tinham visto, baixou a mão e começou a cantar.

3ª Fase (Sessão 19 à 25): A partir da sessão dezanove, todos os progressos que a *G. R.* tinha feito até esta altura acentuaram-se, passaram a verificar-se em todas as sessões e durante a sessão toda. A sua produção verbal aumentou e tornou-se mais frequente. A iniciativa aumentou muito e o contacto entre a *G. R.* e estagiária e entre a *G. R.* e os outros elementos do grupo também. Ao nível do contacto visual, passou a ser permanente em todas as sessões. A *G. R.* a partir desta fase passou a ser central nas sessões pelo seu grau de participação.

Na sessão dezanove a *G. R.*, assim que viu a estagiária pegar na guitarra, apontou e exclamou "Isso é que é bom!" e começou a produzir sons, como quem imita a guitarra a tocar. A determinada altura da sessão a *G. R.* era a única das três utentes que estava atenta e com energia. Durante muitas sessões no início, era a única que não estava envolvida na sessão.

Nesta fase, verificou-se também, que a *G. R.* cantava com entusiasmo praticamente todas as músicas e até mesmo aquelas que a estagiária cantava pela primeira vez. A maior parte das vezes ouvia do início ao fim a primeira vez, batendo o pé, mexendo a cabeça, e da segunda vez que o grupo cantava a canção, a *G. R.* já a cantava praticamente toda. Como se necessitasse de ouvir uma vez para recordar. Por vezes notava-se que conhecia a canção mas não se lembrava da letra quando murmurava a melodia através de vocalizações, mas sem palavras. Por vezes este facto originava uma atividade de pergunta resposta de vocalizações. E a *G. R.* participava com agrado, uma vez que tinha partido de algo que ela estava a fazer.

Na improvisação desta sessão a *G. R.* mostrava-se entusiasmada, a tocar com destreza, rapidez de movimentos, com muita projeção de som, a ouvir os outros membros do grupo, a procurar a acertar a batida com eles, a parar para conversar e para ouvir as outras utentes.

Na sessão vinte a *G. R.* encontrava-se expectante, atenta e participativa. Depois da canção das boas vindas a estagiária cantou a primeira frase da canção “No alto daquela serra” e a *G. R.* continuou sozinha e cantou-a toda até ao fim. Quando chegou ao fim repetiu-a por iniciativa sem qualquer tipo de motivação da parte da estagiária. Quando acabou, dirigiu o olhar à estagiária e sorriu, orgulhosa e satisfeita. Mais uma vez a *G. R.* recebeu elogios das colegas de grupo.

Mais à frente nesta sessão a *G. R.* cantou por iniciativa “Rita arredonda a saia”. A estagiária fez o acompanhamento harmónico, no entanto, não cantou. A *G. R.*, a determinada altura, enganou-se na letra e percebeu. Ao aperceber-se disso, abanou a cabeça com o equívoco e corrigiu-se sozinha. Na improvisação desta sessão a *G. R.* foi a primeira a começar a tocar e procurou sempre acertar o que tocava com os outros elementos do grupo.

Antes da sessão vinte e um começar já a *G. R.* estava a conversar com as utentes do grupo. Sempre que a estagiária pegava num instrumento a *G. R.* reproduzia o som levando a diálogos vocais sem palavras com a estagiária que depois se estendiam ao resto do grupo. Por vezes a estagiária cantava o nome dos elementos do grupo aos longos das canções, personalizava as letras com os nomes, as características e com aspetos significativos para as utentes. Quando isso aconteceu nesta sessão a *G. R.* cantou sozinha por iniciativa numa melodia conhecida “Esta é a *G. R.*!” e apontava para si própria.

Quando se cantou o “Tiroliro” para executar movimentos com os braços, a *G. R.* reparou que era a única que estava a participar. Procurando o olhar dos outros elementos do grupo exclamou: “Vocês estão paradas!”. A estagiária nesta altura começou a cantar e a improvisar a partir do que a *G. R.* disse e ela respondeu dançando, mexendo os braços, o tronco e abanando a cabeça. Nas atividades instrumentais que se seguiram a *G. R.* tocou imenso, brincou imenso com as outras utentes usando as baquetas, tocando nos instrumentos

que eram destinados às outras utentes. Esta energia da *G. R.* era contagiante. As outras idosas encontravam-se muito mais ativas por causa dela.

