

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM MÚSICA

IVANY FABIANO MEDEIROS

**A MUSICOTERAPIA NA PRESERVAÇÃO DA MEMÓRIA E NA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Goiânia
2013

IVANY FABIANO MEDEIROS

**A MUSICOTERAPIA NA PRESERVAÇÃO DA MEMÓRIA E NA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Música *Stricto Sensu* da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Música.

Área de Concentração: Música na Contemporaneidade.

Linha de Pesquisa: Música, Educação e Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Claudia Regina de Oliveira Zanini.

Goiânia
2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

M488m Medeiros, Ivany Fabiano.
A musicoterapia na preservação da memória e na qualidade de vida de idosos institucionalizados [manuscrito] / Ivany Fabiano Medeiros. - 2013.
89 f. : figs., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Regina de Oliveira Zanini.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e Artes Cênicas, 2013.

Bibliografia.
Inclui lista de figuras e tabelas.
Apêndices e anexos.

1. Musicoterapia – Idoso – Memória. 2. Musicoterapia – Idoso – Qualidade de vida. I. Título.

CDU: 615.837-053.9

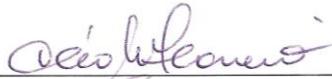
IVANY FABIANO MEDEIROS

A Musicoterapia na preservação da memória e na qualidade de vida de idosos institucionalizados

Trabalho final de curso defendido e aprovado em dezoito de abril de dois mil e treze, pela Banca Examinadora constituída pelas professoras:



Profª. Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini
Orientadora e Presidente da Banca



Profª. Dra. Cléo Monteiro França Carneiro
UNIFESP/EPM



Profª. Dra. Eliane Leão
EMAC/UFG

Profª. Dra. Neuma Chaveiro
FL/UFG

DEDICATÓRIA

À minha querida avó, Maria Batista de Medeiros (*in memorian*), mulher símbolo de simplicidade, perseverança e amor para com o próximo.

Aos meus amados pais Iraci Vitorino de Medeiros e José Fabiano, pelo apoio, incentivo e por terem me ensinado o caminho da honestidade.

A meu esposo Helvis Costa pela confiança e cumplicidade durante toda essa caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Claudia Regina de Oliveira Zanini, pela dedicação, por ter compartilhado suas experiências e pela fundamental contribuição na orientação deste trabalho.

Aos idosos moradores do Complexo Sagrada Família pela disponibilidade e prontidão em colaborar para a realização desta pesquisa.

À Helca de S. Nascimento Coordenadora Técnica da OVG pelo interesse, atenção e prontidão em autorizar a realização da pesquisa na instituição.

À direção da instituição Sagrada Família, pela receptividade e por ter aberto o campo para a realização desta pesquisa.

À Prof^ª Dr^ª. Neuma Chaveiro por ter aceitado o convite para participar da banca examinadora, trazendo apontamentos fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Eliane Leão pela participação nas bancas de qualificação e defesa, contribuindo para a finalização deste trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Cléo Monteiro França Correia pela disponibilidade em participar da banca de defesa, contribuindo assim para aprimoramento desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Música EMAC/UFG, por terem contribuído para minha formação acadêmica em cada aula ministrada.

À minha amiga Héliida Mara Valgas, por ter confiado em meu profissionalismo e me proporcionado novos aprendizados.

*“A cada dia que vivo,
mais me convenço de que
o desperdício da vida
está no amor que não damos,
nas forças que não usamos,
na prudência egoísta que
nada arrisca,
e que, esquivando-se do
sofrimento,
faz perder também a
felicidade.”*

Carlos Drummond de Andrade.

RESUMO

No processo de envelhecimento, os sujeitos sofrem diversas transformações físicas, mentais e psicológicas, além das implicações da repercussão social diante da velhice. O aumento da população idosa está evidenciado por estatísticas da Organização das Nações Unidas (ONU); frente a este inevitável aumento da população idosa, torna-se necessário associá-lo à manutenção/melhoria da qualidade de vida, principalmente considerando os idosos que vivem institucionalizados. A Musicoterapia pode atuar como uma das modalidades de tratamento para o indivíduo idoso, visando a reabilitação e/ou preservação de suas funções cognitivas. Este trabalho, de metodologia qualitativa, teve como objetivo principal investigar a contribuição da Musicoterapia para a preservação da memória e para a qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas. Realizou-se uma pesquisa experimental em uma instituição asilar de Goiânia, com um grupo fechado composto por seis idosos, com idades entre 65 e 75 anos. As intervenções musicoterapêuticas foram aplicadas por um período de quatro meses, totalizando dezesseis sessões semanais de sessenta minutos cada. Antes e depois das intervenções foram aplicados os testes WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Bref*), WHOQOL-OLD (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Old*) e MINIMENTAL (Mini Exame do Estado Mental). Durante as intervenções estabeleceram-se categorias que avaliaram a memória durante todo o processo, utilizando-se o *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*. Ao final do processo musicoterapêutico, realizou-se uma Entrevista Final. Quanto aos resultados obtidos foi possível observar, através da aplicação do MINIMENTAL, que houve melhora na memória de evocação, escrita, desenho e cálculo, enquanto as outras funções foram preservadas. No teste que avaliou a qualidade de vida, WHOQOL-BREF, houve uma tendência à melhora nas dimensões física, psicológica e ambiental. No WHOQOL-OLD houve tendência à melhora nas seguintes dimensões: sensorio, autonomia, social, morte e intimidade. Ambos os testes não apresentaram significância estatística. Através das experiências musicais (BRUSCIA, 2000) os idosos tiveram a oportunidade de resgatar suas reminiscências e espaço para expressar suas emoções. A Musicoterapia viabilizou a preservação das funções cognitivas, especialmente nas memórias de longo prazo, semântica e episódica. Tendo em vista os resultados satisfatórios obtidos nesta pesquisa, acredita-se no tratamento musicoterapêutico como intervenção que preserva a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Musicoterapia; Idoso; Memória; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

In the aging process, the subjects suffer several physical mental and psychological transformations, aside the social reaction to old age. The population growth of aged persons is made clear with statistics from the United Nations(UN); confronted with this inevitable amount of old people, it becomes necessary to integrate one to maintenance/improval of his quality of life, considering specially those institutionalized. Musical therapy can act as one type of treatment, aiming his rehabilitations and/or preservation of his cognitive functions. This work, of quali-quantitive nature, has as primary objective of investigating the contributions of Musical therapy for the preservation of memory and quality of life for institutionalizes aged people. There was an experimental research conducted in a home for the elderly at Goiânia, with a closed group of six people, with ages between 65 and 75. The musical therapeutical interventions were applied for a period of four months, resulting in sixteen weekly sessions sixty minutes each. Before and after the interventions the tests WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Bref*), WHOQOL-OLD OLD (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Old*) and MINIMENTAL (Mini Exam of the State of Mind) were applied. During the interventions there were categories established that evaluated the memory during the whole process. At the end of the therapeutical procedure, a final interview was conducted. As to the results gained, it was possible to observe that through the application of the MIIMENTAL, there were memory, writing, drawing and calculation improvements, while the other functions were preserved. In the test that evaluated quality of life WHOQOL-BREF there were trends pointing to the improval on the physical, psychological and environmental categories. In the WHOQOL-OLD there were perspectives to improve in the following dimensions: sensory, autonomy, social, death and intimacy. Both tests did not present statistical relevance. Through the musical experiences (BRUSCIA, 2000) the elderly have had the opportunity to recall their reminisces and the closure to express their emotions. The Music therapy has enabled the preservation of cognitive functions specially in the long term memory, the semantical memory and the episodical memory. In face with the satisfactory results obtained in this research, it is believed in music therapy as an intervention that preserves the quality of life of institutionalized elders.

Key words: Music therapy, elderly, memory, quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Gráfico 1: Descrição dos dados qualitativos do participante 1 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e à Interação dos Idosos.....61
Ilustração 2	Gráfico 2: Descrição dos dados qualitativos do participante 2 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e à Interação dos Idosos.....62
Ilustração 3	Gráfico 3: Descrição dos dados qualitativos do participante 3 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e à Interação dos Idosos.....62
Ilustração 4	Gráfico 4: Descrição dos dados qualitativos do participante 4 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e à Interação dos Idosos.....63
Ilustração 5	Gráfico 5: Descrição dos dados qualitativos do participante 5 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e à Interação dos Idosos.....63
Ilustração 6	Gráfico 6: Descrição dos dados qualitativos do participante 6 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e à Interação dos Idosos.....64
Ilustração 7	Gráfico 7: Descrição dos dados obtidos da aplicação do MINIMENTAL antes e depois das intervenções musicoterapêuticas.....68
Ilustração 8	Tabela 1: Descrição geral da média obtida da aplicação WHOQOL-BREF antes das intervenções musicoterapêuticas (<i>Teste t</i>).....69

Ilustração 9

Tabela 2: Descrição geral da média obtida da aplicação WHOQOL-OLD antes das intervenções musicoterapêuticas (*Teste t*).....70

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 A GERONTOLOGIA COMO UM CAMPO DE ATUAÇÃO	16
2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	19
2.3 A MEMÓRIA E SUAS IMPLICAÇÕES: CONCEITOS E DEFINIÇÕES.....	22
2.4 MÚSICA, MUSICOTERAPIA E MEMÓRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE.....	26
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
3.1 QUANTO AO TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM A SER UTILIZADA .	33
3.2 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA.....	34
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	35
3.4 DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES	35
3.5 RECURSOS UTILIZADOS NO PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO	36
3.6 PROCEDIMENTOS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA DE CAMPO...	36
3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS QUALITATIVOS	36
3.8 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS.....	37
3.9 ATENDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS	38
3.10 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	39
3.11 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	39
4. MUSICOTERAPIA, QUALIDADE DE VIDA E MEMÓRIA: INTERVENÇÕES COM UM GRUPO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	41
4.1 RESULTADOS E ANÁLISES.....	41
4.1.1 Dados Qualitativos	41
4.1.2 Dados Quantitativos	67
4.3 DISCUSSÃO DOS DADOS	71
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80

REFERÊNCIAS 83

APÊNDICES

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população mundial vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas. Segundo as estatísticas da Organização das Nações Unidas (ONU), até 2025, teremos mais de 840 milhões de pessoas idosas¹ no mundo, fato que trará ao Brasil a posição de sexto maior país em termos de população idosa (ONU, 2003).

De acordo com os dados mencionados pelo IBGE (2002), estima-se que no Brasil, nos próximos vinte anos, a população idosa representará cerca de 13% da população total, chegando a ultrapassar trinta milhões de pessoas – fato evidenciado pelo processo de envelhecimento ocorrer em um nível mais acelerado nos países em desenvolvimento, classificação em que se encontra o Brasil (ROSSETO, 2008).

Este intenso crescimento da população acima de 60 anos, acoplado à ampliação de sua expectativa de vida, implica diretamente na necessidade de maior observância da sociedade em preservar e proporcionar qualidade de vida² a esta faixa etária. A ONU menciona cinco princípios fundamentais em benefício do idoso: a independência, a participação, os cuidados, a autossatisfação e a dignidade. Nesta direção, tem-se ainda o *Plano de Ação Internacional Contra o Envelhecimento*, datado de 2002, (BRASIL, 2003) que visa garantir a todos os idosos, em qualquer parte do mundo, a possibilidade de desfrutar de segurança e dignidade, podendo participar efetivamente da sociedade, como cidadãos de direitos iguais. Em paralelo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece um conceito de envelhecimento saudável, especificado como “envelhecimento ativo”, caracterizado como:

um processo no qual é permitido ao indivíduo perceber o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, usufruindo ao mesmo tempo de proteção, segurança e cuidados adequados (RIBEIRO, 2008, p. 2).

Na esfera legal, um relevante instrumento normativo foi estabelecido no Brasil ao ano de 2003, visando assegurar e disciplinar os direitos desta parcela populacional

¹ De acordo com o artigo 2º da Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, considera-se idosa a pessoa maior de 60 anos de idade.

² Por qualidade de vida, entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde (LIPP; ROCHA, 1994 *apud* ZANINI e cols., 2009). Trata-se de um constructo que agrupa cinco categorias maiores: utilidade social, felicidade/afeto, satisfação, alcance de objetivos pessoais e vida normal (BRASIL, *apud* ZANINI e cols., 2009).

em crescimento e garantir uma política da terceira idade mais eficaz e humana: o Estatuto do Idoso (de acordo com a lei nº 10.741/2003). O documento prevê, em seu artigo 2º, que:

o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-se-lhe, por lei e por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (RIBEIRO, 2008, p. 3).

A importância de concentrar uma atenção coletiva da sociedade na manutenção e prevenção da saúde e da qualidade de vida do idoso reside no fato de as perdas serem inevitáveis e gradativas no decorrer da vida do ser humano, além de possuírem diversas especificidades e se conectarem intimamente ao desenvolvimento integral do indivíduo, podendo acontecer em diversas instâncias: uma incapacidade física, a morte de um ente querido, ou ainda deixar de realizar algo que era executado anteriormente (TEIXEIRA, 2008), entre outros.

Uma parcela significativa destas perdas demonstra-se inevitável e, inclusive, necessária. Um exemplo é a mudança entre as fases da vida: a primeira ocorre no momento do nascimento, onde perdemos o acolhimento do útero materno; posteriormente, acontecem perdas na infância, adolescência, na juventude, na fase adulta e velhice, culminando na morte como a perda fatal e irreversível (KOVÁCS, 1992; TAVARES, 2001; TEIXEIRA, 2008).

Dentre as perdas recorrentes e mais relevantes para a diminuição da qualidade de vida da população idosa, está a diminuição gradativa da capacidade de memorização, ou até mesmo a perda profunda em alguns casos. Essas alterações geralmente trazem diversos malefícios, que podem englobar desde dificuldades nas relações interpessoais e nas AVDs (Atividades de Vida Diária) a outros aspectos físicos e psicológicos essenciais para a vida de todos os indivíduos. De acordo com Helene; Xavier (2003), a memória se constrói a partir da:

identificação de regularidades na ocorrência de eventos, onde o sistema nervoso passa a gerar previsões (probabilísticas) sobre o ambiente. Então, passa a agir antecipatoriamente e a selecionar as informações que serão processadas – um processo de "cima-para-baixo" – o que confere grande vantagem adaptativa [...]; o sistema nervoso pode gerar ações que levem aos resultados desejados e atuar no sentido de selecionar determinados tipos de

informação para processamento adicional, isto é, direcionar sua atenção (p. 1).

Tal complexidade no processo de construção da memória decorre do fato de suas atividades integrantes – identificação, seleção, previsão, antecipação, adaptação e processamento – não partirem de uma função cerebral unitária, mas sim de diferentes sistemas decompostos, algo amplamente constatado por estudos científicos realizados principalmente no século XX (JAFFARD, 2011):

o fenômeno (da memória) envolve o lobo temporal, cuja estrutura mais importante é o *hipocampo*, cujo córtex desempenha um papel notável no aprendizado para a memória de fatos recentes. Admite-se, entretanto, que um armazenamento permanente de informações - memória para fatos antigos - não se faz no hipocampo, e que provavelmente depende de territórios corticais muito maiores. É do conhecimento que muitos idosos perdem a memória para fatos recentes, mantendo inalterada a memória para fatos que ocorreram há muitos anos (LEINIG, 2009, p. 172).

Segundo Levitin (2010), renomado pesquisador dos campos da Neurociência e da Música, “mais de um século de investigações neuropsicológicas permitiram-nos estabelecer mapas das áreas funcionais do cérebro e organizar operações cognitivas específicas” (p. 98). Assim, pôde-se identificar que o lobo temporal é uma das áreas associadas simultaneamente “à audição e à memória” (ibidem, p. 99). Para o autor, a intensa capacidade da música como fator estimulante das áreas cerebrais pode ser assim explicada:

A atividade musical mobiliza quase todas as regiões do cérebro de que temos conhecimento, além de quase todos os subsistemas neurais. Os diferentes aspectos da música são tratados por diversas regiões neurais: o cérebro vale-se da segregação funcional para o processamento musical, utilizando um sistema de detectores cuja função é analisar determinados aspectos do sinal musical, como altura, andamento, timbre, etc. Certas partes do processamento musical têm pontos em comum com as operações necessárias para analisar outros sons; para entender a fala, por exemplo, precisamos segmentar um turbilhão de sons em palavras, sentenças e frases, além de entender certos aspectos que vão além da palavra, como o sarcasmo. Várias dimensões de um som musical precisam ser analisadas - geralmente envolvendo vários processos neurais quase independentes -, para em seguida serem reunidas e formarem uma representação coerente daquilo que estamos ouvindo (ibidem, p. 100).

Neste sentido, Souza (2008) afirma que a música “sonoriza as épocas vividas, traçando uma rede de comunicação que com estímulo musical é acionada, fazendo-nos associar as etapas do nosso próprio envelhecer, muitas vezes de forma sucessiva e simultânea” (p. 188).

Na musicoterapia, a música e/ou seus elementos múltiplos (ritmo, altura, timbre, intensidade, harmonia, melodia, cadências, imitações, sequências, textura, forma, frase, motivos, modulações, etc.) são utilizados com objetivos terapêuticos. Bruscia (2000) expõe a abrangência e as especificidades deste processo: “a música é mais do que as próprias peças ou sons: cada experiência musical envolve uma pessoa, um processo musical específico e um produto musical de algum tipo, possuindo significado para os clientes” (p. 100).

A definição de Musicoterapia a seguir, elaborada pela Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia e apresentada no Congresso Mundial de Musicoterapia realizado em 1996, na Alemanha, é a que mais tem sido utilizada nos últimos anos:

a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (UBAM, 1996, p. 4).

Pesquisas científicas atuais realizadas na prática clínica da musicoterapia refletem os dizeres das definições acima e vêm demonstrando que sua contribuição está relacionada, principalmente, à autoestima, à autoexpressão, ao autoconhecimento e ao relacionamento interpessoal do idoso, resultados que se mostram importantes como elementos de prevenção e preservação das funções cognitivas do indivíduo em processo de envelhecimento. Dentre estas pesquisas, temos a seguir alguns relatos destas contribuições, que englobam a importância das diversas memórias que transparecem no processo musicoterapêutico.

Zanini (2003, p. 8), atuando por meio do Coro Terapêutico como uma ação do musicoterapeuta, objetivou em seu trabalho:

proporcionar a autorrealização, a motivação para o viver, a satisfação/prazer, a prevenção da Saúde Mental; a melhoria da qualidade de vida; melhorar as relações intra e interpessoais e a interação social; estimular o resgate de memória e valorizar a dignidade de toda e qualquer lembrança, a percepção do outro e do universo sonoro do outro; e, a compreensão da subjetividade, da existencialidade interna de cada um.

Pazzini (2008, p. 2), que vem atuando com pessoas idosas, afirma que:

A musicoterapia procura estimular instâncias psíquicas onde muitas vezes a palavra não pode alcançar, além de valorizar a história de cada idoso através de canções de uma vida inteira, relembrando momentos que apesar de individuais, não deixam de ser coletivos, que marcaram uma determinada fase importante da vida, geração e época, contribuindo assim no resgate da memória e recuperação de aspectos perdidos.

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar a contribuição da Musicoterapia para a preservação da memória e para a qualidade de vida de um grupo de pessoas idosas institucionalizadas. Quanto aos objetivos específicos: identificar quais as técnicas musicoterápicas e os jogos musicais que contribuem para a manutenção da memória; verificar a contribuição da Musicoterapia nas memórias de curto prazo, imediata, episódica e semântica; investigar se a Musicoterapia contribui para a melhoria da qualidade de vida de idosos institucionalizados e compreender como ocorre a expressão das emoções nas sessões e qual o significado da Musicoterapia para os participantes da pesquisa.

Pretende-se apresentar inicialmente o referencial teórico relativo à temática da dissertação, como suporte teórico para a realização da pesquisa de campo. Este capítulo descreve as instituições gerontológicas de forma geral e conceitos sobre Qualidade de Vida, Memória e a aplicação da Música e da Musicoterapia nas funções cognitivas. Na segunda parte tem-se a descrição dos materiais e métodos utilizados na pesquisa. O terceiro capítulo expõe a descrição dos resultados alcançados, a discussão e as considerações finais do trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A GERONTOLOGIA COMO UM CAMPO DE ATUAÇÃO

A palavra *asilo* é derivada do grego *asylon*, que possui o significado de “não arrebatado, não tirado, não extraído”. Os asilos constituíam locais sociais que abrigavam pessoas pobres e desamparadas, como: mendigos, crianças abandonadas, órfãos e idosos, com objetivo de oferecer sustento e/ou educação. Segundo Houaiss (2001), o termo possui ainda a significância de:

instituição de assistência social, onde são abrigados para sustento e/ou educação crianças, mendigos, doentes mentais, idosos; local que fornece proteção, amparo e segurança, representando inviolabilidade; independente de sua característica social, política ou do grau de dependência (p. 430).

Devido à amplitude de significados do termo asilo, tem-se levantado outros termos para amenizar, clarificar e tornar mais específicos os locais de assistência aos idosos: ‘abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e asilato’. Buscando-se a padronização do termo, observa-se a proposta de ‘Instituições de Longa Permanência para Idosos’ (ILPI), estabelecimentos para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2007).

Os registros demonstram que a primeira instituição asilar foi fundada pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua casa em um hospital para idosos. Nos séculos XIX e início do XX, o conjunto de instituições gerontológicas era formado por hospitais e sanatórios que aglutinavam pessoas com doenças contagiosas e transtornos mentais, além de idosos e pessoas carentes. Neste período, os asilos geralmente eram mantidos através de doações e possuíam caráter religioso. A Sociedade de São de Vicente de Paulo, por exemplo, criada em Paris no ano de 1833, era sustentada por doações e se colocou a serviço dos pobres e necessitados (FERREIRA; SIMÕES, 2011).

No Brasil, a primeira instituição asilar foi criada em 1782, na cidade do Rio de Janeiro, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição, cujas limitações permitiram-na acolher poucos idosos. A maioria das instituições gerontológicas existentes no Brasil atualmente possuem caráter filantrópico e são constituídas por congregações religiosas.

No entanto, nas cidades de grande porte já existem instituições com fins lucrativos, que oferecem serviços especializados com equipes interdisciplinares (ibidem).

Os avanços sobre os estudos voltados para a ciência do envelhecimento alçaram maior amplitude ao longo do século XX, cujos principais pioneiros foram Metchnikoff e Nascher, que instituíram os fundamentos da gerontologia e da geriatria. De acordo com Mendonça (2006, p. 174), a gerontologia pode ser definida como:

ciência que estuda o processo de envelhecimento e a velhice; é uma área multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se, também, pelo estudo das características dos idosos, bem como pelas várias experiências de velhice e do envelhecimento, em diferentes contextos socioculturais e históricos. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico. Compreende a consideração dos níveis atuais de desenvolvimento e do potencial para o desenvolvimento.

O desenvolvimento dos estudos voltados especificamente para a velhice não decorre somente dos aspectos demográficos, ou seja, do aumento da população idosa; esta ampliação é motivada também por questões de saúde pública, econômicas e socioculturais. A ONU vem elaborando planos para incentivar a criação e cumprimento de políticas públicas que beneficiem a população idosa. Em termos de assistência à moradia, o Estatuto do Idoso (2003), Lei de nº 10.741, descreve em seu capítulo IX, no artigo 37, que:

o idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

Ainda sobre o direito assistencial dos idosos, a legislação brasileira especifica que:

Idosos sem rede familiar de apoio e em situação de vulnerabilidade podem ser atendidos em instituições do tipo asilar, como o Ministério do Desenvolvimento Social preconiza, oferecendo-lhes serviços nas áreas social psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas para este segmento social (ibidem).

Neste sentido, a esta parcela da população ainda reservam-se os direitos previstos na Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96 (artigo 3º, § único): a modalidade asilar de assistência social ao idoso “ocorre no caso da

inexistência do grupo familiar, abandono e carência de recursos financeiros próprios ou da própria família” (PERLINI et al, 2006, p.230).

