

## INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil (LUNEDO *et al.*, 2008). O aumento da expectativa de vida e da imunização, bem como o incremento das políticas públicas de saúde e assistência social para o idoso, têm contribuído para esse quadro. Políticas de saúde para a população idosa se baseiam na promoção de saúde ao longo de todo o ciclo da vida e em políticas que atendam às necessidades específicas dessa população. Não obstante, a incidência de doenças inerentes à terceira idade, como algumas síndromes demenciais como a Doença de Alzheimer, o Mal de Parkinson e seqüelas de Acidentes Vasculares Cerebrais, traz novos desafios pela demanda prolongada para os serviços de saúde.

No Brasil, o número de portadores de demências varia de 500 mil a um milhão de pessoas. Demência é o resultado da queda global das capacidades cognitivas do indivíduo (MORAES, 2008). A doença de Alzheimer é a principal causa de demência irreversível, sendo responsável por 60% dos casos de demência nos idosos. A idade avançada é o fator de risco mais importante, sendo mais comum a sua manifestação após os 80 anos de idade (MORAES, 2008, p. 330). A etiopatogenia da doença de Alzheimer é desconhecida. Fatores genéticos, ambientais e da própria senescência estão possivelmente associados ao aparecimento da doença. Os fatores de risco mais citados na literatura são a idade avançada e a história familiar positiva, além de se observar maior incidência no sexo feminino. A angústia e a ansiedade sofridas pelo paciente e por seus familiares são comuns nos casos de demência, que ocasiona prejuízos no quadro cognitivo do paciente. É comum este ser institucionalizado em abrigos, clínicas ou asilos, ficando afastado do âmbito familiar, o que provoca tristeza e depressão.

O desenvolvimento de estudos em neurociência avançou gradativamente em todo o mundo a partir da década de 1970, intensificando-se a partir do final dos anos 90. A neurociência tenta explicar como o cérebro reage aos estímulos sensoriais e como o indivíduo interage com o meio em que vive, onde manifestam as suas emoções (BEAR, 2002, p.4). Atividades

cognitivas como organizar a sensação em forma de conhecimento e agir com base em um plano exigem a capacidade de integrar os diversos aportes sensoriais e de conservar um traço de experiências sucessivas. Tal capacidade se deve à atividade da rede de neurônios que constituem o córtex cerebral. O funcionamento e as conexões das estruturas do córtex possibilitam prever, imaginar e representar um objeto não percebido naquele momento e ainda tornam possível o desenvolvimento da linguagem, meio de expressão e de comunicação, sendo o suporte privilegiado do pensamento. (CAMBIER, 1988, p. 121).

A música, através da musicoterapia, tem um papel de grande relevância na terceira idade e junto aos portadores de algum tipo de demência - principalmente no que diz respeito à experiência musical na sua infância e juventude. A partir dos 60 anos de idade, a estrutura física e mental do ser humano passa por transformações significativas. Através deste processo, muitas vezes, sofrido, amargo, mas às vezes gratificante, o ser humano busca alternativas de alegria, bem estar e qualidade de vida. Através da música o idoso pode expressar seus sentimentos, emoções, recordações, tristezas, amores do passado e fatos que se entrelaçam com a identidade musical de cada um. Muitas vezes, essas músicas trazem significados de momentos bons ou ruins, de reminiscências de fatos ocorridos, de amores passados, dos parentes mais próximos, lembranças de músicas das décadas de 20, 30, 40 e 50, a chamada "Era do Rádio", ou simplesmente pelas experiências musicais pessoais. Chama a atenção o fato de pacientes com demência, às vezes avançada, conseguirem cantar músicas, mas apresentarem grande dificuldade para falar ou se comunicar. A música pode estabelecer contato sem linguagem e, através da musicoterapia, facilitar a comunicação (RUUD, 1991, p. 22).

O presente estudo, de caráter exploratório, tem como objetivo avaliar os benefícios cognitivos que a música pode proporcionar às pessoas portadoras da doença de Alzheimer. Através de atividades propostas pelo atendimento musicoterápico pretende-se ativar e estimular funções cognitivas como memória, linguagem, praxia, entre outras. Busca-se resgatar a memória musical de idosos institucionalizados que tiveram acesso a experiências musicais na sua juventude evidenciando a relevância da identidade musical no

processo terapêutico. Acredita-se que tais experiências podem trazer bem estar, conforto e segurança, além de melhorar a qualidade de vida do idoso.

Para tanto, dois pacientes centenários submetidos à musicoterapia serão apresentados. Os achados serão discutidos com base no referencial teórico abordado, dividido em dois capítulos: o Capítulo I apresenta uma revisão de literatura sobre as principais funções cognitivas. No Capítulo II são discutidas possibilidades de tratamento musicoterápico com pacientes da doença de Alzheimer. O Capítulo III trata da metodologia e o Capítulo IV trata dos resultados e discussão.

Espera-se que este possa contribuir para despertar a atenção dos profissionais da área sobre o potencial da atividade musical para preservação do status cognitivo e da qualidade de vida do idoso.

## CAPÍTULO I

### ESTUDOS SOBRE O CÉREBRO E FUNÇÕES COGNITIVAS

#### 1.1 Neurociência e os estudos sobre o cérebro

A cada ano, muitos estudiosos de diferentes áreas do conhecimento pesquisam e estudam o funcionamento do cérebro, sua constituição, capacidade e influência sobre os processos comportamentais e cognitivos do ser humano. Essa área do conhecimento é compreendida pela Neurociência, ciência que estuda o funcionamento do cérebro humano e animal (BEAR, 2002, p. 3). A neurociência pode ser definida como a disciplina que busca explicar o mecanismo usado pelo encéfalo para controlar as funções mentais superiores e produzir ações (BHATNAGAR, 2002, p. 1), sendo que a base biológica dessas funções interage com as atividades celulares e com a mente. O campo de ação da neurociência inclui o estudo das estruturas anatômicas, das funções celulares e dos processos fisiológicos do sistema nervoso central e periférico. A neurociência estuda o arcabouço da anatomia e da fisiologia normais do encéfalo, tornando possível identificar os locais de anormalidades estruturais e funcionais. Assim a neurociência é indispensável para que sejam compreendidos os correlatos fisiológicos da fala, linguagem, memória, atenção, cognição e música.

O estudo do encéfalo, entretanto, é tão antigo como a própria ciência em geral. Historicamente, das ciências que se devotaram ao estudo do sistema nervoso resultaram em diferentes disciplinas como a biologia, medicina, psicologia, fonoaudiologia, física, matemática, química e a música. O desenvolvimento da neurociência ocorreu quando os cientistas perceberam que a melhor abordagem para o entendimento da função do encéfalo vinha da interdisciplinariedade na pesquisa nas diferentes áreas do conhecimento (BEAR, 2002, p. 3). Sabemos que o encéfalo, a medula espinhal e os nervos do corpo são fundamentais para a vida e permitem ao homem sentir, mover-se e pensar.

O cérebro é dividido em dois hemisférios, sendo que o hemisfério esquerdo é responsável pela linguagem, o cálculo, alguns tipos de análise de fatos e conceitos mais abstratos. Geralmente o hemisfério direito é o dominante nos seres humanos. O hemisfério direito tem como função a parte motora, conexões com áreas responsáveis pelo controle emocional, sensitivo e imaginativo (CARNEIRO, 2001 *apud* ILARI, 2003). Com relação à percepção auditiva, o hemisfério esquerdo é responsável pela linguagem verbal, e no hemisfério direito são percebidas a música e as onomatopéias (CARNEIRO, 2001 *apud* ILARI, 2003).

A relação entre música e cérebro apresenta uma forte identificação com o binômio linguagem e cérebro, inclusive nas suas patologias, Afasia e Amusia. A amusia pode ser definida como a incapacidade de reconhecer músicas ou melodias. As amusias podem ser classificadas em amusias receptivas, nas quais ocorrem manifestações como a dificuldade de discriminação dos elementos musicais e a rejeição a estímulos sonoros. Na amusia expressiva ocorre a dificuldade nas várias modalidades musicais como cantar, tocar qualquer instrumento musical, além da amnésia musical, com ocorrência de não reconhecimento de trechos musicais.