A sessão vinte e dois foi talvez uma das sessões na qual a *G. R.* fez mais produção verbal. Para além de cantar as canções praticamente todas, quando a estagiária lhe pegou na mão para a ajudara a pegar numa baqueta disse "Está quente" (referindo-se às mãos da estagiária), mais tarde conversou com as outras utentes sobre uma série de assuntos variados relativos ao contexto onde se encontravam naquele momento. Quando a estagiária deixou cair o caderno a *G. R.* disse "Não passa dali". Mais tarde, olhou pela janela e afirmou "Vai chover. E estão folhas a voar!". Um pouco depois disse "Queria levantar-me" e depois da estagiária perguntar porquê a *G. R.* respondeu "Para me ir embora". Depois de improvisar algum tempo seguido a *G. R.* disse "Estou cansada. Já chega". Esta produção verbal e os pequenos diálogos que a *G. R.* faziam eram cada vez mais completos, com mais sentido, coerentes, e que refletem uma noção muito grande do que se passa à sua volta. A *G. R.*, por norma nunca se manifestava em relação ao seu cansado ou em querer mudar de sítio e, nesta fase, começou a ter mais energia para decidir o que quer e cuidar de si.

Na sessão a seguir a *G. R.* interrompeu-se a si própria quando estava a cantar uma canção significativa, apontou para a rua e disse "Olha! O pássaro também quer p'rá aqui vir. Quer vir cá para dentro!". Nesta sessão foi claro que cantar, movimentar-se, endireitar o tronco, deixam a *G. R.* bastante cansada. No entanto, a motivação que a música lhe dá ativava-a de forma a ignorar as consequências e a participar em tudo.

Na sessão vinte e quatro a *G. R.*, vendo que as colegas não participavam como ela, volta a perguntar "Porque é que vocês não cantam?". Vendo que não respondem começou a relatar o que faziam "Olha, está a limpar a boca", "Olha, está a arrumar". Foi uma sessão na qual a *G. R.* teve uma participação muito ativa e na qual fez uma improvisação com a

estagiária e outra idosa, com base num som que ela própria criou. Uma improvisação vocal acompanhada da guitarra na base da pergunta/resposta que durou imenso tempo porque a *G. R.* e a *E. R.* estiveram muito envolvidas. Sem a necessidade de palavras, as utentes interagiram de forma espontânea e por iniciativa.

Resultados finais

A grelha de observação inicial da *G. R.* foi preenchida também com base nos dados observados até à sessão cinco. (ver anexo E) No final da intervenção a grelha de observação foi novamente preenchida com base nos dados observados nas últimas quatro sessões. (ver anexo F)

No início da intervenção a *G. R.* cantava muito pouco e apenas quando abordada individualmente. Produzia muito poucos sons vocais e tocava muito pouco instrumentos.

Do ponto de vista motor, a *G. R.* executava muito poucos movimentos, fazia muito pouco uso da motricidade grossa e mostrava muito pouca ativação do tónus muscular. Ao nível da motricidade fina, esta não se verificava, uma vez que a *G. R.* tinha as mãos sempre fechadas.

A *G. R.*, do ponto de vista emocional, manifestava-se muito pouco do ponto de vista da expressividade, mostrava-se muito pouco ansiosa e motivada e não demonstrava iniciativa.

Do ponto de vista cognitivo, a *G. R.* mostrava muito pouca produção verbal, muito pouca ativação de memórias e não se mostrava orientada nem no tempo nem no espaço.

Ao nível da atenção e do contacto, a *G. R.* mostrava muito pouca energia, estabelecia muito pouco contacto visual e mostrava-se muito pouco atenta à sessão. A sua postura habitual era curvada para a frente de cabeça baixa.

Relativamente ao relacionamento com os pares, a *G. R.* interagia muito pouco verbalmente e nada musicalmente. Sempre aceitou os instrumentos que lhe eram dados, no entanto, não os tocava.

Após a intervenção, verificaram-se bastantes alterações nas reações e no comportamento da *G. R.*.