Alguns projetos foram criados para atender as diferentes demandas das pessoas idosas; dentre eles, destaca-se o “Centro Dia do Idoso”, que oferece atendimento especializado para pessoas semidependentes ou portadoras de doenças e que se encontram em circunstâncias de vulnerabilidade social, oferecendo ainda suporte familiar; em alguns casos, os idosos são submetidos ao asilamento parcial, prevenindo situações de risco³. O “Centro Dia do Idoso” visa estimular a interação e a convivência entre os idosos durante o dia, mesclando atividades da vida diária, sociais, culturais, manuais, recreativas e acompanhamento de saúde (RAMOS, 2005).

Em paralelo, os Centros de Convivência oferecem atividades que visam contribuir para a autonomia do idoso, incentivando um envelhecimento saudável e ativo, melhoria das relações interpessoais, prevenção do isolamento social, além do desenvolvimento de trabalhos que possibilitem renda para o idoso e sua família. O projeto abarca os idosos e seus familiares, com o objetivo de organizar ações voltadas para melhorar a qualidade de vida de ambos (ibidem).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº283 (Brasil, 2005), as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) podem ser definidas como: “instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (WATANABE; GIOVANNI, 2009 p. 1).

As ILPIs são consideradas, de acordo com Creutzberg, (2007, p. 1) um “sistema social organizacional”, que objetiva oferecer assistência ampla para atender às necessidades dos idosos. Por isso, as instituições geralmente estão compostas por uma equipe multidisciplinar: área social, médica, psicológica, enfermagem, terapia ocupacional, odontologia, entre outras. As primeiras normas definidas para o funcionamento das Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos foram especificadas pela Portaria nº 810/1989, que descreve os princípios organizacionais mínimos de uma instituição quanto aos aspectos estruturais, instalações e recursos humanos. Porém, há uma parceria simbólica entre o poder público,

³ Esses fatores de risco são definidos pelo projeto de lei 527/10, artigo 2º, como: acidentes domésticos, violência doméstica, depressão e sedentarismo, entre outros males comuns que acometem os idosos.

sociedade, profissionais e os próprios idosos para garantir a ampliação e a eficácia das normas estabelecidas (ibidem).

2.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Devido à reconhecida importância da avaliação da Qualidade de Vida para cada indivíduo, o termo é utilizado em diferentes contextos e com grande frequência. Porém, ainda há discussões sobre um consenso quanto à sua conceituação.

De acordo com Neri (2007), na literatura internacional, as pesquisas que envolvem os assuntos relacionados com os constructos da percepção subjetiva da satisfação do indivíduo iniciaram em 1953. Foram direcionados por Jones - um psicólogo da Universidade de Harvard - e estes escritos estão reunidos no livro *The Pursuit of Happiness* (Jones, 1953). Posteriormente, Gury e seus colaboradores deram prosseguimento a esses estudos e estabeleceram que:

satisfação ou felicidade seria composta de uma dimensão positiva e de outra dimensão negativa. Importante seria não somente a presença da primeira, mas, também a ausência da última. Esses conceitos permanecem até hoje. A presença das dimensões positiva e negativa na composição do constructo felicidade também ocorre no constructo da qualidade de vida (apud NERI, 2007, p. 63).

Apesar dos estudos voltados para os aspectos subjetivos e da preocupação com a qualidade de vida objetiva na área médica terem iniciado na década de 1940, a primeira citação do termo qualidade de vida - considerando a subjetividade do indivíduo - apareceu nessa área apenas em 1966. Os modelos teóricos de qualidade de vida na área da saúde apresentam características em comum dentre os diversos autores que dissertam sobre o tema. Devido a essas similaridades esses aspectos podem ser agrupados em dois grandes grupos (NERI, 2007). O primeiro é o Modelo Funcionalista, que se baseia

no entendimento de que a qualidade de vida depende principalmente de o sujeito apresentar habilidades adequadas, ou seja, desempenhar de forma satisfatória as tarefas que valoriza. Assim, a presença de doenças implicaria diminuição de qualidade de vida uma vez que impede que o desempenho das funções se dê de modo plenamente satisfatório. Tal modelo serve como fundamento aos instrumentos de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (Health Related Quality of Life), uma vez que estes são principalmente embasados na avaliação da capacidade funcional (NERI, 2007, p. 64)

O segundo modelo teórico de qualidade de vida é o denominado Modelo de Satisfação, caracterizado como:

relação entre a expectativa do indivíduo e seu nível de realização. Derivado de investigações sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar, o modelo aponta que a qualidade de vida está diretamente relacionada ao grau de satisfação em vários domínios definidos como importantes para o próprio sujeito. A definição de quais domínios devem ser satisfeitos para a composição da qualidade de vida individual é ainda controversa (NERI, 2007, p. 64)

Como há dificuldade em estabelecer um consenso sobre a definição de qualidade de vida, foi necessário para o desenvolvimento do instrumento da *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), a busca da definição do conceito. Então, a WHO (*World Health Organization*) - OMS (*Organização Mundial de Saúde*) reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*The WHOQOL Group*, 1995).

De acordo com Fleck (2000), qualidade de vida é: “um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais” (p. 34). Assim, a qualidade de vida pode ser definida como: “sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual o indivíduo pertence” (*Op. Cit.*).

A definição do termo estabelecida pelo Grupo WHOQOL tem como objetivo refletir a natureza subjetiva presente na avaliação que está inserida no contexto sociocultural e no meio ambiente. Porém, o que está sendo analisado pelo Grupo não diz respeito à “natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada” (FLECK, 2000, p.34).

O projeto WHOQOL possui os seguintes questionários em seu grupo de instrumentos de coletas de dados referentes à qualidade de vida: WHOQOL-100,

WHOQOL- BREF, WHOQOL-HIV, WHOQOL-SRPB (avalia a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) e WHOQOL-OLD.

O WHOQOL-100 foi o primeiro método desenvolvido para tal avaliação, e “permite uma avaliação detalhada de cada faceta individual relacionada à qualidade de vida. Em certas instâncias, contudo, pode ser muito longo para uso prático” (FLECK, 2008, p.54). O questionário foi organizado em seis domínios, sendo eles: “Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais” (idem, p. 63). O WHOQOL-BREF é uma versão resumida do WHOQOL 100, fornecendo “escores resumidos para os cinco domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e Domínio Geral), em vez de escores detalhados no nível das facetas” (*Op. Cit.*).

Para o projeto WHOQOL-HIV foi analisado um instrumento “capaz de conciliar a necessidade de generalização e comparação com outros estudos, e que, ao mesmo tempo, fosse específico o suficiente para situação clínica”. (ibidem, p. 83). Possui as mesmas facetas dos demais, porém, com itens específicos do quadro clínico.

Para a elaboração do WHOQOL-SRPB “um grupo de especialistas na área reuniu-se e elaborou uma síntese dos principais aspectos da dimensão espiritual”. As facetas utilizadas são: “Conexão com ser ou força espiritual, Sentido na Vida, Admiração, Totalidade e integração, Força espiritual, Paz interior, Esperança e otimismo, e Fé” (ibidem, p. 100).

O instrumento WHOQOL-OLD foi idealizado para aferir a qualidade de vida de idosos, tendo como objetivo “oferecer um conjunto de itens adicionais para avaliação da QV em idosos, gerados a partir de uma metodologia transcultural que permita comparações fidedignas das medições em diferentes contextos culturais” (ibidem, p.102). O módulo é constituído por seis facetas, sendo elas: “Funcionamento dos sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade” (ibidem, p. 107). Essa avaliação citada terá ênfase nesse trabalho por avaliar a qualidade de vida do indivíduo idoso, que é o sujeito estudado na presente pesquisa.

De acordo com Neri (1993), avaliar a qualidade de vida na velhice requer a inclusão de vários critérios de natureza biológica, psicológica e sócioestrutural. Diversos elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice, sendo eles:

longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários, principalmente redes de amigos (p. 10).

Várias pesquisas na área da Gerontologia surgiram dessa formulação inicial, porém ampliaram essas dimensões e incluíram outras como: “felicidade, ajustamento, moral, saúde, bem estar subjetivo e equilíbrio entre aspirações e realizações” (ibidem, p. 14).

Apesar dos estudos voltados para a Gerontologia serem mais evidentes atualmente, o interesse científico sobre o desenvolvimento de estudos na área do envelhecimento saudável surgiu na década de 1940, conduzidos pela escola de Chicago. O envelhecer bem, de acordo com aqueles pesquisadores, significava: “estar satisfeito com o status atual da vida e ter planos ou perspectivas para o futuro” (NERI, 2007, p. 66). Diante das análises desenvolvidas nesse contexto, “a percepção da satisfação passou a ser a dimensão mais estudada do bem-estar na velhice” (ibidem).

Outro aspecto considerado importante é o conceito de bem-estar psicológico e sua correlação com uma série de características na velhice, além da configuração e amplitude das redes sociais desses indivíduos.

Diversos autores como: Rogerson (1995), Bosch (2003), Heinonem (2004), em estudos teóricos e pesquisas empíricas vêm demonstrando como esses fenômenos estão intimamente ligados na determinação de uma melhor qualidade de vida para os idosos. As investigações já aplicadas apontam os pré-requisitos fundamentais para um envelhecimento saudável: “sobressaem-se a satisfação, o senso de controle, a autoeficácia, os mecanismos de autorregulação e a capacidade de lidar com o estresse” (idem).

2.3 A MEMÓRIA E SUAS IMPLICAÇÕES: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Podemos observar que as funções psíquicas, apesar de amplamente pesquisadas, principalmente devido ao crescente desenvolvimento dos recursos tecnológicos, apresentam um campo de investigações ainda prematuro, algo inerente às inúmeras

especificidades e inter-relações que caracterizam a mente⁴ humana. O estudo dos mecanismos e processos que constituem a memória é considerado interdisciplinar, pois abrange áreas amplas e variadas: psicologia, neurologia, psiquiatria, biologia molecular, genética, neuroanatomia, filosofia, história e outras (CORRÊA, 2008).

As pesquisas realizadas no campo da neurociência vêm desvendando – ou pelo menos tornando evidente – a complexidade dos mecanismos que regem as funções mentais superiores, como percepção, raciocínio, linguagem, memória, cálculo, orientação visuoespacial e funções executivas. As funções cognitivas abrangem quase a totalidade dos mecanismos supracitados, constituindo um “conjunto de unidades de saber da consciência que se baseiam em experiências sensoriais, representações, pensamentos e lembranças” (HOUAISS, 2001, p. 754).

Há algumas décadas, a regência destas funções era comumente atribuída de forma exclusiva a determinadas áreas do córtex cerebral (áreas de associação); porém, investigações recentes têm constatado o envolvimento e a interconexão de áreas cerebrais mais amplas no processo de cognição, como, por exemplo, a participação das estruturas subcorticais (BUGALHO; CORREA; VIANA-BAPTISTA, 2006). Segundo Levitin (2010), “o cérebro apresenta uma diferenciação regional de estruturas e funções, mas os atributos mais complexos de personalidade certamente são distribuídos por todo ele” (p. 99). Assim, as investigações neuropsicológicas nos permitiram “fazer certas generalizações a respeito das funções, mas na verdade o comportamento humano é complexo, não podendo ser reduzido a mapeamentos simplificados” (ibidem).

O que permite estabelecer a integração entre as especificidades da mente humana e o universo material e circunstancial que a influencia é um complexo processo de interdependência entre as estruturas cerebrais, que pode ser mais bem explicitado pelo conceito de rede neuronal:

O conceito de rede neuronal propõe que áreas distantes do cérebro possam participar de forma diversa no controle das funções cognitivas, através de vias e circuitos próprios, contribuindo com elementos específicos para um resultado comportamental (p. 258).

⁴ Segundo Levitin (2010): “Para os cientistas cognitivos, a palavra *mente* designa aquela parte de cada um de nós que contém pensamentos, esperanças, desejos, lembranças, crenças e experiências. O *cérebro*, por outro lado, é um órgão do corpo, um conjunto de células e água, substâncias químicas e vasos sanguíneos, localizado no crânio. A atividade cerebral dá origem aos conteúdos mentais” (p. 97).

A memória é uma função fulcral que decorre da concatenação dos processos de “aquisição, armazenamento e evocação (emprego) de informações” (QUEVEDO et al, 2006, p. 3). Corrêa (2008) discorre acerca destes processos de forma mais abrangente:

A memória pode ser descrita como um dom da natureza, a habilidade do organismo vivo para reter e para utilizar a informação adquirida. O termo está intimamente relacionado a “conhecimento” – aquisição e retenção de informação. Ela é uma propriedade universal da matéria, representa um papel central para o ser humano, nos dá sentido de continuidade, e nossa noção de *self* dela depende. A personalidade, a história e o comportamento do indivíduo dependem da memória. Ela nos dá o sentido do tempo, na escala do relógio ou do calendário, e permite que conservemos nossa identidade, nossa aprendizagem e nossa adaptação. Além disso, permite o acesso à linguagem e dá coerência aos nossos pensamentos, organizando a nossa história (p. 168).

Assim, a memória constitui uma complexa rede de sistemas interferentes entre si, cuja variabilidade entre os indivíduos pode estar associada a numerosos fatores: “saúde física, condição intelectual, nível de escolaridade, atividade exercida, estimulação cognitiva anterior e atual, além do meio social” (CAMARGO et al, 2006, p. 15). A crucialidade desta faculdade psíquica tanto pode ser observada na execução de tarefas básicas do cotidiano, quanto no aprendizado e fixação de conceitos e procedimentos complexos, possibilitando a conexão de informações, a proteção do organismo, a lembrança de episódios passados e sua reflexão no presente, oferecendo ainda o contorno de nossa identidade, permitindo projetarmo-nos no futuro (JARRARD, 2011).

De acordo com o modelo clássico da neuropsicologia da memória, descrito por Atkinson e Schiffrin (1968), as etapas da memória podem ser classificadas como: “memória sensorial”, definida como uma memória ultracurta e que se relaciona aos órgãos sensoriais e às percepções registradas; “memória de curto prazo”, conhecida como memória imediata ou primária, limitada em tamanho e duração, armazenando uma informação durante um espaço de tempo muito curto; “memória de longo prazo ou secundária” refere-se a todas as lembranças, que com o auxílio da memória imediata, podem ficar registradas por anos (apud CORRÊA, 2008).

Partindo da noção múltipla da memória, pesquisas recentes identificaram subclassificações da memória de longo prazo, aquela que permite as informações se fixarem mais profundamente após serem inicialmente registradas. São elas: a Memória Implícita, que está vinculada a uma sequência de ações automatizadas, como por

exemplo, escrever e realizar tarefas cotidianas; a Memória Semântica, que inclui fatos, números e significados; e a Memória Episódica, que está relacionada aos fatos da própria vida. É importante observar que geralmente a memória episódica e a semântica estão reunidas como Memória Declarativa, que congrega tudo que foi aprendido e pode ser expresso por palavras (GRÜTER, 2011).

Ainda sobre as definições e subclassificações da memória, temos Taussik e Wagner (2006) que descrevem:

Memória de curto prazo: tipo de memória que opera com uma quantidade determinada de informações durante um curto intervalo de tempo. Também é conhecida por memória imediata ou primária. **Memória de longo prazo:** também conhecida por memória secundária. Consiste em um sistema que apresenta capacidade ilimitada de armazenamento de informações durante um período de tempo indeterminado. **Memória de trabalho:** sistema ativo, com capacidade limitada de armazenamento temporal. Funcionalmente, permite que informações sejam manipuladas durante a execução de tarefas cognitivas. **Memória semântica:** tipo de memória composto por conhecimentos gerais e consolidado na ausência de referências de tempo e de contexto. **Memória episódica:** tipo de memória que armazena informações relativas a experiências pessoais. É marcada por componentes espaciais e temporais, importantes na recordação dessas experiências. **Memória explícita:** também conhecida por memória declarativa. Consiste em um sistema de memória acessível à consciência e a outros processos cognitivos, que armazena eventos, fatos ou conhecimentos. Deste sistema fazem parte os sistemas de memórias episódica e semântica. **Memória implícita:** sistema de memória não acessível à consciência, responsável pela formação de hábitos e de atos automatizados. Este sistema não faz referência a informações espaciais e temporais, ao contrário da memória explícita. **Memória prospectiva:** estudo de um sistema complexo de memória dirigido para intenções ou eventos que devem ser realizados no futuro. Um dos componentes consiste na lembrança da intenção de realizar uma determinada ação. **Memória retrospectiva:** sistema de memória para eventos do passado. O termo memória retrospectiva é utilizado principalmente em oposição ao sistema da memória prospectiva. **Recuperação da intenção:** segundo o modelo de Ellis (1996), constitui a etapa da memória prospectiva em que a intenção é lembrada e a ação desta é realizada (p. 67-68).

Desta forma, a memória apresenta-se como um dos aspectos fundamentais para a eficiência cognitiva, pois a efetivação da cognição parte do reconhecimento e da memorização através do agrupamento estratégico dos elementos estruturais da informação (SLOBODA, 2008). Logo, percebemos a memória como elemento estrutural de um processo extremamente amplo. Segundo Abreu e Tamai (2002 apud GATTI, 2008),

a cognição tem sido vista como uma função cortical com a capacidade de processar, organizar e integrar informações com experiências anteriores, podendo ser dividida em subdivisões distintas, como atenção, orientação,

memória, organização visual-motora, raciocínio, função executiva, planejamento e solução de problemas (p. 3).

No processo de envelhecimento, a efervescência das atividades cerebrais e processos cognitivos característicos da infância e da adolescência cede lugar a um gradativo declínio deste caráter integrado das funções cerebrais. Bottino *et al* (1997, apud PINTO, 2006) afirma que “as funções cognitivas começam a apresentar declínio a partir da terceira década da vida e este prossegue no curso do envelhecimento” (p. 2).

Devido à amplitude característica das funções cognitivas, têm-se privilegiado abordagens multidisciplinares no tratamento, preservação e/ou recuperação de perdas. Piexak (2012) discorre sobre o assunto, afirmando que o cuidado multidisciplinar para a pessoa idosa é um grande desafio, pois deve “propiciar que múltiplas áreas do saber ajam conjuntamente para um bem comum, ou seja, atender a pessoa idosa nas suas particularidades, tendo um olhar multidimensional e buscando prevenir agravos” (p. 203). A música tem sido utilizada terapeuticamente como uma dessas possibilidades.

2.4 MÚSICA, MUSICOTERAPIA E MEMÓRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Ao ampliarmos a abordagem investigativa às numerosas especificidades da relação “Música - Musicoterapia/Memória”, o panorama mostra-se ainda mais amplo, incipiente e diversificado. Logo, neste subcapítulo, identificaremos rapidamente algumas relações de mútua contribuição entre as principais subáreas musicais (*Performance* Musical, Educação Musical, Musicologia e Composição e, posteriormente, a Musicoterapia) e os diversos tipos de ativações e especificidades da memória, de acordo com sua função, conteúdo e duração.

A profunda relação entre música e memória pode ser observada em resultados de recentes pesquisas. Rocha (2010), em uma investigação acerca da relevância da faculdade de reter informações na rotina de prática e atuação da *performance* musical, descreve o auxílio que as aquisições mentais trazem qualitativamente à *performance*, relatando que “a memória pode agir como uma chave na construção do sentido para os sujeitos da *performance*” (p. 97), atuando não apenas como um artifício possibilitador do conforto e da segurança técnica – através da memorização do texto musical, dos

símbolos e sinais da partitura mas, e, principalmente, como um elemento que clarifica histórica e estilisticamente a obra (FRANÇA, 2001 apud ROCHA, 2010). Esse processo ocorre através do reconhecimento das características musicais da partitura e sua conexão com os conhecimentos histórico, estilístico, analítico, auditivo e composicional que já estão armazenados na memória do intérprete.

Outra descrição de Rocha (2010) vai ao encontro das informações supracitadas:

A identificação da forma do material pode se dar a partir de uma percepção rítmica, visual (observação da notação na partitura), sonora, entre outras. Há uma conexão de muitas informações que contribuem para o reconhecimento de um idioma (tonal, modal ou atonal) ou um estilo musical. Quanto mais familiarizado com essas informações está o indivíduo, mais facilmente poderá disponibilizar tais dados na memória, tornando a preparação da peça mais ágil e eficiente. Algumas vezes a mesma música é literalmente repetida, mas, quando essa é transposta ou transformada, a música inicial fornece uma estrutura para otimizar a percepção (p. 101).

Desta afirmação, podemos observar a atuação da memória como elemento que subsidia o rendimento das práticas musicais. Paralelamente, Cardoso e Sabbatini (2000, apud ILARI, 2003) realizam observações a respeito das implicações e contribuições que a música e outras atividades artísticas podem trazer à cognição e ao neurodesenvolvimento de uma criança: “a presença de cor, música, sensações e variedade de interação na educação de crianças pode ser enriquecedor e ter um impacto sobre suas capacidades cognitivas e de memória futuras” (p. 14). Assim, através desta afirmação pode-se detectar o processo inverso: a utilização da música como elemento estimulador e auxiliador do rendimento psíquico.

As investigações na área vêm apontando a contribuição do aprendizado instrumental em várias funções cognitivas, como: “controle da atenção, memória, orientação espacial, ordenação sequencial, motor e de pensamento” (ILARI, 2003, p. 15).

Tudo indica que o aprendizado instrumental auxilia no desenvolvimento dos sistemas de controle de atenção, de memória, de orientação espacial, de ordenação sequencial, motor e de pensamento superior. Quando o aprendizado instrumental ocorre em grupos (Suzuki, Orff) e/ou quando há apresentações e recitais familiares, as crianças têm oportunidades de desenvolver o sistema de pensamento social. Ou seja, apesar de todas as suas dificuldades inerentes, o aprendizado instrumental aparenta ser benéfico para o desenvolvimento do cérebro infantil (idem).

A inter-relação entre música e memória na Educação Musical cumpre tanto a função de reter, organizar e selecionar informações, aprimorando a destreza técnica e musical do estudante e do professor quanto a faculdade de estimular o desenvolvimento cerebral de ambos, estabelecendo novas conexões, ressignificações e aprendizagens. Como descreve Suzigan (1986, apud LUZ, 2006), a Educação Musical contribui para o desenvolvimento humano, “ao considerar que a atividade musical apresenta um conjunto complexo e infinito de faculdades humanas; a memória musical, por si só, vem demonstrar como é rico e diversificado esse universo humano” (p. 6). Logo, associando-se a fatores externos ao campo musical, como a memória pessoal, às especificidades da vivência, tal inter-relação emerge particularidades, fazendo contínuo o processo de cognição. Assim, pode-se citar Levine (2010 apud ILARI, 2003):

é importante que o educador seja capaz de reconhecer as particularidades de cada aluno, bem como os fatores que estão influenciando o seu aprendizado. Além disso, o educador deve se lembrar que além do desenvolvimento do cérebro e da inteligência musical, a educação musical deve ser divertida, de modo a desenvolver prazer, cultura e gosto musical (p. 16).

Quanto às subáreas de Musicologia e Composição Musical, pode-se afirmar que a música e seus elementos constituintes apresentam-se como um constructo sócio-histórico resultante da íntima e contínua transformação e redefinição de uma memória coletiva, traduzida pelos seguintes elementos: “matéria sonora, o ouvido e o mundo sensorial” (SCHOENBERG, 2001, p. 56).

A sucessiva transformação da abordagem das escalas, das consonâncias e dissonâncias, da afirmação ou negação da tonalidade, da forma, da harmonia, do estilo e da estética no milenar trajeto da música ocidental é resultante do desenvolvimento e da diversificação contínua de uma memória coletiva, através da sucessiva reinterpretação e ressignificação destas condições naturais pelo crivo estético da civilização ocidental. Logo, esta construção coletiva da linguagem musical nos diversos períodos históricos, assim como a projeção destas linguagens no futuro partem de uma consciência das linguagens musicais passadas, assim como de sua ressignificação. Esta atitude reflete o processo natural de realização de qualquer planejamento, pois, para visualizar o que está por vir, para imaginar o futuro, precisamos de registros do passado, pois as áreas cerebrais utilizadas no processo de recordação e projeção são as mesmas (GRÜTER, 2011).