## 1.2 Funções cognitivas

A execução adequada das atividades de vida diária exige o funcionamento integrado e harmonioso das várias funções cognitivas, como memória, linguagem, função executiva, gnosis, praxia e função viso-espacial. Essas habilidades cognitivas dependem da estrutura e função das células nervosas e suas conexões em diferentes regiões do sistema nervoso (Figura 1). A independência e a autonomia nas atividades básicas da vida diária estão relacionadas com a cognição e humor. A cognição é um conceito global que permite ao indivíduo a capacidade para resolver seus problemas cotidianos e é fator clínico importante na promoção de saúde no idoso (MORAES & LANNA, 2008, p. 85).

As diferentes funções cognitivas estão localizadas em diferentes regiões do cérebro. Essa localização subsidia a avaliação de neuroimagem nos quadros demenciais. Os exames utilizados mais comuns são a ressonância magnética e a tomografia computadorizada, facilitadores no diagnóstico etiológico do paciente (MORAES & LANNA, 2008, p. 85).

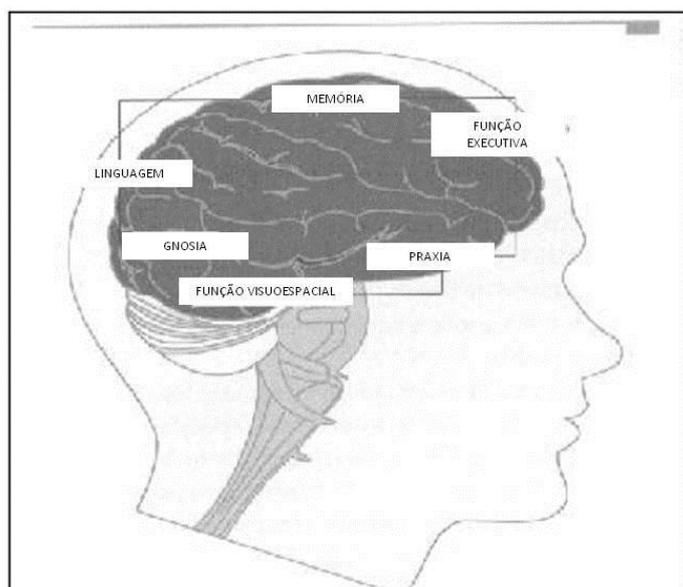


Figura 1: Distribuição e topografia das funções cognitivas (Fonte: MORAES & LANNA, 2008).

### 1.2.1 Memória

Memória é a aquisição, formação, conservação e evocação de informações (IZQUIERDO, 2002, p. 9). A aquisição é também chamada de aprendizagem, pois só o que foi aprendido pode ser lembrado. A evocação é também chamada de recordação, lembrança ou recuperação. Só é lembrado o que foi gravado ou aprendido. Em suma, pode-se dizer que “somos o que recordamos”, e o acervo da memória faz com que cada um seja único com características bem definidas (ibid.).

A memória está envolvida em todos os aspectos do psiquismo, desde a lembrança de experiências passadas até o aprendizado de novas informações (MORAES & LANNA, 2008, p. 86). Através dela, o ser humano registra as ocorrências positivas e negativas de sua vida, gerando uma resposta comportamental, reorganizando o psiquismo e modificando os valores pessoais. Na doença de Alzheimer, a memória é a primeira função cognitiva a ser prejudicada, e no paciente com demência, a percepção de que a memória está se desvanecendo é algo assustador. Ele se depara com a própria incapacidade de relembrar fatos ou uma música (MORAES & LANNA, 2008, p. 86).

A memória compreende a memória de curto e de longo prazo. Na memória de curto prazo são incluídas 1) a memória sensorial, com participação dos órgãos sensoriais como visão, tato e audição; e 2) a memória de trabalho, com localização anatômica no lobo frontal, que tem a capacidade de reter por alguns segundos um número limitado de informações. Na memória de longo prazo, as informações são armazenadas por horas, dias e, às vezes, anos, possuindo uma capacidade ilimitada de gravar informações. A memória de longo prazo é subdividida em 1) memória visual, com características de abstração de teor visual; e 2) a memória verbal, onde ocorrem lembranças de eventos já ocorridos. Este gradiente temporal é confirmado nos pacientes com doença de Alzheimer, nos quais a perda ocorre predominantemente nas informações mais recentes e em fases mais avançadas da doença, quando a memória remota também é comprometida (MORAES & LANNA, 2008, p. 87).

### **1.2.2 Linguagem**

A linguagem é a função cognitiva e executiva que permite a comunicação entre as pessoas. No seu contexto amplo, pode ser considerada uma faculdade humana (GOLDFELD, 1998, p. 18).

A capacidade de reproduzir por imitação a mensagem percebida constitui uma etapa decisiva do desenvolvimento da linguagem. Na criança recém-nascida o choro é a primeira forma de comunicação entre mãe e filho. O controle e execução da linguagem são exercidos pela região têmporo-parietal esquerda. Os distúrbios de linguagem recebem o nome de afasia e é grande a ocorrência de sintomas afásicos na doença de Alzheimer.

A fala pode ser avaliada de forma espontânea ou através da compreensão desta. A dificuldade de fala espontânea é denominada “afasia de Broca” e a da compreensão da fala de “afasia de Wernicke”. As principais alterações de linguagem nas demências são a anomia, na qual ocorre a dificuldade de nomeação; as parafasias, onde ocorre a substituição de palavras; a disfluência da fala; a anosognosia, falta de consciência do problema cognitivo; dislexia, na qual ocorre o distúrbio da leitura e escrita; repetição de palavras ou frases, ecolalia, caracterizada pela repetição de sons ou palavras sem motivo aparente; mutismo, ou ausência de linguagem oral (MORAES, 2008).

### **1.2.3 Função executiva**

A função executiva compreende a habilidade necessária para a execução de um determinado objetivo levando o indivíduo à capacidade de abstração, seleção de estratégias e desempenho de atividades mais complexas (MORAES & LANNA, 2008, p. 88). Relaciona-se também ao pensamento, atenção, memória e ao resgate de informações armazenadas. O córtex pré-frontal é o responsável pelo controle da função executiva. O comprometimento desta região pode levar a uma disfluência da fala e à redução da atenção. A lesão de lobo frontal pode levar a um comprometimento e alteração de comportamentos, levando à agressividade, alegria em excesso, impulsividade, hipersexualidade, falha no julgamento, labilidade emocional, redução da motivação, depressão, apatia e diminuição da espontaneidade. O

grau de lesão pode levar a casos mais avançados como o mutismo e a apatia profunda (MORAES & LANNA, 2008, p. 88).

#### **1.2.4 Praxia**

Praxia é a capacidade de formular, coordenar ou mesmo seqüenciar atos motores com um objetivo determinado. O lobo parietal do hemisfério dominante é o responsável direto por esta função. A apraxia é o distúrbio mais comum no déficit da praxia. Existem dois tipos de apraxia, a ideomotora, na qual ocorre a dificuldade de transformar uma dada idéia em ação, e a ideatória, na qual há uma dificuldade de realização de ações que dependem de um objeto, como por exemplo, vestir-se, acender um cigarro, cozinhar, entre outras.

As apraxias podem ser avaliadas através de ordens, imitações e uso fictício ou real de objetos (MORAES & LANNA, 2008, p. 89). No exame clínico, a avaliação da apraxia pode ser realizada através de manobras relacionadas à 1) utilização e manejo de objetos (beber em um copo, usar um pente ou usar uma chave); 2) gestos simbólicos (bater continência, jogar um beijo ou implorar com as mãos); 3) gestos sem sentido e repetição (palma da mão direita sobre o olho direito e mão direita na orelha esquerda); 4) escrita espontânea e depois ditada; e 5) desenho espontâneo e depois copiado (CAMBIER, 1988, p. 139).