No que respeita à sua participação nas atividades musicais a *G. R.*, que na fase inicial mostrava que cantava, tocava e vocalizava muito pouco, apresentou uma evolução enorme. No final da intervenção cantava, tocava e vocalizava bastante.

Ao nível das atividades motoras a evolução não foi tão grande, no entanto executava muito mais movimentos quer recebesse indicação para isso, quer por iniciativa. Começou a usar muito mais a motricidade fina e de forma muito mais eficaz quando tocava instrumentos e pegava nas baquetas. Houve uma grande evolução na ativação do tónus muscular uma vez que a *G. R.* inicialmente encontrava-se sempre curvada e no final das sessões mostrava uma postura ereta, firme e movimentava-se muito mais dessa forma.

Ao nível emocional, que foi um dos aspetos identificados como problemático no plano terapêutico, a *G. R.*, após a intervenção manifestava-se de forma mais expressiva, muito mais motivada e com mais iniciativa. Ao longo a intervenção verifica-se uma evolução progressiva destes aspetos. A *G. R.* no início apresentava-se sempre calada. Com estimulação individual participava um pouco parando quando o incentivo parava. Aos poucos foi começado a cantar quando os outros elementos do grupo cantavam, mais tarde já cantava por iniciativa, e no fim para além de cantar sem convite, falava, expressava vontades, sentimentos e procurava conversar com os outros elementos do grupo. Verificou-se assim uma grande ativação emocional na *G. R.*.

Relativamente às atividades cognitivas, um dos problemas identificados no plano terapêutico foi ao nível da produção verbal. A afasia da *G. R.*, consequência da demência, tornava o seu discurso hesitante e confuso. Assim, ao longo da intervenção, a produção verbal da *G. R.* foi bastante estimulada, verificando-se um aumento da mesma quer quando falava com a terapeuta ao longo da sessão quer quando começou a procurar interagir com os outros elementos do grupo. Nas últimas quatro sessões, a *G. R.* notava-se muito mais confortável quando falava e menos hesitante. Ao longo da intervenção foi construindo frases cada vez maiores e com ideias cada vez mais complexas. Verificou-se também um aumento da ativação de memórias ao longo da intervenção. Esta ativação no início era observável apenas pelo bater de pé e pelo acenar de cabeça da *G. R.*. No entanto, à medida que foi aumentando a sua ativação emocional, foi claro que a *G. R.* foi recordando canções, letras, melodias e manifestou isso cada vez mais. Por vezes não reagia logo da primeira vez que ouvia uma canção na sessão. Quando esta era cantada uma segunda vez, já a cantava toda com letra completa e com afinação.

No que respeita à atenção e contacto, a *G. R.*, no fim da intervenção mostrava muito mais energia, estabelecia muito mais contacto visual do que no início e estava muito mais atenta à sessão.

Relativamente ao relacionamento com pares, a *G. R.* evoluiu bastante quer na interação verbal, quer na interação musical. Ao longo da intervenção e à medida que ia havendo uma maior ativação emocional, a *G. R.* foi falando cada vez mais com os outro elementos do grupo, olhava para eles como forma de aprovação, de partilha do momento. Por vezes, como já foi acima referido, percebia que os outros elementos não estavam a participar como ela e motivava-os a fazerem-no. No plano musical a evolução foi também muito grande. Inicialmente a *G. R.* não tocava nada. Ao longo da intervenção, foi começando a

tocar sozinha, quando lhe apetecia. Na segunda fase da intervenção começou a notar-se que a *G. R.* já procurava a sonoridade de alguém na improvisação. No fim era claro o seu ajustamento ao resto do grupo, por vezes verificou-se até alguma liderança.

Observando o plano terapêutico da *G. R.* pode-se concluir que a utente fez uma grande evolução e que os objetivos propostos foram alcançados.

Outras Intervenções

Para além dos estudos de caso acima descritos, ao longo da permanência na instituição, a estagiária realizou sessões com mais três grupos e com mais dois utentes individuais.

Os grupos A, B e C (ver tabelas 1, 2 e 3) não tiveram sessões até ao fim do estágio por ausência de espaço. Como a instituição esteve em obras, os idosos ocuparam o espaço onde ocorriam as sessões e, por questões de confidência, privacidade e mobilização dos idosos, não se fizeram mais sessões com aqueles grupos.