No campo da audição, percepção e apreciação musicais, Sloboda (2008) visualiza as atividades musicais como “habilidades cognitivas” (p. 1), visto que:

a maioria de nossas respostas à música são aprendidas [e não somente condicionadas]. Isto não quer dizer que negamos a possibilidade de existirem respostas primitivas à música que possam ser compartilhadas por toda a espécie [...]. Mas estas tendências primitivas não podem estimar a natureza sutil e multidimensional da resposta do adulto à música e muito menos estimar as numerosas e significativas diferenças culturais que há entre estas respostas (p. 4).

Da afirmação acima podemos perceber o caráter particular, complexo e refinado da assimilação musical pelo indivíduo adulto, visto que esta interiorização parte de uma grande quantidade de processos cognitivos: quando ouve uma música, o ouvinte primeiro precisa compreendê-la; ele precisa perceber e identificar os elementos que a constituem, reconhecê-los como frases de sentido musical, formar uma representação mental das proposições que estas frases fazem e, então, determinar sua natureza e característica particular que entre em contato com seu interior, desencadeando uma reação emocional (SLOBODA, 2008).

Sloboda (*Op. Cit.*) afirma que “o estágio cognitivo é um pré-requisito necessário do estágio afetivo” (p. 5). Segundo o autor, caso esta reação emocional se consolide, segue-se “um estágio cognitivo que envolve a formação de uma representação interna, simbólica ou abstrata da música” (idem). Percebe-se assim uma importante alteração na construção da memória, visto que “a maneira como as pessoas representam a música para si mesmas determina a maneira como a lembram e a executam” (idem).

A relação Música/Cognição também pode ser identificada através de uma abordagem etimológica: “o termo cognição vem do latim *cogitare* (pensar), e tem relação direta com as atividades conceituais do cérebro humano e suas formulações verbais” (ILARI, 2009, p. 13). A música pode ser definida como “um fenômeno estético que envolve os sentidos” (do grego *aisthesis* - sentir). Entretanto, “o sentir e o pensar não são exatamente processos opostos, mas inter-relacionados, integrando igualmente as experiências musicais” (idem).

A música e os processos cognitivos possuem paralelos nos estímulos de diversas áreas cerebrais: da mesma forma que a cognição, a música ocupa muitas áreas, incluindo aquelas que normalmente estão envolvidas em outros processos cognitivos: “as áreas ativas variam de acordo com a experiência individual e o treinamento musical

de cada pessoa” (WEINBERGER, 2004, p. 79). Logo, o processamento musical incita e integra diversos elementos da cognição, como a percepção e discernimento da linguagem e a memorização, pois no processo de captação, armazenamento e interpretação das relações entre os sons, possibilita-se vinculá-los a experiências particulares anteriores, musicais ou não, estimulando áreas responsáveis por reações sensoriais e emocionais (SLOBODA, 2008).

A este processo de audição, assimilação e ressignificação das informações musicais, podemos vincular a afirmação de Schacter (2003, apud ROCHA, 2010): “extraímos elementos fundamentais de nossas experiências e os arquivamos; então recriamos ou reconstruímos nossas experiências em vez de resgatar cópias exatas delas” (p. 21). Assim, observa-se que o processo de construção das representações internas parte de múltiplas associações, “impregnando-se de emoções, sentimentos, crenças, conhecimentos” (ROCHA, p. 98-99).

O fenômeno sonoro, comprovadamente, fornece intensos estímulos às áreas cerebrais. O hipocampo vincula-se à memória e às experiências de contexto musical; o cerebelo atua em movimentos musicais e reações emocionais vinculadas à música; o córtex visual atua na leitura musical; o córtex pré-frontal age na criação de expectativas; e, o reconhecimento de melodias envolve a interação complexa de computações neurais como a memória (LEVITIN, 2010).

Na Musicoterapia, os estudos relacionados à memória estão voltados à perspectiva de proporcionar práticas de estimulação cognitiva para idosos, baseando-se nas reminiscências, associando música, canto e memórias orais, que podem promover a mudança das atitudes e comportamentos de inúmeras maneiras e possibilitar a reflexão e restabelecimento da identidade do indivíduo (THOMPSON, 1992 apud GATTI, 2008).

As investigações musicoterapêuticas voltadas para a reabilitação cognitiva de idosos trabalham com aprendizagem de novas informações e com a retenção de conhecimentos, podendo também beneficiar-se de técnicas como: aprendizagem sem erro, aprendizagem de habilidades sensório-motoras, técnica de redução de pistas, técnica de ampliação do intervalo de evocação com o objetivo de melhorar os déficits de memória (CAMÕES, 2005). A utilização do repertório musical trazido pelos pacientes associado às experiências musicoterapêuticas propostas (como a Re-Criação Musical e a Audição Musical) facilitam o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras, melhoram a atenção, orientação e memória, promovem a integração do grupo, ajudam o

paciente a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais, promovem a receptividade, evocam estados afetivos, estimulam a memória e as reminiscências (BRUSCIA, 2000).

Estas contribuições que a Musicoterapia vem trazendo aos idosos institucionalizados os conduz “a re-vivenciar vários fatos de sua vida; sua memória é ativada, sua história e sua identidade ‘re-afirmadas’ e as emoções atreladas a estas lembranças são ressignificadas” (Passarini, 2005, p. 3). Já em 1985, Benenzon afirmava que o processo musicoterapêutico favorece a abertura de canais de comunicação, esclarecendo:

os canais de comunicação não só podem abrir-se mercê da produção de efeitos regressivos, mas, também, devido a outras características dos estímulos sonoro-musicais, implementadas dentro do processo terapêutico. Estes canais de comunicação favorecem e são parte do êxito da Musicoterapia (p. 17).

Dentre estes benefícios, Passarini (2005) relata que ao retomar o histórico sonoro-musical, os idosos resgatam a sua identidade, a autoestima, a crença em suas capacidades; a Musicoterapia despertou o interesse por contextos sociais atuais e passados, estimulou a melhora nas relações interpessoais e ativou aspectos cognitivos e emocionais. Desta forma, a partir dos estudos realizados pela autora, foi possível constatar contribuição da Musicoterapia para a melhora da qualidade de vida de idosos da institucionalizados.

Dentre os diversos campos de atuação e abordagens que a Musicoterapia disponibiliza, tem-se a Musicoterapia Neurológica (NMT), que de acordo com Thaut et al (2009), surgiu como uma disciplina, sendo definida como “a aplicação terapêutica da música para disfunções cognitivas, sensoriais e motoras causadas por doenças neurológicas no sistema nervoso humano” (p. 406). Ainda segundo o autor, na Musicoterapia Neurológica utilizam-se os mecanismos terapêuticos musicais baseados em uma “compreensão da música como uma linguagem da cognição e da percepção, que estimula fisiologicamente o complexo cognitivo, afetivo e os processos sensorio-motores que são generalizáveis e transferíveis para o cérebro não musical e às funções comportamentais” (p. 406).

A Musicoterapia Neurológica vem crescendo em paralelo à Reabilitação Cognitiva, que visa promover a melhora no funcionamento cognitivo de pessoas com doenças ou lesões neurológicas. Essa linha de reabilitação tem evidenciado “normas,

diretrizes e opções de práticas para os profissionais da área, para vir a beneficiar clientes que procuram melhorar a memória, atenção, habilidades verbais, habilidades espaciais, função executiva e ajuste psicossocial” (*Op. Cit.*).

Um dos requisitos cognitivos fundamentais para memorização é a atenção, e segundo Thaut et al (2009), “há evidências de que a música envolve redes de atenção por fluxo contínuo e análise de padrões dinâmicos e de percepção musical [...]; o ritmo contribui para o processo de ordenação temporal, produzindo o controle da atenção rítmica” (p. 407). Estudos realizados por Thaut et al (2009) ainda demonstram resultados satisfatórios em indivíduos saudáveis, afirmando que o

efeito de mnemônicos⁵ musicais na aprendizagem verbal em indivíduos saudáveis mostraram mudanças na topografia de EEG (Eletroencefalograma) e maior coerência em ritmos das ondas alfa do cérebro através de redes corticais frontais, indicando que a música induz a plasticidade neural (p. 407).

Esta afirmação vem ao encontro de outros estudos voltados para a reabilitação da memória a partir da memória preservada, que, de acordo com Goldstein; Beers, 1998; Wilson, 1996 (apud Ávila; Miotto, 2002, p. 192):

um dos principais métodos de reabilitação da memória se fundamenta em trabalhar com a modalidade específica da memória que se encontra intacta, para esta compensar a modalidade que não está [...]; qualquer que seja o prejuízo cognitivo, existe quase sempre a conservação de alguma capacidade funcional.

Através de comprovações científicas, considera-se que há a possibilidade relativa de a memória musical sobreviver aos distúrbios neurológicos. Portanto, a música pode ser utilizada como “um dispositivo de memorização para melhorar a memória para acontecimentos não musicais” (THAUT et al., 2009, p. 406). Além disso, pesquisas comprovam que “entre a cognição musical e funções cognitivas não-musicais paralelas, há mecanismos cognitivos, perceptuais e sistemas neurais compartilhados que permitem à música acessar e afetar funções gerais não musicais, como a memória, atenção e função executiva” (THAUT, 2010, p. 281). Com isto, tem-se “o efeito

⁵ Técnica ou exercício utilizado para desenvolver a memória e facilitar a memorização. (HOUAISS, 2001, p. 1938).

positivo da música na memória, demência e deficiência de armazenamento” (THAUT et al. 2009, p. 407).

A música, assim, torna-se um meio eficaz no resgate das reminiscências⁶, pois de acordo com a definição de Terapia da Reminiscência, a mesma “envolve a discussão/debate de atividades passadas, eventos e experiências com outra pessoa ou grupo de pessoas, geralmente com o auxílio de fotografias, itens familiares do passado, músicas e arquivos sonoros gravados” (WOODS et al. 2009, p. 1).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 QUANTO AO TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM A SER UTILIZADA

A presente pesquisa possui abordagem quali-quantitativa. Segundo Freire (2010) “muitas vezes, é possível partir de uma base quantitativa (objetiva) para construir uma interpretação qualitativa (subjéctiva). Dados numéricos podem servir a leituras subjéctivas [...] (p. 26)”. Alguns autores defendem tal complementariedade existente na pesquisa mista. Silva (1998) afirma que:

A relação desejada entre o quantitativo com o qualitativo pode ser considerada complementar. Ou seja, enquanto o quantitativo se ocupa de ordens de grandezas e as suas relações, o qualitativo é um quadro de interpretações para medidas ou a compreensão para o não quantificável (p. 18).

Na mesma perspectiva, temos Mitchell (1987), citado por Queiroz (2006, p. 10), que sobre a abordagem quantitativa explica que:

[...] não se pode reduzir o trabalho de campo e as técnicas de análise a meras manipulações matemáticas. Ao mesmo tempo, tanto o conhecimento mais extenso – fornecido pelos métodos quantitativos – quanto as correlações estabelecidas entre os fenômenos podem ser extraídas através do raciocínio estatístico [...] os métodos quantitativos são, essencialmente, instrumentos auxiliares para a descrição. Ajudam a focalizar com o maior detalhe as regularidades que se apresentam nos dados coletados pelo pesquisador. A

⁶ Imagem lembrada do passado; o que se conserva na memória; sinal ou fragmento que resta de algo extinto (HOUAISS, 2001, p. 2425).

média, taxas e porcentagens são formas de resumir as características e as relações que se encontram nos dados.

Esta pesquisa utiliza dados qualitativos que serão complementados pelos dados quantitativos. De acordo com Freire (2010), a abordagem qualitativa não está alheia à realidade, nem totalmente ausente de objetividade, porém está voltada para a interpretação e compreensão dos fatos de uma forma total.

Acredita-se que a junção destas abordagens proporcionará uma leitura - acerca da contribuição da musicoterapia para esta população - mais próxima da realidade ocorrida durante a coleta de dados. À riqueza dos dados qualitativos - com a subjetividade da pesquisadora e dos sujeitos - será acrescida a precisão dos dados quantitativos constatados nas alterações referentes aos escores de Qualidade de Vida e aos relativos à memória.

3.2 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

Para delimitar qual seria a instituição a ser contatada como possível campo de atuação da pesquisa, fez-se um contato inicial com a direção da Superintendência Estadual do Idoso do Estado de Goiás, que concedeu autorização inicial para a primeira visita. Assim, a primeira fase desta pesquisa consistiu em uma visita da pesquisadora/autora e de sua orientadora/supervisora ao Complexo Gerontológico Sagrada Família, localizado no Jardim Bela Vista, na cidade de Goiânia. O Complexo possui uma equipe multidisciplinar que atua no atendimento aos idosos, com as seguintes especialidades: Nutrição, Terapia Ocupacional, Educação Física, Assistência Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Clínica Geral e residência em Geriatria. É constituído pela Instituição de Longa Permanência, Casas Lares, Centro Dia, Centro de Convivência (Comunidade) e Telecentro (Informática para Idosos). A presente pesquisa foi realizada com idosos moradores das Casas Lares.

O objetivo da visita inicial foi conseguir uma autorização para a inserção da pesquisadora na instituição e levantar informações detalhadas sobre a possível demanda do local, visando finalizar a elaboração do projeto de pesquisa. Esta etapa foi desenvolvida seis meses antes do início da pesquisa de campo.

Após a autorização do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, iniciaram-se as visitas aos idosos residentes nesta instituição de Goiânia⁷. No local há vinte e oito residências, com um total de vinte e nove moradores; a musicoterapeuta visitou todos eles, convidando-os para uma apresentação do projeto.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Antes do início da pesquisa de campo, um projeto de pesquisa foi elaborado e submetido à avaliação e autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas e, posteriormente, do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás.

Após a autorização, iniciaram-se as visitas aos idosos, visando o total esclarecimento daqueles que aceitassem participar das intervenções musicoterapêuticas. Assim, realizou-se o preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 1), emitido em duas vias: uma destinada ao participante da pesquisa e a outra à pesquisadora. Neste momento foram dadas as informações da pesquisa e todas as implicações referentes à participação do sujeito no período da coleta de dados. Os participantes estavam cientes de que não haveria qualquer tipo de penalização caso desistissem de participar do estudo ou se considerassem necessária sua desistência.

Quanto à conduta da pesquisadora/autora, os resultados da pesquisa serão apresentados preservando-se a identidade dos sujeitos analisados, com o cuidado de não causar nenhum tipo de prejuízo aos participantes. Os resultados serão apresentados também à instituição (campo de atuação da pesquisadora).

3.4 DESCRIÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram incluídos na pesquisa sujeitos de ambos os sexos, com idade entre 65 a 75 anos; que espontaneamente demonstrassem interesse em participar do estudo e assinassem o TCLE; que residissem na instituição escolhida; que apresentassem independência; que não apresentassem perdas e/ou *déficit* de memória e não fossem

⁷ Está área da instituição é denominada de Casas Lares - Vila Vida, local onde há várias casas disponibilizadas a idosos carentes. Os idosos possuem autonomia e são responsáveis pela casa onde moram.

portadores de comprometimento mental. A escolaridade dos participantes variou entre primário incompleto e ensino fundamental completo.

Foram excluídas: pessoas com idade inferior a 60 anos e acima de 85 anos, indivíduos portadores de comprometimento mental e doenças neurodegenerativas que poderiam interferir ou minimizar os resultados do processo terapêutico (para efeito de comparação), e, ainda, os participantes que frequentassem menos do que 50% dos encontros, ou seja, menos do que oito sessões.

3.5 RECURSOS UTILIZADOS NO PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO

Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes recursos: instrumentos musicais diversificados (chocalho, ganzá, pandeiro meia lua, tamborim, pandeiro de pele, metalofone, kalimba, bongô, guizo, pau de chuva, caxixi e violão), voz, aparelho de som para CDs e MP3.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA DE CAMPO

Após a autorização da instituição e aprovação do comitê - já mencionados - a musicoterapeuta iniciou o período de visitas aos idosos institucionalizados, no qual realizou uma apresentação da Musicoterapia e convidou os sujeitos a participar da pesquisa. Caso o convite fosse aceito, era preenchido o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido).

A cada visita inicial, eram levantadas ainda as possibilidades de horários e dias da semana de cada sujeito para a realização das intervenções musicoterapêuticas. Após o consenso do dia e horário, foram iniciadas as intervenções.

3.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados qualitativos: a Ficha Musicoterapêutica (APÊNDICE 2) - preenchida na mesma data de aplicação do TCLE; registros de todas as intervenções por meio de relatórios e filmagens das sessões; *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos* na sessão grupal de Musicoterapia (APÊNDICE 3) - preenchido ao final de cada sessão; e

Entrevista Final (APÊNDICE 4) - com questões semiestruturadas que foram respondidas individualmente após o final do processo musicoterapêutico.

3.8 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS

Para a coleta de dados quantitativos foram utilizados os seguintes instrumentos: Teste MINIMENTAL - Mini Exame do Estado Mental (BRUCKI, 2003) e dois Questionários de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-OLD (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Old*) e WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Bref*). Ambos foram aplicados antes e depois do período relativo às intervenções musicoterapêuticas, tendo-se os dados qualitativos como objetivo complementar.

O Mini Exame do Estado Mental – MINIMENTAL (ANEXO 1) apresenta informações sobre vários parâmetros cognitivos, agrupados em sete categorias, as quais foram planejadas com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas, como:

a orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (ALMEIDA, 1998, p. 606).

O WHOQOL-OLD (ANEXO 2) é um questionário específico que avalia a qualidade de vida de idosos, mas que não pode ser aplicado separadamente do WHOQOL-BREF (ANEXO 3). O WHOQOL-OLD é composto por seis facetas, sendo elas:

Funcionamento dos sentidos: impacto da perda do funcionamento dos sentidos na qualidade de vida do indivíduo; Autonomia: independência do idoso de forma a ser capaz e livre para viver de modo autônomo e tomar as próprias decisões; Atividades passadas, presentes e futuras: satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados; Participação social: participação em atividades da vida diária, especialmente na comunidade; Morte e morrer: preocupações acerca da morte e do morrer; Intimidade: capacidade de ter relacionamentos íntimos e pessoais” (PEDROSO et al, 2010, p. 215).

O WHOQOL-BREF “é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a autoavaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100” (PEDROSO, 2010, p. 32), que é composto por quatro domínios -

físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para a composição das questões do WHOQOL-BREF “foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas” (THE WHOQOL GROUP, 1998a, apud PEDROSO, idem).

3.9 ATENDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS

O processo de intervenções musicoterapêuticas iniciou-se após as visitas iniciais – que compreenderam o preenchimento da Ficha Musicoterápica e a aplicação dos testes, conforme referido anteriormente. De acordo com Barcellos (1999), “é necessário que se conheça, além da música, o máximo possível da história sonora do paciente, tornando-se, para isto, imprescindível a realização da ficha musicoterápica” (p. 28). Iniciado o processo, a musicoterapeuta especificou verbalmente sobre o Contrato Terapêutico, que é definido por Barcellos (*Op. Cit.*) como: “estabelecimento dos papéis de cada um, terapeuta e paciente, e especificar os compromissos de ambas as partes” (p.39). Nesse contrato são acordados, entre as partes, aspectos referentes ao horário, à necessidade de manter uma assiduidade e duração das sessões, além do sigilo sobre assuntos abordados no *setting* terapêutico.

Seguindo o processo, foi realizada a Testificação Musical - uma etapa específica da Musicoterapia, considerada por Barcellos (1999):

uma complementação da ficha musicoterápica, isto é, na ficha colhemos as informações com o próprio paciente ou com o responsável e na testificação vamos observar as reações que os sons, o ritmo, os diferentes instrumentos, enfim, os distintos tipos de estímulos, provocam no paciente. Esta tem por objetivos observar as possibilidades de comunicação do paciente; as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos, bloqueios, reações e desejos frente aos diferentes parâmetros e instrumentos musicais (p. 33).

A Testificação Musical foi realizada nas quatro primeiras sessões do processo musicoterápico. O processo constituiu-se de dezesseis sessões, sendo a frequência de uma vez por semana, com duração de uma hora, por um período de quatro meses.

Durante o processo musicoterapêutico, foram aplicadas as seguintes experiências musicais descritas por Bruscia (2000): Improvisação, Re-criação e Audição Musicais. Para cada uma dessas experiências, o autor propõe objetivos específicos e diferentes variações, que podem ser utilizadas pelo musicoterapeuta de forma combinada durante o processo terapêutico.

Bruscia (2000) explana que a Improvisação Musical oferece ao indivíduo a oportunidade de criar uma música tocando, cantando ou fazendo sons corporais, de forma livre, podendo variar a melodia, ritmo e a harmonia.

Na Re-criação Musical, de acordo com Bruscia (*Op. Cit.*, p. 126), “o cliente aprende ou executa músicas instrumentais, vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo”. Além de reproduzir, o cliente pode transformar o modelo musical exposto pelo terapeuta. A audição musical, segundo o mesmo autor, é a experiência na qual o cliente ouve músicas e corresponde verbalmente, corporalmente em silêncio, ou de outras formas.

Para Piazzetta e Craveiro de Sá (2005), é importante salientar que as escolhas das peças musicais não são feitas de forma aleatória, e sim de “modo a potencializar no encontro com a música um encontro do cliente consigo mesmo” (p.1294).

3.10 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A análise dos dados qualitativos foi realizada a partir dos relatórios dos atendimentos, das observações das filmagens das sessões, das anotações do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos* na sessão grupal de Musicoterapia e da fala dos sujeitos apreendida nas repostas às questões semiestruturadas da Entrevista Final, tendo-se o olhar da fenomenologia existencial em triangulação com os referenciais teóricos da Musicoterapia, da Gerontologia e de conceitos relacionados à Qualidade de Vida e à Memória do Idoso.

3.11 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

As análises estatísticas dos testes MINIMENTAL, WHOQOL e WHOQOL-OLD foram realizadas no programa STATISTICA 7.0. Os dados foram comparados por meio de teste paramétrico (teste t, “Tukey”, para amostras dependentes, visto que se avalia a mesma condição (participante) antes e após um tratamento/programa) e teste não paramétrico (teste de Wilcoxon), dependendo da distribuição dos dados e homogeneidade das variâncias, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk, o qual avalia a homogeneidade da amostra. As correlações foram analisadas pelo cálculo do índice de correlação de Pearson (r), com seus respectivos níveis de significância. Os resultados

foram apresentados como a média \pm desvio padrão e considerados significativos de acordo com o nível de significância igual a 0,05.

4. MUSICOTERAPIA, QUALIDADE DE VIDA E MEMÓRIA: INTERVENÇÕES COM UM GRUPO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

O grupo participante da pesquisa foi um grupo fechado, definido por Ribeiro (1995) como: “aquele em que os pacientes começam e terminam com o grupo [...] os grupos fechados proporcionam um ambiente mais adequado para uma terapia realmente intensa [...]” (p.114).

No momento das visitas aos idosos realizou-se uma explanação sobre a Musicoterapia, juntamente ao convite para participar da pesquisa; porém, apenas dez idosos aceitaram participar. Quatro deles não serão considerados nos resultados do presente estudo devido a algumas intercorrências: uma senhora com graves crises de dor de cabeça foi somente a um atendimento; um senhor teve pneumonia e foi conduzido ao regime de internação da instituição, o que impediu sua participação no grupo desde o primeiro momento; uma senhora interrompeu sua participação após três sessões, pois optou realizar outras atividades fora da instituição; por último, um senhor decidiu não participar. Assim, a partir da quinta sessão o grupo permaneceu constituído por seis pessoas, sendo quatro mulheres e dois homens, cujos dados serão aqui considerados. As intervenções musicoterapêuticas ocorreram durante um período de quatro meses, com periodicidade de uma vez por semana e duração de uma hora.

A idade dos participantes variou entre 65 e 75 anos. Quanto ao grau de escolaridade dos indivíduos, observou-se que três participantes possuíam o primário completo, dois possuíam o primário incompleto e um possuía o ensino fundamental completo. Os participantes não possuíam perda cognitiva decorrente de doenças degenerativas, apenas alterações leves ocasionadas pela senescência. O tempo de moradia dos integrantes na instituição variou entre sete meses e oito anos de permanência.