Ainda com relação às apraxias, existe a relação com a organização do gesto propositado, onde são utilizados mecanismos complexos do controle dos movimentos. O gesto ou a atividade gestual têm grande relevância no processo cognitivo, permitindo a manipulação ou exploração de coisas ou objetos. Em um grau superior de abstração, as atividades gráficas e a representação simbólica do espaço sustentam uma representação conceitual das relações espaciais; são as atividades espaciais construtivas.

Manipulação, atividade gestual simbólica e atividade espacial construtiva são as etapas que podem ser acompanhadas no desenvolvimento da praxia do ser humano. Cada um dos momentos evolutivos, conhecimento dos objetos, conhecimento do corpo e conhecimento do espaço, encontram-se ligados à maturação do gesto. Em todas as funções, o gesto elementar tem seu lugar em uma cadeia ordenada de uma ação. O desenrolar satisfatório de uma ação faz intervir em todo o encéfalo. Os dispositivos corticais do lobo parietal sustentam,

a cada momento, a integração dos dados perceptivos sensoriais e visuais, conservam os esquemas perceptivo-motores provenientes de experiências motoras anteriores. O lobo frontal impede as estereotípias, mantendo a intenção de realizar o movimento motor.

### **1.2.5 Gnosia**

A gnosia é a capacidade de reconhecer estímulos externos. A dificuldade de reconhecimento é denominada de Agnosia, caracterizando-se por dificuldades de perceber estímulos de ordem visual, auditiva ou tátil sem comprometimento dos órgãos sensoriais. A agnosia visual é a mais comum, onde o paciente não reconhece mais cores, letras e objetos. Esta tem íntima ligação com a associação semântica e traz efeitos sobre a linguagem (CAMBIER, 1988, p. 140). Por ser mais incidente, merece menção a descrição do exame das funções cognitivas visuais. O exame pode avaliar as formas através de imagens e objetos simples, desenhos sobrepostos figuras geométricas e classificação de objetos por categoria. Acrescenta-se ainda a avaliação de símbolos gráficos, como letras, palavras e algarismos e de álbum de fotografias de familiares, fotografia de celebridades e personalidades e avaliação de percepção espacial e avaliação de cores, nomeação e emparelhamento de cores idênticas.

O conhecimento do corpo como um espaço definido é denominado somatognosia. O conhecimento orientado do espaço extracorporal e o conhecimento dos objetos como entidades diferenciadas são aquisições psicológicas submetidas ao desenvolvimento em função da experiência e da educação de cada um (CAMBIER, 1988, p. 142). Conhecer é poder reconhecer e poder confrontar toda experiência perceptiva ao conjunto de experiências anteriores. A psicologia e a genética valorizaram a natureza sensório-motora dos esquemas sobre os quais repousa essa confrontação. É neles que se baseiam as convergências multisensoriais visuo-somestésicas, auditivas e até olfativas que sustentam o suporte cognitivo necessário para o desenvolvimento humano (CAMBIER, 1988, p 142).

### **1.2.6 Função visuoespacial**

A função visuoespacial está relacionada à localização espacial. A área anatomicamente relacionada a esta é a região parieto-occipital do cérebro, que tem relação com todas as funções cognitivas. Seu comprometimento pode levar à desorientação espacial, levando à perda dentro de trajetos já conhecidos, como dentro da própria residência, dificuldade com direções ou sentidos como direita e esquerda, perda do esquema corporal e dificuldades geográficas como localização em mapas.

A perda da função visuo-espacial pode ser diagnosticada quando se apresenta um objeto qualquer ao paciente, um objeto de valor sentimental, por exemplo, mas ele não é reconhecido imediatamente, mas após a sua manipulação há a possibilidade do reconhecimento pelo idoso. Na maioria das vezes o paciente está em um determinado local, mas acredita estar em uma casa ou cidade onde morou há muitos anos, perde-se com frequência, levando-o, muitas vezes, à irritação, impaciência e agressividade.

## CAPÍTULO II

### A DOENÇA DE ALZHEIMER E O TRATAMENTO MUSICOTERÁPICO

#### 2.1 Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil

Considera-se população idosa aquela a partir de 60 anos, conforme deliberado pela política nacional do idoso e pelo estatuto do idoso (Lei nº 10.471, 2003). Os dados utilizados foram extraídos de pesquisas com abrangência nacional, tais como censos demográficos brasileiros, o movimento de autorizações de internações hospitalares do Sistema Único de Saúde-SUS (MS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) e as pesquisas nacionais por amostras em domicílio, via IBGE. Nos últimos 60 anos, o número absoluto de idosos aumentou nove vezes. Em 1940, era de 1,7 milhões e, em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão 60 anos ou mais (BELTRÃO *et al.*, 2004).

Desde os anos 40, as taxas mais altas de crescimento populacional têm sido observadas entre a população idosa, sendo que nos anos 50 esta já atingia valores superiores a 3% ao ano. Entre 1991 e 2000, ela atingiu 3,4%. Além disso, foi observado um aumento no número de pessoas com mais de 80 anos, o que equivale uma taxa de 5,4% ao ano. A partir do ano de 2000, a taxa passou a ser de 8%, ao ano (MS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O crescimento da população idosa é consequência direta de dois processos (MORAES, 2008, p. 4): a alta fecundidade nas décadas de 30,40, 50 e 60, comparadas às taxas de fecundidade de hoje, e o aumento da expectativa de vida. A queda da fecundidade a partir dos anos 70 e 80, modificou a distribuição etária da população brasileira fazendo com que os idosos passassem a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total. De acordo com (MORAES, 2008, p. 5), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente do gênero.

Mulheres idosas têm maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação sócio-econômica desvantajosa.

## **2.2 A doença de Alzheimer**

Dentre os vários tipos de demência na terceira idade, a doença de Alzheimer é a mais comum. Ela pode ser definida como uma doença degenerativa do cérebro de origem desconhecida (KAUFFMAN, 1999, p. 113). As lesões cerebrais são uma das conseqüências da Doença de Alzheimer, resultando em comprometimento cognitivo severo e progressivo do paciente. O paciente com limitações cognitivas apresenta um quadro peculiar de necessidades que requerem formas alternativas e interdisciplinares de atendimento.

A etiopatogenia da doença de Alzheimer é desconhecida. Fatores genéticos, ambientais e da senescência devem estar associados ao desenvolvimento da doença. Entretanto, algumas informações estão bem delimitadas, tais como o seu surgimento na idade avançada, maior incidência no sexo feminino, observação de alterações associadas como dislipidemia, patologia caracterizada pelo aumento do nível de colesterol no sangue, Diabete Melitus, acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial, Síndrome de Down, baixo nível educacional e traumatismo crânio-encefálico (MORAES, 2008).

O diagnóstico da doença é realizado através de exames de neuroimagem, como a tomografia computadorizada, e a ressonância magnética, eletroencefalografia (EEG). A abordagem terapêutica deve seguir características multidisciplinares, com o envolvimento de profissionais das áreas da geriatria, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, musicoterapia, acupuntura e serviço social. Aspectos adicionais como intervenção farmacológica e apoio e orientação aos familiares e responsáveis por estes pacientes devem ser considerados.

Os sintomas mais comuns da doença de Alzheimer são a perda de memória recente, dificuldades de realizar tarefas familiares, déficit de linguagem e realização do pensamento abstrato, julgamento reduzido, mudanças de humor e comportamento e alterações de personalidade entre

outros. Podem ocorrer perdas de objetos, acidentes domésticos e no trânsito, além de delírios de roubo ou infidelidade (MORAES, 2008). Moraes (2008) define delírio como a queda de nível da função cognitiva combinada a sonolência e a agitação. A grande maioria dos delírios ocorre no período noturno. Transtornos psíquicos no decorrer da doença surgem como expressão de uma impossibilidade de ação perante os fatos. A depressão é o primeiro sintoma que ocorre devido à sensação de perda e limitação.