Grupo A

O grupo A era constituído por sete idosos com idades compreendidas entre os 78 e os 90 anos. (ver tabela 1). A primeira sessão ocorreu dia 30 de Novembro e consistiu basicamente numa conversa de esclarecimento sobre as sessões e sobre o que ia acontecer. Como o grupo era constituído por idosos autónomos do ponto de vista físico e mental, revelou-se importante para eles perceberem o que se ia passar. Este grupo assistiu ao todo a doze sessões.

O grupo mostrou alguma oposição à participação no início que rapidamente deixou de existir no que respeita a atividades musicais que passassem por cantar, interpretar letras, audições, etc. No entanto, era mais difícil envolvê-los numa atividade de improvisação

instrumental, de construção de canções e em atividades de movimento. Foi um grupo que sempre procurou muito a partilha de memórias que tinham de cada música e valorizavam muito esses momentos.

Por vezes não se ouviam mutuamente nem respeitavam o espaço do outro para falarem ou partilharem algumas coisas. Era difícil fazer gestão de grupo uma vez que havia grandes extremos na participação dos utentes. O facto de dois dos utentes terem dificuldades auditivas não facilitou a realização de algumas atividades.

Até à décima segunda sessão verificou-se uma evolução no ponto de vista da socialização, da partilha, respeito pelo outro. Verificou-se também um aumento da produção verbal de alguns utentes, uma maior participação nas atividades musicais, uma maior interação entre si quer no plano verbal quer no plano sonoro.

Foi um grupo difícil de mobilizar, no entanto, com o passar do tempo, a sessão passou a ser um momento de privacidade, retiro, partilha e bem-estar. Apesar de ter sido pouco tempo, houve uma coesão de grupo que não existia no início.

Grupo B

O grupo B era constituído por nove idosos com idades compreendidas entre os 54 e os 86 anos. (ver tabela 2). Este grupo assistiu a 13 sessões.

Foi um grupo que desde sempre aderiu muito bem às sessões. Um grupo muito dinâmico e divertido. A socialização e manter algumas capacidades sempre foram os principais objetivos a trabalhar. O grupo era bastante coeso, os seus elementos respeitavam-se, ouviam-se, aceitavam-se e apoiavam-se.

Atividades de movimento, tocar, cantar, audições, diálogos sobre as mesmas, ativação de memórias, construção de canções era atividades muito bem aceite por todos. Alguns

elementos menos participativos no início, que não se movimentassem tanto, evoluíram bastante e, nas últimas sessões mostraram um grau de participação muito maior.

Nas improvisações instrumentais apenas uma idosa mostrava alguma resistência. Chegou a questionar porque tocávamos sem cantar e a cantar sozinha quando o grupo improvisava. Nas improvisações verificava-se uma interação sonora entre os utentes em que a maioria procurava ouvir os outros.

Este grupo evoluiu bastante na coesão e, nas últimas sessões verificava-se alguma antecipação por parte utentes em relação ao que ia acontecer. Do ponto de vista da socialização, este grupo evoluiu muito.

Grupo C

O grupo C (ver tabela 3) era constituído por sete utentes, com idades compreendidas entre os 60 e os 91 anos de idade, caracterizados por uma dependência física com limitações mentais leves. Era um grupo pouco homogéneo uma vez que se verificavam bastantes diferenças no estado físico e mental dos idosos. Este grupo mostrou sempre alguma instabilidade do ponto de vista da assiduidade. Por esta razão, o grupo teve treze sessões mas apenas um idoso esteve presente em todas as sessões.

Aspetos como a memória, a produção verbal e a socialização foram os mais trabalhados com este grupo. Era frequente verificar-se alguma oposição às atividades. Por outro lado, verificava-se também alguma anulação dos utentes quando algum elemento do grupo se manifestava mais.

As limitações físicas dos elementos do grupo tornaram a sua mobilização mais difícil e alguns elementos não iam às sessões devido às mesmas. Verificava-se um desânimo generalizado devido às limitações físicas que deixava de se sentir nas sessões. Foi um grupo pouco coeso que não mostrou grande evolução.