4.1 RESULTADOS E ANÁLISES

4.1.1 Dados Qualitativos

4.1.1.1 Conhecendo um Grupo de Idosos Institucionalizados: Sessões de Testificação Musical

As quatro primeiras sessões com o grupo de idosos da instituição corresponderam à etapa de Testificação Musical (BARCELLOS, 1999). Nesta etapa do processo musicoterapêutico, o grupo foi observado quanto às preferências musicais, à forma como os participantes reagiam diante dos estímulos musicais, à interação entre os participantes e a musicoterapeuta e entre si, às escolhas e à forma de utilização dos instrumentos, dentre outros aspectos, como: “comunicação do paciente; as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos e bloqueios” (BARCELLOS, 1999, p. 33).

Nesta etapa, como relatado anteriormente, houve algumas desistências. Assim, devido a esse período inicial de mudanças no grupo, fez-se necessária a renovação do Contrato Terapêutico (BARCELLOS, *Op. Cit.*), principalmente quanto ao horário das sessões e à assiduidade.

A partir da Testificação e das observações realizadas nesta etapa foi fundamentada a elaboração do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*, que foi utilizado ao final de todas as sessões.

4.1.1.2 Um Percurso em Musicoterapia Grupal com Idosos

Após a etapa de Testificação Musical, deu-se início ao desenvolvimento das sessões musicoterapêuticas propriamente ditas, que foram agrupadas da seguinte forma: fase inicial (5ª a 8ª sessão); fase intermediária (9ª a 12ª sessão) e fase final (13ª a 16ª sessão). Estas fases foram avaliadas baseando-se no *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*. Cada sessão foi subdividida em três momentos em um *continuum* de ações: acolhimento, desenvolvimento e fechamento.

Após cada sessão, foi realizada uma análise musicoterapêutica e, junto à supervisão (com a musicoterapeuta orientadora da pesquisa), foi elaborado um planejamento para a sessão seguinte.

Neste subcapítulo será apresentada a descrição das sessões que fizeram parte do processo musicoterapêutico e, posteriormente, a análise musicoterapêutica das mesmas.

Para cada sessão será apresentada uma proposta, a partir da qual a musicoterapeuta formulava a consigna⁸ para o grupo, utilizando-se sempre de expressão verbal mais acessível, tendo em vista as características dos participantes. Em seguida, têm-se o(s) objetivo(s), além dos três momentos referidos acima (acolhimento, desenvolvimento e fechamento). Os seis participantes serão citados como P1 a P6 na descrição das sessões, visando manter o sigilo em relação à identidade dos mesmos.

5ª sessão

Número de participantes: 5

Proposta: Seleção de músicas para participar do evento comemorativo dos aniversariantes do mês, incluindo moradores da ILPI, das casas lares e profissionais. O convite foi feito pelo setor de Assistência Social.

Objetivo: Trabalhar a capacidade de escolha e integração do grupo.

Acolhimento: Os participantes comentaram sobre os acontecimentos da semana de forma espontânea.

Desenvolvimento: Os participantes selecionaram as canções. Precisaram do auxílio da musicoterapeuta (para selecionar e para lembrar as músicas da sessão anterior). As músicas selecionadas e cantadas na sessão foram: *Saudade da Minha Terra* (Gerson Coutinho da Silva) e *Chalana* (Mario Zan).

Fechamento: A musicoterapeuta reforçou os pontos do contrato terapêutico com o grupo (horário, dia da sessão e assiduidade necessária).

Observações da Musicoterapeuta: A maioria dos participantes demonstrou timidez inicialmente.

6ª sessão

Número de participantes: 2

Proposta: Correlacionar músicas com acontecimentos festivos durante o ano.

Objetivo: Estimular a capacidade de estabelecer relações entre músicas e fatos e estimular a memória semântica.

⁸ Consigna pode ser definida como uma forma que o musicoterapeuta tem de direcionar os pacientes dentro de um contexto musicoterapêutico, sendo de responsabilidade do terapeuta desenvolver meios para realizar estímulos e viabilizar a relação com o paciente (Benenzon, 1998).

Acolhimento: Destinou-se o momento inicial para que os participantes trouxessem falas sobre o que vivenciaram durante a semana de forma geral.

Desenvolvimento: A musicoterapeuta perguntou quais eram as datas festivas do ano e pediu que os idosos trouxessem músicas relacionadas a cada data lembrada (Natal, Folia de Reis, Carnaval, Festa Junina), a partir de dicas verbais como: “*O que acontece no final do ano?*”. Após as lembranças das festividades, os participantes ficaram livres para escolher as músicas que estavam relacionadas com o evento. A musicoterapeuta iniciou a canção *Hino de Reis 25 de Dezembro* (Ovídio Santa Fé), com o objetivo de estimular a lembrança da música, mas os participantes não conseguiram cantar nenhum trecho.

Fechamento: Foram cantadas músicas das sessões anteriores, como: *Menino da Porteira* (Teddy Vieira Azevedo), *Chalana* (Mario Zan), *Colcha de Retalhos* (Raul Montes Torres); os participantes não conseguiram relacionar músicas com os eventos. Considerou-se o conteúdo musical exposto pelos integrantes do grupo.

Observações da musicoterapeuta: Notou-se que os participantes tiveram dificuldade em verbalizar as festividades, pois houve um tempo longo para a resposta. Foi necessário que a musicoterapeuta oferecesse dicas para auxiliar na lembrança dos eventos. Após as dicas, os participantes verbalizaram algumas festividades, porém não conseguiram relacioná-las a músicas. Um dos integrantes verbalizou o nome de algumas canções trabalhadas nas sessões anteriores, mas para cantá-las precisou da ajuda da musicoterapeuta para lembrar alguns trechos das canções.

7ª sessão

Número de participantes: 4

Proposta: Recapitular a atividade realizada na sessão anterior e propor a escolha de um recorte (época) na vida dos participantes, o qual eles deveriam relacionar com músicas que estavam presentes naquele momento vivido.

Objetivo: Estimular a memória de curto prazo e/ou de longo prazo.

Acolhimento: Foi disponibilizado um tempo inicial para colocação espontânea do que aconteceu durante a semana; em seguida, a musicoterapeuta solicitou aos participantes do grupo que recapitulassem o que foi realizado na sessão anterior.

Desenvolvimento: primeiramente todos os integrantes do grupo relataram uma época (recorte) de suas vidas. Em seguida todos conseguiram relacionar os momentos vividos

com as suas respectivas canções: P1- *Hoje está fazendo um ano* (Paulo de Paula); P2- *Dez anos* (Rafael Hernandez); P4 - *Saudade de Matão* (Jorge Galati); P6 - *A morte de Ferreirinha* (Carreirinho), *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira). Outros trechos de canções surgiram, porém em frações menores. Todos comentaram fatos ocorridos durante a adolescência que permearam as festas que ocorriam nas fazendas, como a apreciação do pôr-do-sol junto com a família e as travessuras realizadas na pré-adolescência.

Fechamento: Nesta etapa os participantes verbalizaram como foi desenvolver a atividade proposta, relatando que foi bom ter a oportunidade de verbalizar sobre os fatos vivenciados na juventude e poder cantar as músicas “antigas” novamente.

Observações da musicoterapeuta: Neste encontro pôde-se notar que houve uma melhora na interação do grupo, pois os participantes trocaram experiências vivenciadas no passado (adolescência e juventude) e, posteriormente, comentaram sobre as músicas que escutavam nesse período, sorriam com relatos uns dos outros e identificavam-se com as músicas dos colegas. Surgiram trechos de onze músicas, sendo elas: *Amargurado* (Dino Franco), *O Xote das Meninas* (Luiz Gonzaga), *Ferreirinha*, *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento - Cafezinho - José Raia), *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula), *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira), *Beijinho Doce* (Nhô Pai), *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná), *Saudade de Matão* (Jorge Galati), *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e *O João de Barro* (Carlos Alberto Ferreira Braga).

8ª sessão

Número de participantes: 4

Proposta: Os participantes escolheram músicas trabalhadas na sessão anterior; posteriormente, ouviram e reproduziram o que conseguiram registrar.

Objetivo: Estimular a memória de curto prazo e imediata.

Acolhimento: Os participantes colocaram espontaneamente os acontecimentos da semana.

Desenvolvimento: As músicas selecionadas pelo grupo foram: *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento - Cafezinho - José Raia), *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná) e *Saudade de Matão* (Jorge Galati). A música que os participantes tiveram maior dificuldade para memorizar foi *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná).

Fechamento: O grupo comentou de forma geral as dificuldades que eles apresentam para memorizar as coisas.

Observações da Musicoterapeuta: Fez-se necessário estimular uma interação maior do grupo.

9ª sessão

Número de participantes: 4

Proposta: Foram selecionadas algumas canções da 7ª sessão, e os participantes deveriam acompanhá-las com um instrumento musical.

Objetivo: Estimular a memória de curto prazo e imediata.

Acolhimento: Os participantes colocaram espontaneamente os acontecimentos da semana.

Desenvolvimento: As músicas trabalhadas foram: *O Xote das Meninas* (Luiz Gonzaga), *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula), *Beijinho Doce* (Nhô Pai), *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento - Cafezinho - José Raia). A seleção das canções foi realizada pela musicoterapeuta e pelos participantes.

Fechamento: Os participantes fizeram comentários gerais sobre a proposta realizada. Alguns verbalizaram que tiveram dificuldade para acompanhar com o instrumento algumas canções.

Observações da Musicoterapeuta: Os integrantes teceram comentários sobre as canções, sobre os cantores das mesmas e sobre outros cantores que gravaram as canções que estavam sendo trabalhadas.

10ª sessão

Número de participantes: 3

Proposta: O grupo escolheu algumas canções já trabalhadas em sessões anteriores e acompanhou ritmicamente em instrumentos percussivos.

Objetivo: Trabalhar a capacidade de reter informações e atenção alternada.

Acolhimento: Colocação dos acontecimentos da semana de forma espontânea.

Desenvolvimento: Os três participantes escolheram as seguintes canções já trabalhadas: *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira), *Saudade de Matão* (Jorge Galati), e *Colcha de*

Retalhos (Raul Montes Torres). Todos acompanharam nos seus respectivos instrumentos.

Fechamento: Os participantes teceram comentários positivos a respeito das canções trabalhadas na sessão. Fizeram associações com o passado e lembraram momentos vividos na juventude.

Observações da musicoterapeuta: Apenas um participante conseguiu reproduzir o ritmo simples feito pela musicoterapeuta; os demais tiveram dificuldade.

11ª sessão

Número de participantes: 3

Proposta: Em dupla, os participantes acompanhavam as canções trazidas pela musicoterapeuta.

Objetivo: Trabalhar a sustentação da atenção.

Acolhimento: Colocação dos acontecimentos da semana de forma espontânea.

Desenvolvimento: As músicas acompanhadas com instrumento musical foram: *Beijinho Doce* (Nhô Pai), *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná), *Saudade de Matão* (Jorge Galati). Os participantes comentaram sobre as músicas que escutam, principalmente as que são ouvidas pelos seus vizinhos - geralmente nos estilos sertanejo e gospel. Os participantes foram convidados a cantar a primeira música que viesse à memória. Surgiram as seguintes canções: *Moreninha Linda* (Osvaldir e Carlos Magrão), *Cachaça não é água* (Mirabeu Pinheiro), *Eu quero apenas* (Roberto Carlos). Os participantes cantaram pequenos trechos dessas canções e todos acompanharam com instrumento.

Fechamento: A sessão foi encerrada com cada integrante cantando um trecho de uma canção.

Observações da Musicoterapeuta: Nesta sessão percebeu-se que os participantes demonstraram uma necessidade maior de conversar com a musicoterapeuta; este momento foi favorecido pela disponibilidade da mesma.

12ª sessão

Número de participantes: 4

Proposta: Os participantes selecionaram canções e tentaram memorizar um trecho das mesmas.

Objetivo: Estimular a memória imediata.

Acolhimento: Colocação dos acontecimentos da semana de forma espontânea.

Desenvolvimento: Cada participante escolheu uma canção, resultando nas seguintes: *O João de Barro* (Carlos Alberto Ferreira Braga), *O Xote das Meninas* (Luiz Gonzaga), *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula).

Fechamento: Os participantes teceram breves comentários sobre como foi realizar a atividade musical.

Observações da Musicoterapeuta: Os participantes demonstraram descontração e melhor participação na realização da proposta.

13ª sessão

Número de participantes: 3

Proposta: Ouvir as músicas da sessão anterior, mescladas com músicas ainda não trabalhadas durante as sessões.

Objetivo: Averiguar se os participantes perceberiam que havia músicas que não tinham sido trabalhadas.

Acolhimento: Colocação dos acontecimentos da semana de forma espontânea.

Desenvolvimento: Recapitulação da sessão anterior. Os participantes ouviram algumas músicas da sessão anterior, como: *Chico Mineiro* (Tonico e Francisco Ribeiro), *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro), entre outras; mescladas a essas canções, outras ainda não trabalhadas, como: *Não Precisa* (Hélio Gomes), *Morena Bonita* (Mario Zan Rocha) e *Berrante de Madalena* (Anacleto Rosas Jr e Arlindo Pinto). Os participantes escolheram espontaneamente os instrumentos musicais e tocaram enquanto ouviam as canções.

Fechamento: Foi perguntado ao grupo se todas as canções ouvidas e tocadas nesta sessão já haviam sido trabalhadas. Todos se colocaram; dois participantes verbalizaram que todas as músicas já haviam sido trabalhadas, enquanto um deles afirmou que uma delas não havia sido ouvida anteriormente; porém, confundiu o nome das canções.

Observações da musicoterapeuta: Os participantes ficaram confusos no momento de verbalizar quais foram as músicas que ainda não haviam sido trabalhadas, precisando de um tempo para pensar.

14ª sessão

Número de participantes: 5

Proposta: A musicoterapeuta iniciaria alguns trechos das canções trabalhadas na sétima sessão e os integrantes completariam o restante da frase musical.

Objetivo: Estimular a memória de curto prazo e imediata.

Acolhimento: Em um primeiro momento, os participantes colocaram os acontecimentos da semana de forma espontânea; em seguida, foi realizada uma recapitulação da sessão anterior, na qual a musicoterapeuta solicitou que os participantes do grupo colocassem o que foi trabalhado (este momento serviu também para informar as atividades musicais realizadas aos integrantes que faltaram na sessão anterior).

Desenvolvimento: Neste momento, os idosos colocaram a proposta em prática, com auxílio da musicoterapeuta. A maioria dos integrantes demonstrou uma participação maior, cantando de forma descontraída, com menor autocensura e maior entusiasmo.

Fechamento: Os participantes fizeram comentários sobre a atividade de modo geral.

Observações da musicoterapeuta: Os integrantes demonstraram-se participativos.

15ª sessão

Número de participantes: 5

Proposta: Recapitular e trabalhar as canções da sessão anterior.

Objetivo: Trabalhar a memória de curto prazo.

Acolhimento: Neste momento, os participantes colocaram os acontecimentos da semana de forma espontânea. Em seguida, realizou-se uma recapitulação da sessão anterior.

Desenvolvimento: Neste momento, os participantes cantaram espontaneamente trechos das canções: *Cabecinha no Ombro* (Paulo Borges) *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento - Cafezinho - José Raia) *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula) e *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro).

Fechamento: A musicoterapeuta comunicou aos participantes sobre o término do processo, que aconteceria na sessão seguinte.

Observações da Musicoterapeuta: Percebeu-se que os participantes conseguiram cantar trechos mais longos das canções citadas.

16ª sessão

Número de participantes: 6

Proposta: Amigo secreto musical

Objetivo: Encerramento do período de intervenções musicoterapêuticas.

Acolhimento: Recapitulação da sessão anterior e diálogo musical sobre “como foi participar do grupo de musicoterapia”. Foi elaborada uma paródia musical.

Desenvolvimento: Os participantes ofereceram músicas como presentes para seus amigos secretos. Além de lembrarem as músicas trabalhadas nas sessões anteriores, este foi um momento de troca, compartilhamento e de intensa interação entre os membros do grupo.

Fechamento: Todos os integrantes verbalizaram como foi o momento musical.

Observações da Musicoterapeuta: Neste encontro de encerramento notou-se que a maioria das músicas escolhidas pelos participantes fizeram parte do processo musicoterapêutico e que a maioria dos sujeitos conseguiu cantar trechos mais longos (P1, P2, P3, P4 e P6) - apenas P5 não se expressou cantando. Isto significa que houve a estimulação da memória e melhora na evocação, pois devido ao tempo de convivência, sentiam-se com maior liberdade. Observou-se que havia um ambiente saudável de convivência.

4.1.1.3 Análise Musicoterapêutica das Sessões

Após a etapa inicial de Testificação Musical (realizada nas quatro primeiras sessões do processo) e a descrição das sessões, dirigimo-nos à análise musicoterapêutica das mesmas. Para a análise das sessões, consideraram-se as intervenções verbais e musicais da musicoterapeuta, o repertório musical trazido pelos participantes, as respostas dos mesmos diante dos estímulos musicais e, principalmente, os tipos de memória que foram trabalhadas nas sessões analisadas.

Na quinta sessão, percebeu-se que os participantes demonstraram insegurança e timidez diante da proposta inicial de participar, cantando, do evento institucional. Porém, deve-se considerar que tal proposta surgiu no início do processo musicoterapêutico; logo, o grupo ainda estava desenvolvendo uma melhor integração e interação e o vínculo com a musicoterapeuta ainda precisava ser fortalecido. No evento, que se realizou em dia diferente do atendimento musicoterapêutico, apenas um participante do grupo (P6) compareceu - os demais idosos tiveram compromissos e não puderam estar presentes. Com isso, formou-se um agrupamento dos idosos presentes no

evento, foram selecionadas algumas canções e todos participaram do momento de confraternização.

Na sexta sessão, podemos notar que os dois participantes presentes demonstraram iniciativa para escolher os instrumentos musicais, que percutiam enquanto interagiam com a musicoterapeuta. Pensavam para realizar a atividade, o que pode indicar que os participantes já possuíam afinidade com o instrumental e que já se expressavam de forma livre e espontânea.

Quanto a verbalizar sobre as festividades existentes no ano, fez-se necessário que a musicoterapeuta auxiliasse com pistas, realizando uma intervenção verbal que consistiu em *assinalar*. Barcellos (1992) define esta intervenção como: “sinalizar relações entre dados, sequências, momentos significativos e capacidades do paciente” (p.13). A partir da pista dada, os participantes conseguiram verbalizar o nome de algumas festividades que acontecem durante o ano.

No momento de relacionar tais festividades com as canções, os integrantes precisaram de um longo tempo para pensar e acabaram por não conseguir relacionar os acontecimentos festivos com músicas. Diante desta dificuldade, a musicoterapeuta fez uma intervenção melódica (*Op. Cit.*), a partir da Re-criação Musical (BRUSCIA, 2000), cantando a canção (*Hino de Reis 25 de Dezembro-Ovídio Santa Fé*) - relacionada com a festividade Folia de Reis. Esta intervenção tinha como objetivo estimular a lembrança de trechos desta canção, visto que a festividade relacionada com a música se sobressaiu dentre as outras comentadas, e a mesma fez parte da vida dos participantes quando eles residiam na zona rural. Mas, apesar da intervenção musical, os participantes não conseguiram cantar nenhum trecho da canção. No momento em que tentavam recordar as canções, notou-se que um dos participantes demonstrou maior empenho e comentou sobre a sua dificuldade, intercalando com o silêncio que se fazia necessário para pensar.

Depois do esforço para recordar a canção, os participantes verbalizaram que não conseguiam lembrar nenhuma. Enquanto isso, P5 imediatamente verbalizou que não sabia (que não lembrava) de nenhuma música, não demonstrando empenho e esforço para estabelecer as relações entre as festividades e as canções; porém, acompanhou com o instrumento musical os trechos das músicas cantadas. P6 verbalizou o nome de algumas canções trabalhadas nas sessões anteriores, como: *Menino da Porteira* (Teddy Vieira Azevedo), *Chalana* (Mario Zan), *Colcha de Retalhos* (Raul Montes Torres); mas

para cantar, precisou do auxílio da musicoterapeuta, que fez uma intervenção melódica (BARCELLOS, 1992) para ajudar a recapitular alguns trechos das canções.

Na sétima sessão teve-se a proposta / consigna da colocação espontânea de lembranças de fatos vividos pelos participantes. Em seguida, eles deveriam relacionar tais momentos com músicas. Todos os participantes verbalizaram acontecimentos vividos durante a adolescência. Neste momento, houve maior interação do grupo por meio de comentários sobre os relatos uns dos outros e alguns se identificavam com as histórias dos colegas.

Considerando que nesta fase da vida os idosos possuem uma tendência ao isolamento social devido a diversos fatores, no momento descrito acima os participantes tiveram a oportunidade e espaço para colocar seus conteúdos de forma livre. A experiência utilizada nesta sessão foi a de Re-criação Musical vocal e instrumental. A musicoterapeuta estimulou inicialmente a interação social do grupo, por ser um elemento fundamental para o processo musicoterapêutico. Leão (2006) reforça que: “o relacionamento interpessoal está intimamente ligado aos processos de comunicação” (p.8). A comunicação entre os participantes e a musicoterapeuta e entre si mesmos, apoiado no vínculo já existente, foi um diferencial para a interação social e musical dos envolvidos. Muitos são os estudos que comprovam os diversos benefícios conquistados através da música em relação à integração social para a população idosa. De acordo com Clair (1996 apud MIRANDA, 2002, p. 89):

A música promove integração social, ao oferecer oportunidades para experiências comuns, que são a base para os relacionamentos. Além de estimular a comunicação principalmente em grupos de idosos que têm problemas de comunicação verbal e através da música conseguem interagir significativamente com os outros.

Os participantes não tiveram dificuldade para escolher os instrumentos musicais. Neste caso, de acordo com Benenzon (1988) os instrumentos musicais funcionaram como objeto intermediário - definido pelo autor como: “um instrumento de comunicação capaz de criar canais de comunicação extrapsíquicos ou de fluidificar aqueles que se encontram rígidos ou estereotipados” (p. 47). Logo ao pegá-los, os participantes os exploravam com intensidade moderada, todos tocando ao mesmo tempo, produzindo uma massa sonora em ritmo e andamento diversificado.

Após a exposição dos fatos selecionados, cada participante escolheu uma música relacionada à época do acontecimento lembrado. As canções escolhidas foram: P1- *Hoje está fazendo um ano* (Paulo de Paula); P2 - *Dez anos* (Rafael Hernandez); P4 *Saudade de Matão* (Jorge Galati); P6 – *A morte de Ferreirinha* (Carreirinho), *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira).

Enquanto cada participante cantava a sua canção, todos os outros tocavam. Alguns cantavam à medida que conheciam a letra. Notou-se que o participante P1 foi o último a se colocar com relação à canção (*Hoje está fazendo um ano* - Paulo de Paula), mas participou tocando e cantando algumas músicas enquanto os colegas traziam suas canções. Já P2 colocou-se logo de início de forma espontânea com a música *Dez Anos* (Rafael Hernandez), cantando em intensidade fraca, acompanhando com instrumento percussivo.

O grupo tocou junto e parecia não conhecer a letra da música escolhida por P2. P4 escolheu a canção *Saudade de Matão* (Jorge Galati) e relacionou com momentos vividos no passado, quando a família se reunia para cantar, enquanto o pai tocava violão no entardecer. O participante cantou em intensidade moderada e dentro do andamento, sorria enquanto cantava e tocava, parecendo estar feliz em relembrar os momentos vivenciados no passado. P6 relacionou as músicas *A morte de Ferreirinha* (Carreirinho), *Cabelo Loiro* e *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira) com as festas que ocorriam nas fazendas antigamente. Ao relatar, demonstrou entusiasmo e empolgação, que puderam ser notados através dos gestos que fazia enquanto verbalizava. No momento de cantar as canções, apresentou uma tendência em adiantar as frases melódicas; acompanhou com instrumento percussivo, geralmente tocando no contratempo. Acredita-se que esta atitude de P6 seja advinda da empolgação e entusiasmo em poder cantar as músicas que fizeram parte do seu passado juntamente com os acontecimentos vividos. Com isso, P6 manteve a atenção voltada para si no momento de cantar, o que dificultou a percepção do andamento musical do grupo de forma geral.