O quadro clínico da doença de Alzheimer é bastante variado. Há agravamento progressivo da deficiência cognitiva e comprometimento das atividades mais complexas da vida diária como o gerenciamento financeiro, o uso de medicamentos, noção de tempo, idas ao supermercado entre outras. Com o avançar da doença, ocorre um aumento da dependência do paciente em relação às suas atividades, sendo necessária a presença de um cuidador responsável, que poderá prevenir quedas e outros acidentes comuns nesses quadros (RIBEIRO *et al.*, 2008). O cuidador de idosos tem um papel fundamental para a promoção de saúde e qualidade de vida para as pessoas que adquirem a doença de Alzheimer, pois como a doença tem manifestação lenta, os familiares desconhecem ou não dão importância para essa manifestação inicial, ou simplesmente a ignoram.

A doença apresenta uma fase inicial com sintomas mais brandos e uma fase final onde ocorre maior comprometimento do paciente, porém a doença apresenta variações comportamentais ao longo de sua evolução e observadas, segundo Moraes (2008), em três fases distintas. A primeira fase ocorre nos primeiros dois a quatro anos de seu início e compreende os sinais e sintomas mais comuns como a diminuição da energia vital do paciente, labilidade emocional, dificuldade de receber novas informações e se prender às atividades familiares e previsíveis. Ainda se observa incapacidade de pensar em palavras, sobretudo em nome de objetos, esquecimento do caminho de locais mais familiares, quadro de ansiedade e dificuldade em manipular dinheiro.

Após esse período nova fase se inicia (entre 2-10 anos) e é posterior ao diagnóstico clínico. Os sinais mais comuns são a dificuldade de reconhecer os próprios familiares, dificuldade de tomar decisões, invenção de histórias para preencher o vazio provocado pelo déficit de memória, empobrecimento da

linguagem, dificuldades de leitura e escrita, dificuldade de coordenação motora, dificuldades de realizar atividades da vida diária e aumento de alucinações, principalmente noturnas. Já na fase terminal, que pode durar de um a três anos os sinais e sintomas são mais exacerbados, como dificuldade de reconhecimento próprio e dos familiares, memórias de curto e longo prazo deficientes, perda de orientação em ambientes familiares, atraso significativo de linguagem além de distúrbios neurológicos e psiquiátricos graves.

### **2.3 Musicoterapia e o tratamento de pacientes com doença de Alzheimer**

A Musicoterapia possui diversas definições. Nos Estados Unidos, a mais utilizada é preconizada pela National Association for Music Therapy (NAMIT), como a utilização da música para alcançar objetivos terapêuticos, como a recuperação, manutenção e melhoria da saúde física e saúde mental (BRUSCIA, 2000, p. 7). Ruud (1991, p.20) define a musicoterapia como a utilização da música como terapia para a reabilitação e cura. Uma definição mais completa explica a musicoterapia como a utilização da música e ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um profissional musicoterapeuta qualificado, em atendimento a um paciente ou a um grupo, com o objetivo de facilitar e promover a comunicação e a aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes no sentido de alcançar necessidades físicas, mentais, emocionais, sociais e cognitivas (VON BARANOW, 1999, p. 5).

A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e ou restabelecer funções do indivíduo para que ele possa alcançar uma melhor integração intra ou inter pessoal e, em conseqüência, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação e tratamento. Tem atuação diversa e é utilizada em escolas, creches, hospitais, clínicas, instituições de longa permanência (asilos), centros de convivência e reabilitação (BRUSCIA, 2000, p. 12). O tratamento pode ser voltado para crianças portadoras de deficiência mental, pessoas com sofrimento mental, crianças ou adolescentes com dificuldades de aprendizagem, pessoas portadoras de deficiência física, auditiva e visual, portadores de doenças degenerativas e neurológicas, e alterações emocionais, entre outros.

Segundo Loureiro (1996), a musicoterapia produz três níveis de respostas: 1) resposta física, que mostra como resultado o fortalecimento e mobilidade dos membros superiores e inferiores; 2) respostas psicossociais, que funcionam como elemento catalisador na abertura e expressão de sentimentos ou reminiscências, facilitando a expressão corporal, resgate da auto-estima e restabelecimento da socialização; 3) as respostas cognitivas modificadas, melhorando a atenção, diminuição do estado de confusão, facilitação do uso de memória de longo prazo, além da estimulação de idéias e imagens.

A musicoterapia é distinta de outras modalidades de terapia por apoiar-se em experiências anteriores e na bagagem musical como agente de intervenção. No atendimento, a música é associada à experiência e à identidade do paciente. A música, escolhida de acordo com a preferência do paciente, pode servir para orientar e ancorar o paciente quando, na maioria das vezes, nada mais é possível (SACKS, 2007, p. 321).

No processo terapêutico, a música possui um caráter multisensorial, mobilizando todos os sentidos (BRUSCIA, 2000, p. 109). A música possui não apenas um caráter auditivo, produzindo também estímulos motores, táteis, visuais ou interesse pelo manuseio de alguns instrumentos musicais. Os aspectos multisensoriais da música são relevantes para o seu uso terapêutico, principalmente em pacientes que apresentam déficits sensoriais. Para as pessoas com dificuldade de comunicação e que são receptivas à música, o tratamento contribui para a estimulação e para o desenvolvimento da comunicação. A linguagem possui estreita conexão com a música. A música pode estabelecer contato sem a linguagem e pode contribuir para o desenvolvimento da mesma. Na musicoterapia são utilizados efeitos que a música pode produzir nos seres humanos nos níveis físico, mental, emocional e social, atuando como facilitador da expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo alterações que levem a um aprendizado ou mobilização e organização interna que permitam ao indivíduo evoluir em sua busca (VON BARANOW, 1999, p. 10). Adicionalmente, a musicoterapia pode ser um método de manipulação comportamental, com influência relevante da corrente behaviorista (RUDD, 1990, p. 50), o que, em alguns casos, pode ser recomendável. A questão central do atendimento musicoterápico é utilizar a

música como ferramenta para facilitar processos de comunicação, reabilitação e principalmente expressão de emoções (RUDD, 1991, p. 167), abrindo um canal de comunicação com o paciente.

Na musicoterapia com ênfase no atendimento a pacientes geriátricos, busca-se a ativação do lado afetivo e emocional, o desenvolvimento cognitivo, a melhora da sua qualidade de vida, diminuição da sensação de isolamento estimulando-o à socialização, e o auxílio no manejo das atividades diárias. A musicoterapia possui um potencial não farmacológico para os sintomas comportamentais de demência nos idosos portadores da doença de Alzheimer (SWANSDOTTIR & SNAEDAL, 2006). A musicoterapia para com esses pacientes envolve uma intervenção sistêmica direcionada às emoções, aos aspectos cognitivos e à memória (SACKS, 2007, p. 320). O trabalho é realizado com o repertório conhecido e vivenciado pelos pacientes. O atendimento procura buscar a associação de vivências com músicas reconhecidas pelos pacientes, gravação de sua própria voz, composição de músicas, confecção de instrumentos musicais, valorização e incentivo para o canto, formação de banda (grupo musical) com o objetivo de realizar atividade motora, e exploração rítmica e sonora e o contato, com músicas da atualidade. O atendimento musicoterápico e a música chegam ao paciente como uma experiência receptiva (BRUSCIA, 2000, p. 129) na qual o paciente ouve a música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outro tipo de resposta. A música pode ser apresentada ao vivo, por gravações ou de improviso de acordo com o estilo musical preferido do paciente. A experiência de ouvir pode focar os aspectos físicos, emocionais, cognitivos, intelectuais e estéticos da música.