Grupo D

O grupo D (ver tabela 4) era constituído por cinco utentes, com idades compreendidas entre os 82 e 95 anos e com limitações físicas e mentais. Estes utentes tiveram 25 sessões e três das idosas foram assíduas. As outras duas foram a 13 e 16 sessões não seguidas no tempo.

Todas as idosas deste grupo se encontravam muito inativas quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista emocional. As três idosas que foram às sessões quase todas evoluíram bastante nesse aspeto, no entanto, as duas que faltaram mais não refletiram uma evolução tão grande.

Era um grupo participativo, coeso e estável na sessão. A produção verbal, a ativação do tónus muscular, a mobilização emocional, a ativação física e o contacto foram aspetos que melhoraram muito nos elementos deste grupo. No entanto, foi na interação com pares que se verificou uma maior evolução. Esta evolução no ponto de vista social só ocorreu precisamente pela melhoria dos aspetos anteriormente referidos. A determinada altura da intervenção podíamos ver as idosas a conversarem entre si, por iniciativa, com bastante produção verbal sem qualquer estímulo exterior. Acabou por se tornar um grupo dinâmico, coeso e interativo. Muito diferente do que era no início.

Individual – I. M.

A *I. M.* (ver tabela 5) era uma utente com 55 anos, diagnosticada com doença bipolar. Teve um percurso de vida difícil, sem apoio e numa família emocionalmente destruturada. Um dos maiores problemas que apresentava era na socialização e interação com pares. A *I. M.* mostrava alguma mania da perseguição e dificuldades de interpretação (quer do discurso, das atitudes, dos movimentos dos outros).

A utente afastava-se um pouco das atividades musicais para conversar mais com a estagiária. Procurando fazer uma boa gestão entre as conversas que se tinham e a música, a *I. M.* começou a aceitar mais algumas atividades em detrimento de outras. Assim, a técnica de escrita de canções, a interpretação de letras e as audições musicais foram as técnicas mais usadas e nas quais a utente mostrou mais recetividade.

A utente mostrou uma grande evolução na diminuição de conflitos internos que lhe criavam mau estar, sendo que as últimas sessões foram calmas, de partilhas rotineiras, quase só de acompanhamento, uma vez que a *I. M.* se sentia muito melhor e mais calma.

Individual - M. F.

A *M. F.* (ver tabela 5) era uma idosa com 80 anos diagnosticada com psicose maníaco-depressiva com alucinações auditivas às quais respondia constantemente. Tinha alguma noção da realidade e do que se passava à sua volta e, no entanto misturava dados e situações passadas ou que nem sequer tivessem acontecido. Quando alguém procurava dialogar com ela, a *M. F.* conseguia responder com coerência, no entanto, assim que essa interação terminasse, a *M. F.* voltava às suas divagações verbais.

A *M. F.* assistiu a vinte e quatro sessões e, ao longo das mesmas, foi-se mostrando mais calma e com menos vocalizações. No entanto, o seu grau de participação também diminuiu assim como o contacto visual e a sua energia. Foi falando cada vez menos, mostrando cada vez mais dificuldade na produção verbal e ficando cada vez mais sonolenta.

Conclusão e Discussão de Resultados

Ao longo deste trabalho pretendeu-se mostrar todo o processo que o estágio de intervenção musicoterapêutica com idosos envolveu. Foi um processo que ocorreu ao longo de nove meses e que permitiu um primeiro contacto com a aplicação da musicoterapia.

A intervenção realizada teve um impacto positivo nos idosos na medida em que os objetivos do estágio foram cumpridos. De um modo geral, esta intervenção promoveu a participação social do idoso quer durante as intervenções quer nas atividades diárias ou nos momentos de lazer. Nos casos de patologia, a intervenção musicoterapêutica, manteve ou diminuiu alguns sintomas psicológicos e comportamentais. Ao longo da intervenção estimulou-se o funcionamento físico e cognitivo do idoso e verificaram-se algumas melhorias nestas áreas. Um dos aspetos que também melhorou foi a expressão pessoal. A maioria dos idosos que se encontravam menos reativos, revelaram um aumento da ativação ao longo da intervenção. A intervenção em musicoterapia promoveu também a produção verbal e a comunicação quer durante as sessões quer nas salas de convívio. Verificou-se assim, uma evolução generalizada em todos os idosos na maioria dos aspetos definidos como um objetivo a trabalhar.