Ao longo da sessão surgiram outros trechos de canções como: *Amargurado* (Dino Franco), *O Xote das Meninas* (Luiz Gonzaga), *A morte do Ferreirinha* (Carreirinho), *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento; Cafezinho e José Raia), *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula), *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira), *Beijinho Doce* (Nhô Pai), *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná), *Saudade de Matão* (Jorge Galati), *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e *O João de Barro* (Carlos Alberto Ferreira Braga). Nesta sessão

foi possível viabilizar aos participantes o resgate das reminiscências e estimular a memória de longo prazo através da música e de intervenções musicoterapêuticas. Notou-se que os participantes não tiveram dificuldade para colocar suas canções e depoimentos.

Bruscia (2000) esclarece que diferentes fatores existentes no contexto terapêutico influenciam a definição e delimitação da música, e cita que “a música é mais do que as próprias peças ou sons: cada experiência musical envolve uma pessoa, um processo musical específico e um produto musical de algum tipo, possuindo significado para os clientes” (p. 113).

Na oitava sessão, os participantes escolheram cantar músicas trabalhadas na sessão anterior. P3 e P1 iniciaram espontaneamente a canção *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento) (ANEXO 4), porém cantaram apenas a primeira estrofe da canção. A musicoterapeuta fez uma intervenção rítmica. Posteriormente, a musicoterapeuta realizou uma Audição Musical (BRUSCIA, 2000) da canção *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná) (ANEXO 5) e, em seguida, os participantes reproduziram vocalmente a música ouvida, com o objetivo de trabalhar a memória de curto prazo e imediata. P3 e P1 cantaram alguns trechos desta canção, enquanto P2 e P5 acompanharam apenas com instrumento musical.

Na nona e décima sessões, os participantes presentes escolheram uma canção para acompanhar ritmicamente com os instrumentos musicais. Ao chegarem ao *setting*, escolheram seus instrumentos (todos percussivos) e os exploraram de forma convencional, demonstrando familiaridade com os mesmos. As canções escolhidas foram: *Pagode em Brasília* (Teddy Vieira), *Saudade de Matão* (Jorge Galati) e *Colcha de Retalhos* (Raul Montes Torres). Durante a realização da atividade, a musicoterapeuta fez intervenções rítmicas (BARCELLOS, 1992), que englobaram variações rítmicas dentro do andamento das canções selecionadas. Percebeu-se que P1 tocava e cantava em intensidade fraca e não conseguiu acompanhar os ritmos realizados pela musicoterapeuta. P3 manteve-se atento às mudanças rítmicas feitas pela musicoterapeuta e demonstrou esforço para acompanhar ritmicamente, porém apresentou uma tendência em retardar o andamento. Deve-se levar em consideração a presença de algumas doenças nesta participante que influenciam na agilidade dos movimentos: reumatismo e diabetes (SIC). Já P6 conseguiu reproduzir a maioria das variações realizadas pela musicoterapeuta, com leves tendências à perda do andamento,

mas mantendo-se atento no momento da realização da atividade. Nestas sessões, a musicoterapeuta utilizou a experiência de Re-criação Musical Instrumental (BRUSCIA, 2000), com os objetivos de trabalhar a atenção sustentada e estimular a memória imediata.

Na décima primeira sessão os participantes deveriam acompanhar as canções ritmicamente em duplas. Observou-se que P3 e P5 tocaram sem estabelecer contato visual e demonstraram desatenção para com a produção rítmica do colega, o que gerou uma falta de sincronia rítmica. P1 fez dupla com a musicoterapeuta e não conseguiu tocar de forma contígua. Produziu outro ritmo e, às vezes, estabelecia contato visual; porém, na maior parte do tempo manteve-se desatenta quanto à interação e produção rítmica em conjunto. As músicas acompanhadas com instrumento musical foram: *Beijinho Doce* (Nhô Pai), *Flor do Cafezal* (Luiz Paraná) e *Saudade de Matão* (Jorge Galati). Os participantes foram convidados a cantar a primeira música que viesse à memória. Surgiram as seguintes canções: P1- *Moreninha Linda* (Oswaldir e Carlos Magrão), P3 - *Cachaça não é água* (Mirabeu Pinheiro), *Eu quero apenas* (Roberto Carlos) e P5 não se manifestou, mas acompanhou as canções cantadas com o instrumento. P1 e P3 cantaram pequenos trechos das canções citadas.

Na décima segunda sessão, após a Audição Musical (BRUSCIA, 2000), os participantes escolheram canções para memorizar pequenos trechos. As canções selecionadas foram: P3 - *O Xote das Meninas* (Luiz Gonzaga), P4 - *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula), P6 - *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira) e P5 não escolheu nenhuma canção, apenas acompanhou com instrumento musical. A maioria dos participantes cantaram trechos maiores das duas primeiras canções. O objetivo da proposta foi trabalhar a atenção e a memória de curto prazo. Para auxiliar os participantes a recordar as letras das canções, a musicoterapeuta fez intervenções melódicas (BARCELLOS, 1992), utilizando uma variação (Jogo Musical) da experiência de Re-criação Musical (BRUSCIA, 2000).

Na décima terceira sessão ocorreu a aplicação da experiência de Audição Musical, na qual os participantes ouviram músicas já trabalhadas mescladas com outras que ainda não haviam sido tocadas. O objetivo foi verificar se os participantes conseguiriam reconhecer as canções que não haviam sido trabalhadas. Enquanto ouviam, os participantes acompanhavam tocando e cantando (Re-criação Instrumental e Vocal). As músicas que não haviam sido trabalhadas anteriormente foram: *Não Precisa*

(Hélio Gomes), *Morena Bonita* (Mario Zan Rocha) e *Berrante de Madalena* (Anacleto Rosas Jr. e Arlindo Pinto). No momento de realizar a atividade, apenas o P1 não se posicionou, olhava para os colegas e permanecia em silêncio; P3 e P6 conseguiram verbalizar que as músicas *Não Precisa* (Hélio Gomes) e *Morena Bonita* (Mario Zan Rocha) não tinham sido cantadas.

A música *Chico Mineiro* (Tonico e Francisco Ribeiro) havia sido trabalhada na sessão anterior, porém o grupo não conseguiu cantar a segunda estrofe da canção. A musicoterapeuta resgatou a música da sessão anterior e pediu para que os participantes apontassem qual parte eles haviam esquecido, com o objetivo de estimular a memória de curto prazo. P6 apontou o trecho anterior, P3 apontou a parte correta e P1 não se posicionou; apenas mantinha uma expressão que transparecia esquecimento.

Logo em seguida, foi solicitado que eles verbalizassem as últimas quatro músicas ouvidas nesta sessão: *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro), *Chico Mineiro* (Tonico e Francisco Ribeiro), *Morena Bonita* (Mario Zan Rocha) e *Berrante de Madalena* (Anacleto Rosas Jr. e Arlindo Pinto). P3 e P6 conseguiram lembrar as canções *Linda Cigana* e *Chico Mineiro* (Tonico e Francisco Ribeiro); P1 disse que não conseguia lembrar. Em sequência, a musicoterapeuta utilizou um Jogo Musical, que consiste em uma variação da experiência de Re-criação Musical, descrita por Bruscia (2000): colocaram-se novamente em execução as canções *Morena Bonita* (Mario Zan Rocha) e *Berrante de Madalena* (Anacleto Rosas Jr. e Arlindo Pinto) para que os participantes cantassem um trecho destas canções imediatamente após sua audição. O objetivo desta experiência foi estimular a memória imediata, visto que os participantes apresentaram dificuldade em memorizar trechos destas canções. P6 e P3 iniciaram apenas a primeira frase melódica da canção *Morena Bonita* (Mario Zan Rocha) e não conseguiram cantar o restante. P1 verbalizou não ter conseguido registrar nenhum trecho das músicas trabalhadas. Os participantes afirmaram que conseguiam acompanhar melhor quando cantavam simultaneamente à reprodução do CD com a música original.

Para finalizar a sessão, os participantes escolheram acompanhar novamente a canção *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro), e a musicoterapeuta utilizou novamente a experiência de Jogo Musical (ibidem), colocando apenas o início da música, para que os participantes completassem o restante cantando. O objetivo desta atividade musical foi continuar trabalhando a memória imediata, visto que a maioria dos participantes

demonstraram dificuldade em atividades que a envolviam. P6 expressou-se corporalmente logo quando a música começou; foi possível perceber que todos os participantes cantaram trechos maiores desta canção do que das demais. Todos acompanharam com instrumento dentro do andamento, não sendo necessária uma intervenção rítmica (Barcellos, 1992) da musicoterapeuta para organizar a produção sonora. O ritmo produzido pelo grupo acompanhou a pulsação da música, não houve variações rítmicas.

Na décima quarta e décima quinta sessões, a proposta foi trabalhar alguns trechos de canções executadas na sétima sessão, que seriam iniciados pela musicoterapeuta e completados pelos integrantes do grupo. A experiência vivenciada é denominada por Bruscia (2000) como Jogos Musicais (uma variação da Re-criação Musical). As músicas reprisadas foram: *Cabecinha no Ombro* (Paulo Borges), *Hoje está fazendo um ano* (Paulo de Paula), *Seresteiro da Lua* (Pedro Bento; Cafezinho e José Raia), *Colcha de Retalhos* (Raul Montes Torres), e *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro).

Os participantes P1, P2, P3 e P4 conseguiram cantar trechos maiores das canções *Cabecinha no Ombro* (Paulo Borges), *Hoje está fazendo um ano* (Paulo de Paula), e *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro). Tocavam e cantavam com entusiasmo, sorriam, estabeleciam contato visual com a musicoterapeuta e com os membros do grupo. P5 apenas tocou durante toda sessão e, em alguns momentos, manteve-se de cabeça baixa e com pouca interação com o grupo e a musicoterapeuta. Estas atitudes podem estar associadas ao momento vivenciado pela participante (perda do marido). A participante acompanhou dentro do andamento todas as canções com o instrumento musical. Com isso notou-se que, mesmo não correspondendo cantando, este participante demonstrou prontidão para vivenciar experiências musicais em grupo, pois correspondeu corporalmente ao acompanhar as canções dos colegas com instrumento musical e ao comentar esporadicamente sobre a música do outro.

Schapira (2007), comentando sobre o ato de cantar durante as sessões de musicoterapia, esclarece que:

Em qualquer momento do processo musicoterapêutico, mas, sobretudo no início do mesmo, o canto conjunto entre o musicoterapeuta e o paciente incentiva o mesmo a incorporar em seu universo a possibilidade de se expressar vocalmente. Sabemos que muitas pessoas têm o hábito de cantar sozinho, e muitos normalmente não. No entanto, além deste exercício prático

ou não na vida cotidiana, poder cantar na sessão de musicoterapia é quase sempre um momento difícil para o paciente⁹ (SCHAPIRA, et al, 2007, p. 156).

Apesar de P5 não ter correspondimento musicalmente cantando, o mesmo acompanhou com instrumento musical e se permitiu participar das sessões de musicoterapia e vivenciar experiências musicais e não musicais com os demais participantes do grupo, mesmo vivenciando um processo de luto. Segundo Castilho (1998), o sentimento de apoio que o grupo desenvolve é um diferencial importante entre o processo terapêutico individual e grupal, e afirma que: “o apoio do grupo é uma necessidade real de se ajudar o outro, de se criar um elo dentro do grupo, ou seja, a busca da integração e da coesão grupal” (p. 61).

Na décima sexta sessão - sessão de encerramento - os participantes foram preparados para a finalização do processo musicoterapêutico. A proposta inicial foi realizar um diálogo musical sobre a temática “como foi participar do grupo de musicoterapia”. A musicoterapeuta elaborou uma paródia musical da canção *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro), a partir da pergunta: O que ficou da musicoterapia para vocês? Obtiveram-se as seguintes respostas:

P1: *“Pra mim foi realmente muito bom lembrando do passado e também da convivência com os meus queridos amigos e vizinhos”*.

P2: *“Ficou muita alegria no coração, e isso é muito bom”*.

P3: *“Ficou testes de memória pra gente se lembra das coisas do passado”*.

P4: *“Lembrei de muita coisa de quando eu era mocinha, de quando eu era cantora”*.

P5: *“Achei beleza, muito bom, sem defeito”*.

P6: *“Ficou muita alegria e satisfação de tá aqui com ôceis”*.

No momento da paródia musical - uma das variações da Composição Musical (BRUSCIA, 2000) - notou-se que inicialmente houve uma timidez de modo geral para responder a pergunta cantando, pois cantavam em intensidade baixa e sorriam uns aos

⁹ Texto original: En cualquier momento del proceso musicoterapéutico, pero sobre todo en los comienzos del mismo, el canto conjunto entre el musicoterapeuta y el paciente anima a este a incorporar a su universo la posibilidad de expresarse vocalmente. Sabemos que muchas personas tienen el hábito de cantar a solas, y muchas más no suelen hacerlo. De todos modos, más allá de ejercer o no esta práctica en la vida cotidiana, el poder cantar en la sesión de musicoterapia casi siempre es un momento difícil para el paciente (SCHAPIRA, et al, 2007, p. 156).

outros. Após a intervenção da musicoterapeuta, ao sugerir “atitudes determinadas e mudanças, a título de experiência” (BARCELLOS, 1992, p. 14), os participantes ficaram mais descontraídos e alguns responderam as colocações dos colegas em um clima permeado por sorrisos e brincadeiras. Em seguida, veio a proposta da realização de um amigo secreto musical¹⁰, que pode ser considerado um Jogo Musical (uma das variações da Re-criação Musical) (BRUSCIA, 2000). A maioria das canções oferecidas como “presente” fez parte do processo musicoterapêutico: P2 para P5 - *Felicidade* (Lupicínio Rodrigues); P5 para P6 – *Cabelo Loiro* (Teddy Vieira); P6 para P3 *Cabecinha no Ombro* (Paulo Borges); P3 para P4 – *Boneca Bobiçada* (Biá); P4 para P1 *Felicidade* (Lupicínio Rodrigues) e P1 para P2 - *Jurame* (Ernesto Lecuona).

A revelação do amigo secreto foi feita de modo descontraído: os participantes sorriam e brincavam entre si. A maioria dos sujeitos (P1, P2, P3, P4 e P6) conseguiu cantar trechos mais longos; apenas P5 não se expressou cantando - respondeu falando. Isto significa que houve a estimulação da memória de curto prazo e melhora na memória de evocação. A interação do grupo demonstrou-se mais consolidada, devido ao tempo de convivência durante o processo musicoterapêutico. Observou-se que havia um ambiente de saudável convivência.

Diante do exposto, pode-se constatar que a Musicoterapia viabilizou o resgate das reminiscências, da memória semântica e da memória de longo prazo, que foram vinculadas ao longo do processo musicoterapêutico com o momento atual vivenciado. As experiências musicoterapêuticas possibilitaram a estimulação das memórias de curto prazo e imediata, que contribuíram para uma melhor qualidade de vida a esses idosos.

4.1.1.4 Dados Referentes ao Protocolo: as Categorias Apreendidas nas Observações

A análise dos dados é a parte do trabalho na qual o pesquisador observa atentamente os dados coletados na pesquisa; porém, Minayo (2009) ressalta que: “durante a fase da coleta de dados a análise já poderá estar ocorrendo” (p.68). De acordo com a autora, os objetivos desta etapa são: estabelecer uma compreensão e interpretação dos dados coletados, buscar confirmação (ou não) dos pressupostos da

¹⁰ Nesse momento os participantes sorteariam o nome do amigo secreto. O presente foi oferecer uma canção para o colega.

pesquisa e/ou responder às questões formuladas antes do desenvolvimento da pesquisa, além de ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, relacionando-o ao contexto cultural (MINAYO, 2009).

Para auxiliar na elaboração da análise qualitativa das memórias trabalhadas durante as intervenções musicoterapêuticas, foi estabelecido um protocolo de avaliação, que foi baseado no perfil do grupo atendido e nos estudos realizados sobre os diferentes tipos de memória. Os critérios foram elaborados a partir de frases interrogativas, que foram respondidas pela musicoterapeuta de forma objetiva no final de todas as sessões durante o processo musicoterápico.

A primeira categoria do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos* abrangeu aspectos cognitivos como: atenção, compreensão e memória de curto prazo. Nesta categoria tiveram-se as seguintes questões: 1. Estava atento no momento em que foi dada a consigna? 2. Compreendeu a consigna? 3. Prestou atenção no momento de realizar atividade? 4. Conseguiu realizar a atividade? 5. Conseguiu lembrar das atividades/músicas da sessão anterior?

A segunda categoria consistiu em avaliar a capacidade de interação dos participantes e as respostas corporais e verbais obtidas a partir dos estímulos musicais. Para isto, elaboraram-se as seguintes questões: 6. Estabeleceu contato visual com outro participante? 7. Interagiu com outro participante? 8. Estabeleceu contato visual com a musicoterapeuta desde o início da sessão? 9. Reagiu corporalmente diante dos estímulos musicais?

A terceira categoria foi elaborada com o objetivo de avaliar a memórias de Curto Prazo e Imediata. Formularam-se as seguintes questões: 10. Cantou trechos de canções? 11. Cantou canções completas? 12. Escolheu instrumento musical espontaneamente? 13. Acompanhou com instrumento e/ou cantando?

Com a elaboração das questões objetivamos reunir possíveis critérios para avaliar as memórias de curto prazo, imediata, episódica e semântica¹¹. Separamos as treze questões supracitadas em três categorias, observando critérios de similaridade: a Categoria 1 reúne as questões de número 1 a 5, que aferem os aspectos que estão intimamente ligados à memória: atenção, compreensão, capacidade de executar tarefas e de reter informações. A Categoria 2 engloba as questões de número 6 a 9, que estão

¹¹ É importante ressaltar que esses critérios foram elaborados especificamente para o grupo analisado nesta pesquisa, considerando as características do mesmo.

relacionadas ao convívio social e às relações interpessoais dos integrantes. A Categoria 3 reúne as questões de número 10 a 13, que aferem os aspectos musicais que avaliaram as memórias durante as intervenções musicoterapêuticas no referido grupo.

As pontuações estabelecidas para avaliar os critérios foram: (0) não correspondeu; (1) correspondeu em parte e (2) sim, correspondeu. Foi realizada uma apuração da pontuação obtida por cada participante durante todo o processo e foram elaborados os gráficos, que serão apresentados a seguir.

Neste subcapítulo serão especificados os dados qualitativos coletados de cada integrante do grupo, conforme as categorias citadas anteriormente e tendo como suporte a Entrevista Final realizada com cada participante da pesquisa. Segue abaixo a descrição e interpretação da participação do integrante 1.

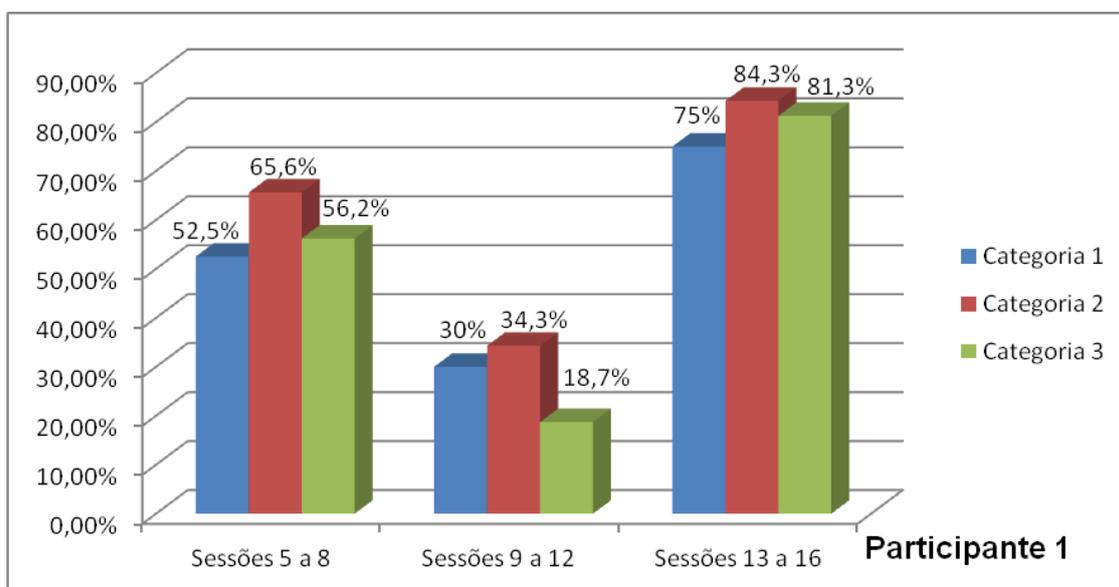


Gráfico 1: Descrição dos dados qualitativos do participante 1 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*.

Podemos observar que houve um declínio na fase intermediária (sessões 9 a 12) nas três categorias. Tal decréscimo pode ter sido motivado pela ausência da participante em duas sessões (metade das sessões avaliadas nesta fase). Na fase final obteve-se um aumento nas três categorias.

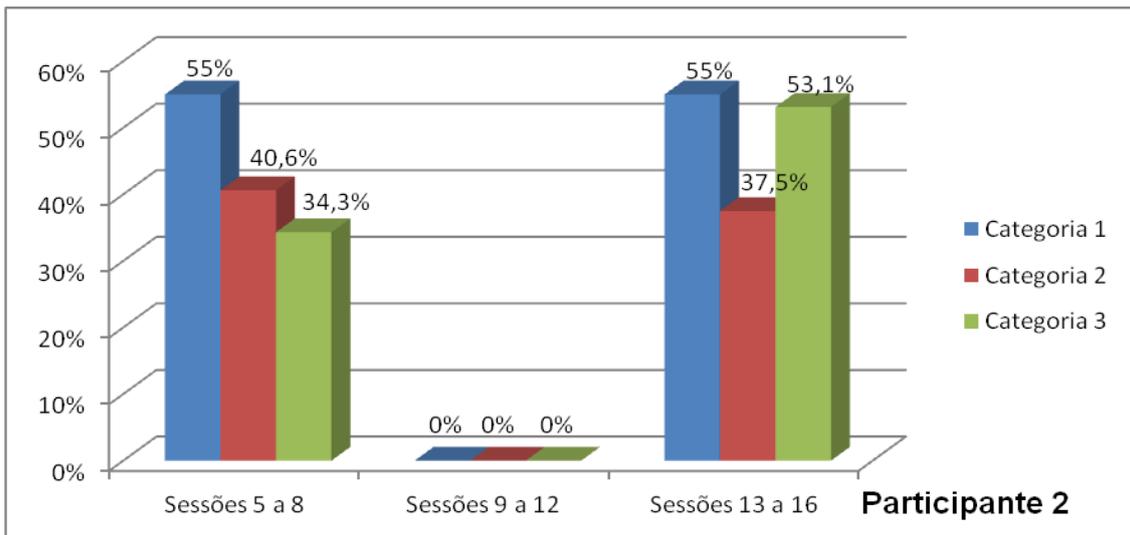


Gráfico 2: Descrição dos dados qualitativos do participante 2 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*.

Quanto ao participante 2, nota-se que houve faltas na fase intermediária que prejudicaram o desenvolvimento das categorias analisadas, havendo apenas comparação entre fase inicial e final. Pode-se observar que houve a preservação das categorias 1 e 2, e aumento na categoria 3.