Segundo Ruud (1991), o musicoterapeuta deve realizar uma avaliação criteriosa sobre o paciente, sua história pregressa musical, preferências musicais, instrumentos musicais de sua preferência para, então, iniciar a intervenção. Os resultados obtidos a partir da musicoterapia com o idoso são a alegria, o entusiasmo, melhora na disposição, reforço da identidade musical, inserção, socialização e melhora da auto-estima, melhora da adaptação para paciente institucionalizado e melhora dos aspectos cognitivos, sensório motor e emocional.

## 2.4 O resgate da identidade musical em pacientes com Alzheimer

A identidade pode ser definida como a individualidade de cada pessoa, como ele se reconhece ou se diferencia dos demais, em construção da sua própria personalidade (BEE, 2003). Segundo Ruud (1991, p. 36), a identidade está enraizada no discurso que o indivíduo constrói quando a sua consciência está monitorando as suas fantasias, memórias e atividades. A música desempenha uma função essencial na construção da identidade, constituindo também um meio de comunicação através do qual, vários aspectos da sua identidade podem ser desenvolvidos (HARGREAVES *et al.*, 2004). Segundo HARGREAVES *et al.* (2004), a música pode ser usada como um meio pelo qual formulamos e expressamos nossas identidades visuais e auditivas. Assim, a identidade musical permite, através de uma abordagem sócio-cultural do desenvolvimento, refletir sobre o impacto que a música desempenha no processo de constante reconstrução e renegociação do “eu” de acordo com o tipo de experiências vividas, situações e pessoas com quem houve interações. A música pode ser considerada como um instrumento de transporte para o passado, responsável por evocar memórias, resgatar histórias individuais, sendo que as músicas preferidas podem ser consideradas como instrumentos que revisitam cenas e fatos, recuperando histórias pessoais. A adolescência e a juventude são consideradas os períodos de preferência e afirmação sobre os estilos musicais, com influências sócio-econômicas, antropológicas e psicológicas importantes.

A identidade musical apresenta uma forte relação com o gosto ou a preferência musical do paciente em atendimento musicoterápico. O paciente pode trazer consigo uma identidade sonora peculiar, além de imagens mentais e histórias musicais pregressas que compõem uma memória musical individual. No atendimento musicoterápico ao portador da doença de Alzheimer, o levantamento, a pesquisa e o conhecimento de músicas que marcaram época e fizeram sucesso contribuem de forma relevante para ativar a memória musical que ainda está preservada.

A música atinge esse paciente através do som da melodia e do ritmo, estimulando sua memória e fazendo com que a música seja cantada - na maioria das vezes, na íntegra. Alguns passam a relatar fatos às vezes

pitorescos acontecidos no passado a partir das músicas utilizadas no atendimento. O presente trabalho pretende observar empiricamente como idosos com uma história musical pregressa e portadores da doença de Alzheimer respondem ao tratamento musicoterápico, especificamente com relação às suas funções cognitivas.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento e problema**

Através de um estudo em pequena escala de delineamento exploratório, pretende-se observar como idosos com a doença de Alzheimer que tiveram uma história musical pregressa respondem ao tratamento musicoterápico no que tange às suas funções cognitivas.

#### **3.2 Amostra**

Este trabalho foi realizado com dois idosos centenários, portadores da Doença de Alzheimer, residentes em instituição de longa permanência da cidade Belo Horizonte, Minas Gerais. O início do atendimento se deu em fevereiro de 2006 através de sessões semanais com duração de com duração de uma hora, de forma individual ou em grupo. É de relevância acrescentar que as atividades eram realizadas em horário anterior às 17:00 horas para evitar a “Síndrome do pôr-do-sol” definida por Moraes (2008, p. 331) como momento em que se observa maior estado de confusão mental nos pacientes idosos portadores de doença Alzheimer, frequentemente ao entardecer.

Dois pacientes foram selecionados por tipicidade (LAVILLE & DIONE, 1999, p. 170) dentro de um grupo de idosos da instituição de longa permanência. Estes foram escolhidos por possuírem uma história musical pregressa significativa. Um paciente era do sexo feminino, com 100 anos de idade, e o outro, do sexo masculino, com idade de 104 anos. Os dois pacientes participaram tanto de atividades individuais quanto coletivas.

#### **3.3 Coleta de dados**

Os dados foram obtidos através de entrevistas seguindo os protocolos de avaliação elaborados para anamnese no atendimento ao idoso (Anexos 1 e

2 deste volume). Os pacientes foram acompanhados durante o período de fevereiro de 2006 a julho de 2008, totalizando dois anos e meio.

### **3.4 Procedimentos**

O trabalho consistiu de tratamento musicoterápico norteado pelos seguintes objetivos: percepção das ações efetivadas pelos sujeitos enquanto interagem por meio das técnicas musicoterapêuticas e observação do status cognitivo funcional no decorrer das atividades. Foram consideradas a frequência, participação e permanência dos pacientes nas atividades, bem como suas ações, como cantar, interagir como os demais participantes e uso de instrumentos no acompanhamento das canções, dança e movimentação de membros superiores e inferiores quando solicitados.

Os dois pacientes foram avaliados inicialmente e procurou-se identificar durante abordagem: 1) dados culturais; 2) diagnósticos associados; 3) história pregressa musical; 4) aspectos cognitivos; 5) tratamentos realizados e 6) planejamento das atividades a serem realizadas no atendimento.

#### **3.4.1 Atividades ilustrativas**

##### Atividade 1

Esta atividade envolveu um trabalho com o grupo de idosos dispostos em círculo, organização que possibilitava a visão e a comunicação entre todos os integrantes. A atividade teve como tema principal o seriado JK, exibido pela Rede Globo. O contexto histórico e social da época foram trabalhados, como a construção de Brasília, o complexo arquitetônico da Pampulha e a cidade de Diamantina, situações e fatos que foram vivenciados de forma intensa pelos idosos. O musicoterapeuta tocou ao violão a música *Peixe Vivo*, do folclore tradicional, e os pacientes tocaram chocalhos e pandeiros.

##### Atividade 2

Esta atividade teve como ênfase o carnaval. Foram trabalhadas junto aos pacientes as marchas de carnaval dos anos 30, 40 e 50, seus principais compositores e intérpretes, bem como os personagens do carnaval e o nome

das escolas de samba do Rio de Janeiro. As músicas foram cantadas pelos dois pacientes.

### Atividade 3

Nesta atividade abordou-se a comemoração dos 50 anos da Bossa Nova. Novamente foi trabalhado o contexto histórico e social do movimento, bairro de Copacabana, seus principais cantores, e a música *Garota de Ipanema* de Tom Jobim e Vinícius de Moraes, que foi cantada pelo grupo. Nesta atividade os pacientes eram estimulados a realizar movimentos corporais rítmicos. O musicoterapeuta cantava em versos as diretrizes das ações, enquanto os participantes seguiam as orientações e movimentavam-se corporalmente, mesmo que sentados na suas cadeiras.

A técnica da composição de frases e de produção rítmica com os instrumentos foi utilizada. Era o momento dos participantes articularem palavras, frases e ritmos reproduzindo sua verbalização nos instrumentos. Os instrumentos musicais passaram a ser intermediários na comunicação com os pacientes. Além disso lembraram-se da cantora Maysa, entre outras. No encerramento das sessões aconteciam o diálogo e a reflexão com os participantes sobre os sentimentos e ações ocorridas na atividade.

### Atividade 4

A atividade foi realizada com a abordagem sobre o futebol e os principais clubes de Belo Horizonte, América, Atlético e Cruzeiro. Os dois hóspedes foram colocados próximo ao musicoterapeuta, onde foi realizada uma conversa informal com os hóspedes sobre os craques de bola dos times acima citados, os jogadores consagrados, as histórias sobre os antigos estádios da capital mineira e os grandes jogos assistidos pelos hóspedes. Depois cantamos os hinos do Atlético e Cruzeiro, numa segunda parte acompanhado ao violão, cantamos os hinos desse clubes. Esta atividade teve como objetivo, realizar a estimulação da memória de longo prazo destes hóspedes.