Este estágio também teve um impacto positivo na instituição e respetivos funcionários uma vez que aumentou a sensibilização à intervenção musicoterapeutica, criando assim uma maior valorização do que pode ser feito e melhorado nos idosos. Ao longo da intervenção foi notável a colaboração dos funcionários da instituição quer no apoio dado para uma melhor concretização da mesma, quer na compreensão no que respeita às alterações das suas próprias rotinas de trabalho para que as intervenções ocorressem sem interrupções ou ausência dos utentes.

A revisão de literatura efetuada foi essencial para uma intervenção mais consciente e mais realista. Observando os resultados obtidos em ambos os estudos de caso (ver p. 57 e 72), pode-se verificar que estes vão ao encontro do que se esperava após realizada a revisão de literatura. Tal como é referido na literatura e como se verificou no final desta intervenção, a musicoterapia promove a vinculação, promove um relacionamento significativo, aumenta a fluência, o desempenho e a espontaneidade do discurso, fomenta a comunicação, promove a ativação física e emocional, a energia, o contacto, o conforto, o sentimento de realização, de segurança, a memória e a expressividade. A ativação do tónus muscular foi uma evolução que se verificou em ambos os estudos de caso e que foi pouco abordado na revisão de literatura, uma vez que era um aspeto que está relacionado com a 3ª idade de um modo geral e não especificamente com a demência.

Tal como foi referido na revisão de literatura, a musicoterapia visa melhorar e manter as competências cognitivas, físicas e emocionais do idoso. Realizar esta pesquisa permitiu procurar objetivos pouco ousados, mais simples e possíveis de alcançar.

Os registos efetuados com base na grelha de observação foram essenciais para sistematizar os resultados e, o seu preenchimento no início e no fim da intervenção permitiu uma maior noção da evolução dos utentes.

Reflexão final

A realização do estágio no Lar Social do Arrabal foi uma experiência muito rica quer do ponto de vista profissional quer do ponto de vista pessoal. Se por um lado me permitiu dar os primeiros passos na intervenção em musicoterapia, por outro fez-me crescer enquanto indivíduo e como ser humano.

Lidar com a 3ª idade e encará-la não foi um processo fácil. Ter noção do estado a que o ser humano pode chegar no fim de vida foi difícil de gerir. Conseguir deixar esta ideia e focar-me no que os idosos ainda conseguem fazer e têm para dar foi, talvez um dos maiores desafios. Assim, foi logo no início que me confrontei com a dicotomia entre o ser pessoa e o ser terapeuta. Não demorei muito a fazer essa separação, no entanto, não foi menos difícil por isso. À medida que ia estando com os idosos e ouvia a suas histórias, partilhas, lamentos fui deixando cada vez mais de ser eu para ser o que eles precisavam no momento. E, aos poucos, quase sem dar por isso, descentralizei-me de mim própria e dos meus próprios receios para me focar no outro.

A fase seguinte foi estabelecer os limites de ser o que os idosos precisavam. Se houvesse uma envolvência demasiado grande da minha parte, não existia o distanciamento que é preciso manter para se ser terapeuta e não havia distinção entre terapia e lazer. Esta dificuldade surgiu devido à necessidade que os idosos tinham de conversar, quebrar a rotina com a presença de alguém novo. Novo em idade e novo na instituição. Assim, criei algumas estratégias quer ao nível do meu comportamento para com os idosos, quer ao nível do tempo de permanência nas salas de lazer. Depois de iniciar a fase de intervenção, passava algum tempo informal com os utentes, mas com uma postura um pouco diferente.

A minha formação anterior não incluía trabalho com idosos e por isso, li imensa literatura sobre esta população, as suas características e como realizar intervenção em musicoterapia com idosos.

Fazer intervenção em musicoterapia pela primeira vez foi um processo complicado. Os idosos são uma população particularmente difícil e nem sempre é fácil envolve-los em algumas atividades, ou porque as limitações físicas e/ou mentais são grandes ou porque são autónomos e se verifica algum ceticismo relativamente ao que está a ser feito. Assim, tive muita dificuldade no início em arriscar, em sair da minha zona de conforto.