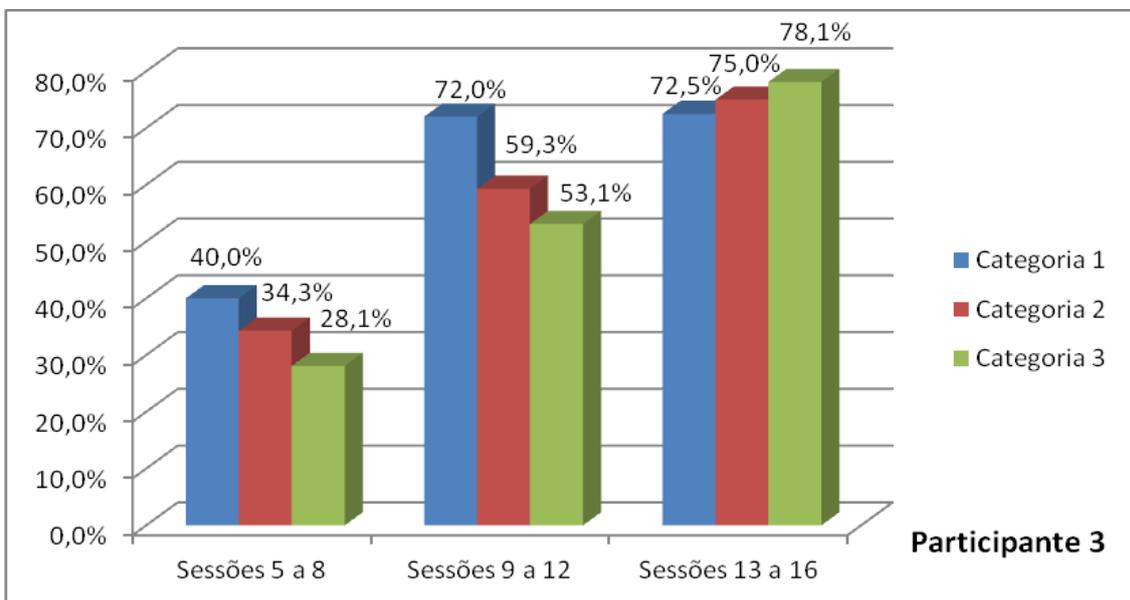


Gráfico 3: Descrição dos dados qualitativos do participante 3 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*.

Na análise do participante 3, pode-se observar que houve grande melhora nas três categorias da fase inicial para a fase intermediária; já na fase final a categoria 1 manteve-se enquanto as demais aumentaram substancialmente.

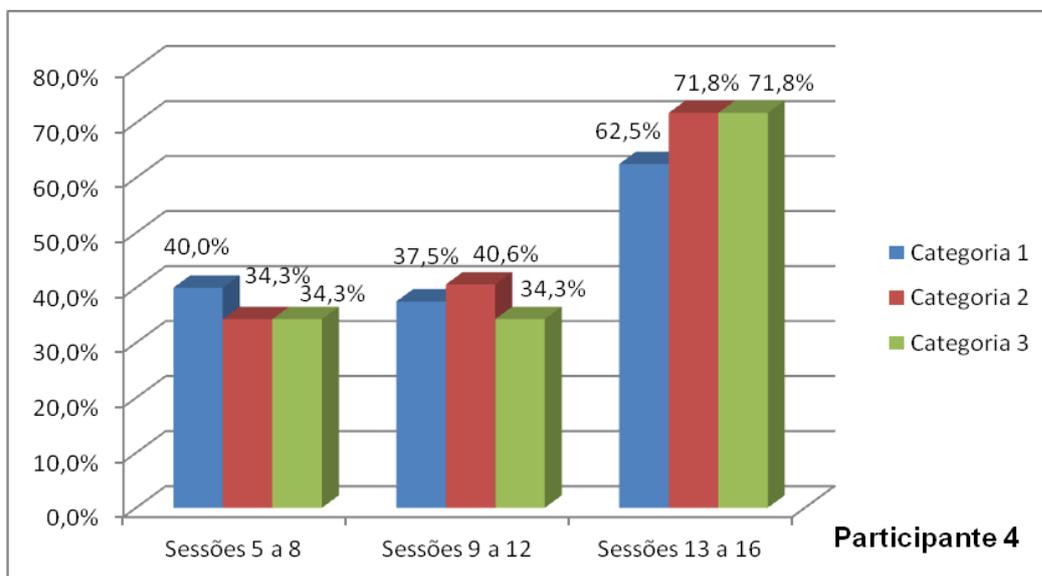


Gráfico 4: Descrição dos dados qualitativos do participante 4 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*.

Quanto ao participante 4, observa-se que houve aumento nas categorias analisadas, apesar do declínio da categoria 1 na fase intermediária.

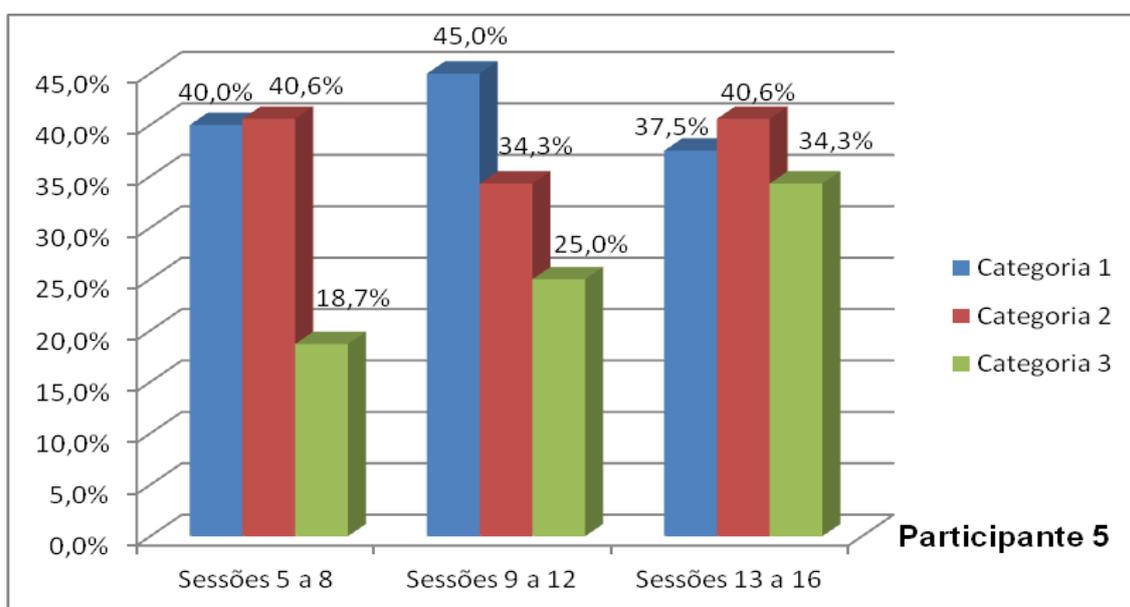


Gráfico 5: Descrição dos dados qualitativos do participante 5 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*.

Quanto ao participante 5, nota-se que houve uma oscilação na categoria 1 durante o processo musicoterapêutico, enquanto a categoria 2 manteve-se e a 3 aumentou gradativamente.

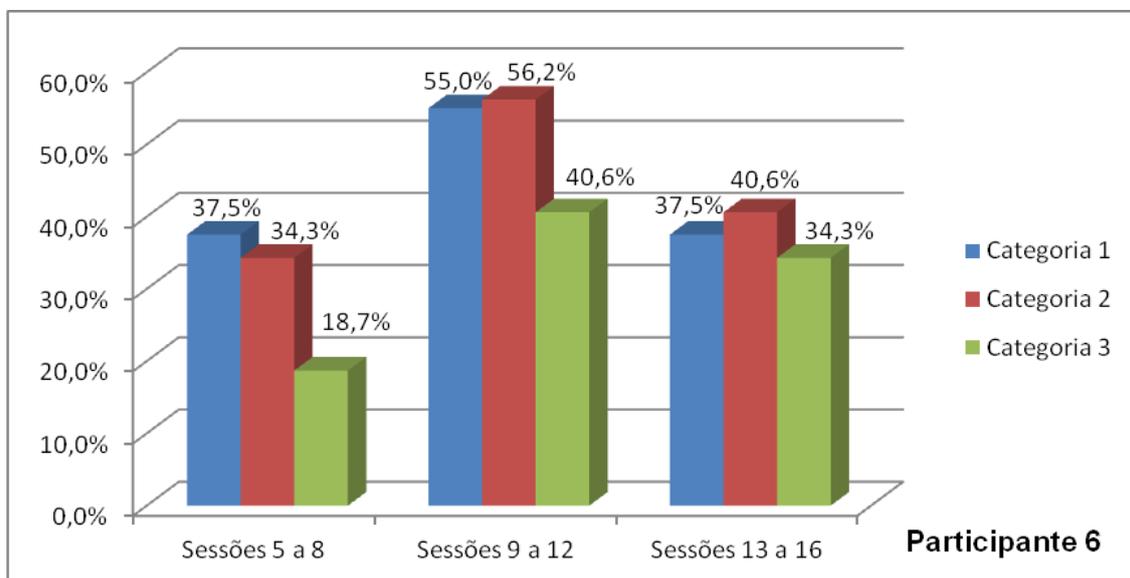


Gráfico 6: Descrição dos dados qualitativos do participante 6 por categorias, durante as sessões de Musicoterapia avaliadas pelo *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*.

No último participante obteve-se aumento em todas as categorias da fase inicial para fase intermediária, enquanto na última fase, comparada à primeira, houve preservação da categoria 1 e aumento nas categorias 2 e 3.

4.1.1.5 A Subjetividade na Fala dos Sujeitos

A percepção dos participantes em relação aos benefícios da musicoterapia para a memória e novas aprendizagens, relatada na entrevista final¹², possui uma correlação direta com as categorias do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*. Para descrever essas informações, apresenta-se, neste subitem, as respostas às questões, trazendo em **negrito** excertos das falas, ou seja, frases ou palavras que trazem de forma mais contundente os sentidos e significados da vivência dos participantes.

¹² Será feita a transcrição literal dos depoimentos dos participantes da pesquisa; logo, não haverá correção dos erros ortográficos presentes nos mesmos. As evidenciações em **negrito** são da autora, que considerou excertos das falas.

A primeira pergunta foi a seguinte: Qual a sua opinião sobre Musicoterapia?

(Participante 1) “[...] **Ah! eu achei tão bom... pelo meno lembrou alguma coisa do passado aquelas música antiga, é claro que não lembro a música, mesmo que eu nunca fui de cantar assim, eu sempre tive muito assim amargura muito problema aqui dentro de casa.**”

(Participante 2) “[...] **isso é bom uai, isso ai e o que incentiva a pessoa lembrar de alguma música, a passar o tempo também, então você tem muita coisa a aprender, que às vezes você deixa de aprender por falta de conhecer.**”

(Participante 3) “[...] **eu acho que é uma coisa boa, uma coisa que faz a gente lembrar o passado, a lembrar de coisas que a gente nem sabia que existisse mais.**”

(Participante 4) “[...] **eu achei muito bom.**”

(Participante 5) “[...] **boa, boa.**”

(Participante 6) “[...] **eu gostei demais né?! Achei muito bom.**”

As questões seguintes foram: “Você acha que a Musicoterapia influenciou sua memória? Como? Que tipo de lembrança?” e “Você considera que conseguiu memorizar músicas que não conhecia/novas?” Obtivemos os seguintes depoimentos:

(Participante 1) “[...] **Sem dúvida que tudo melhora né?! Acho que valeu, tudo é válido... eu noto que a minha mente tá melhor em alguma coisa... lembrança, lembrança de coisa né, me ativou a ficar lembrando de alguma coisa no passado, coisa boa né? Eu lembrei das minhas músicas antigas que já não lembrava mais de nada, que também não tocava mais, até que por incrível que pareça, de vez em quando agora, não sei se agora eu tô mais prestando atenção, de vez em quando passa no rádio, Colcha de Retalhos... nunca falava essas musicas antiga agora eu até vejo, foi bom essa lembrança, foi muito bom. Fico tentando lembrar né?! Porque a gente acomoda né?! Foi bom botar o cérebro para trabalhar... A musicoterapia ajudou a lembrar de fatos e músicas.**

Achei que o tempo foi pouco pra gente tá com isso na cabeça, memorizando as músicas que a gente não conhecia... teve umas que a gente ativou, né?! Com certeza, ajudou muito, a gente tá lembrando, lembrar as coisas do dia a dia.”

(Participante 2) “[...] **eu não sei explicar assim explicitamente, mas é bom é, né?! Por que mesmo assim eu ainda lembro de alguma música né?! Vem na mente, quando toca alguma música que a gente tocou aqui, ai eu falo oh? Essa foi de lá, ai você lembra. A gente cantava um pedacinho da música durante a semana, mesmo que**

a gente não sabe dela toda a gente canta ela. Eu acho o seguinte se tivesse mais tempo teria aprendido mais, nós velho tem dificuldade em gravar né?!”

(Participante 3) “[...] olha eu acho que é uma coisa boa, uma coisa boa que a gente faz, **a gente lembrar do passado, lembrar de coisas que a gente nem sabia que existisse mais.** Apesar da gente num decorá direito as música, eu gostei. **Uai, fez a gente decorá né?! Alguma coisa, alguma música.... foi bom. Influenciou né?! Essas música que a gente cantava mais, a gente recordou né,** influenciou sim. Acho que tá a mesma coisa.”

(Participante 4) “[...] eu achei muito bão. **Às vezes muita coisa a gente não lembrava, e a gente ficou lembrando sabe?! Então eu achei muito bão pra nós, foi muito interessante. A gente alembro de muita coisa né?! Quando a gente era mais nova, então a gente alembro de tudo. Às vezes um pouco vinha, depois cê esquecia, de repente cê lembrava. Ajudou bem, melhorei com suas atividades com a gente.**”

(Participante 5) “[...]Boa. Faz diferença por que toda palavrinha que a gente sabe. A gente fala é bom pra gente. [...] **terapia é uma coisa muito importante pra gente. A gente alembra das música um pouco, vai esqueceno depois alembra... não tá do mesmo jeito**”.

(Participante 6) “[...] eu gostei demais né?! Isso aí eu vou falar: eu acho que tá do mesmo jeito, **foi bom por que nós fizemo aqueles canto tudo.... tudo eu gostei, tudo foi muito importante né?! Lembrei de muitas músicas, mas quando era na hora lá eu esquecia [...] mas quando cê começava e a gente acompanhava era muito bacana. Quando tava em casa recordava alguma música. Não aprendi. Tá do mesmo jeito.**”

Às outras perguntas: “Você indica ou não a Musicoterapia para outros idosos?” e “Tem interesse em continuar com os atendimentos musicoterapêuticos?”, todos os participantes responderam afirmativamente.

Analisando-se as falas trazidas pelos depoimentos, pode-se correlacioná-las, principalmente, à categoria 3 do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*, pois houve melhora dos participantes quanto à capacidade de memorização. Esses pontos positivos podem ser observados nos excertos

que se remetem à lembrança de músicas antigas e/ou de fatos passados rememorados por meio dessas músicas.

Portanto, considera-se que, com a descrição apresentada, observou-se que a Musicoterapia trouxe benefícios ao estimular as funções cognitivas e ao atuar na preservação das mesmas por meio de momentos de autoexpressão, de melhora nos relacionamentos interpessoais e, assim como evidenciaram as sessões relatadas anteriormente, houve um resgate das reminiscências em correlação com o momento atual.

4.1.2 Dados Quantitativos

Neste item serão descritos e analisados os dados obtidos com a aplicação do MINIMENTAL (Mini Exame do Estado Mental) e dos questionários para avaliação da Qualidade de Vida relacionada à saúde: WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

4.1.2.1 Minimental

A descrição dos resultados obtidos através da aplicação do MINIMENTAL será realizada por participante, antes (Pré) e depois (Pós) do período de intervenções musicoterapêuticas. O parâmetro para o cálculo do escore deste teste é baseado no grau de escolaridade, assim definido: de 4 a 7 anos de escolaridade o valor mínimo é < 24 pontos; superior a 7 anos de escolaridade: < 26; 1 a 3 anos de escolaridade: < 21; analfabetos: < 18.

O gráfico abaixo descreve os valores referentes à aplicação do MINIMENTAL ao grupo de Musicoterapia, nos momentos inicial e final ao período de intervenções musicoterapêuticas (Sessões 05 a 16).

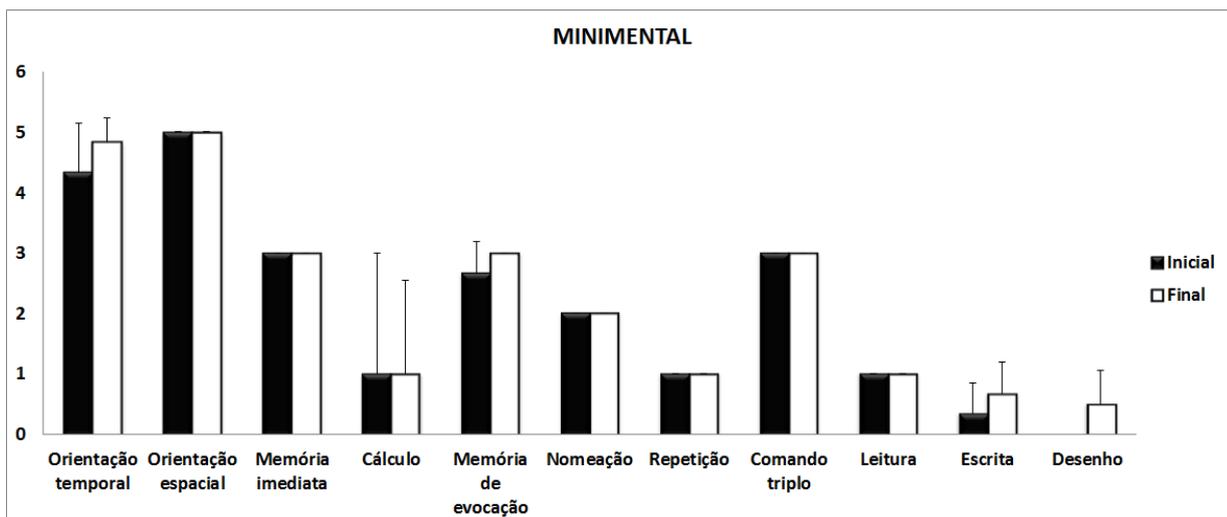


Gráfico 7. Descrição dos dados obtidos da aplicação do MINIMENTAL antes e depois das intervenções musicoterapêuticas.

Diante da exposição dos dados do MINIMENTAL em caráter comparativo, pode-se notar que houve melhora nos seguintes itens: orientação temporal - 3 participantes; cálculo - 1 participante; memória de evocação - 2 participantes; escrita - 2 participantes; desenho - 1 participante.

Os participantes 3 e 4 - apesar das melhoras apresentadas e da manutenção da pontuação - estão um pouco abaixo da média especificada pelo teste. A participante 3 possui escolaridade superior a 7 anos; logo, a pontuação é no mínimo 26. A participante 4 possui menos de 4 anos de escolaridade, sendo 24 pontos o valor mínimo para esse parâmetro; porém, há possibilidade de melhora, como está apresentado na tabela após as intervenções.

Quanto aos participantes 1 e 5, observa-se que a pontuação do teste se manteve. Porém, o participante 5 está um pouco abaixo da pontuação mínima, mas a pesquisa demonstrou que há possibilidade de preservar as funções cognitivas analisadas, vislumbrando a melhora dos critérios analisados. Considerando que o tempo de escolaridade do participante 1 é de 4 anos, o resultado mostra-se satisfatório para as exigências do teste aplicado (mínimo 24 pontos).

4.1.2.2 WHOQOL-OLD E WHOQOL-BREF

Parte-se agora para a análise estatística dos testes WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, antes (Pré) e depois (Pós) das intervenções musicoterapêuticas.

Dimensões	Média Inicial	Desvio Padrão	Média Final	Desvio Padrão	<i>p</i> (Teste <i>t</i>)
Físico	3,40	0,94	3,59	0,80	0,14
Psicológico	3,61	0,55	3,72	0,58	0,65
Social	3,72	0,14	3,72	0,14	-
Ambiental	3,52	0,44	3,69	0,31	0,39
Geral	3,50	0,56	3,68	0,50	-

TABELA 1: Descrição geral da média obtida da aplicação do WHOQOL-BREF antes e depois das intervenções (Teste *t*)

Diante da exposição da tabela com os dados do WHOQOL-BREF, pôde-se observar quanto à dimensão física antes das intervenções: 2 participantes consideraram-na ruim; 2 a consideraram mediana; 1 a considerou boa e 1 a considerou muito boa. Após as intervenções: 1 participante a considerou ruim; 2 a consideraram mediana; 2 a consideraram boa e 1 a muito boa. Pode-se, portanto, perceber que houve melhora nesta dimensão, pois houve uma diminuição na percepção “ruim” dos indivíduos e aumento no item “boa”.

Na dimensão psicológica, obtiveram-se os seguintes resultados antes das intervenções: 2 pessoas consideraram-na mediana; 4 a consideraram boa. Depois das intervenções musicoterapêuticas, 4 a consideraram boa; 1 a considerou mediana e 1 a considerou ruim. Nesta dimensão pôde-se notar a preservação da percepção da qualidade de vida psicológica na maioria dos indivíduos, enquanto apenas 1 integrante decresceu na escala; logo, é relevante ressaltar esta participante estava vivenciando um processo de luto, fator que pode ter interferido no resultado.

Quanto à dimensão social, obtiveram-se os seguintes resultados antes das intervenções: 5 participantes consideraram-na boa e 1 a considerou mediana. Após as intervenções, 5 integrantes consideraram-na boa e 1 a considerou mediana. Diante do resultado, percebe-se que houve a preservação desta dimensão frente ao tratamento musicoterápico.

Na dimensão ambiental, obtiveram-se antes das intervenções: 3 participantes consideraram-na mediana; 3 consideraram-na boa. Depois das intervenções: 5 participantes consideraram-na boa e 1 a considerou mediana. Logo, esta dimensão demonstrou uma alteração positiva diante das intervenções musicoterapêuticas.

Quanto à Qualidade de Vida Geral, obtiveram-se os seguintes resultados antes das intervenções: 3 integrantes consideraram-na boa e 3 consideraram-na mediana. Após as intervenções, 4 integrantes consideraram-na boa e 2 consideraram-na mediana. Avaliando a Qualidade de Vida Geral, os dados sugerem que o tratamento musicoterápico pode influenciar positivamente na qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas, visto que o número de participantes que consideram a sua qualidade de vida boa aumentou após as intervenções realizadas.

Podemos notar, com a apresentação dos dados obtidos do WHOQOL-BREF, que houve uma tendência à melhora nas dimensões física, psicológica e ambiental, apesar de não haver significância estatística devido ao número reduzido de participantes observados.

Em seguida, apresentam-se os dados quantitativos adquiridos com a aplicação do WHOQOL-OLD, antes e depois das intervenções.

Facetas	Média Inicial	Desvio Padrão	Média Final	Desvio Padrão	<i>p</i> (Teste <i>t</i>)
Sensório	3,17	0,85	3,88	1,06	0,14
Autonomia	3,04	0,49	3,25	0,32	0,22
Atividades	3,33	1,08	3,38	0,88	0,87
Social	3,25	0,88	3,38	0,75	0,78
Morte	3,54	1,26	3,79	1,23	0,4
Intimidade	3,67	0,74	3,75	0,27	0,75
Total	3,33	0,69	3,58	0,63	0,07

TABELA 2: Descrição geral da média obtida da aplicação do WHOQOL-OLD antes e depois das intervenções (Teste *t*).

Quanto à dimensão do *Sensório*, pode-se observar que houve uma diminuição da percepção “ruim” e uma ampliação do critério “boa” e “muito boa”. Na dimensão *Autonomia* constatou-se uma diminuição no item “ruim” e aumento no item “médio”. No critério *Atividades*, houve uma diminuição no item “muito ruim” e aumento no item “muito bom”. Nas facetas *Social* e *Morte* observa-se uma preservação da pontuação. No critério *Intimidade* houve melhora, não havendo nenhum participante que a considerasse “ruim”. Na Qualidade de Vida Geral, tendo em vista a aplicação do WHOQOL-OLD, houve uma preservação dos critérios de forma geral.

No WHOQOL-OLD houve perspectiva de melhora nas seguintes facetas: sensorio, autonomia, social, morte e intimidade. Desta forma, mesmo não havendo significância estatística, acredita-se na viabilidade do tratamento musicoterápico em atuar na preservação da Qualidade de Vida de idosos institucionalizados, pois houve preservação das dimensões citadas mesmo em um período curto de intervenções musicoterapêuticas, considerando ainda o limitado número de indivíduos da amostra considerada.