### Atividade 5

No mês de Maio, foi realizada uma atividade com ênfase nas datas comemorativas do mês. Foi comemorado o aniversário de um dos hóspedes do

estudo, bem como foi abordado o mês das noivas, já que antigamente existia uma preferência pela maioria das noivas em casar-se em maio. Além disso, foi comemorado o dia das mães onde cada um dos dois hóspedes falou sobre as lembranças de suas mães, onde foi cantada a música *Minha Mãezinha Querida* do folclore tradicional. Esta atividade teve como objetivo, estimular a memória remota, bem como a memória presente.

#### Atividade 6

Na comemoração da festa junina onde os dois hóspedes estavam institucionalizados, foi proposta a seguinte atividade. 1) Apresentar os instrumentos musicais, utilizados na execução da quadrilha, como a sanfona, a zabumba, o triângulo, o sino, e o xique-xique, realizar a tentativa da manipulação e o contato com esses instrumentos. 2) Relembrar os episódios da quadrilha como o casamento na roça, a chuva, a cobra, os passos da dança com seu par. 3) Recapitular sobre os pratos típicos da festa como a canjica, o cajuzinho, a pipoca e o pé de moleque. 4) Nomear as principais ornamentações da festa como as bandeirinhas e os estandartes de São Pedro, São João e São Pedro. Além disso relembramos músicas marcantes para a data em questão como *Cai Cai Balão*, *É noite de São João* e *Com a filha de João* todas do folclore tradicional. Esta atividade, teve como objetivo trabalhar a orientação temporal e espacial, bem como a memória de longo prazo e coordenação motora, com excelente aproveitamento por parte dos idosos.

#### Atividade 7

Nesta atividade, foram mencionadas algumas categorizações como as flores, através de nomes espécies, cores e outras características associadas. Os hóspedes cantaram e relembraram de músicas como, *Se a perpétua cheirasse*, *Alecrim*, *O cravo e a rosa*, todas essas músicas do folclore tradicional, além de *Jardineira* de Benedito Lacerda e Humberto Porto e *Rosa de Pixinguinha*.

#### Atividade 8

Nessa atividade foram estimuladas a memória remota e a memória recente. Os dois pacientes escutaram trechos de algumas músicas, que eram executadas pelo musicoterapeuta no violão, onde depois os hóspedes, completariam cantando o trecho restante da música. As músicas utilizadas foram, *Carinhoso* e as *Pastorinhas* de Pixinguinha e *Aurora*, de Mário Lago e Roberto Roberti.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados foram analisados a partir da comparação entre os protocolos de avaliação inicial e final. Foi avaliado o desempenho das funções cognitivas antes e após o período de intervenção. Os protocolos de avaliação e evolução foram elaborados pelo pesquisador a partir da realidade percebida. Os dados da abordagem com os dois pacientes estão incluídos na discussão dos resultados, apresentados a seguir.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 4.1 Caso 1

##### 4.1.1 Descrição

Paciente do sexo masculino, 104 anos de idade, viúvo, pai de quatro filhos, oficial, maestro e compositor do exército brasileiro por 40 anos. Os instrumentos que tocava eram o saxofone e o bombardino. Tinha preferência musical pelo samba e forró, além de suas próprias composições, que nos atendimentos, eram cantadas por ele com alegria e satisfação. Suas músicas favoritas são *Asa Branca*, de Luiz Gonzaga, e *Cálix Bento*, de Tavinho Moura. A sua institucionalização ocorreu em 2006, devido à dificuldade com os cuidados do mesmo, relatados pelo filho responsável, e pelo isolamento do paciente.

O paciente apresentou déficit na memória recente, alucinações noturnas, além de déficit visual (catarata) e auditivo. Durante as atividades, cantou músicas de sua autoria, movimentou membros superiores e inferiores, interagiu com o grupo, além de pedir para que o musicoterapeuta tocasse ao violão a música *Asa branca* e *Eu só quero um xodó*, de Dominginhos e Anastácia.

##### 4.1.2 Protocolo de avaliação inicial do paciente 1

Alguns dados serão omitidos para preservar o anonimato do paciente.

O paciente foi avaliado pela primeira vez em fevereiro de 2006. Apresentava delírios noturnos, desorientação espacial e temporal e, às vezes, agressividade. Apresentou quadro de anomia (dificuldades de nomeação de objetos). O paciente foi maestro da banda do exército em Ouro Preto, Minas Gerais, por muitos anos. Gosta de música, principalmente as mais antigas.

Data da avaliação 02/02/2006

Código do paciente: Paciente 1

Idade: -----

Data de nascimento: ----

Endereço: -----

Telefone: -----

Filiação: -----

Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino

Institucionalização: Sim (x) Não ( )

Profissão: Músico

História Progressiva musical

Gosta de música: (x) Sim ( ) Não-

Participa do Atendimento: (X) Sim Não ( )

No Atendimento musicoterapêutico:

Manuseio de instrumentos: Sim ( ) Não (x) Qual ?

Interação com os membros do grupo: Sim ( ) Não (x)

Canta: Sim (X) Não ( )

Movimenta membros superiores e inferiores: Sim (x) Não ( )

Dança: Sim ( ) Não (x)

Ritmidade: Sim (x) Não ( )

Emoção: Sim(x) Não ( )

Histórias associadas à música apresentada: Sim (x) Não ( )

Memória a curto prazo: Sim ( ) Não (x)

Memória a longo prazo: Sim (x) Não ( )

Linguagem e nomeação de objetos: Sim (x) Não ( )

Orientação Espacial: Sim ( ) Não (x)

Orientação Temporal: Sim ( ) Não(x)

**4.1.3 Protocolo de avaliação final do paciente 1**Data da avaliação 09/07/2008

Código do paciente: Paciente 1

Idade: -----

Data de nascimento: ----

Endereço: -----

Telefone: -----

Filiação: -----

Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino

Data da avaliação: ----

Institucionalização: Sim (x) Não ( )

Profissão: Músico

História Progressiva musical

Gosta de música: (x) Sim ( ) Não-  
Participa do Atendimento: (X) Sim Não ( )

No Atendimento musicoterapêutico

Manuseio de instrumentos: Sim (x) Não ( ) Qual ?  
Interação com os membros do grupo: Sim (x) Não ( )  
Canta: Sim (X) Não ( )  
Movimenta membros superiores e inferiores: Sim (x) Não ( )  
Dança: Sim ( ) Não(x)  
Ritmidade: Sim (x) Não ( )  
Emoção: Sim (x) Não ( )  
Histórias associadas a música apresentada: Sim (x) Não ( )  
Memória a curto prazo: Sim (x) Não ( )  
Memória a longo prazo: Sim (x) Não ( )  
Linguagem e nomeação de objetos: Sim (x) Não ( )  
Orientação Espacial: Sim (x) Não ( )  
Orientação Temporal: Sim (x) Não()

#### 4.1.4 Evolução do paciente 1

Paciente com boa evolução no atendimento. Constatamos que após o período de dois anos e meio de tratamento, apresentou uma melhora considerável nas suas funções cognitivas, praxia, linguagem e memória. Inicialmente não cantava nem manuseava instrumentos, passou a fazê-lo. No atendimento o paciente cantava músicas de sua autoria, bem como sambas e forró. Houve significativa melhora no quadro de ansiedade e agressividade. A interação social também foi favorecida. Também observamos uma melhora na memória de curto prazo e na nomeação de objetos. Chamou à atenção a melhora na orientação espacial e temporal. Observou-se ainda uma diminuição na frequência dos delírios noturnos. Após os atendimentos, o paciente ficava por horas cantando com alegria e satisfação as músicas executadas nas atividades, diminuindo o sentimento de isolamento que lhe era comum. Observamos que o resgate de experiências musicais que lhe davam prazer reforçou o sentido de identidade, pertencimento e orientação do paciente.