Com o passar do tempo, fui percebendo que, quanto mais naturais fossem as minhas ações e comportamentos, mais naturalmente eram recebidos e aceites. Aos poucos fui ganhando segurança e percebendo o que precisava de ser feito. Assim, houve um momento de viragem na minha postura muito relevante. A minha zona de conforto passou a ser "agarrar" o inesperado e trabalhar a partir daí. E foi aí que se começaram a notar evoluções muito mais definidas e visíveis nos utentes, nas sessões, na coesão.

Ao nível da improvisação vocal, esta dificuldade em sair da minha zona de conforto verificava-se muito. Apoiava-me bastante na segurança da estrutura que a música me conferia, arriscando pouco neste aspeto. Aos poucos fui variando do ponto vista melódico e nas letras das canções onde me sentia mais confiante. Foi uma questão de tempo até ficar à vontade na improvisação. Quando os idosos com afasia produziam frases pouco estruturadas ou com pouco sentido, eu repetia-as na melodia da canção que estivéssemos a cantar e dava-lhes sentido. Fazia perguntas a cantar e apelava à partilha de sentimentos através da música. Esta forma de exteriorização era mais bem conseguida através da melodia.

Ao longo do estágio, uma dificuldade que senti na intervenção foi em interpretar algumas reações e comportamentos de alguns utentes com mais problemáticas.

Principalmente problemáticas do foro psíquico. Este facto talvez se devesse ao conhecimento pouco aprofundado que tinha sobre esse assunto, uma vez que não era a minha área.

Um lar de 3ª idade nunca é estanque. Há sempre gente a trabalhar, a interromper, a precisar de passar. Esta dinâmica foi difícil de gerir apesar de se verificar esforço por parte dos funcionários em não perturbar o bom funcionamento das sessões.

Outra dificuldade sentida foi na gestão dos idosos que queriam ir às sessões ou não. No grupo de idosos mais demenciado, duas das utentes iam sempre às sessões, no entanto, o seu grau de ansiedade aumentava de forma considerável ao longo das mesmas, chegando até a ter momentos de choro, manifestação de vontade de ir embora, vocalizações disruptivas, tentativa de se levantarem das cadeiras de rodas para abandonar a sessão. Foi difícil assumir que as idosas não estavam a ser beneficiadas com as sessões e que a sua ansiedade não só não estava a reduzir como estava a aumentar e que estava na altura de esperar que o contrário acontecesse.

O maior problema que identifico no estágio é a escassez de tempo para realizar uma intervenção mais cuidada, ponderada e com uma maior noção dos processos que a envolvem.

Para a realização deste relatório de estágio, houve a necessidade de rever as sessões todas desde o início da intervenção. Este facto permitiu-me observar de forma objetiva o processo de intervenção, incluindo a minha própria prestação. Neste sentido, foi gratificante identificar as falhas que tinha no início e perceber o quão diferente me encontro agora. As sessões finais em nada se comparam às iniciais e considero que evolui bastante na gestão das sessões, na identificação das necessidades dos utentes e na minha intervenção. Um dos aspetos mais específicos onde notei uma evolução clara na minha intervenção foi quando percebi o que me “escapava” no início e que, no final da intervenção, já via e já alterava a minha postura.

No início de todas as sessões era cantada a canção das boas vindas (canção do olá). Uma canção simples, com pouca letra, com uma melodia de fácil de memorização que os idosos foram associando às sessões. Quando a ouviam, mesmo os que estavam mais demenciados, davam sinais claros de reconhecimento através das expressões faciais, do bater o pé, ou até mesmo a cantarem. À medida que fui mostrando as sessões a orientadora de estágio dizia que a canção inicial podia ser mais versátil, que eu podia improvisar um pouco dentro daqueles acordes e daquela melodia. Demorei algum tempo a perceber o que a professora queria dizer. Afinal, para mim, a canção de boas vindas fazia todo o sentido porque, o facto de ser sempre igual conferia aos idosos uma maior noção do que estava a começar, indicava-lhes que a sessão estava a iniciar e, na canção, havia um momento em que o nome de cada um deles era dito e havia um espaço para uma resposta.