4.3 DISCUSSÃO DOS DADOS

Para a apresentação da discussão dos dados serão considerados todos os resultados, tanto qualitativos quanto quantitativos, tendo-se como base a fundamentação teórica apresentada inicialmente na presente dissertação.

O desenvolvimento desta pesquisa ocorreu através de um processo constituído de três etapas: a primeira delas consistiu no preenchimento da Ficha Musicoterapêutica, seguida da realização da Testificação Musical (4 primeiras sessões) e, finalmente, o desenvolvimento do processo musicoterapêutico. Este último foi dividido em três fases: fase inicial, fase intermediária e fase final.

No primeiro contato com os participantes da pesquisa foi realizado o preenchimento da Ficha Musicoterapêutica, que forneceu dados para que a pesquisadora reconhecesse a identidade sonora de cada sujeito. O resultado mostrou que o sertanejo era o estilo musical predominante, com preferências pelos instrumentos musicais violão e acordeom. Estes dados estão em consonância com o histórico de vida dos participantes: todos vieram da zona rural, e viveram a infância e adolescência nesse contexto. De acordo com Santos (2002) a música é um fenômeno social e um elemento cultural, e para compreendê-la, não pode ocorrer a separação de seu contexto sócio-histórico.

Após a etapa de preenchimento da Ficha Musicoterapêutica, ocorreu a formação do grupo (composto por seis idosos) e iniciou-se a etapa de Testificação Musical, realizada em quatro sessões. Este período foi suficiente para observar e avaliar o grupo quanto aos aspectos sonoro-musicais e verbais apresentados pelo grupo. A musicoterapeuta buscou estabelecer o vínculo e a interação com o grupo.

Os resultados obtidos a partir da aplicação do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos*, quanto à interação e comunicação dos participantes do grupo (especificado pela categoria 2 do protocolo), apontam para uma ampliação das relações interpessoais e da liberdade de expressão verbal e não verbal. Esta melhora na interação e na liberdade de expressão foi facilitada pela musicoterapeuta, através de experiências musicais (BRUSCIA, 2000), que estimularam a comunicação entre os participantes e a terapeuta. Os participantes, de forma espontânea e descontraída, falaram e comentaram uns com os outros sobre fatos vivenciados no passado (o que pôde ser observado na sétima sessão).

O crescimento do grupo quanto à comunicação de forma geral pôde ser observado pela diferença apresentada na categoria 2 dos gráficos de 1 a 6, que demonstraram os ganhos individualmente. A Musicoterapia, por meio das experiências musicais vivenciadas, pode viabilizar a abertura de canais de comunicação, como Bruscia (2000) esclarece:

a música pode fornecer meios de comunicação não-verbais ou pode servir de ponte para conectar canais de comunicação verbais e não-verbais. Quando utilizada como forma não-verbal, ela pode substituir a necessidade de palavras e desse modo fornecer uma forma segura e aceitável de expressão de conflitos e sentimentos que seriam difíceis de expressar de outro modo. Quando os canais verbais e não-verbais são utilizados, ela serve para intensificar, elaborar ou estimular a comunicação verbal, enquanto que a comunicação verbal serve para definir, consolidar e clarificá-la [a experiência musical] BRUSCIA (1987, apud BRUSCIA, 2000, p.71).

De acordo com Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), a musicoterapia é uma terapia que promove a autoexpressão e incentiva a ampliação do potencial criativo e da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais.

Na comunicação verbal, parte da mensagem é transmitida através das palavras e vários conteúdos são transmitidos pela voz e pela mensagem não-verbal. A Musicoterapia proporciona diversas possibilidades de comunicação não-verbal. A música, de acordo com Reick (1953 apud RUUD, 1990, p. 37) “é capaz de expressar mais do que os seres humanos sentem ou pensam. Sua linguagem é um esperanto de emoções em vez de idéias”. Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) ressaltam que: “[...] a principal função da música está relacionada com a necessidade humana de

expressar o seu mundo interno, subjetivo, onde as emoções têm nuances, movimentos que estão à margem de uma descrição discursiva” (p. 79).

Esta pesquisa viabilizou a seus participantes a expressão das suas emoções, principalmente através do canto. De acordo com Coelho (1994) “a voz é também um código de expressão da alma, pois revela as nossas impressões mais profundas pelo timbre, volume e forma de emissão” (p. 11). Langer (1973), citada por Millecco (2001), afirma que a música possui “uma íntima semelhança lógica com as formas do sentimento humano, formas de crescimento e atenuação, fluência e alentamento, conflito e resolução [...] a música é um análogo tonal da vida emotiva” (p. 80).

Ao longo do processo musicoterapêutico, foi possível observar que a maioria dos idosos, principalmente no início, apresentou dificuldade em evocar e memorizar as letras das canções que faziam parte de seu histórico musical. Pôde-se apreender esse aspecto através das falas dos participantes na Entrevista Final:

(P4) “*Às vezes um pouco vinha, depois cê esquecia, de repente cê lembrava. Ajudou bem, melhorei com suas atividades com a gente*”.

(P6) “*Lembrei de muitas músicas, mas quando era na hora lá eu esquecia [...]*”.

De acordo com Wagner et al (2009), “os idosos normais tendem a queixar-se de dificuldades cognitivas diversas, especialmente de falhas de memória” (p. 224). Essas percepções das falhas são advindas da percepção subjetiva do idoso e geralmente surgem nas atividades cotidianas; porém, esses déficits não afetam a realização das atividades de vida diária (*Op. Cit.*). Os idosos demonstraram bastante satisfação ao vivenciar experiências musicais que proporcionaram relacionar fatos vividos com a música (sessão 7).

Através das canções, eles reviveram e compartilharam com os membros do grupo momentos do passado. Essas reminiscências são ferramentas que podem auxiliar a ressignificar a vida e amenizar as perdas decorrentes do envelhecimento. Foi comum, durante o processo musicoterapêutico, o surgimento de canções que fizeram parte da juventude dos participantes. Essas atividades musicais auxiliaram os participantes a recordar o passado e suscitaram comentários que expressaram satisfação:

(P4) “*Quando eu era criança lá na roça a gente cantava com pai que tocava sanfona e era cantador*”.

(P6) “Tenho saudade da época que a gente tava lá na roça e ai pra festa comia doce e dançava” (sétima sessão).

O objetivo dessas atividades foi resgatar as memórias de longo prazo, episódica e semântica, visto que estas memórias geralmente estão preservadas em idosos saudáveis e, a partir destas, pode-se atuar em benefício da memória de curto prazo, pois os idosos apresentaram dificuldade em recordar as canções trabalhadas no intervalo de uma semana. De acordo com PARENTE (2006),

a memória de trabalho e as memórias explícitas são as mais afetadas com o envelhecimento [...] a idade parece ter pouco efeito sobre alguns componentes da memória de trabalho [...] o que é afetado significativamente é a flexibilidade e a capacidade do sistema executivo central, uma falha na eficiência dos sistemas frontais do cérebro (p. 79).

Essa dificuldade esteve presente nas seguintes falas dos participantes:

(P1) *Achei que o tempo foi pouco pra gente tá com isso na cabeça, memorizando as músicas que a gente não conhecia... teve umas que a gente ativou, né?!*

(P2) *“Eu acho o seguinte: se tivesse mais tempo teria aprendido mais, nós velho tem dificuldade em gravar né?!”*

Apesar da maioria dos participantes não ter conseguido memorizar as letras das canções integralmente, observou-se que houve aprendizado dos trechos não conhecidos e/ou recordação daqueles trechos esquecidos, como ocorreu com a canção *Linda Cigana* (Wanderley Monteiro). Na sessão 12, por exemplo, os participantes conseguiram cantar a primeira estrofe (abaixo), mas não se lembraram da letra restante:

*Eu sou cigano / Eu levo a vida cantando
Minha vida é viajar / Por onde eu passo
Com a cigana na garupa / Vou gritando, upa, upa
E para pra descansar / Armo a barraca
Lá na beira da cascata / Ergo a rede lá na mata
E já começo a balançar / Oh, ciganinha
Vamos viver viajando / Oh, minha linda cigana
Eu sei que tu ama / Esse valente cigano*

Na sessão 15, a mesma canção foi lembrada (*Linda Cigana*) e, neste dia, o grupo recordou a primeira estrofe e conseguiu cantar também a segunda estrofe, a seguir:

*Na minha viagem / Trago a minha bagagem
Muitas coisas pra vender / Carrego ouro e um papagaio louro
Fala muito e sabe ler / Vendendo tropa
Trocando cavalo bom / Mas só esse coração
Pra ninguém posso vender / Oh, ciganinha
Você sempre lendo sorte / Vamos se arretirando
Nós vamos andando / Até na hora da morte*

Outra música na qual ocorreu este mesmo mecanismo de recordação foi *Hoje está Fazendo um Ano* (Paulo de Paula): na sessão 7 os participantes cantaram apenas o primeiro verso, e na sessão 15 conseguiram cantar toda a primeira e a segunda estrofe, dispostas a seguir:

*Hoje está fazendo um ano meu bem que eu te conheci / Naquele salão de dança
primeira vez que eu te vi / Quando eu entrei no salão eu te avistei ali / Eu fiquei até
suspenso, eu nem sei o que senti / Você me deu um sorriso e eu correspondi / Entre
aquele sorriso começou uma atração / Convidei-a pra dançar pra ter uma ocasião / E
naquela contradança surgiu uns assunto bão / Ela sorria pra mim e apertava minha
mão / Eu pensei comigo mesmo: está ficando bão*

*Eu fui e perguntei a ela: aonde mora você? / Eu moro aqui bem pertinho facinho de se
aprender / Amanhã durante o dia você vai lá me ver / Vai lá conhecer meus pais eu
apresento ele a você / O véi vai ficar contente em te conhecer / Aquela noite saudosa
para mim não volta mais / Já vi menina jeitosa mas igual essa é demais Com vestido
vermelhinho, laço de fita atrás, / Aquele rosto corado que realçava demais Menina
esse seu jeitinho machuca o rapaz / Pra encurtar o fim da história eu vou contar o
resultado / Daquele dia pra cá muitas coisa tem passado / Eu falei com o pai dela, já
ficamos combinado / Pusemo as nossas aliança, registrou nosso noivado Agora estamos
esperando é o prazo marcado*

Ao analisar a letra da canção, notou-se que a mesma induz o ouvinte a recordar o passado, ou seja, incentiva-o a estimular a memória, para permiti-lo relatar fatos que ocorreram no passado. Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) descrevem ser comum grupos de Musicoterapia para idosos “dedicarem grande parte das sessões às canções e histórias que marcaram suas respectivas adolescência e juventude” (p.100). Os autores acreditam que essas canções seja uma forma de resgatar “um pouco da potência e da intensidade, que geralmente se contrapõem ao desânimo e à desvalorização social sofrida e introjetada” (*Op. Cit.*). Ainda segundo os mesmos autores essas canções também podem “ser um elemento importantíssimo, em casos de perda de memória, ajudando neste resgate” (p. 102).

Com o desenvolvimento das sessões, percebeu-se que os participantes conseguiram memorizar trechos mais longos das canções citadas acima. A evocação da

letra melhorava, principalmente, quando a musicoterapeuta realizava uma intervenção melódica que, de acordo com Barcellos (1992, p. 22), “são feitas principalmente para esclarecer ou clarificar algum trecho musical que esteja emergindo, possibilitando assim que o paciente possa expressar o que estava tentando”. A categoria 3 refere-se aos aspectos musicais que permitiram avaliar as memórias durante as intervenções musicoterapêuticas. Os gráficos de 1 a 6 descrevem os resultados obtidos nesse aspecto, enquanto o gráfico 7 descreve os resultados obtidos na aplicação do MINIMENTAL antes e depois das intervenções musicoterapêuticas, visto que o mesmo também demonstra melhoria na memória de evocação.

Outro fator avaliado foi a manutenção da atenção durante as atividades, pois esta pode exercer influência sobre a memória, visto que a capacidade de memorizar está vinculada, além de outros aspectos cognitivos, ao nível de atenção e ao interesse afetivo (DALGALARRONDO, 2000). Notou-se que o nível de atenção evoluiu positivamente ao longo do processo musicoterapêutico: inicialmente, havia grande frequência de distrações no momento da realização da atividade; com o desenrolar das sessões, os participantes foram desenvolvendo maior interesse pelas atividades, cantando as canções com maior entusiasmo e envolvimento (categoria 1 dos gráficos 1 a 6, que refere-se aos aspectos que estão intimamente ligados à memória: atenção, compreensão, capacidade de executar tarefas e de reter informações).

O WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD avaliaram a qualidade de vida dos idosos participantes desta pesquisa. Os resultados do WHOQOL-BREF apontaram para uma tendência à melhora nas dimensões física, psicológica e ambiental, apesar da não significância estatística. Quanto às dimensões citadas, alguns musicoterapeutas pesquisadores fazem relevantes afirmações, pois na Musicoterapia, o corpo humano aliado ao som produzido e às emoções advindas das experiências musicais tem fundamental importância para o processo terapêutico.

A importância de tal vínculo pode ser explicitada pelas considerações de Bruscia (2000): todos os instrumentos musicais se originaram a partir do corpo humano, e que os mesmos são, na verdade, um prolongamento do corpo, e foram baseados nos inúmeros fenômenos sonoros naturais do corpo humano. O autor ainda comenta que a Musicoterapia, através da música, transforma

nossas sensações corporais internas, nossos movimentos, sentimentos e ideias em formas sonoras que podem ser ouvidas [...] Quando cantamos ou tocamos

instrumentos, liberamos nossa energia interna para o mundo externo, fazemos nosso corpo soar, damos forma a nossos impulsos, vocalizamos o não dizível ou as ideias não pronunciáveis e destilamos nossas emoções em formas sonoras descritivas (p. 68).

Outros autores também abordam a importância da relação entre música, corpo e terapia durante o processo musicoterapêutico: Fregtman (1989, p.17) descreve que “integrar a música à terapia é integrar o corpo, porque a música é feita, dita, tocada e cantada como manifestação corporal”.

Os idosos, ao longo do processo terapêutico vivenciado, demonstraram interesse e satisfação em cantar as canções que fizeram parte das suas experiências passadas. Confirmando esta relação corpo – som – emoção, Chagas (1997, p. 22-3) ressalta que “o som emitido pelo próprio cliente [...] proporciona uma intensa exploração terapêutica da conexão: inspiração - emissão de som - expiração. Essas experiências poderão promover o surgimento de antigas lembranças e facilitarão a expressão emocional”. Além da relação do canto com as lembranças passadas, a mesma autora ainda afirma que: “o cantar ajuda a juntar ação, emoção e pensamento facilitando o contato direto com as sensações físicas, com os sentimentos e com a mais profunda sensação de ser o que se é” (p. 24).

Alguns idosos fizeram comentários sobre a dificuldade de aceitar a autoimagem, a ‘imagem de velho’, afirmando que a flacidez da pele incomodava. Neste sentido, CRAVEIRO DE SÁ (2008, p. 4) afirma que “a música é, também, um dos vários recursos utilizados para facilitar a autoaceitação real”. Visto que o resultado obtido pelos questionários WHOQOL-BREF demonstrou uma tendência à melhora no aspecto físico, nota-se a possível influência da Musicoterapia nesse processo de aceitação e ressignificação das perdas, frente ao processo inevitável de envelhecimento do ser humano.

Quanto aos dados obtidos na aplicação do WHOQOL-OLD, pôde-se notar a melhora nas facetas ‘participação social’ e ‘intimidade’. Considerando-se que geralmente os idosos possuem tendência ao isolamento social, estes resultados positivos possuem relevância dentro do contexto desta pesquisa. De acordo com Moscovici (2009), “o processo de interação humana supõe necessariamente comunicação [...]; o simples fato de estar em presença do outro modifica o contexto perceptivo de cada um, promovendo interação, que é, afinal, comunicação” (p. 173). Esta afirmação vem ao encontro da teoria de alguns autores da Musicoterapia, como Ruud (1990), que

descreve: “a música no nível pragmático corresponde a um fenômeno social interativo. Música como comunicação e interação social” (p. 41). Diante disto, percebe-se que o processo musicoterapêutico vivenciado no presente estudo viabilizou a ampliação das relações interpessoais a partir das experiências musicais (BRUSCIA, 2000) realizadas em grupo.

Corroborando os dados positivos relacionados à Qualidade de Vida na presente pesquisa, Aroca (2012) obteve resultados positivos em um trabalho desenvolvido com idosos, tendo como principal objetivo melhorar a qualidade de vida. Observou em seu trabalho: “diminuição do surgimento de idéias negativas como ansiedade, medo, desesperança, depressão e tristeza¹³” (p. 104).

Diante da relação dos resultados obtidos na análise das categorias do *Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos* aos dados obtidos por meio da aplicação do MINIMENTAL, notou-se que os aspectos analisados na maioria dos participantes mantiveram-se ou melhoraram.

Utilizando como recurso a tomografia por emissão de pósitrons, as pesquisas realizadas por Platel et al (apud CORREIA, 2009) ofereceram subsídios para que os autores definissem memória semântica musical e memória episódica musical. A primeira “se refere ao extrato musical bem conhecido, armazenando na memória sem, contudo, ser possível recuperar as circunstâncias temporal e espacial que o envolvem” (p. 343). A memória episódica musical “se refere à capacidade para reconhecer um trecho musical (familiar ou não), no qual esteja envolvido um contexto espaço-temporal (quando, onde e como) que possa ser lembrado” (*Op. Cit.*). Correia (2009) considera os achados de fundamental importância para os musicoterapeutas, pois se faz necessário compreender que o conjunto de atividades cognitivas e motoras envolvidas no processamento da música exigem operações mentais multimodais.

Durante o processo musicoterapêutico, os participantes vivenciaram experiências musicais (Bruscia, 2000) que viabilizaram o estímulo à capacidade de memorização dos mesmos. A Re-criação e a Audição Musical foram as experiências musicais mais utilizadas. De acordo com o autor, alguns dos objetivos das experiências

¹³ Texto original: “resaltan los resultados positivos en cuanto a la disminución de la cantidad de aparición de ideas negativas como ansiedad, temor, desesperanza, depresión, tristeza” AROCA (2012, p. 104).

re-criativas são “desenvolver a memória e melhorar as habilidades interativas e de grupo”. Ele indica essa experiência a “clientes que precisam trabalhar juntamente com outras pessoas visando a objetivos comuns” (p. 127). Quanto à aplicação da experiência Audição Musical (*idem*) têm-se vários objetivos, dentre eles: “facilitar a memória, as reminiscências e as regressões [...]; estabelecer uma conexão entre ouvinte e o grupo comunitário ou sociocultural” (p. 129). Esta experiência de ouvir músicas pode “evocar os aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música” (*ibidem*). Diante do exposto, acredita-se que as experiências musicais acima atenderam com propriedade aos objetivos estabelecidos nesta pesquisa.

Todas as ações da musicoterapeuta no processo vivenciado tiveram como principal objetivo terapêutico estimular a memória, a fim de retardar perdas gradativas, buscando ainda minimizar danos ocasionados pelo seu *déficit*. Segundo Abreu (2005, p. 3), “a perda da memória dificulta a aproximação das pessoas em suas relações afetivas, sociais e familiares [...]; a mesma fica impossibilitada de cuidar de si, planejar sua qualidade de vida; perde sua razão, autonomia e coerência”.

Percebe-se, portanto, que há relação direta entre a preservação da memória e a qualidade de vida do indivíduo idoso. O presente estudo evidencia que, ao objetivar o trabalho relacionado à memória dos idosos, o musicoterapeuta pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida ao ser inserido no campo institucional de atendimento a esta população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas perdas decorrentes do envelhecimento acarretam prejuízos para o ser humano, sendo perceptíveis no processo de degeneração, podendo afetar até mesmo a realização das AVDs (Atividades de Vida Diária) e influenciando diretamente na qualidade de vida dos idosos.

Esta pesquisa inseriu-se neste contexto com o propósito de mostrar a influência da musicoterapia na preservação da memória e na qualidade de vida de idosos institucionalizados. Apesar de, quantitativamente, a diferença nos escores dos questionários (antes e após o período de atendimentos musicoterapêuticos) não ter sido estatisticamente significativa, os resultados encontrados demonstraram importantes ganhos com a aplicação da Musicoterapia aos idosos institucionalizados (considerando os participantes desta pesquisa) - se considerados os valores absolutos que se mantiveram ou aumentaram, indicando manutenção ou preservação da memória e da qualidade de vida, focos deste estudo.

A Musicoterapia possibilitou a melhora da comunicação entre os participantes, permitindo que os mesmos expressassem seus conteúdos internos através da linguagem musical. Com isso, a Musicoterapia contribuiu para a melhora da autoaceitação e ampliação do convívio social - fatores considerados importantes para esta população.

Cabe salientar a importância do trabalho em grupo, pois este interfere nos aspectos emocionais e na interação social, ao servir de motivação para a ampliação dos relacionamentos interpessoais. Sobre este aspecto, registraram-se vários depoimentos dos idosos que confirmaram estes benefícios.

A utilização da música na condição de estímulo para a memória demonstrou-se uma possibilidade terapêutica viável, pois se percebeu um desenvolvimento positivo na capacidade de memorização dos idosos ao longo deste estudo, principalmente para aqueles que se encontram institucionalizados, pois estes necessitam manter sua autonomia e capacidade cognitiva o máximo de tempo possível, podendo retardar ou até mesmo evitar a necessidade de recorrer às internações em unidades de ILPI.

Estes aspectos positivos decorrentes dos atendimentos musicoterapêuticos desta pesquisa podem ser advindos do fato de a Musicoterapia utilizar preponderantemente a música como ferramenta de trabalho, e que a mesma pode interferir, concomitantemente, nos aspectos emocionais e cognitivos. Isto vem corroborar o que

apontam as pesquisas realizadas na área, visto que estas têm comprovado o potencial da música em ativar diversas áreas cerebrais simultaneamente no momento de sua execução e que esses benefícios podem ser estendidos a outros âmbitos da vida do indivíduo.

A preservação da memória, portanto, influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, pois quanto maior a sua autonomia, melhor será a sua percepção subjetiva sobre os outros aspectos importantes para o envelhecimento saudável. Estes pontos positivos estão demonstrados nas facetas dos questionários de qualidade de vida que apontaram uma tendência à melhora, além de terem sido apreendidas nas falas dos participantes durante os atendimentos e nos depoimentos finais.

Uma limitação inicial para a realização do presente estudo foi relativa à expectativa da pesquisadora/autora ao não conseguir a adesão da maioria dos moradores da instituição ao processo musicoterapêutico: não se esperava que os moradores da instituição tivessem tantos afazeres e compromissos em sua rotina. Assim, reduziu-se o número de participantes que foram submetidos às intervenções terapêuticas, e, portanto, o tamanho da amostra foi um dos fatores que contribuíram para a não comprovação estatística dos benefícios encontrados. Outro fator pode ter sido a quantidade de sessões, considerando-se que quanto maior o período de intervenções, maior poderá ser o resultado em relação à aquisição e/ou retenção de novas informações, assim como para que as mesmas se mantenham de forma prolongada. Com isso, faz-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que venham preencher essas lacunas.

Este estudo proporcionou a ampliação de conhecimentos sobre o tema e possibilitou a constatação dos benefícios da Musicoterapia na preservação da memória e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. Considera-se importante ressaltar a relevância da integração do profissional musicoterapeuta junto à equipe multidisciplinar de instituições asilares, a fim de contribuir para o tratamento dos idosos que se encontram na iminência ou em processo de incapacidade cognitiva.

Finalmente, é possível afirmar que os participantes envolvidos nesta pesquisa foram beneficiados pela Musicoterapia, tanto no aspecto da estimulação das funções cognitivas, quanto no aspecto emocional e social, e que as melhoras obtidas proporcionaram melhoria na qualidade de vida destes idosos institucionalizados.

Espera-se que a presente pesquisa possa contribuir para a formação do corpo teórico da Musicoterapia e que instigue a realização de novas pesquisas sobre este tema,

que possui grande relevância na atualidade, cujo principal objetivo seja beneficiar o idoso institucionalizado e a sociedade na qual ele está inserido.

REFERÊNCIAS

ABREU, Izabella Dutra de et al. **Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 25 de fev. 2013.

ALMEIDA, O. **Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil**.1998. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid8000400014>. Acesso em: 01 jan. 2013.

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO Ana Cristina Mancussi de. **Trajectoria das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. 2007. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>. Acesso em: 18 jul 2012.

AROCA, G. P. R. **Efectos de la musicoterapia a partir del “coro terapéutico” sobre la calidad de vida en la población adulta mayor atendida en la fundación “miniliga lila sánchez de cruz” del municipio de arbeláez cundinamarca**. Tesis de Maestria en Musicoterapia. Facultad de Artes. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2012.

ÁVILA, Renata; MIOTTO, Eliane. **Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer**. 2002. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/pdf/190.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Cadernos de Musicoterapia, 4**. Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia de musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Cadernos de Musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BENENZON, Rolando O. **La nueva musicoterapia**. Buenos Aires: Lumen, 1998.

_____. **Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. São Paulo: Summus, 1998.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Aprova o Estatuto do Idoso** (online). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 19 jul. 2012.

BRASIL. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002/Organização das Nações Unidas**. Tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois – Brasília: Secretária Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

BRUCKI, Sonia M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. 2003, vol.61, n.3B, p. 777-781.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Trad: mariza Velloso Fernandez Conde. Rio de Janeiro; Enelivros. 2000.

BUGALHO, Paulo; CORREA, Bernardo; VIANA-BAPTISTA, Miguel. 2006. **“Papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais bases científicas e modelos de estudo”**. Acta Med Port. 19: 257-268. doi: 2006-19/3/257-268.

CAMARGO, Cândida H. P. de; et al. Envelhecimento “normal” e Cognição. In: BOTTINO, Cássio. M. C. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARO, A A; PASSINATO, MT. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: 1999. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0681.pdf>>. Acesso em 02 nov.2009.

CAMÕES, C. et al. s.d. **Reabilitação na Doença de Alzheimer**. 2005. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2011.

CASTILHO, Áurea. **A dinâmica do trabalho em grupo**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

CHAGAS, Marly. **Musicoterapia e Psicoterapia Corporal: Aspectos de uma relação possível**. 1997. Disponível em:< <http://revistademusicoterapia.mus.br/revistademusicoterapia31997.html>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

COELHO, Helena de S. N. W. **Técnica vocal para coros**. 4 ed. São Leopoldo, RS: Sinodal, 1994.

CORREIA, Cléo Monteiro França. Música, Emoção e Memória Musical. In: NASCIMENTO, Marilena. **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara; ALENCASTRO, L. **Musicoterapia e Mandala Corporal: ressonâncias expressivas em busca de uma unificação**. 2008. Disponível em: <http://www.consciencia.pro.br/artigos_congressos/33.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CREUTZBERG, Marion. et al. **A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos**. 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000200002&lng=pt&nrm=isso> Acesso em: 20 jul 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

FERREIRA, Lucilene; SIMÕES, Regina. **Idoso asilado: qual a sua imagem?** Várzea Paulista, SP: Fontoura, 2011.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100):** características e perspectivas. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 out. 2012.

FLECK, M. P. de A. *et al.* **A Avaliação de Qualidade de Vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREGTMAN, Carlos Daniel Fregtman. **Corpo, Música e Terapia.** São Paulo: Cultrix, 1989.

FREIRE, Vanda Bellard (org). **Horizontes da Pesquisa em Música.** Rio de Janeiro: 7 Letres, 2010.

JARRARD, Robert. A descoberta da diversidade. **Revista Mente e Cérebro.** Nº 27. 2011.

KOVÁCS, MJ. **Morte e desenvolvimento humano.** 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 253p.

GATTI, Patrícia. 2008. **Práticas musicoterápicas e o desempenho cognitivo em idosos com queixas de memória.** 2008. <http://www.fflch.usp.br/dl/simcam4/downloads_anais/SIMCAM4.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012.

GRÜTER, Thomas. 2011. **O amanhã começa ontem.** Mente e Cérebro, Março 27.

HELENE, André Frazão; XAVIER, Gilberto Fernando. **A construção da atenção a partir da memória.** 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?scriptid>> Acesso em: 23 jun. 2011.

HOUAISS, Instituto Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001. 2922 p.

LEINIG, Clotilde Espíndola. **A música e ciência se encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia.** Curitiba: Juruá, 2009.

ILARI, Beatriz. Cognição Musical: origens, abordagens tradicionais, direções futuras. In: ILARI, Beatriz & ARAÚJO, Rosane C. de. (Org). **Mentes em Música.** Curitiba: Deartes, 2009. p. 13-36.

LEÃO, Eliseth Ribeiro; FLUSSER, Victor. **Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes.** São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/10.pdf>>. Acesso em: 03 de out. de 2009.

LEVITIN, Daniel J. **A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana.** Trad. Clóvis Marques. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

LUZ, Marcelo Caires; SILVEIRA, Nadia Dumara Ruiz. **A Educação Musical na Maturidade**. 2006. Disponível em: <<http://www.marcelocaires.mus.br.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

GIOVANNI Akemi Wada; WATANABE, Helena Mendonça. **Instituições de longa permanência de idosos na Região Metropolitana de São Paulo**. 2009. Disponível em: <<https://sistemas.usp.br/tycho/CurriculoLattesMostrar?codpub>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

MIRANDA, Maria Luiza Jesus de; GODELI, Maria Regina. C. Souza. **Avaliação de idosos sobre o papel e a influência da música na atividade física**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.usp.br/eef/rpef/v16n12002>>. Acesso em: 28 de mar. de 2009.

MENDONÇA. **Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas**. Revista Kairós, São Paulo, 9(2), dez. 2006, p. 169 a 188.

MILLECCO, L.A.F; BRANDÃO, M.R.E; MILLECCO, R.P. **É preciso cantar**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2009.

MOZER, Neuza Maria Sangiorgio. et al. **Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados**. Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2011. Disponível em: <<http://www.fisioterapia.com/public/files/artigo/3EEB5d01.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2012.

NERI, Anita Liberanesso. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

_____. **Qualidade de vida na Velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Alínea. 2007.

PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta; et al. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASSARINI, Luisiana Baldini França. **A musicoterapia atuando na qualidade de vida do idoso institucionalizado - caminhando pela psicogerontologia**. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo294.htm>. Acesso em: 25 de jan. 2013.

PAZZINI, Daiane. 2008. **A Contribuição da Musicoterapia na Velhice**. Disponível em <http://www.musicaeadoracao.com.br/efeitos/musicoterapia_velhice.htm>. Acesso em: 20 jul. 2012.

PERLINI; et al. **Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>. 2006.

PEDROSO; et al. **Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD Microsoft Excel.** 2010. <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/687/505>. Acesso em: 25 nov. 2012.

_____. **Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel.** Revista brasileira de qualidade de vida. V. 02, n. 01, jan./jun. 2010, p. 31-36. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/687/505>. Acesso em: 25 nov. 2012.

PIAZZETTA, Clara. Márcia Freitas; CRAVEIRO de SÁ. Leomara. **Escuta musicoterápica: uma construção contemporânea.** Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música – ANPPOM, 15, 2005, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://tv.ufrj.br/anppom/sessao22/clarapiazzetta_leomaracraiveiro.pdf. Acesso em: 15 nov. 2012.

PIEXAK, Diéssica Roggia. et al. **Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas.** Rev. bras. Geriatria e Gerontologia. Vol.15 no.2 Rio de Janeiro 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jan. 2013.

PINTO, Ana Lucia Fiebrantz. 1999. **Memória: um desafio à autonomia do idoso.** Família, Saúde e Desenvolvimento.1-10. doi: /4874/372.

QUEIROZ. Luis Ricardo Silva. **Pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa: Perspectivas para o campo da etnomusicologia.** Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/claves/pdf/claves02/claves_2_pesquisa_quantitativa.pdf. Acesso em: 02 set. 2011.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. et al. **Políticas públicas direcionadas ao idoso: aplicabilidade do artigo 4º do decreto nº 1.948/96.** 2005. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/pdf. Acesso em: 20 jul. 2012.

QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Martins. **Alterações cerebrais e Memória.** BOTTINO, Cássio. M. C. Demência e transtornos cognitivos em idosos. In: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, n.2. **Definição de Musicoterapia.** Rio de Janeiro: UBAM, 1996, 88p.

RIBEIRO, Eliseth Leão. **A dignidade dos idosos institucionalizados: o papel da música no encontro humano.** Enfermaria Global, n.13, p. 1-6, jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.um.es/eglobal/artcle/view/16101/15521>. Acesso em: 20 agos. 2010.

RIBEIRO, Ponciano Jorge. **Psicoterapia grupo analítico: teoria e técnica**. 2 edição. São Paulo. Livros Neli. 1995. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=cYy3T1tU65gC&pg=PA114&lpg>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

ROCHA, Sérgio Figueiredo. **Memória: uma chave afetiva para o sentido na performance musical numa perspectiva fenomenológica**. 2010. Disponível em: <http://www.musica.ufmg.br/permusi/port/numeros/21/num21_cap_11.pdf.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2012.

ROSSETTO, Tânia Cristina Fascina Segá. **Interface entre a musicoterapia e a terapia ocupacional na estimulação da memória em grupo de idosos**. Monografia apresentada na Universidade de Ribeirão Preto. 2008.

RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**; trad. Vera Wrobel. São Paulo, Summus, 1990.

_____. Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien. Oslo: Solum Forlag. In: WIGRAM, Tony; PEDERSEN, Inge N. e BONDE, Lars O. **A Comprehensive Guide to Music Therapy**. 2002. Disponível em: <<http://soundfeeling.us/common/downloads/a-comprehensive-guide-to-music-therapy.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2013.

SANTOS, Marco Antônio Carvalho. **Sobre sentidos e significados da Música e a Musicoterapia**. Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano V, n. 6 Rio de Janeiro, 2002.

SÃO PAULO (Estado). Projeto de Lei 527/10. Institui o programa social "centro dia do idoso", no âmbito do município de São Paulo, e da outras providências. <<http://www.institutoagora.org.br/node/6520>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

SCHAPIRA, Diego. et al. **Musicoterapia Abordaje Plurimodal**. Argentina: Adim ediciones, 2007.

SCHOENBERG, Arnold. **Harmonia. Introdução, tradução e notas de Marden Maluf**. São Paulo: UNESP, 2001. 579 p.

SEKEFF, Maria Lurdes de. **Da música: seus usos e recursos**. São Paulo: Unesp, 2002.

SLOBODA, John A. **A mente musical: Psicologia Cognitiva da Música**. Trad. Beatriz Ilari e Rodolfo Ilari. Londrina: EDUEL, 2008. 384p.

SILVA, Rosalina Carvalho da. **A Falsa Dicotomia Qualitativo -Quantitativo: Paradigmas que Informam nossas Práticas de Pesquisas**. 1998. Minuta do Capítulo do Livro: Romanelli, G.; Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998) **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa**- Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP / CAPES; R. Preto: Editora Legis-Summa). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v9n16/10.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2011.

SOUZA, Márcia Godinho Cerqueira. Musicoterapia Clínica na Terceira Idade – Uma Abordagem Institucional. In: COSTA, Clarice Moura (org). **Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos**. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008. p. 185 - 197.

_____. **Considerações sobre musicoterapia e terceira idade - A busca de um padrão que une**. Rio de Janeiro: ENSP – Fiocruz, 1997.

_____. **“Musicoterapia e a Clínica do Envelhecimento”**. Comunicação apresentada no XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia Paraná, Curitiba, 5-8 de setembro. 2009.

TAVARES, GR. **Do luto à luta**. Belo Horizonte: Casa de Minas, 2001.

TEIXEIRA, CMFS. **Perda e luto na família**. Goiânia, 2008. I Seminário de Pesquisa em Musicoterapia promovido pela EMAC/UFG em 24 abr.2008.

TAUSSIK, Wagner. **Memória Explícita**. In: Cognição e envelhecimento/ Maria Alice de Mattos Pimenta Parente. Porto Alegre: Artmed, 2006.

THAUT, Michael H. et al. **Neurologic Music Therapy Improves Executive Function and Emotional Adjustment in Traumatic Brain Injury Rehabilitation**. 2009. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.1525/mp.2010.27.4.281?uid=2&uid=4&sid=21101790855931>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

_____. **Neurologic Music Therapy in Cognitive rehabilitation**.2010. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.1525/mp.2010.27.4.2810855931>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

WAGNER, Gabriela Peretti et al. **O desempenho de idosos com e sem declínio cognitivo leve nos Testes Wisconsin de Classificação de Cartas e Iowa Gambling Test**. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php.viewFile>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

WATANABE, Giovanni. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Boletim do Instituto de Saúde** - n.47. abr. 2009. São Paulo. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-1812200900>. Acesso em: 20 jul 2012.

WEINBERGER, Norman. M. **“A Música e o cérebro”**. Scientific American Brasil, Dezembro. 2004.

WOODS; Bob et al. **Reminiscence therapy for dementia**. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846613>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

ZANINI, Claudia Regina Oliveira. **“Envelhecimento saudável - o cantar e a gerontologia social”**. 2003. Disponível em: <<http://www.observatorionacional.doidoso.fiocruz.br.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

APÊNDICE 1

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA/MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone 3521-1075 ou 3521-1076.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: A Musicoterapia na Prevenção da Memória e na Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados.

Pesquisador Responsável: Ivany Fabiano Medeiros.

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (62) 9804-12-62.

Pesquisador participante: Claudia Regina de Oliveira Zanini.

Telefone para contato: 9901-38-60 / 3521-11-25 (ramal 29).

Informações importantes que você deve saber sobre a pesquisa:

Este termo de consentimento está sendo aplicado pela pesquisadora Ivany Fabiano Medeiros, graduada em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Música da mesma universidade, vinculada à linha de pesquisa Música, Educação e Saúde. A pesquisa “**A Musicoterapia na Prevenção da Memória e na Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados**” será desenvolvida por essa aluna com a participação de outros pesquisadores.

Esta pesquisa visa investigar a contribuição da Musicoterapia na preservação da memória e qualidade de vida das pessoas idosas. O estudo utilizara os seguintes instrumentos para coleta de dados: Ficha Musicoterápica, Questionário WHOQOL – Bref e WHOQOL OLD (avaliação da Qualidade de Vida), Mini Exame do estado Mental (avalição da memória) e Entrevista Semiestruturadas que serão aplicadas antes e após das sessões musicoterapia.

Caso você esteja de acordo em participar da pesquisa, nessa fase inicial realizaremos a entrevista, que consiste em realizar um levantamento dos aspectos musicais e algumas particularidades que abrangem questões sobre a qualidade de vida. Mesmo tendo se disponibilizado a participar da pesquisa você pode se negar a responder as questões, e se considerar necessário pode suspender a sua participação a qualquer momento, inclusive após o início das sessões musicoterapia, sem que isso lhe cause nenhuma penalização.

O horário será estabelecido de acordo com a disponibilidade do local e dos participantes. As intervenções acontecerão em uma sala do Abrigo Sagrada Família, que oferece todos os requisitos necessários para a realização desta pesquisa como: privacidade, infraestrutura e etc. Serão realizadas 12 sessões de musicoterapia, com duração de uma hora.

No decorrer do processo musicoterapêutico, utilizaremos os métodos e técnicas da Musicoterapia para investigar as contribuições da mesma para a memória e a qualidade de vida. A entrevista será gravada em áudio e as intervenções serão filmadas, os dados coletados serão utilizados apenas para análises da pesquisa. A sua identidade será preservada, de modo que não lhe cause nenhum tipo de dano e/ou constrangimento. Os resultados desta pesquisa serão apresentados no meio científico nas formas de: uma dissertação de mestrado, publicação de artigos, apresentação em congressos, simpósios e outros.

Esta pesquisa não lhe proporcionará danos físicos. Os possíveis danos psicológicos serão minimizados através da atuação direta da pesquisadora responsável que buscará recursos e as técnicas adequadas para resolver as situações emergentes, contando ainda com acompanhamento em supervisões semanais com a professora orientadora da pesquisa. A instituição ainda fornece acompanhamento psicológico. Além do comprometimento de atendimentos extras e individuais, caso seja de interesse do

participante. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

Nome e Assinatura do pesquisador:

Ivany Fabiano Medeiros.
Pesquisadora responsável.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA
PESQUISA**

Eu, _____,
RG _____ CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar como sujeito voluntário do estudo **“A Musicoterapia na Prevenção da Memória e na Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados”**, sob a responsabilidade da musicoterapeuta Ivany Fabiano Medeiros. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ivany Fabiano Medeiros sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, ____/____/____.

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura Dactiloscópica:



Apêndice 2

(FICHA MUSICOTERÁPICA)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA/STRICTU SENSU

FICHA MUSICOTERÁPICA¹

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE/PACIENTE

Nome: _____ Nasc.: ____/____/____

Idade: _____ Sexo () M () F

Naturalidade: _____

Grau de instrução: _____

Há quanto tempo está na instituição?

2. EXPERIÊNCIAS MUSICIAIS

a) Costuma ouvir música? () Sim () Não

b) Com que frequência? () Sim () Não

c) Como costuma ouvir música? () Rádio () Gravador () TV () CD () ao vivo

d) Como você ouve música? () fazendo outras atividades () Com atenção total () Apenas ouvindo () Acompanhando com o corpo () Acompanhando cantando () Acompanhando com instrumentos () Outros – Quais?

3. Já obteve algum aprendizado musical? () Sim () Não

a) Em caso afirmativo, qual foi? _____

4. Costuma a participar de festas? () Sim () Não

5. Costuma a assistir apresentações musicais? () Sim () Não

6. Qual tipo de música você gosta de ouvir? () cantada () instrumental

7. Qual tipo de música você gosta? () Erudita () Estrangeira () MPB () Religiosa () Folclórica () Sertaneja

¹ Este modelo foi baseado na ficha musicoterápica escrita por Claudia Regina de Oliveira Zanini em sua dissertação de mestrado realizada na EMAC – UFG (2002), cujo título é: Coro Terapêutico: um olhar do Musicoterapeuta para o idoso no novo milênio.

8. Em qual (is) elemento (s) musical (is) lhe chama mais atenção?
() letra () ritmo () melodia

9. Quais são os seus cantores favoritos?

10. Quais os cantores que não te agrada?

11. Quais os instrumentos musicais que mais lhe agradam?

12. Quais os instrumentos musicais que lhe desagradam?

13. Quais as canções infantis de sua preferência?

14. Cite suas músicas favoritas

15. Você tem dificuldade para lembrar das músicas que gosta em seu dia a dia?

16. O que você espera da Musicoterapia?

17. Outras observações

Apêndice 3

**(Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e
Interação dos Idosos)**

Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos

Sessão nº _____ Data: _____

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

	Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Observações							
1	Estava atento no momento em que foi dada a consigna?						
2	Compreendeu a consigna?						
3	Prestou atenção no momento de realizar atividade?						
4	Conseguiu realizar a atividade?						
5	Conseguiu lembrar das atividades/músicas da sessão anterior?						
6	Estabeleceu contato visual com outro participante?						
7	Interagiu com outro participante?						
8	Estabeleceu contato visual com a musicoterapeuta desde o início da sessão?						
9	Reagiu corporalmente diante dos estímulos musicais?						
10	Cantou trechos de canções?						
11	Cantou canções completas?						
12	Escolheu instrumento musical espontaneamente?						
13	Acompanhou com instrumento e/ou cantando?						

- 0 - Não
- 1 - Em parte
- 2 - Sim

Obs. da Musicoterapeuta:

Apêndice 4

(ENTREVISTA FINAL SEMI – ESTRUTURADA)

ENTREVISTA FINAL SEMI - ESTRUTURADA

01. Você já conhecia Musicoterapia antes dos atendimentos aqui na instituição?
02. Qual a sua opinião sobre Musicoterapia?
03. Você acha que a Musicoterapia fez alguma diferença para a memória?
04. Como foi participar das sessões de musicoterapia?
05. Qual a sua opinião sobre as atividades realizadas na Musicoterapia?
 - a) Qual a sua opinião sobre as músicas que utilizamos?
06. Você percebeu alguma diferença no seu convívio com outras pessoas?
07. A Musicoterapia influenciou no seu humor?
08. O que você gostou e o que não gostou?
09. Você que a Musicoterapia influenciou sua memória? Como? Que tipo de lembrança?
10. A Musicoterapia influenciou na lembrança de músicas?
11. Você considera que conseguiu memorizar músicas que não conhecia/novas?
12. A Musicoterapia contribuiu para sua memória no dia – a – dia?
13. Você indica ou não a Musicoterapia para outros idosos?
14. Tem interesse em continuar com os atendimentos musicoterapêuticos?

ANEXO 1

(MINIEXAME DO ESTADO MENTAL - MINIMENTAL)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL- MEEM

Participante: _____

Idade: _____

Grau de escolaridade: _____

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANOTAR RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
Que dia é hoje?		0 1
Em que mês estamos?		0 1
Em que ano estamos?		0 1
Em que dia da semana estamos?		0 1
Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		0 1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		0 1
Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala - apontando para o chão)		0 1
Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)		0 1
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?		0 1
Em que cidade nós estamos?		0 1
Em que Estado nós estamos?		0 1
MEMÓRIA IMEDIATA: <i>Preste atenção. Eu vou dizer três palavras. O Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar..As palavras são: CARRO (pausa), VASO (pausa), TIJOLO (pausa). Agora repita as palavras para mim.</i>	Dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas	0 1 0 1 0 1
CÁLCULO: [série de 7].Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.	93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65 _____	0 1 0 1 0 1 0 1 0 1 Pt. do cálculo:___
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO: Pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir -1 ponto para cada.	CARRO VASO TIJOLO	0 1 0 1 0 1
NOMEAÇÃO: Peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) -1 ponto para cada.	_____ _____	0 1 0 1
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: <i>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.</i> Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)	_____	0 1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de		0 1 0 1 0 1

3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.		
Mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.	_____	0 1
FRASE: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje, alguma coisa que queira dizer</i> . Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto)		
CÓPIA DO DESENHO: Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)	_____	0 1

ANEXO 2

WHOQOL-OLD (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Old*)



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz
1	2	nem infeliz	4	5
		3		

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1	2	nem boa	4	5
		3		

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 3

WHOQOL – BREF (*The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life Bref*)

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

(CANÇÃO SERESTEIRO DA LUA)

Seresteiro da Lua

(Pedro Bento - Cafezinho - José Raia)

Abre a janela querida
Venha ver o luar cor de prata
Venha ouvir o som deste meu pinho
Na canção de uma serenata
Sei que dorme sonhando com outro
Desprezando quem é teu amor
Que tu amas, de ti nem se lembra
Quem te quer você não dá valor.

Só a lua de mim tem piedade
Porque nunca me deixa sozinho
E não sabe fazer falsidade
Ilumina sempre o meu caminho
E o sereno nas folhas das matas
Com o sol vai caindo no chão
Vai sumindo como o nosso amor
Foi se embora no seu coração.

Como as nuvens que passam depressa
Foi assim que passou nosso amor
Só te peço que nunca te esqueça
Tudo aquilo que você jurou.
Pois quem falta com o juramento
Com o tempo vai se arrepender
Porque o mundo é uma grande escola
Pra ensinar quem não sabe viver.

ANEXO 5

(CANÇÃO FLOR DO CAFEZAL)

Flor do Cafezal

(Luiz Paraná)

Meu cafezal em flor, quanta flor meu cafezal
Meu cafezal em flor, quanta flor meu cafezal
Ai menina, meu amor, minha flor do cafezal
Ai menina, meu amor, branca flor do cafezal
Era florada, lindo véu de branca renda
Se estendeu sobre a fazenda, igual a um manto nupcial
E de mãos dadas fomos juntos pela estrada
Toda branca e perfumada, pela flor do cafezal
Meu cafezal em flor, quanta flor do cafezal
Meu cafezal em flor, quanta flor meu cafezal
Ai menina, meu amor, minha flor do cafezal
Ai menina, meu amor, branca flor do cafezal
Passa-se a noite vem o sol ardente bruto
Morre a flor e nasce o fruto no lugar de cada flor
Passa-se o tempo em que a vida é todo encanto
Morre o amor e nasce o pranto, fruto amargo de uma dor
Meu cafezal em flor, quanta flor meu cafezal
Meu cafezal em flor, quanta flor meu cafezal