## 4.2 Caso 2

### 4.2.1 Descrição

Paciente 2 do sexo feminino, 100 anos, viúva, quatro enteados, filha de pai músico e cantora na mocidade. Gostava de escutar a Rádio Mundial do Rio de Janeiro, as cantoras do rádio, principalmente Carmen Miranda, sua favorita. Suas músicas preferidas são *Maringá*, de Joubert de Carvalho, *Beijinho doce*, de João Alves da Silva, e o *Jarro da Saudade* de, Mirabeau, Daniel Barbosa e Geraldo Blota. A paciente canta muito, principalmente no período da manhã, na hora do banho segundo ela, para aquecer-se. A paciente estava institucionalizada desde fevereiro de 2006 e apresentava deficiência auditiva, além de déficit visual mnemônico.

### 4.2.2 Protocolo de avaliação inicial do paciente 2

Alguns dados serão omitidos para preservar o anonimato da paciente.

A paciente passou a ser atendida na musicoterapia em fevereiro de 2006. Na avaliação inicial, apresentou dificuldades de nomeação de objetos. Desorientação espacial e temporal e dificuldades na memória também foram observados. Não manuseava instrumentos e não interagiu com o grupo. Também não movimentou membros superiores e inferiores. A paciente gosta de música, principalmente as da sua juventude.

Data da avaliação: 05/02/2006

Código do paciente: Paciente 2

Idade: -----

Data de nascimento: -----

Endereço: -----

Telefone -----

Filiação: -----

Sexo: ( ) Masculino (x) Feminino

Institucionalização: Sim (x) Não ( )

Profissão: -----

#### História Progressiva musical

Gosta de música: (x) Sim ( ) Não-

Participa do Atendimento: (x) Sim Não ( )

No Atendimento musicoterapêutico

Manuseio de instrumentos: Sim ( ) Não (x) Qual \_\_\_\_\_  
 Interação com os membros do grupo: Sim ( ) Não (x)  
 Canta: Sim (x) Não ( )  
 Movimenta membros superiores e inferiores: Sim ( ) Não (x)  
 Dança: Sim ( ) Não(x)  
 Ritmicidade: Sim (x) Não ( )  
 Emoção: Sim ( ) Não (x)  
 Histórias associadas a música apresentada: Sim (x) Não ( )  
 Memória a curto prazo: Sim ( ) Não (x)  
 Memória a longo prazo: Sim ( ) Não (x)  
 Linguagem e nomeação de objetos: Sim ( ) Não (x)  
 Orientação Espacial: Sim ( ) Não (x)  
 Orientação Temporal: Sim ( ) Não (x)

#### 4.2.3 Protocolo de avaliação final do paciente 2

Data da avaliação: 09/07/2008

Código do paciente: Paciente 2

Idade: -----

Data de nascimento: -----

Endereço: -----

Telefone -----

Filiação: -----

Sexo: ( ) Masculino (x) Feminino

Institucionalização: Sim (x) Não ( )

Profissão: -----

##### História Progressiva musical

Gosta de música: (x) Sim ( ) Não-

Participa do Atendimento: (x) Sim Não ( )

##### No Atendimento musicoterapêutico

Manuseio de instrumentos: Sim (x) Não ( ) Qual: Chocalhos

Interação com os membros do grupo: Sim (x) Não ( )

Canta: Sim (x) Não ( )

Movimenta membros superiores e inferiores: Sim (x) Não ( )

Dança: Sim (x) Não ( )

Ritmicidade: Sim (x) Não ( )

Emoção: Sim (x) Não ( )

Histórias associadas a música apresentada: Sim (x) Não ( )

Memória a curto prazo: Sim (x) Não ( )

Memória a longo prazo: Sim (x) Não ( )

Linguagem e nomeação de objetos: Sim (x) Não ( )

Orientação Espacial: Sim (x) Não ( )

Orientação Temporal: Sim ( ) Não (x)

#### **4.2.4 Evolução do paciente 2**

Após dois anos a paciente melhorou em vários aspectos de suas funções cognitivas, como a memória de curto e longo prazo, linguagem, orientação espacial, como localização, principalmente na instituição em que mora, mas ainda apresentava dificuldades na orientação temporal. Ainda houve melhora na socialização e boa participação no atendimento musicoterápico. As músicas executadas nas sessões eram as de sua preferência, o que favoreceu o aproveitamento e obtenção de resultados positivos. Durante as atividades, permanecia com olhar fixo e atento em direção ao musicoterapeuta. Além de movimentar membros superiores e inferiores, cantava as músicas executadas durante as atividades, manuseava os chocalhos, estimulando sua discriminação auditiva e visual, bem como a coordenação motora de membros superiores. Geralmente, a paciente ficava ansiosa e inquieta, querendo levantar-se, com o risco de quedas. Entretanto durante as atividades musicoterápicas a paciente ficava sentada, diminuindo o risco de ocorrência desse tipo de acidente. Foi constatado na sua evolução o desenvolvimento da linguagem, coordenação motora, melhora da função viso-espacial, diminuição da ansiedade e inquietação.

## CONCLUSÕES

Neste trabalho foram discutidas possibilidades de melhora das funções cognitivas por meio do atendimento musicoterápico com idosos portadores da doença de Alzheimer. A partir da apresentação dos dois relatos de caso foi possível constatar o efeito da atividade musical junto aos dois idosos selecionados. A música inicialmente propiciou um ambiente sonoro familiar, desencadeando descontração e segurança. A música utilizada como objeto facilitador da comunicação e da movimentação corporal, conseguiu envolver o grupo participante e principalmente os dois pacientes selecionados para este trabalho, funcionando simultaneamente como opção terapêutica. Durante as sessões, os dois pacientes tiveram momentos de escuta às expressões individuais de lembranças e emoções, diminuindo os níveis de isolamento e de desorientação espacial.

Notou-se que por meio da estimulação global, destacando-se a estimulação de memória propiciada pelas técnicas utilizadas, esses pacientes sentiram-se mais centrados na realidade circundante, apresentando menos vagância, ao menos durante o tempo da sessão. Além disso, desenvolveram e estimularam estruturas corticais responsáveis pelo funcionamento e manutenção do status cognitivo funcional. Portanto, a partir das atividades propostas os pacientes do estudo tiveram funções cognitivas estimuladas como a praxia, gnosis, linguagem, memória a curto e longo prazo, função visuo-espacial e o desenvolvimento das emoções. A experiência mostrou que o período final da manhã favorece a resposta e concentração dos pacientes nas atividades propostas.

Os dados aqui apresentados indicaram que, por meio da aplicação das técnicas específicas de musicoterapia desenvolvidas e adaptadas para cada caso e da avaliação musicoterápica realizada regularmente, obteve-se maior concentração na atividade, maior interação social e compartilhamento da comunicação musical e verbal. Foi possível estimular pessoas que se encontravam em processo de perda de memória. De acordo com as considerações de Hargreaves *et al.* (2004) sobre a identidade musical, foram priorizadas músicas preferidas pelos pacientes, o que mostrou ser de extrema

importância. O repertório musical foi escolhido de forma criteriosa para cada paciente, para que não houvesse manifestações negativas pelos pacientes de acordo com o significado dessas músicas para eles.

As possibilidades comunicativas estimuladas no decorrer dos encontros deram oportunidades a esses idosos de realizar trocas sociais pautadas pela expressão de suas musicalidades, identidades e afetividades. Cada participante pôde desfrutar do convívio e das atividades ali produzidas, vivenciando ritmos e sonoridades que lhes eram significativas. Nesse momento, aproximaram-se ao menos enquanto interagem por meio da linguagem musical, do patrimônio e do acervo de memória que construíram no decorrer de suas vidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. Deu branco, um guia para desenvolver o potencial de sua memória. São Paulo: Editora Bestseller, 2003, 111 p.

BATHNAGAR, CS. Neurociência para o estudo dos distúrbios da comunicação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 420 p.

BEAR, M. Princípios da Neurociência. Porto Alegre: Artmed, 2002, 855 p.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed, 2003, 612 p.