Assim, decidi ler sobre este assunto. Procurei livros sobre musicoterapia em grupo aplicada a idosos que falassem da canção de boas vindas. Percebi que a maioria deles abordava a canção de boas vindas como o início da sessão, mas que se estendia para atividade. Era isto que eu não estava a fazer. Estava a cantar uma canção inicial, sempre igual que começava e terminava da mesma forma, sem usufruir do seu potencial como atividade e como estratégia para atingir os objetivos propostos. Principalmente quando esta canção já se tinha tornado tão significativa para os idosos.

Este estágio foi o culminar de um processo profissional e pessoal de uma dimensão incrível. Este processo está longe de estar terminado. Do ponto de vista profissional, posso começar a dar os primeiros passos.

Referências

Albuquerque, M. et al. (2012). Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. *Revista Eletrônica de Enfermagem,* 14(2), 404-413.

Aldridge, D. (2000). *Music Therapy in Dementia Care.* Jessica Kingsley Publishers: London.

Aldridge, D. (2005). *Music Therapy and neurological rehabilitation: performing health.* Jessica Kingsley Publishers: London.

Alzheimer Portugal (2009). Plano nacional de intervenção Alzheimer.

Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. Summus Editorial: S. Paulo.

Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy.* Gilsum: Barcelona Publishers.

Cunha, R. (2007). Musicoterapia na abordagem do portador de doença de alzheimer. *Revista Científica FAP*. Ano II, V. 2.

Direção Geral de Saúde (s.d.). Envelhecimento ativo. Acedido a 24 de Abril de 2013, em:http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&js=1&back=1&codigono=65126513AAAAAAAAAAAAAAAAA

DSM-IV TR (2002): *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Revisão de Texto*. Climepsi Editores: Lisboa.

Firmino, H., et al. (2006). *Psicogeriatria.* Psiquiatria Clínica: Coimbra.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento.* Climepsi Editores: Lisboa.

Freitas, M., Queiroz, T. & Sousa, J. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer. *Revista Escola de Enfermagem USP, 44*(2), 407-412.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Acedido a 17 de Abril de 2013, em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos. Atividades.* Ambar: Porto.

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

Locke, J. & Mudford, O. (2010). Using music to decrease disruptive vocalizations in a man with dementia. *Behavioral Interventions,* 25(3), 253-260.

Marques, A., Kozlowski, L. & Marques, J. (2004). Reabilitação Auditiva no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 70* (6), Parte 1.

Marques, D. (2011). A importância da musicoterapia para o envelhecimento ativo. *Revista Portal de Divulgação, n. 15*, 18-24.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume I – Prioridades.* Ministério da Saúde: Lisboa.

Munk Madsen, N. (2001). Assessment in Music Therapy with Client Suffering from Dementia. *Nordic Journal of Music Therapy,* 10(2), 205-208.

Netto, M. (2002). *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Editora Atheneu: São Paulo.

Paúl, C. & Ribeiro, O.; et al. (2012). *Manual de Gerontologia.* Lidel: Lisboa.

Pinson, J. (2013). *Involving senior citizens in group music therapy.* Jessica Kingsley Publishers: London.

Pollak, N., Namazi, K. (1992). The effect of music participation the social behavior of Alzheimer’s disease patients. *Journal of Music Therapy,* XXIX(1), 54-67.

Raglio, A. et al. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer disease and associated disorders,* 22(2), 158-162.

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

Solé, C., Mercadal, M., Castro, M. & Galati, A. (2012). Aportacions de la musicoterapia a les persones amb demència. *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, 30*(1), 137-141.

Spiro, N. (2010). Music and Dementia: Observing effects and searching for underlying theories. *Aging & Mental Health, 14*(8), 891-899.

Wall, M. & Duffy, A. (2009). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing, 19*(2), 108-113.

Wigram, T, Pedersen, I & Bonde, L. (2002) *A comprehensive Guide to Music Therapy*. London: Jessica Kinsgley Publishers, Ltd.

ANEXOS

Lista de Anexos

Anexo A – Princípios orientadores da instituição

Anexo B – Grelha de observação

Anexo C – Grelha de observação inicial – E. A.

Anexo D – Grelha de observação final – E. A.

Anexo E – Grelha de observação inicial – G. R.

Anexo F – Grelha de observação final G. R.