BELTRÃO, KI; CAMARANO; AA; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX: Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA, nº1034, 2004.

BRUSCIA, EB. Definindo musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000, 312 p.

CAMBIER, J. Manual de neurologia. Rio de Janeiro: Masson e Editora Atheneu, 1988, 537 p.

CARNEIRO, C. Lateralidade, percepção e cognição. Cérebro e mente. *Revista eletrônica*-Universidade Estadual de Campinas, 2001, 13. *apud*, ILARI, B. A música e o cérebro algumas implicações do neurodesenvolvimento para educação musical. *Revista da ABEM*, 2003, 9: 7-16.

GOLDFELD, M. Fundamentos em fonoaudiologia e linguagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, 106 p.

HARGREAVES, JD. Musical identities. New York: Oxford, 2004, 197 p.

HARGREAVES, DJ; MIELL, D; MACDONALD, RAR. What are musical identities, and why are they important? *In*: HARGREAVES, JD. Musical identities. New York: Oxford, 2004, p. 1-20.

IZQUIERDO, I. Memória. Porto Alegre: Artmed, 2002, 95 p.

KAUFFMAN, LT. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, 389 p.

LAVILLE, C; DIONE, J. A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999, 340 p.

Lei nº 10.471, Legislação Brasileira: **Estatuto do Idoso** de 1º de Outubro de 2003.

LOUREIRO, CMV. Abordagem da musicoterapia na reabilitação de pacientes geriátricos. Apostila de Musicoterapia, Belo Horizonte, 1996.

LUNEDO, SMC; SASS, SMG; GOMES, AB; KANASHIRO, K; BORTOLON, L. Prevalência dos principais sintomas ORL numa população geriátrica ambulatorial. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*, 2008, 12 (1): 95-98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, IBGE, Censo demográfico, 2000.

MORAES, NE. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, EN; LANNA, FM. Avaliação e cognição do humor. *In*: MORAES, EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 85-104.

RIBEIRO, MTF; FERREIRA RC; FERREIRA, EF; MAGALHÃES CS; MOREIRA, AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência em Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(4): 1285-1292.

RUUD, E. Caminhos da musicoterapia. São Paulo: Summus editorial, 1990, 107 p.

SCHLAUG, G. The brain of musicians. In: PERETZ, R; RUUD, E. Música e saúde. São Paulo: Sumus editorial, 1991, 175 p.

SACKS, O. Alucinações musicais, relatos sobre música e cérebro. São Paulo: Companhia das Letras, 2007, 360 p.

ZATORRE, R. The cognitive neuroscience of music. Oxford, England, 2007, p. 366-381.

SWANSDOTTIN, HB; SNAEDAL, J. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer,s type: a case control study. *International Pschogeriatrics*, 2006, 18 (4): 613-621.

TERVANIEMI, M; VAN ZUIJEN, TL. Methodologies of brain research in cognitive musicology. *Journal of the New Music Research*, 1999, 28(3): 200-208. *apud* MELLO, M. Relações cognitivas entre localizações cerebrais em música e linguagem. *I Conferência Lingüística e Cognição*, 2003, Campinas, 1-16 p.

VON BARANOW, ALVM. Musicoterapia: uma visão geral. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999, 73 p.

## ANEXO I: ANAMNESE NO ATENDIMENTO AO IDOSO

Código do paciente:

Idade:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Filiação:

Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Outros

Se casado, há/durante quanto tempo:

Se viúvo/separado há quanto tempo:

Número de filhos:

Escolaridade:

Endereço: Bairro:

Cidade:

Estado:

Grau de parentesco do responsável:

Telefone:

Vive no mesmo domicílio que o responsável ( ) Não ( ) Sim

O Paciente está institucionalizado? ( ) Não ( ) Sim

Natureza da instituição: ( ) Do governo ( ) Privada

Tempo de institucionalização \_\_\_\_\_

Motivo da institucionalização \_\_\_\_\_

Como chegou a Instituição: ( ) Por vontade própria ( ) Trazido por parentes ( )

Por indicação médica

Para você, o que significa viver na instituição?

---

Tem alteração de saúde diagnosticada

Tempo:

Número de internações:

Motivo:

Uso de Medicamentos:

número de medicamentos usados:

Religião: \_\_\_\_\_

Qual: \_\_\_\_\_

Torce para algum time de futebol, se sim, qual? -----

Atividades da vida diária (AVD)

( ) Independente ( ) Mobilidade ( ) Acamado ( ) Uso de andadores ou muletas

Banho: ( ) Dependente ( ) Independente

Vestir-se: ( ) Dependente ( ) Independente

Higiene: ( ) Dependente ( ) Independente

Alimentação: ( ) Dependente ( ) Independente

Apresenta distúrbios da fala associados: ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual (ais):

( ) Linguagem ( ) Apraxia ( ) Disartria ( ) Afasia ( ) Disfagia

Apresenta distúrbios psiquiátricos: ( ) Não ( ) Sim:

Se sim, qual (ais): \_\_\_\_\_

Qualidade do sono: ( ) Dorme bem ( ) Tem insônia

Apresenta sonolência durante o dia: ( ) Não ( ) Sim

Apresenta alucinações noturnas e ou delírios: ( ) Não ( ) Sim

Órgãos dos Sentidos

Visão: ( ) Catarata ( ) Déficit visual ( ) Glaucoma

Audição: ( ) Boa audição ( ) Deficiência auditiva ( ) Uso de prótese auditiva

Quedas: ( ) Sim ( ) Não

Tratamentos atuais: ( ) Musicoterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Fisioterapia

( ) Terapia Ocupacional ( ) Psicologia ( ) Nutrição

História pregressa sonora e musical

Infância: \_\_\_\_\_

Adolescência: \_\_\_\_\_

Adulta: \_\_\_\_\_

Você gosta de música? ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

As mais importantes?

\_\_\_\_\_

Preferências Musicais

( ) Samba ( ) Valsa ( ) Marcha ( ) Caipira ( ) Forró ( ) MPB ( ) Rock ( ) Tango

( ) Erudito ( ) Outros

Que sentimento a música lhe traz?

\_\_\_\_\_

Quando canta lembra a letra da música?

\_\_\_\_\_

A música lhe traz alguma lembrança? De quem/do que?

( ) Parente ( ) Namorada (o) ( ) Trabalho ( ) Amigo (a)

( ) Acontecimentos festivos ( ) Outros:

Como você se sente em relação a sua vida? \_\_\_\_\_

Você fica aborrecido com frequência? \_\_\_\_\_

Você se considera uma pessoa de bem com a vida? ( ) Não ( ) Sim

Você gosta de conversar com outras pessoas? ( ) Não ( ) Sim

Você gosta de conhecer pessoas novas? ( ) Não ( ) Sim

**ANEXO II: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE MUSICOTERAPIA**

Código do paciente:

Idade:

Data de nascimento:

Endereço:

Telefone:

Filiação:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data da avaliação:

Institucionalização: Sim ( ) Não ( )

Profissão:

História Progressiva musical

- Gosta de música: ( ) Sim ( ) Não-

Participa do Atendimento: ( ) Sim Não ( )

No Atendimento musicoterapêutico

Manuseio de instrumentos: Sim( ) Não ( ) Qual \_\_\_\_\_

Interação com os membros do grupo: Sim ( ) Não ( )

Canta: Sim ( ) Não ( )

Movimenta membros superiores e inferiores: Sim ( ) Não ( )

Dança: Sim ( ) Não( )

Ritmidade: Sim ( ) Não ( )

Emoção: Sim( ) Não ( )

Histórias associadas a música apresentada: Sim ( ) Não ( )

Memória a curto prazo: Sim ( ) Não ( )

Memória a longo prazo: Sim ( ) Não ( ).

Linguagem e nomeação de objetos: Sim ( ) Não ( )

Orientação Espacial: Sim ( ) Não ( )

Orientação Temporal: Sim ( ) Não( )

Evolução: