



Fabiana Pereira Borges

**INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS,
ESTADO EMOCIONAL E ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO
SOCIAL EM IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO**



Fabiana Pereira Borges

**INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS,
ESTADO EMOCIONAL E ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO
SOCIAL EM IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Na linha de pesquisa Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas na Região Centro-Oeste: aspectos sócio-culturais, ecoambientais, epidemiológicos e clínicos.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus
O. Bastos

Folha de Aprovação

FABIANA PEREIRA BORGES

INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, ESTADO EMOCIONAL E ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre.

Resultado: Aprovado

Campo Grande, 16 de Março de 2018

Banca examinadora

Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (Orientador - UFMS)

Prof. Dra. Débora Teixeira da Cruz (Convidada - Unigran Capital)

Prof. Dra. Lilian Assunção Felipe (Convidada - UEMS)

Prof. Dr. Wander Fernando de Oliveira Filiú (Suplente - UFMS)

CAMPO GRANDE - MS

2018

Dedico essa dissertação especialmente a todos os idosos que se dispuseram um pouco do seu tempo para me ajudar nesta trajetória, e aos meus pais que sempre acreditaram em mim, beneficiando com bons exemplos.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter dado saúde, força e sabedoria para que eu chegasse até aqui. Aos meus pais, Cleonice Soares Pereira e Antônio Borges Ferreira, que sempre me deram apoio, e incentivo nas horas mais difíceis de cansaço e desânimo e que apesar das inúmeras dificuldades sempre me estimularam a estudar.

Aos meus irmãos Fabrícia Pereira Borges e Frederico Pereira Borges, pelo companheirismo, compreensão, amizade e simplesmente por existirem na minha vida.

À Lilian que desde o início me deu muito apoio e incentivo para que esse sonho fosse concretizado, obrigada por todo carinho, atenção, conselhos, e principalmente sua amizade, depois da minha mãe você foi a pessoa que mais me ajudou e acreditou em mim. O meu muito obrigada e que algum dia eu possa lhe retribuir tudo bom que me fez.

Ao meu orientador Paulo Roberto Haidamus Oliveira Bastos pela confiança, paciência e compreensão, obrigada por ter e aceitado sem ao menos me conhecer.

Ao programa de Pós-Graduação Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, por meio de seus professores e funcionários, que possibilitaram a realização de um grande sonho, a concretização de um grande projeto.

À todas as pessoas que contribuíram seja de forma direta ou indiretamente, para que eu chegasse até essa etapa da minha formação, porém ainda não é a linha de chegada, está sendo apenas uma parada para depois continuar.

“Os sonhos não determinam o lugar em que você vai estar, mas produzem a força necessária para tirá-lo do lugar em que está”.

Augusto Cury

Resumo

Introdução: O processo de envelhecimento populacional no Brasil vem sendo, cada vez mais notado, pela quantidade de idosos. Um dos comprometimentos mais comuns na população idosa é a demência. Uma das formas de proposta de tratamento paliativo para demência, que vem sendo alvo de grandes estudos é a musicoterapia.

Objetivo: Analisar o efeito da musicoterapia no estado cognitivo e no convívio social em idosos institucionalizados.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa longitudinal do tipo antes e depois, analítica com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram formados dois grupos um composto por idosos com diagnóstico de demência e outro com idosos saudáveis, todos institucionalizados. Também foram avaliados 12 cuidadores onde foi feita uma caracterização da amostra e avaliada a qualidade de vida dos cuidadores e dos idosos institucionalizados.

Os idosos foram questionados sobre preferência musical, foi aplicado um questionário sócio-demográfico, avaliadas as funções cognitivas, qualidade de vida e nível de depressão, antes e após as audições musicais compostas por dez músicas, escolhidos de acordo com a preferência de cada idoso. O estudo foi desenvolvido de acordo com a disponibilidade dos idosos e regras da instituição e aprovação do comitê de ética da UFMS. A análise estatística constou de procedimentos descritivos (média, desvio-padrão e análise percentual) e inferenciais. Na análise das variáveis qualitativas, para comparação de proporções, foi utilizado o Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas (escores) foi utilizado o Teste de Wilcoxon para amostras pareadas (antes e após as audições musicais). Para todas as análises foi considerado nível de significância de 5%, sob um intervalo de confiança de 95%.

Resultados: Com as sessões de música houve uma melhora significativa das funções executivas, memória e humor dos participantes, consequentemente, promoveu a melhora da comunicação e convivência entre os idosos e os cuidadores.

Conclusão: Pelos resultados alcançados é possível considerar que a música tem um efeito positivo em pessoas que apresentam quadro demencial. Quando se tratou da área de relação social, observou-se que a música trouxe benefícios nas relações interpessoais. A Musicoterapia pode ser uma forma de conectar o indivíduo consigo mesmo e com os que estão a sua volta, além de ser considerada um tratamento coadjuvante em idosos com demência.

Palavras Chaves: Assistência a idosos, Musicoterapia, Demência.

Abstract

Introduction: The aging process in Brazil has been increasingly noticed by the number of elderly people. One of the most common impairments in the elderly population is dementia. One of the forms of proposal of paliativo treatment for dementia, that has been the object of great studies is music therapy.

Objective: To analyze the effect of music therapy on cognitive status and social interaction among institutionalized elderly people.

Methods: It is a longitudinal research of the before and after type, analytical with quantitative and qualitative approach. Two groups were formed, one composed of elderly people diagnosed with dementia, and the other with elderly people without dementia, all of whom were institutionalized. Twelve carers were also evaluated after a characterization of the sample and the quality of life of the caregivers and the institutionalized elderly were evaluated. The elderly were questioned about musical preference, a sociodemographic questionnaire was applied, and cognitive functions, quality of life and level of depression were evaluated, before and after the musical auditions composed of ten songs, chosen according to each elder's preference. The study was developed according to the patients' availability and rules of the institution and approval of the UFMS ethics committee. Statistical analysis consisted of descriptive procedures (mean, standard deviation and percentage analysis) and inferential procedures. In the analysis of the qualitative variables, the chi-square or Fisher's exact test was used to compare proportions. For the quantitative variables (scores) the Wilcoxon test was used for paired samples (before and after the musical auditions). For all analyzes a significance level of 5% was considered, under a 95% confidence interval.

Results: With the music sessions there was a significant improvement of the executive functions, memory and mood of the participants, consequently, promoted the improvement of communication and coexistence between the elderly and the caregivers.

Conclusion: From the results achieved it is possible to consider that music has a positive effect on people with dementia. When it came to the area of social relations, it was observed that music brought benefits in interpersonal relationships. Music Therapy can be a way of connecting the individual with himself and with those around him, as well as being considered as a coadjuvant treatment for the elderly with dementia.

Keywords: Olg Age Assistance, Music Terapy, Dementia.

Lista De Abreviaturas e Siglas

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

DA – Doença de Alzheimer

G1 – Grupo 1

G2 – Grupo 2

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

ILPIs – Instituição de Longa Permanência para Idosos

OMS – Organização Mundial da Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

NAMT – National Association Of Music Therapy

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem de idosos com demência e sadios segundo o sexo e anos de estudo.....	46
Tabela 2 – Média $\pm$ Desvio padrão dos escores do WHOQOL-bref, MEEM e GDS segundo os grupos e períodos pré e pós audição, Campo Grande – 2017	48
Tabela 3 – Distribuição do número e porcentagem de cuidadores segundo informações sobre os idosos que cuidam e as variáveis de estudo, Campo Grande, 2017	53
Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem de cuidadores segundo os grupos de idosos que cuidam e variáveis relacionadas à vida social desses profissionais.....	54

Lista de Figuras

Figura 1 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio físico do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15)	49
Figura 2 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio físico do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15)	49
Figura 3 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio meio ambiente do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017(n=15)	50
Figura 4 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio meio ambiente do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n=15)	50
Figura 5 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio relações sociais do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15)	51
Figura 6 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio relações sociais do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande –2017(n=15)	51
Figura 7 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio psicológico do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15)	52
Figura 8 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio psicológico do <i>WHOQOL-bref</i> pré e pós audição, Campo Grande – 2017(n = 15)	52

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Envelhecimento Populacional	15
2.2 Idosos Institucionalizados.....	17
2.3 Depressão na terceira idade	23
2.4 Demência	25
2.5 Cuidadores formais	27
2.6 Relações sociais dos idosos	29
2.7 Musicoterapia	33
2.8 A musicoterapia e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.....	34
2.9 A musicoterapia e a Demência.....	34
3. OBJETIVOS.....	37
3.1 Objetivo geral	37
3.2 Objetivos específicos	37
4. MÉTODOS	38
4.1. Delineamentos da pesquisa	38
4.1.1 Amostra	38
4.1.2 Critérios de Inclusão.....	38
4.1.3 Critérios de Exclusão.....	38
4.2. Variáveis analisadas	39
4.2.1 Variável independente.....	39
4.2.2 Variável dependente	39
4.3.Procedimentos Metodológicos	39
4.3.1 Seleção dos participantes	39
4.3.2 Local de Pesquisa	40
4.3.3. Coleta de Dados.....	40
4.3.4 Instrumentos para a coleta de dados	42
4.5. Processamento e análise dos dados.....	45
4.7. Aspectos Éticos.....	45
5. RESULTADOS.....	46
6. DISCUSSÃO	55
7. CONCLUSÃO	59
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	60

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é inevitável, uma vez que vem ocorrendo nas últimas décadas em todos os países. No Brasil, a população considerada idosa está com idade igual ou superior a 60 anos¹. Esta população vem crescendo e a nível mundial constituem-se de 12,3% do total da população e a perspectiva para 2050 é que haverá um aumento para 26,2%¹.

Um dos comprometimentos mais prevalentes na população idosa é a demência, o idoso com demência perde gradativamente o controle sobre si próprio, tornando-se cada vez mais deslocado. Quando o idoso é acometido por demências é necessário que ele se sinta seguro e também não se encontre sozinho, sendo assim, começa uma necessidade de proximidade e de vinculação cada vez maior. A diminuição da capacidade de reter novas informações faz com que o idoso com demência perca cada vez mais a noção da presença das figuras de vinculação e, conseqüentemente, a sensação de segurança e bem-estar que estas lhe trazem².

Uma das formas de proposta de tratamento para demência, que vem sendo alvo de grandes estudos é a musicoterapia, definida como a “aplicação científica do som, da música e do movimento que, através da escuta e execução, contribui para a integração de aspectos cognitivos, afetivos e motores, desenvolvendo a consciência e fortalecendo o processo criativo”, o musicoterapeuta sugere que essa intervenção terapêutica tenha como objetivo “aumentar as possibilidades de ação” da pessoa tanto no âmbito individual como no social³.

A musicoterapia vem sendo utilizada como auxílio em tratamentos de problemas, tanto de ordem física quanto de ordem psicossocial. Pode ser utilizada individualmente ou em grupo, melhorando a comunicação, relacionamento, aprendizagem, mobilização e expressão. É indicada para recuperar ou desenvolver

potenciais de interação pessoal e social, proporcionando a melhora da qualidade de vida do idoso ⁴.

Neste estudo, entende-se por musicoterapia uma prática de audição musical em que os participantes da pesquisa ouviram, cada um, dez músicas de acordo com as suas preferências musicais.

Os efeitos da música em idosos com demência mostram, que se verificava nos idosos, logo após as sessões de musicoterapia, uma maior fluência, maior desempenho e mais espontaneidade no discurso, melhorando seu relacionamento social com os demais ⁵. Com tudo, o objetivo dessa pesquisa é analisar o efeito da musicoterapia no estado cognitivo e convívio social em idosos institucionalizados.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento Populacional

No Brasil, no ano de 1950, o país possuía 4,2% de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em 2000 o número subiu para 8,6% e no ano de 2010, representava 10,8% da população, já para o ano de 2050 as projeções são para 18,4% de pessoas nesta faixa etária, sendo quase um quinto da população.⁶

Em decorrência do crescente envelhecimento populacional, houve aumento na expectativa de vida dos idosos no Brasil, em 1980 era de 62,7 anos, em 1990 esse número subiu para 66,6 anos e nos dias de hoje é 76,5 anos para mulheres e 69 anos para os homens⁶. Essa transição demográfica se deu início com a redução das taxas de mortalidade, e após um tempo, com a diminuição das taxas de natalidade, ocasionando alterações significativas na estrutura etária da população.⁸

O envelhecimento representa desenvolvimento acumulativo, que acontece naturalmente e de forma gradativa nos seres humanos. Concretizando etapa do ciclo de vida dos cidadãos, se tornando obrigatório para evolução biopsicossocial.⁸

Outros motivos que definem a maneira de envelhecer, envolvem fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais, associados a estruturas familiares, renda, educação, ocupação, saneamento básico, influenciando a saúde e podendo abalar o modo de vida diferente de cada pessoa.⁹

No Brasil, observou-se que houve crescimento na incidência e na prevalência de doenças crônicas e degenerativa nos últimos anos, portanto, a busca pelos serviços de saúde aumentaram a quantidade de medicamentos consumidos diariamente, haja visto que, a frequência e o tempo de permanência em internações hospitalares são maiores em pessoas idosas.^{10,11}

Além do mais, essas patologias geram incapacidade física e dependência, conseqüentemente o envolvimento de profissionais responsáveis pelo cuidado dos idosos nessa fase da vida se tornam precisos, sendo assim, maiores investimentos na saúde pública necessitam ser feitos em relação a capacitação de pessoas e estruturas, voltadas para tratamentos e reabilitações desse grupo etário.^{12,13}

Em cada região do Brasil os problemas de saúde pública acontecem de forma diferenciada, uma vez que apresentam economia desfavorável, onde são observadas desigualdades sociais e grande diferença no envelhecer.^{14,15}

Através dos acontecimentos pode-se constatar que os cuidados com a população idosa precisa ser estudado utilizando estratégias conforme a atualidade. Torna-se necessário diferentes planejamentos e administrações, pois a prestação de cuidados está carente de criatividade e inovação, para que o sistema possa fluir ganhando a eficiência que a população idosa precisa para desfrutar com mais qualidade de vida os anos seguintes.¹⁶

Proporcionar aos idosos mais atividades, dando a eles condições melhores de qualidade de vida, é de extrema importância nessa intervenção, pelo fato de que pode existir um número significativo de acontecimentos físicos, emocionais e sociais que afetam o idoso ao mesmo tempo, trazendo maior dificuldade na sua independência.¹⁷

Portanto, os países tem buscado, entender melhor o processo de envelhecimento da população, sempre procurando possibilidades para manter os cidadãos idosos com mais independência econômica e social.¹⁸ Isso ocorre porque a presença crescente de pessoas idosas na sociedade tem a necessidade de incluir o tema envelhecimento populacional na formulação de políticas públicas e de realizar ações de prevenções e cuidado encaminhando às suas primordialidades,

subsidiando a organizações de uma rede capacitada para ofertar serviços e ações no campo da proteção social.¹⁹

Contudo, o crescimento acelerado dos idosos, mundialmente possui algumas particularidades no Brasil, o país criou e implementou legislações voltadas para o envelhecimento saudável.²⁰ Dentre as legislações o Estatuto do Idoso ganha destaque porque garante o direito da pessoa com mais 60 de anos a interagir em uma sociedade inclusiva e digna, bem como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que destina o idoso a ter autonomia da sua independência e integração na sociedade, além de proporcionar uma rede de serviços especializada.^{21,22}

2.2 Idosos Institucionalizados

A legislação brasileira estabelece que a responsabilidade pelas pessoas com mais de 60 anos cabe a família, nos últimos anos o Brasil por transição social reduziu o número de cuidadores informais.²³

Anteriormente o zelo e as responsabilidades pelos idosos eram destinadas as mulheres, já que passavam a maior parte do tempo em seu ambiente doméstico. Contudo, a participação ativa das mulheres no mercado de trabalho a partir da metade do século XX, diminuíram o envelhecimento em família.²⁴ Através disso, houve mudanças nos arranjos familiares, correlacionados ao aumento de término de casamentos, casais sem filhos, celibatarismo e também a redução de vínculos entre pais e filhos, pelo afastamento dos descendentes para dar início a nova família ou saída precoce dos integrantes da casa dos genitores para estudar.^{25,13}

A relação entre cuidadores formais e idosos precisando de cuidados está cada vez mais desproporcional, pode-se dizer porque no ano de 2000 eram cinco

cuidadores por idoso e as perspectivas para o ano de 2050, é que relativamente esse número cairá para apenas dois cuidadores capacitados para cada idoso.²⁶

Além disso no Brasil, ainda existem muitos idosos que passam por dificuldades financeiras e sociais, ocasionado pelo situação econômica desfavorável do país.¹⁴ Grande parte da população com mais de 60 anos vivem com renda baixa e insuficiente para sustentar seus próprios gastos com a saúde, isso por consequências das baixas aposentadorias.²⁷

Os fatores econômicos desfavoráveis da população afetam a possibilidade das famílias beneficiarem cuidados aos idosos, essa falta de alternativa aumenta a procura pela terceirização do cuidado.²⁸

Quando deram origem as instituições que abrigavam idosos eram nomeados de asilos, faziam parte da rede de assistência social e carregavam a imagem de um local onde havia tristeza, abandono, pobreza e decadência.²⁹ Sucessivamente, passaram a fazer parte da assistência à saúde, desde então passaram a ser intitulado de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), referindo-se ao termo inglês “Long Term Care Institution”.³⁰

As ILPIs surgiram no Brasil no ano de 1980, buscando preencher as necessidades básicas para cuidar dos idosos.³¹ Os asilos, como eram chamados antigamente, são conhecidos popularmente como abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica ou hotel residências, para pessoas dessa faixa etária.³²

Na atualidade, são reconhecidas e regulamentadas por meio de legislações, como a RDC nº 283/2005, que caracteriza que essas instituições são organizações sociais, governamentais ou não, regulamentadas pelo governo, determinado a idosos em cunho residencial, com o apoio ou não da família, em situações de liberdade, dignidade e cidadania.³³

Independentemente da situação em que o idoso se apresenta, seja ela em diferentes características de vida e saúde, as ILPIs são responsáveis pela assistência.³² Têm de oferecer qualidade de vida como: moradia, alimentação e convivência social, contando assim, com uma equipe profissional responsável pela assistência multidimensional na gerontologia, e pessoas providas de capacitação para atender a demanda desta faixa etária.^{24,27}

Em 2012 haviam cerca de 3.548 ILPIs espalhadas pelo Brasil, dividida em 28,8% dos municípios, em que residem aproximadamente 83.870 pessoas acima dos 60 anos, representando 1,7% do total de idosos.³⁴ Porém, diante do crescimento populacional de idosos e da expectativa de vida do Brasil, há indicativa de que haverá aumento na quantidade de idosos institucionalizados nos próximos anos.³²

Algumas instituições fazem listas de espera, porém nem sempre é respeitada severamente a ordem deste cadastramento, uma vez que são criados critérios de seleção de acordo com perfil pretendido. Nas ILPIs filantrópicas, normalmente elas estão relacionadas a condições de saúde e vulnerabilidade socioeconômica, mas as ILPIs privadas a opção preferencialmente é por idosos independentes. Devido as complicações e consequências. Entretanto, os idosos passam a ser prioritários quando estão com encaminhamento judicial. Esta pesquisa ainda divulga que 52,2% das instituições rejeitavam novos residentes com doenças do tipo as infecto-contagiosas.²⁶

Os asilos (antigamente como eram chamados) abrigavam os idosos que estavam em situação de vulnerabilidade, sem família, e em situação de extrema pobreza, através disso, passou a ter uma imagem de um lugar depreciativo de “depósito de idosos” que geralmente estavam em condições de desamparo, abandono e muitas vezes com saúde e higiene escassa.³⁵ Por mais que a procura

pelas ILPIs tenham aumentado, ainda não é uma prática comum nos estados brasileiros por ser representada através desta visão negativa, baseadas em fatos que não são reais, estigmas e estereótipos vindo de histórias passadas.³¹

Por ainda ter essa imagem negativa das pessoas, existe um movimento atual da qual desarticula essa imagem, retirando o caráter negativo dessas instituições, trazendo cada vez mais a garantia de direitos, de atenção integral, dignidade, respeito à individualidade de cada cidadão, além de beneficia-los com conforto, higiene e segurança pelos profissionais que trabalham nas casas de repouso para idosos.^{27,30}

As ILPIs passaram a fazer mudanças no padrão, trazendo melhorias para a percepção dos idosos, reformando-as com estruturas que possibilitam ambientes planejados, e atendimentos adequados.⁶ Essas benfeitorias são feitas com o intuito de resgatar a imagem de uma residência comum, bem como no aspecto arquitetônico, evitando exposições, e incluindo atividades diárias em suas programações com o acompanhamento de profissionais capacitados.³⁶

Para os idosos que residem em instituições, a falta de atividades são mais comuns do que parece, geralmente a desocupação é predominantemente, além da baixa interação social com o meio em que vive e a perda de contatos sociais. Essas situações acontecem devido a dois grandes fatores: um deles é a incapacidade, uma vez que a energia do idoso tende a diminuir muito e sua mobilidade também está comprometida, o outro fator é o seu próprio isolamento por ser um ambiente normalmente restrito.¹⁷

A participação de idosos em atividades promovidas pelas instituições, diminuem os efeitos da institucionalização. O desenvolvimento das atividades de lazer em horários livres nas instituições causa progressão na auto-estima e a

participação social entre os idosos.^{37,38} A semelhança para os idosos de sua antiga moradia diminuem também o efeito da institucionalização, o índice maior de desânimo e mortalidade, ocasionando um lugar propício para a socialização entre eles.³¹

Por conta de todos os fatores historicamente negativos sobre as ILPIs, os idosos ainda as consideram como lugares desagradáveis, porque ao mesmo tempo em que as instituições os acolhem e dão o suporte que precisam, e os aprisionam, mas ocorre essa questão devido a política interna de cada local como regras, rotinas, horários e tratamento equivalente para todos os internos.³⁹ Em todas ILPIs os residentes não tem autonomia de ir e vir, só são autorizados a sair quando são levados por outras pessoas.⁴⁰

Nos países desenvolvidos, a busca pelas ILPIs, vem primeiramente da família, devido aos idosos precisarem de cuidados médicos adequado, isso ocorre devido a idade avançada e nível de dependência do idoso.³⁰

No Brasil a principal causa da procura pelas instituições está associados a falta de tempo, cuidados médicos necessários, incapacidade física, cognitiva e mental. Geralmente a decisão pela institucionalização vem da família, que às vezes estão sofrendo com os aspectos econômicos e sociais, e se encontram em dificuldades de pagar por serviços particulares especializados para a demanda do idoso, ou apenas pela necessidade de atenção, cuidado e companhia ao ente querido.^{28,41}

Porém, em alguns casos, existem idosos que são independentes, sem comprometimentos e mesmo assim optam pela institucionalização, isso acontece quando moram sozinhos, e se sentem isolados, inseguros, falta de residência fixa e

as condições físicas e financeiras também são fatores que estimulam nesta decisão.⁴²

Os idosos que residem com os filhos, se sentem incomodados por achar que estão atrapalhando, ou até mesmo um fardo na vida da família, ou querem se distanciar de conflitos familiares, maus tratos, abuso psicológico, físico, financeiro, e a institucionalização por sua vez acaba sendo a melhor opção para a vida do idoso que quer um envelhecimento com dignidade.³²

É importante sempre respeitar a vontade do idoso quanto a sua institucionalização, saber o que ele deseja para sua velhice, mas ainda há famílias que não dialogam verdadeiramente com o idoso, deixando a impressão que sua nova residência será temporária e isso caracteriza uma violência por não dialogar.⁴¹

Quando o idoso é institucionalizado sem o seu consentimento, há invasão de espaço, podendo ser uma experiência que lhe traga trauma.²⁷ O aumento na demanda de idosos institucionalizados se dá em razão da fragilização na saúde da população idosa, juntamente com a incapacidade dos familiares em prestar assistência adequada a essa população.^{39,40}

Difícilmente encontra-se idosos que tem autonomia e a independência em uma instituição de longa permanência. Normalmente a autonomia é caracterizada por habilidades de tomar certas decisões, por mais simples que forem, de acordo com a sua vontade, de modo que a independência seja a capacidade de realizar as atividades da vida diária, seja ela com pouca ou sem ajuda dos outros.⁴³

A compensação entre manutenção do desempenho cognitivo e da capacidade funcional assegura ao idoso sua permanência em participações em atividades cotidianas, dando prioridade a qualidade de vida e acrescentando o bem-estar, através da sua própria evolução de competência e domínio de si mesmo em

atividades do dia a dia. Uma instituição com esses objetivos são favoráveis, indispensáveis e de urgência, já que as instituições asilares continuaram sendo um ambiente respeitável para a moradia de idosos.^{44,45}

2.3 Depressão na terceira idade

A depressão é uma doença psíquica, crônica e recorrente, causando alterações de humor, sentimentos de dor e culpa, tristeza profunda, baixa auto estima, provocando também mudanças no apetite e sono.⁴⁶ É frequente nos idosos e apontado como problema de saúde pública, por causa de sua associação com comprometimento funcional, várias doenças crônicas e disfunção cognitiva.⁴⁶

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015 revelam que a depressão afeta cerca de 322 milhões de pessoas no mundo, no Brasil este número chega a um total de 11,5 milhões de pessoas, próximo a 5,8% da população.⁴⁷ O Brasil é o país de maior prevalência nos casos de depressão, e o segundo nas Américas perdendo apenas para os Estados Unidos.^{48,49}

A depressão traz sofrimento para o indivíduo e sua família, causando tristeza profunda e falta de encorajamento para atividades diárias, e o desinteresse em realizar tarefas rotineiras se torna um obstáculo.⁵⁰

Dentre outros aspectos, a depressão em pessoas idosas causa comprometimento de qualidade de vida.⁵¹ Sendo assim, pode ter início a desestruturação psíquica do indivíduo, tornando a depressão a síndrome psiquiátrica mais dominante nessa faixa etária.^{52,53}

A depressão está associada aspectos Biopsicossocial.^{54,55} Dentre os principais sintomas depressivos, entra em destaque o humor deprimido, tristeza profunda, desânimo e ideias suicidas, uma vez que, os idosos tendem a apresentar

maiores vulnerabilidades relacionadas a problemas de saúde e as alterações de humor são mais constantes nesses indivíduos.⁵⁶⁻⁵⁸

Quando são encontrados sintomas depressivos em idosos podem surgir queixas de dores crônicas, falta de apetite, irritação, sentimento de inutilidade (esse fator é muito comum entre idosos), cansaço e impaciência também fazem parte dos indícios.⁵⁹⁻⁶¹ Geralmente essas condições estão, relacionadas aos fatores como perdas ao longo da vida, doenças, carências, vida social, que a maioria dos indivíduos não possuem mais, o sofrimento com abandono familiar, e o fato de experimentarem diariamente a proximidade da morte.^{61,62}

Embora nos idosos o diagnóstico seja agravado devido a apresentarem problemas físicos coexistentes, pelo domínio dos fatores atípicos da depressão e principalmente pelos sintomas depressivos serem frequentemente vistos como pronúnciação/manifestação bastante comum no envelhecimento.⁶³

As maiores consequências da depressão são a perda da autonomia, agravamento de quadros de doenças já existentes, aumenta a utilização dos serviços de saúde, aumenta risco de suicídios, reduz a qualidade de vida, aumento da morbidade e mortalidade.^{64,65}

Aos inúmeros acontecimentos na vida que são importantes, um deles é o falecimento do cônjuge ou de algum familiar muito próximo, esses fatos acabam gerando maior risco para depressão no idoso.⁶⁶

O surgimento de sintomas depressivos condiciona o funcionamento cognitivo da pessoa idosa; que começa a manifestar dificuldades em processos mais complexos, interferindo mais tarde com a sua capacidade de tomada de decisão, autonomia e funcionamento diário.⁶⁷

É mais comum idosos institucionalizados apresentar os sintomas de depressão do que os que vivem na sociedade, de modo que os primeiros apresentam doenças crônicas, físicas, cognitivas ou deficiências, uma vez que se encontram na realidade do abandono familiar ou isolamento social em sua maioria.^{68,69}

A musicoterapia tem se destacado, uma vez que tem a capacidade de fazer com que o indivíduo que está isolado socialmente ou com dificuldades de comunicação com as pessoas na sua adjacência, produzido movimentos de sons, música e que de alguma forma consiga comunicar-se, libertar os sentimentos e se realizar-se.⁷⁰

As pessoas que demonstram pouca ou nenhuma interação social, sintoma que é identificado na depressão, a música tem eficácia de refazer identidades, diminuir a ansiedade, integrar pessoas e até mesmo construir uma autoestima positiva a esses indivíduos.⁷¹

2.4 Demência

O envelhecimento leva o prolongamento da vida e também as incidências de enfermidade e doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, algumas com dependências físicas, cognitivas e emocionais. A demência é uma das causas principais de morbimortalidade entre as doenças crônico-degenerativas.⁷²

O número de pessoas com demência no mundo no ano de 2010 foi estimado em 35,6 milhões e está previsto para praticamente dobrar a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e para o ano de 2050 é de 115,4 milhões no ano 2000. Já nos Estados Unidos da América, as estimativas foram de 4,5 milhões no ano de 2000 e a previsão para 2050 é de 13,2 milhões. No Brasil, as projeções indicam que a

prevalência média se encontra mais alta que a mundial, visto que na população com 65 anos ou mais, esse número passará de 7,6% para 7,9% entre os anos de 2010 e 2020, aproximando 55 mil novos casos por ano.^{73,74}

As demências são determinadas por no mínimo dois déficits cognitivos, como a memória aliada a algum outro comprometimento de atividade de vida diária do indivíduo. A demência pode mostrar a formação de outros distúrbios cognitivos, como afasia (declínio das funções de linguagem), apraxia (realização de atividades motoras), agnosia (dificuldade em identificar ou reconhecer objetos), ou também a alteração da função executiva (habilidades cognitivas necessárias para controlar nossos pensamentos, ações, emoções, cessar um comportamento).⁷⁵

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa e a mais frequente em idosos acima dos 65 anos com prevalência e incidência de 50 a 75% dos casos.^{76,77} A baixa escolaridade e a idade das pessoas desta faixa etária, são condições de riscos significativos para o início tardio.⁷⁸

Tornou-se indiscutível a repercussão da DA na contemporaneidade, do qual já pode ser considerada a grande epidemia do século XXI, causando sofrimento significativo ao doente e sua família, uma vez que é necessário ajustes no cotidiano familiar, causando sobrecarga, seja ela física ou emocional aos membros da família.⁷⁸

Pode-se identificar que o primeiro sintoma da DA é o enfraquecimento da memória, inclusive para os fatos mais recentes (memória episódica), desorientação espacial, aspectos cognitivos normalmente subordinados a formação hipocampal, as modificações de linguagens principalmente anomia, funções executivas (disfunções de planejamentos) e de habilidades visuoespaciais surgem com a desenvolvimento da doença.⁷⁹

Nos estágios intermediários da DA, o idoso apresenta decréscimo em suas habilidades de assimilar mensagens que demandam pensamento abstrato, as falhas da memória antiga se iniciam e o raciocínio passa a ser mais concreto, em estágios avançados da doença verifica-se que a dificuldade na compreensão (afasia), na leitura (alexia) e escrita (agrafia) e cenário de completo silêncio junto com várias modificações como apraxia (realização de atividades motoras), agnosia (dificuldade em identificar ou reconhecer objetos).⁸⁰

Geralmente, na maioria dos casos é um familiar que fica responsável em assumir o papel de cuidador, fazendo com que se torne o cuidador principal do idoso, mesmo que na maioria das vezes, o cuidador principal não tenha treinamento específico.⁸¹

Compreende-se por cuidador principal aquele que fica responsável por todos os encargos de cuidar diariamente do idoso com demência. Cuidar de um idoso quando ele necessita envolve assisti-lo ou prestar serviços a ele, sendo uma atividade totalmente focada em dimensões éticas, psicológicas, sociais, físicas, aspectos clínicos, técnicos e completamente comunitário.⁸

2.5 Cuidadores Formais

No Brasil, em relação as normativas que se referem aos cuidadores formais de idosos, são considerados uma identificação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) através do código 5162-10. Porém a CBO destaca que a função de cuidadores formais não compreende o código 3222, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem. ⁸³

De acordo com as normas da CBO, para o exercício da função de cuidador exige que a pessoa seja formada em cursos livres com carga horária de 80/160 horas, tenha no mínimo 18 anos de idade e ensino fundamental completo. O cuidador pode ser um trabalhador que exerce sua função em domicílios ou instituição de cuidadores de idosos, pode ser assalariado ou autônomo. Seus horários de trabalho podem ser por períodos integrais ou por revezamento de períodos/turnos.⁸³

Os idosos, principalmente os mais velhos, fazem parte da população brasileira e mundial com maior índice de crescimento. Conforme o envelhecimento populacional brasileiro, os idosos começam a apresentar uma série de doenças, enfermidades crônicas, que podem comprometer o autocuidado, e que passam a necessitar de especialistas de alto custo. Desse modo, estimulam a organização de políticas e procedimentos direcionados a melhor saúde dos idosos e de seus cuidadores.^{84,85}

O cuidado oferecido aos idosos exige de procedimentos simples até intervenções intensivas e especializadas, conforme as características do cuidador, nível de dependência do idoso e questões sócio-culturais.⁸⁶

A dependência é a principal causa da institucionalização dos idosos, depois disso vem os conflitos familiares, os sentimentos de solidão e a procura de maior comodidade vindo do próprio idoso. Deste modo, surgiram os cuidadores formais, que são denominados aqueles que possuem formação específica, recebendo remuneração para prestar serviços ao doente ou idoso, podem ser cuidadores formais em instituições ou até mesmo em domicílios.⁸⁷

Os cuidadores formais tem a função de ajudar os idosos em suas atividades básicas diárias, o estimulam e se caso precisar realiza-as, que são elas,

alimentação, vestir, higiene, administram a medicação, e em base o seu acompanhamento diário, incentivando-os sempre na comunicação e na independência, acompanhando para a realização de exame, para que os mesmos não se sintam sozinhos, pois é nesta fase em que o idoso precisa de alguém que os escute e de atenção e carinho.⁸⁸ Juntos a uma equipe de profissionais qualificados como médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais e outros.⁸⁹

As atividades atribuídas aos cuidadores necessita de responsabilidade, cautela e dedicação, tendo de ser feita com amor e carinho e influenciada pelo reconhecimento, compromisso e dever associado com os momentos que o cuidador convive com o idoso. Porém, torna-se uma tarefa com efeitos negativos por conta da exaustão, stress, ansiedade, que acaba atingindo a qualidade de vida desses cuidadores.⁹⁰

Uma qualidade de vida insatisfatória, por parte do cuidador, também pode estar relacionada ao crescimento de um quadro de estresse. Sendo assim, o estresse está associado a alterações no físico e/ou psicológicos.⁹¹ Os cuidadores formais costumam experimentar frequentemente a sobrecarga de fatores físicos, emocionais, sociais, materiais, financeiros e existenciais, sobretudo associada também com depressão e ansiedade quando o idoso encontra-se em estágio muito avançado na doença e quando o tempo de cuidado já é prolongado.^{92,93}

Os sintomas depressivos podem ser observados de várias formas, pois geralmente há alterações de humor, mudanças sociais, somáticas e cognitivas.⁹⁴ Dessa forma, a ansiedade é caracterizada pela sensação desagradável de apreensão, palpitações, dores no peito e mal estar gástrico. Deste modo, o estudo sobre a qualidade de vida dos cuidadores é um problema atual e uma preocupação

da sociedade, uma vez que esses cuidadores vem sendo procurados com mais frequência.⁹⁴

2.6 Relações sociais dos idosos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a qualidade de vida é vista da forma com que o indivíduo compreende e se considera em relação a si próprio, associado a realização de seus objetivos, de acordo com os seus princípios e sua perspectiva.⁹⁵ A qualidade de vida é uma das metas mais desejados pelo ser humano, porém, não é sempre que está relacionada a falta de problemas do cotidiano, mas envolve a própria satisfação pessoal.⁹⁶

Para os idosos a sua autonomia e independência são objetivos muito desejados, como também a boa saúde mental e física, as suas relações sociais, e do mesmo modo seu papel na sociedade.^{97,8} No entanto, por ser um conceito subjetivo, é de cunho prioritário no planejamento, tanto na implementação como na avaliação de políticas públicas de saúde associadas a um envelhecimento de boa qualidade.⁹⁸

De acordo com a importância que a qualidade de vida tem para os idosos, ela consegue ser validada e avaliada por intermédio dos domínios específicos que constitui essa variável. Desse modo tem aspectos voltados para capacidade física, o bem-estar psicológico, a habilidade sensorial, a autonomia, o meio ambiente, a intimidade, e também a levando a participações sociais.⁹⁹

De acordo com os entendimentos sobre a velhice e a capacidade de superar os obstáculos ocasionados pelo processo do envelhecimento, de certa forma podem influenciar a qualidade de vida da pessoa, seja positiva ou negativa.³² Porém quando

se enxerga o envelhecimento com sabedoria, vendo-o como acontecimentos natural do ser humano, se torna mais simples adquirir o bem estar tão almejado por todos. As imagens negativas sobre a velhice que a sociedade carrega, pode influenciar drasticamente na qualidade de vida.^{8,100}

Entretanto, a estruturação de uma qualidade de vida positiva, vem relacionada a aspectos sociodemográficos, como escolaridade e classe econômica, e quanto maiores esses índices, a satisfação com a vida pessoal também está mais elevada. Além disso, há outras questões sobre a influência da qualidade de vida positiva que é a saúde, estado emocional, controle cognitivo, capacidade funcional, a autonomia e independência para o cuidado de si próprio.³⁹

As atividades sociais oferecidas aos idosos proporciona maior qualidade de vida. São aspectos que vão além do lazer, pois abrangem questões comportamentais e emocionais, de forma com que a interação social, produtividade, relações de amizade, cresçam simultaneamente de acordo com a atividade do idoso.⁹⁶

Alguns elementos que dizem em relação a continuidade das participações familiares e ocupacionais no âmbito da sociedade, a sensação que o idoso tem de utilidade e a religiosidade, se preparar para as perdas ao longo da vida, mudanças de moradias, a aposentadoria, e o apoio da família, são aspectos que apresentam condições pertinentes para uma qualidade de vida bem sucedida.^{97,99}

Algumas situações que podem agravar de forma negativa a qualidade de vida, em muitos casos, estão associados a idade avançada, e também a questão de não ter mais a presença do companheiro (a). Este fator que pode ser mais presente nas mulheres por conta de modificações na aparência física, causadas pelo processo de envelhecer.¹⁰¹

Além disso, outras condições que se tornam obstáculos para a boa qualidade de vida é a descoberta de doenças em fases mais avançadas e a reabilitação tardia, que em sua grande maioria acabam acarretando na incapacidade física, ocasionando a necessidade de dependência de outras pessoas para realizar atividades diárias.¹⁰² As dores intensas, ocasionadas por muitas doenças, se tornam um empecilho para a desempenho positivo do idoso e pode reduzir drasticamente sua qualidade de vida.¹⁰³

Desse modo, a institucionalização pode trazer negatividade para a vida pessoal do idoso, uma vez que ele perde a privacidade, independência e autonomia.¹⁰⁴ Os obstáculos encontrados no processo de envelhecimento como modificações na aparência, a perda da resistência física, o medo com a aproximação da morte relacionados com desacolhimento familiar, a solidão e o abandono podem influenciar diretamente na diminuição da qualidade de vida.³¹

As relações existentes entre qualidade de vida e contato social, apoio e longevidade, possivelmente estão inseridas entre os indivíduos que possuem maior relacionamento social com familiares e amigos, manter esses contatos realçando suas virtudes e seus potenciais é exatamente promover a longevidade sadia do idoso.^{105,106}

Oferecer aos idosos apoio físico, social, cultural, econômico e psicológico, proporciona a ele sentimentos de alegria, segurança, fazendo-o acreditar que é bem quisto, amado, e que ele faz parte e diferença do meio social em que vive, tendo resultados positivos sobre sua saúde e qualidade de vida, e também pode ter efeito negativo se estiver desprovido de uma boa relação social, podendo afetar diretamente sua saúde, suas funções físicas e cognitivas, consequentemente idosos

que estão isolados da sociedade tem pré-disposições maiores aos riscos de doença ou morte.¹⁰⁷

Sendo assim, para que o processo de envelhecimento populacional seja bem sucedido, onde haja aumento da expectativa de vida e progressos na qualidade de vida dos idosos, o idoso deve ser orientado e assistido constantemente.¹⁰⁸

2.7 Musicoterapia

Na idade média, a igreja se apossou da música para definir as exigências para fazer as melodias. Na época, a prática da religiosidade, contemplação e a adoração eram feitas através da música, a partir do século XVI a música surge como forma de expor os sentimentos de cada indivíduo.¹⁰⁹

A música surgiu como forma terapêutica no ano de 1940, nos Estados Unidos. No ano de 1944 foi dado início ao primeiro curso universitário em Musicoterapia em Michigan State University, no ano de 1945 foi realizada a primeira formação em musicoterapia, e passou a ser oferecido na Kansas University no Texas, e somente no ano de 1950 no Estados Unidos foi fundada a National Association Of Music Therapy (NAMT).¹¹¹

No Brasil, a musicoterapia teve seu início no Rio de Janeiro, onde deu origem a Associação Brasileira de Musicoterapia, através de profissionais responsáveis pelo hospital psiquiátrico da Universidade Federal do Rio de Janeiro.¹¹⁰

A musicoterapia é definida de acordo com a World Federation of Music Therapy que é a aplicação de forma profissional da música e seus elementos, onde a sua intervenção pode ser feita em áreas médicas, educacionais e no cotidiano, podendo ser realizada em indivíduos, grupos, famílias e também por comunidades

que buscam melhorar a qualidade de vida, nos aspectos físicos, sociais, comunicativos, emocionais, intelectuais, saúde e o seu bem estar.¹¹²

Consequentemente através do prazer que a música trás para as pessoas nas questões psicológicas e físicas que tem considerado a música como alternativa terapêutica.¹¹¹ A musicoterapia traz sensações de paz, tranquilidade, alegria, descontração e bem estar para quem está sendo beneficiado.¹¹³

No Brasil, os profissionais musicoterapeutas vem sendo solicitados para atender a demanda de terapia de apoio, principalmente em escolas especiais, clínicas e hospitais psiquiátricos, centros de reabilitação, hospitais clínicos, casas de apoio aos idosos, onde a musicoterapia vem sendo desenvolvida para auxiliar na recuperação e manutenção dos indivíduos.¹¹³⁻¹⁵

Através de pesquisas a musicoterapia vem sendo estudada, e pode-se dizer que traz inúmeros benefícios, principalmente para os idosos, porém por ser uma terapia nova nas instituições, algumas não aplicam, e em várias ainda não são conhecidas as práticas musicoterapêuticas.¹¹⁶

2.8 A musicoterapia e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados

A musicoterapia demonstra melhores resultados na comunicação, aprendizado, mobilização, expressão e organização dentre as condições físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitiva, com o propósito de melhorar o relacionamento inter e intrapessoal, promove o relaxamento, reduz comportamentos agitados, e afasta sentimentos negativos de experiências desagradáveis.^{117,118}

Além do mais a musicoterapia pode melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, porque o vínculo musical e a linguagem musical quando são construídos geram benefícios a saúde do idoso institucionalizado.¹¹⁹

Por intermédio da música os idosos conseguem receber atenção que precisam e passam a ver a vida com mais sentido, desse modo, ao ouvir música, os idosos sentem que estão participando da vida, a música traz interação social, diminuindo o isolamento social ou desenvolvendo sua aptidão física, que ajudará na capacidade funcional.¹²⁰

Os benefícios encontrados através da musicoterapia podem ser demonstrados através do bem estar, mais especificadamente a música é uma forma de entretenimento, interação com o “outro”, reduzindo a confusão mental, e melhorando a orientação para a realidade auxiliando no aumento da auto-estima, tentando estimular as boas memórias de sua vida e conseqüentemente todos esses privilégios contribuem para melhoria da qualidade de vida.¹²¹

2.9 Musicoterapia e Demência

A musicoterapia utilizada em idosos consegue resgatar sensações, percepções, afetos, habilidades motoras, que estão dormentes pelas conseqüências que a demência é capaz de fazer e precisam ser reativados. ^{122,123} Para melhorar a reintegração do idosos na sociedade, a musica é capaz de formentar e integrar aspectos de estruturação seja física, mental e emocional, apliando os estímulos cognitivos, sociais.¹²⁴

Considerando que os efeitos prejudiciais a saúde e a crescente população com DA, os tratamentos não-farmacológicos tem se tornado alternativas de grande

importância na prevenção e diminuição dos sintomas de DA, sendo eles a musicoterapia, exercícios físicos, dietas entre outros.^{125,126}

A musicoterapia tem se mostrado como um método de baixo custo no campo da demência, considerada importante dentre os objetivos de comportamento neuropsicológico, cognitivo e social.¹²⁷

Diversas pesquisas descobriram que a musicoterapia traz benefícios para cognição e redução de síndromes neuropsiquiátricas de DA.¹²⁸ Além disso, a musicoterapia pode trazer melhorias na comunicação e bem-estar emocional através da linguagem não verbal da música pode-se estabelecer um contato quando a linguagem verbal fica comprometida.¹²⁹

Os resultados dos benefícios da musicoterapia mostrado em pesquisas centralizou especialmente no comportamento e sintomas psicológicos da demência.^{130,136} O Musicoterapeuta, é capaz de realizar uma função importante no emocional e sua auto-regulação, permitindo que a pessoa resgate as experiências vivenciadas e memórias associadas a eles.^{137,138}

As emoções recordadas pela música podem ocorrer de forma mediadora para o aperfeiçoamento da cognição, desse modo, a interação entre emoções e cognição lembradas através da música é devido a localização do funcionamento emocional no hipocampo e da memória.¹³⁹

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o efeito da musicoterapia no estado cognitivo e no convívio social em idosos institucionalizados.

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar o efeito da musicoterapia em idosos com demência e sadios;
- Avaliar o quanto a Musicoterapia pode influenciar no comportamento, nível de depressão, convívio e no estado cognitivo de idosos institucionalizados;
- Analisar a convivência e comportamento do idoso após as audições musicais, segundo análise de cuidadores.

4 MÉTODOS

4.1. Delineamentos da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa longitudinal do tipo antes e depois, analítica com abordagem quantitativa e qualitativa.

4.1.1 Amostra

O primeiro grupo (G1) foi composto por 15 idosos institucionalizados com diagnóstico médico de declínio cognitivo e o segundo grupo (G2) consistiu em 15 idosos institucionalizados saudáveis, perfazendo uma amostra de 30 idosos. Também foram avaliados 12 cuidadores, atendendo os critérios da amostragem não probabilística por julgamento, em que os elementos são selecionados a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, analisando uma possível modificação no comportamento do idoso com seu cuidador. Os idosos de ambos os grupos, provenientes de uma única instituição de longa permanência, selecionados na cidade de Campo Grande - MS.

4.1.2 Critérios de Inclusão

- ✓ Idosos institucionalizados que apresentavam diagnóstico médico de demência;
- ✓ Idosos institucionalizados saudáveis;
- ✓ Cuidadores de idosos de ambos os sexos e idade igual ou superior a 18 anos do Asilo São João Bosco

4.1.3 Critérios de Exclusão

- ✓ Presença de quadro de confusão mental, sem diagnóstico de demência (associado ou não ao uso medicamentoso);
- ✓ Idosos que não concordaram em participar da pesquisa;
- ✓ Idosos que apresentavam quadro de surdez ou que utilizavam aparelho auditivo, dificultando o entendimento dos questionários e audição das músicas;
- ✓ Cuidadores de idosos de ambos idosos que não pertencem ao asilo São João Bosco e menores de 18 anos.

4.2. Variáveis analisadas:

4.2.1 Variável independente

- ✓ Especificidade clínica

4.2.2 Variável dependente

- ✓ Cognição
- ✓ Qualidade de vida
- ✓ Convívio social
- ✓ Estado emocional
- ✓ Saúde do cuidador

4.3.Procedimentos Metodológicos

4.3.1 Seleção dos participantes

O projeto foi composto por idosos que atenderam os critérios de inclusão, sendo que o recrutamento, seleção, aplicação dos questionários e das audições foram realizadas em um período de seis meses.

4.3.2 Local de Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram recrutados no Asilo São João Bosco, considerada a maior casa de longa permanência pública para idosos da cidade de Campo Grande, MS.

4.3.3. Coleta de Dados

Neste estudo, entende-se por musicoterapia a prática de adição musical conforme a coleta de dados descrita abaixo.

As coletas dos dados aconteceram na instituição em horários previamente agendados, conforme disponibilidade dos sujeitos, respeitando os horários da instituição. Foi ofertado aos participantes da pesquisa e aos cuidadores, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo as diretrizes nacionais vigentes da ética em pesquisa em seres humanos.

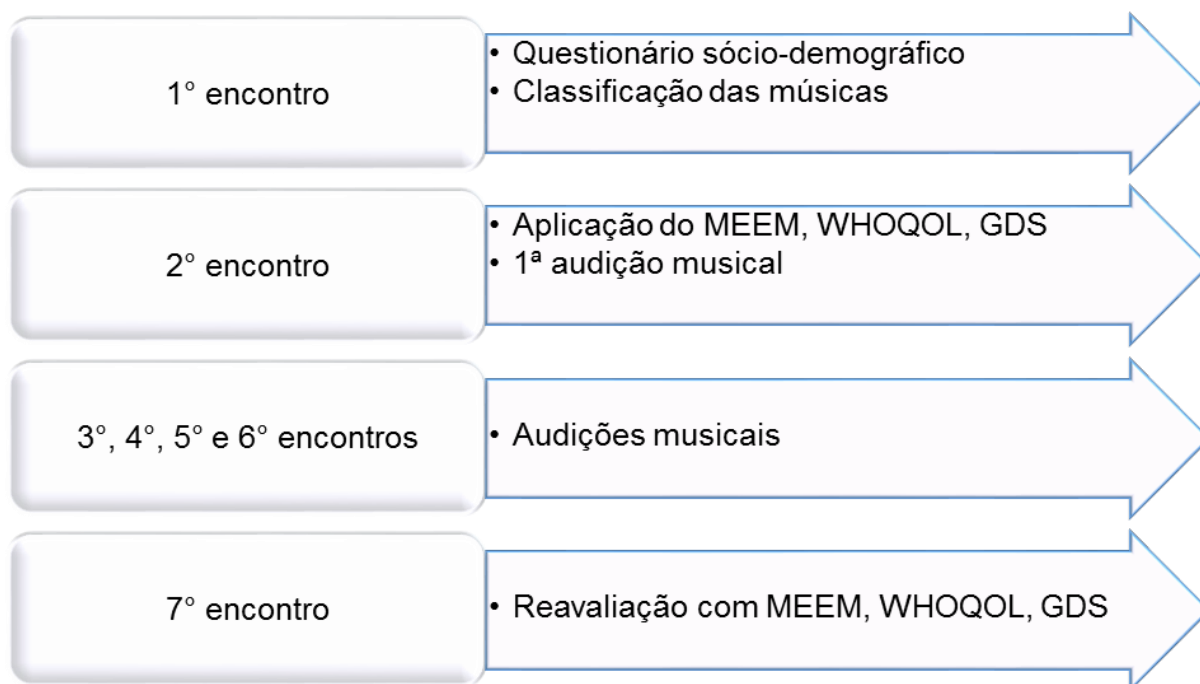
Primeiramente foi marcado um encontro para recrutamento dos idosos que iam compor o grupo com demência (G1) acompanhados dos responsáveis pelos idosos para conhecer o ambiente de seleção dos possíveis participantes da pesquisa. Foram analisados os prontuários de 43 sujeitos indicados pelas técnicas que poderiam ter diagnóstico médico de Demência do tipo Alzheimer. No segundo encontro, após a escolha de 23 idosos, foi iniciada a aplicação dos questionários. Nessa fase, 8 idosos foram excluídos por apresentarem alterações auditivas e mentais, impossibilitando a participação dos mesmos na pesquisa.

Nesse encontro, com os idosos, foi aplicado o questionário sócio-demográfico (APÊNDICE 1) e as perguntas relacionadas com o tipo de música, cantores e gênero musical que eles mais gostavam (APÊNDICE - 5). Após isso, Foi montado uma pasta com a seleção de dez músicas de acordo com as respostas dos

pacientes. No segundo encontro foram aplicados os testes Mini-Exame do Estado Mental (ANEXO - 3), Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO - 2) e WHOQOL-BREF (ANEXO - 1) e os participantes iniciaram as audições. Foi um total de cinco audições musicais para cada idosos. Após as audições, os idosos foram reavaliados com os mesmos testes: Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica e WHOQOL-BREF. Foi padronizado que a pesquisadora aplicasse todos os questionários, não foi permitido que os idosos fizessem sozinhos para evitar problemas com interpretação ou dificuldade ao ler os questionários, cada encontro durou em média meia hora.

Em relação ao grupo de idosos saudáveis (G2), foi aplicado o mesmo protocolo. Primeiramente foram selecionados, com os responsáveis, os idosos que apresentassem boa saúde mental, ou seja, sem demência e sem alterações cognitivas. Totalizaram no recrutamento 15 idosos que atenderam aos critérios de inclusão. Posteriormente, foi realizada a aplicação dos questionário sócio-demográfico, classificação das músicas, em um segundo encontro avaliação cognitiva e de qualidade de vida, audições musicais e por último, as reavaliações.

Ambos os grupos, G1 G2 controle, passaram por sete encontros com cada um dos idosos. As etapas estão descritas abaixo.



Foram entrevistados 12 cuidadores selecionados de acordo com os idosos que eram responsáveis em acompanhar dentro da instituição, seis de cada grupo. Foi solicitado a estes que respondessem o questionário de percepção dos cuidadores (APÊNDICE - 2) após as audições, no final da pesquisa com os idosos. As questões eram referentes ao convívio com os idosos, fatores como estresses, ansiedade, solidão. Os cuidadores foram avaliados em um único momento, com hora previamente marcada, de acordo com sua disponibilidade, para que a pesquisa não interferisse em sua rotina de trabalho. O questionamento durou em média 20 minutos.

4.3.4 Instrumentos para a coleta de dados

Durante a pesquisa foram avaliadas a Qualidade de Vida dos idosos (ANEXO 1) e dos seus cuidadores (APÊNDICE 1). Além da avaliação do estado cognitivo (ANEXO - 3) e nível de depressão dos idosos (ANEXO - 2), tanto do grupo G1, como no grupo G2.

Avaliação da qualidade de vida do idoso

Para análise da qualidade de vida do idoso foi aplicado o módulo WHOQOL - BREF que é constituído de 26 perguntas. As respostas seguem uma escala de Likert de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. A pergunta 1 corresponde à percepção da qualidade de vida e a pergunta 2 à satisfação com a própria saúde. Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: Físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O resultado total, por domínios, ou facetas é expresso em média cujos valores variam de 1 a 5 e representam o seguinte: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Correspondem também os valores ao apoio recebido: 1 para pacientes que não receberam nenhum apoio dos outros e 5 para os que receberam todo apoio.¹⁴⁰

Análise dos cuidadores

Para o cuidador, foi aplicado um questionário que é composto por 9 perguntas com o propósito analisar a percepção dos cuidadores e de uma forma geral qual o grau de relacionamento entre cuidador e idoso, tempo de convivência com o idoso, a maior preocupação familiar, se o cuidador sentiu diferença do efeito da música no doente, se houveram mudanças emocionais após começar a trabalhar com o idoso com demência.

Avaliação das funções cognitivas

Os questionários sobre as avaliações cognitivas foram respondidos pelos participantes do estudo, em um ambiente calmo e tranquilo. Os testes a seguir compreendem a qualidade de vida do idoso.

Míni-Exame do Estado Mental (MEEM): Foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de rastreio de alterações cognitivas.¹⁴¹ Examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e visoespaciais. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos.^{142,143} contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada 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 do MEEM pode variar 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 à melhor capacidade cognitiva.¹⁴³

Avaliação de depressão nos idosos

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage JA (1983) (GDS-15) é um instrumento amplamente utilizado e validado como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 pontos ou mais indica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.¹⁴⁴

4.5. Processamento e análise dos dados

A análise estatística constou de procedimentos descritivos (média, desvio-padrão e análise percentual) e inferenciais. Na análise das variáveis qualitativas, para comparação de proporções, foi utilizado o Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas (escores) foi utilizado o Teste de Wilcoxon para amostras pareadas (antes e após as audições musicais). Para todas as análises foi considerado nível de significância de 5%, sob um intervalo de confiança de 95%. Os programas utilizados foram EPI INFO versão 7 (Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta/Geórgia/Estados Unidos), e Bio Estat 5.3 (Sociedade Mamirauá, Belém/Pará/Brasil).

4.7. Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, foi aprovado sob o número de 1.801.822.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) baseado nas normas estabelecidas pela resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes éticas de pesquisas envolvendo seres humanos (Apêndices 3 e 4). Por meio do TCLE, foram explicados, os objetivos, a metodologia, os procedimentos metodológicos, os benefícios e as metas da pesquisa, além de assegurados os procedimentos para monitoramento da coleta de dados, garantindo adequada confidencialidade e caráter de privacidade do estudo.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 15 idosos em cada grupo: com demência e sadios. Não houve diferença na proporção de idosos segundo sexo e escolaridade (Tabela 1). No grupo com demência (n=15), o tempo decorrido do diagnóstico variou de 1 ano a 10 anos e o nível de demência foi o seguinte: 5 (33,3%) leve, 7 (46,7%) moderado e 3 (20,0%) intenso.

Tabela 1 – Distribuição do número e porcentagem de idosos com demência e sadios segundo o sexo e anos de estudo, Campo Grande-MS, 2017.

Variáveis	Com Demência (n=15)		Sadios (n=15)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Sexo					
Feminino	12	80,0	8	53,3	⁽¹⁾ 0,121
Masculino	3	20,0	7	46,7	
Anos de estudo ⁽³⁾					
Até 4 anos	5	33,3	10	66,7	⁽¹⁾ 0,068
De 5 a 10 anos	6	40,0	3	20,0	⁽¹⁾ 0,427
Acima de 10 anos	4	26,7	2	13,3	⁽²⁾ 0,651

Nota: $p > 0,05$ – não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado. ⁽²⁾ Teste Exato de Fisher. ⁽³⁾ O qui-quadrado foi calculado entre uma categoria versus as demais somadas.

Os escores do Whoqol - bref variam de 1 a 5 e significam o seguinte: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Segundo a Tabela 2, observou-se o seguinte:

- ✓ Percepção da qualidade de vida – não houve diferença estatisticamente significativa no escore médio no grupo com demência pré ($3,1 \pm 1,1$ DP) e pós audição ($3,8 \pm 0,6$ DP), correspondendo a uma condição “regular”, no entanto, houve diminuição no grupo sadio de $3,5 \pm 0,6$ DP para $2,9 \pm 0,7$ DP; de uma condição “regular” para “necessita melhorar”;

- ✓ Satisfação com a própria saúde – não houve diferença estatisticamente significativa no escore médio no grupo com demência pré ($2,7 \pm 0,9$ DP) e pós audição ($3,0 \pm 0,7$ DP), correspondendo a “necessita melhorar”, no entanto, houve diminuição no grupo sadio de $3,7 \pm 0,6$ DP para $3,0 \pm 0,7$ DP, mas ainda na situação “regular”;
- ✓ Domínio físico e meio ambiente - não houve diferença estatisticamente significativa no escore médio pré e pós audição em ambos grupos, correspondendo a uma condição regular;
- ✓ Domínio Relações Sociais – houve aumento do escore médio no grupo com demência ($2,3 \pm 0,7$ DP para $2,9 \pm 0,6$ DP) e diminuição no grupo sadio ($2,8 \pm 0,4$ DP para $2,3 \pm 0,6$ DP), no entanto os valores correspondem a “necessita melhorar”;
- ✓ Domínio psicológico - houve aumento do escore médio no grupo com demência ($2,9 \pm 0,7$ DP para $3,5 \pm 0,5$ DP), passando de “necessita melhorar” para “regular” e diminuição no grupo sadio ($3,8 \pm 0,4$ DP para $3,1 \pm 0,6$ DP), mas permanecendo em “regular”.

Houve melhora da capacidade cognitiva após a audição para ambos os grupos (Tabela 2): nos idosos com demência, o escore médio do MEEM passou de $10,7 \pm 3,7$ DP para $11,5 \pm 3,6$ DP e nos sadios de $22,3 \pm 3,8$ DP para $23,0 \pm 3,8$ DP.

Nos idosos com demência, o escore médio do GDS passou de $7,5 \pm 3,2$ DP para $6,0 \pm 3,1$ DP, permanecendo na faixa de depressão, mas com diminuição dos valores do escore. Os sadios não apresentam depressão, mas também houve diminuição dos escores médios, de $4,7 \pm 2,9$ DP para $3,2 \pm 2,2$ DP.

Tabela 2 – Média $\pm$ Desvio padrão dos escores do *WHOQOL-bref*, MEEM e GDS segundo os grupos e períodos pré e pós audição, Campo Grande – 2017

Instrumentos	Com Demência (n=15)		<i>p</i>	Sadios (n=15)		<i>p</i>
	Pré	Pós		Pré	Pós	
<i>WHOQOL-bref</i>						
Percepção da qualidade de vida	3,1±1,1	3,8±0,6	0,093	3,5±0,6	2,9±0,7	0,018
Satisfação com a própria saúde	2,7±0,9	3,0±0,7	0,236	3,7±0,6	3,0±0,7	0,008
Domínio Físico	3,3±0,7	3,4±0,6	0,500	3,3±0,5	3,2±0,4	0,593
Domínio Meio ambiente	3,1±0,7	3,5±0,7	0,093	3,1±0,6	2,9±0,5	0,109
Domínio Relações sociais	2,3±0,7	2,9±0,6	0,015	2,8±0,4	2,3±0,6	0,012
Domínio Psicológico	2,9±0,7	3,5±0,5	0,012	3,8±0,4	3,1±0,6	0,012
MEEM	10,7±3,7	11,5±3,6	0,005	22,3±3,8	23,0±3,8	0,024
GDS	7,5±3,2	6,0±3,1	0,001	4,7±2,9	3,2±2,2	0,005

Nota: se $p \leq 0,05$ (em negrito) – houve diferença estatisticamente significativa entre o pré e pós para cada grupo separadamente. Teste de Wilcoxon.

Ao analisar as facetas do domínio físico, houve melhora do escore médio das facetas no grupo de idosos com demência, visto que o traçado da pós-audição (Figura 1) indica maiores escores para quase todas as facetas (quanto > maior o escore, > qualidade de vida), com exceção da faceta “impedimento pela dor física para a realização das atividades diárias”. Ocorreu o contrário para os idosos sadios, o traçado da pós-audição indica escores menores (Figura 2).

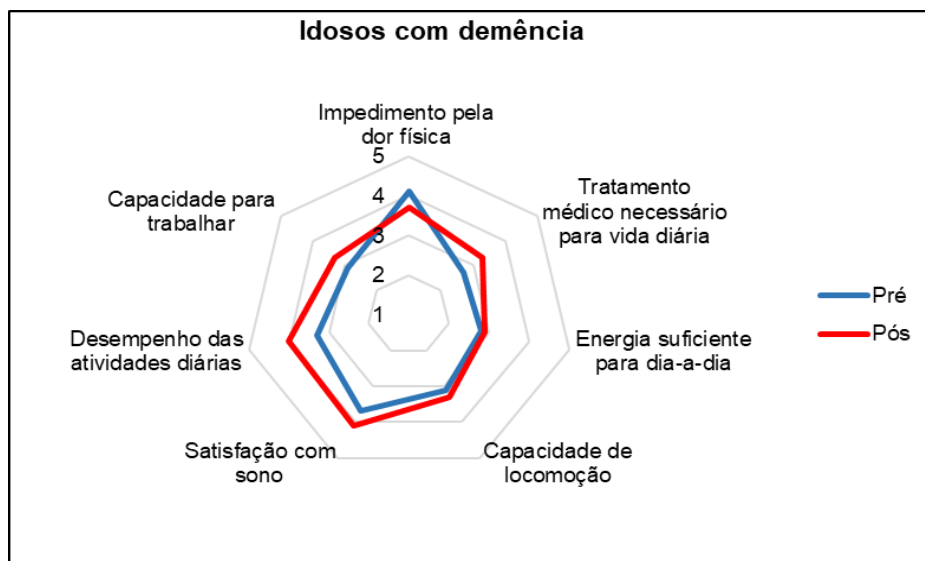


Figura 1 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio físico do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

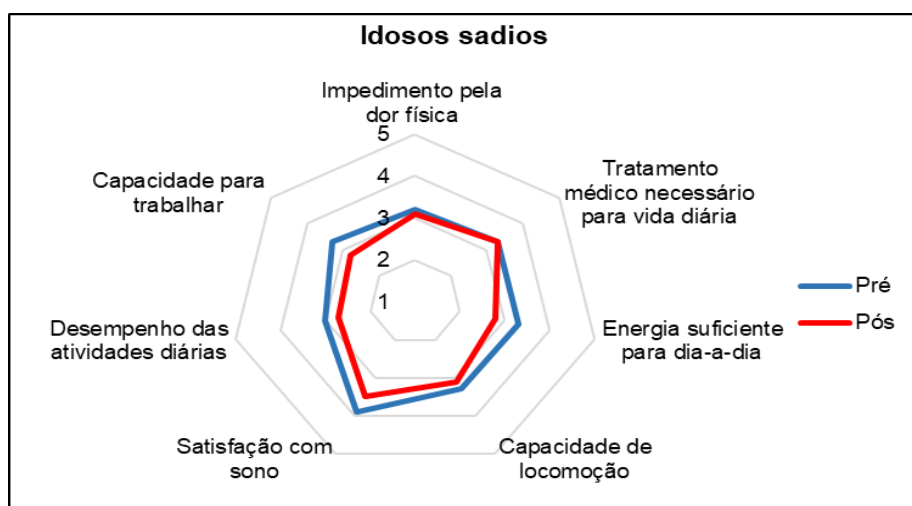


Figura 2 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio físico do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

Ao analisar as facetas do domínio meio ambiente, houve melhora do escore médio das facetas no grupo de idosos com demência, visto que o traçado da pós-audição (Figura 3) indica maiores escores para quase todas as facetas, com exceção da faceta “disponibilidade de informações”. Ocorreu o contrário para os idosos sadios, o traçado da pós-audição indica escores menores, principalmente para atividade de lazer (Figura 4).

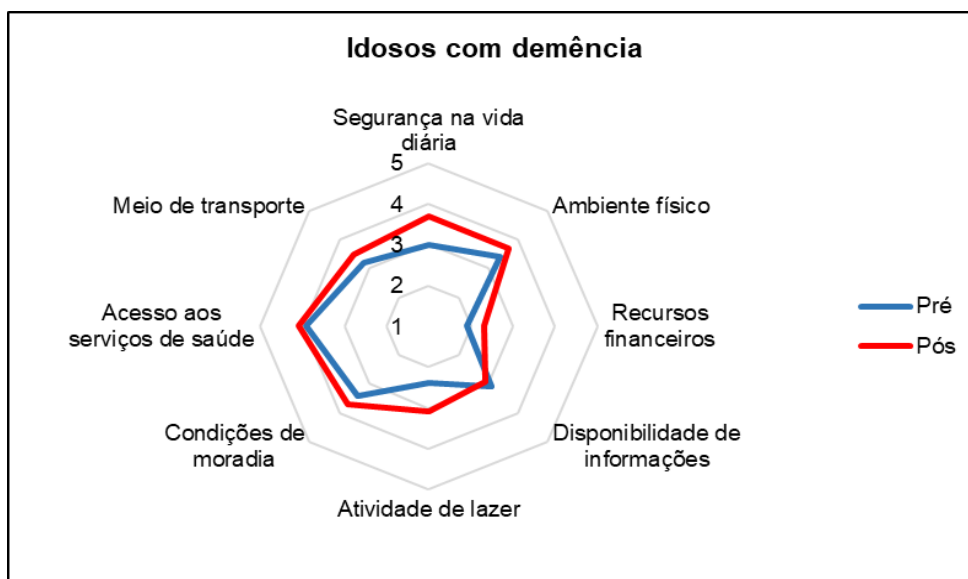


Figura 3 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio meio ambiente do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

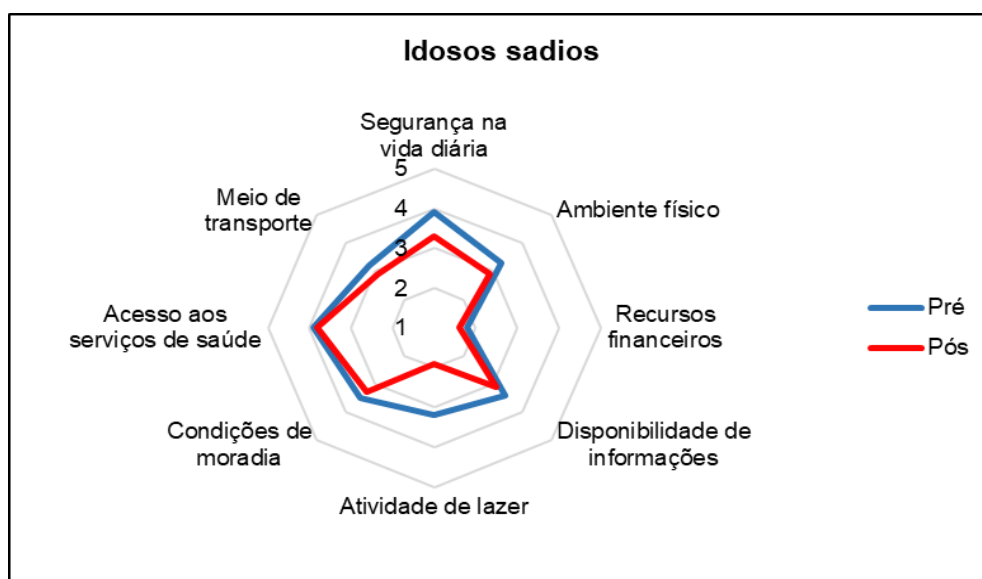


Figura 4 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio meio ambiente do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

Ao analisar as facetas do domínio relações sociais, houve melhora do escore médio das facetas no grupo de idosos com demência, visto que o traçado da pós-audição (Figura 5) indica maiores escores para quase todas as facetas. Ocorreu o contrário para os idosos sadios, o traçado da pós-audição indica escores menores. A faceta vida sexual teve pontuação mínima (1) para ambos grupos, pré e pós-audição (Figura 6).

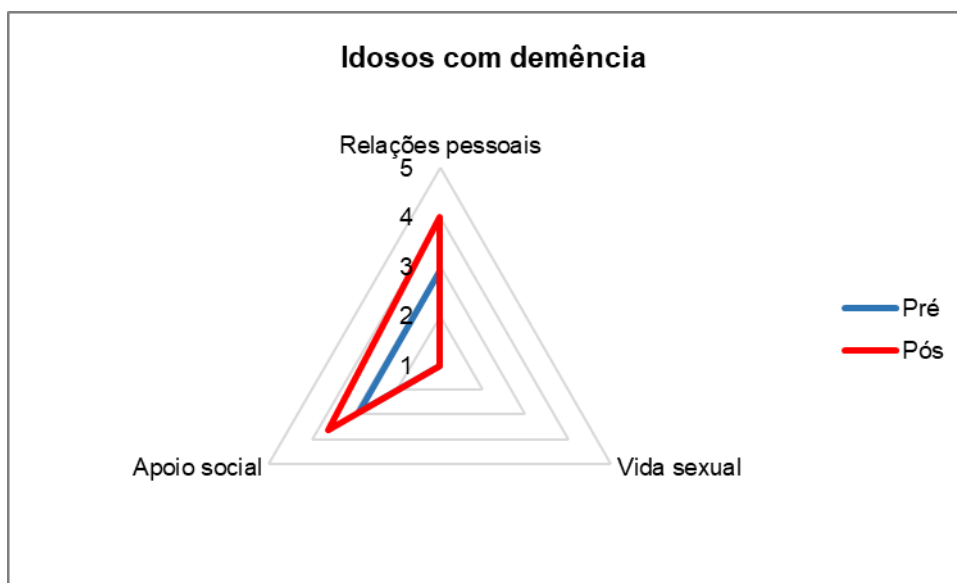


Figura 5 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio relações sociais do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

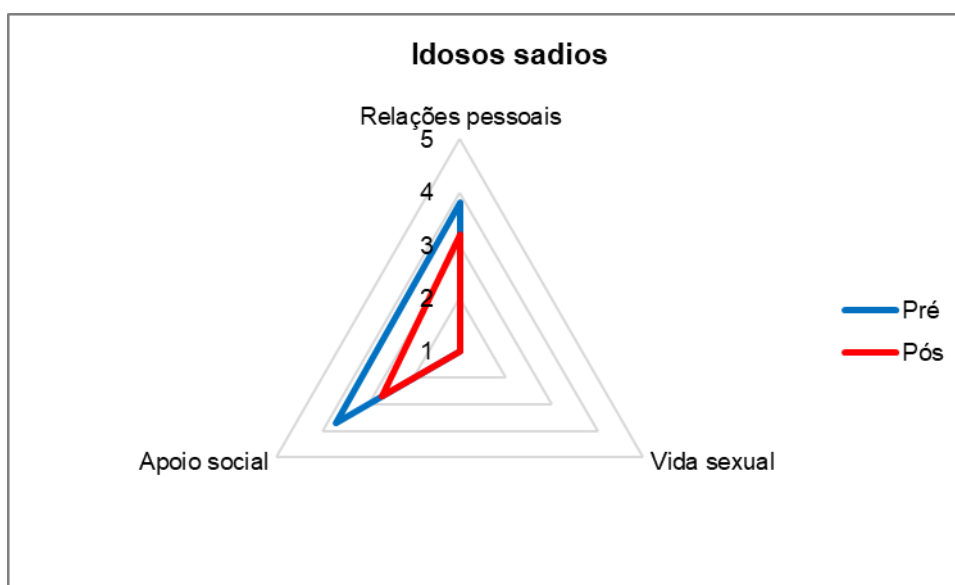


Figura 6 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio relações sociais do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

Ao analisar as facetas do domínio psicológico, houve melhora do escore médio das facetas no grupo de idosos com demência, visto que o traçado da pós-audição (Figura 7) indica maiores escores para quase todas as facetas. Ocorreu o contrário para os idosos sadios, o traçado da pós-audição indica escores menores, com exceção dos sentimentos negativos, cujo escore pré e pós-audição foi o mesmo (Figura 8).

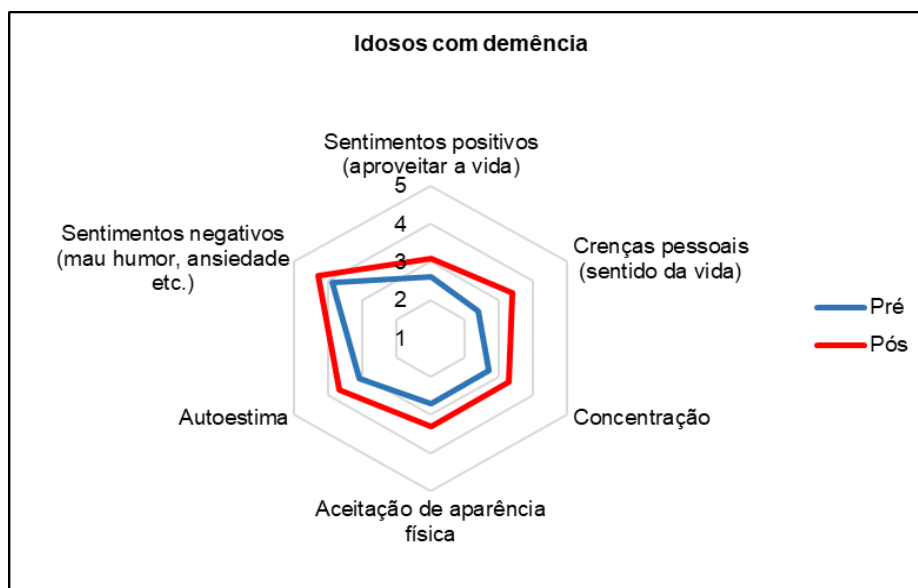


Figura 7 – Média das avaliações dos idosos com demência nas facetas do domínio psicológico do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

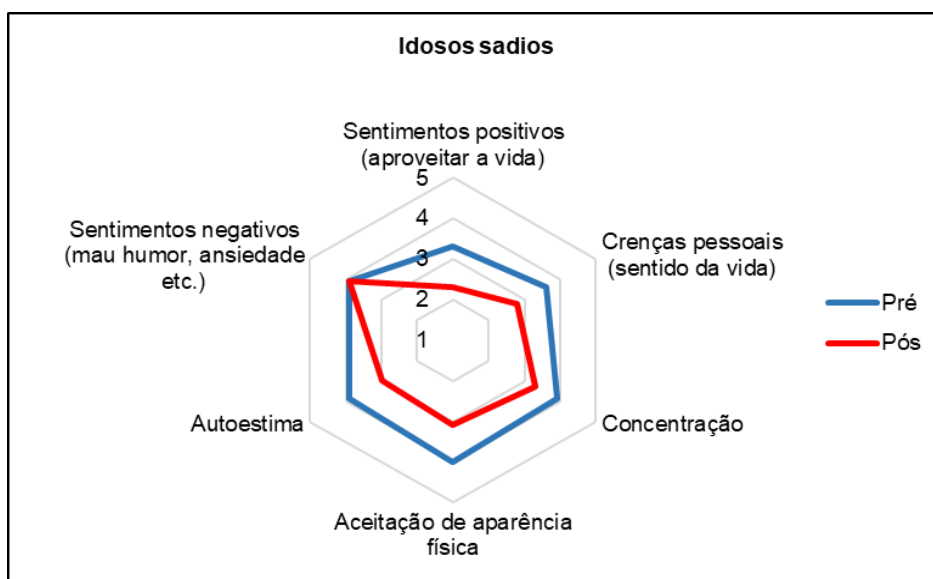


Figura 8 – Média das avaliações dos idosos sadios nas facetas do domínio psicológico do *WHOQOL-bref* pré e pós audição, Campo Grande – 2017 (n = 15).

De acordo com a Tabela 3, não houve diferença entre os idosos com demência e sadios. O tempo de acompanhamento para a maioria dos idosos foi superior a 1 ano; apesar do cuidado ser muito trabalhoso, não há dificuldade ou a dificuldade é insignificante; o idoso aceita ser cuidado por um estranho e colabora;

não há atritos; e o que mais preocupa as famílias, é o tempo que o idoso necessita de atenção. A musicoterapia fez os idosos sorrirem mais.

Tabela 3 - Distribuição do número e porcentagem de cuidadores segundo informações sobre os idosos que cuidam e as variáveis de estudo, Campo Grande-MS, 2017.

Variáveis	Com Demência (n=15)		Sadios (n=15)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Tempo de acompanhamento					
Menos de 6 meses	1	6,7	2	13,3	⁽¹⁾ 0,827
De 6 meses a 1 ano	3	20,0	3	20,0	
Acima de 1 ano	11	73,3	10	66,7	
Dificuldade no cuidado do idoso ⁽³⁾					
Não	3	20,0	8	53,3	⁽¹⁾ 0,058
Insignificante	6	40,0	2	13,3	⁽²⁾ 0,215
Moderada	5	33,3	4	26,7	⁽²⁾ 1,000
Grande	1	6,7	1	6,7	⁽²⁾ 1,000
Aceitação do cuidado de um estranho pelo idoso ⁽³⁾					
Sim, colabora	12	80,0	12	80,0	⁽²⁾ 1,000
Sim, não colabora	1	6,7	3	20,0	⁽²⁾ 0,598
Não entende	2	13,3	-	-	⁽²⁾ 0,483
Atrito com o idoso					
Sim / às vezes	4	26,7	3	20,0	⁽²⁾ 1,000
Não	11	73,3	12	80,0	
Trabalho com o idoso					
Estressante	1	6,7	1	6,7	⁽¹⁾ 0,930
Prazeroso	6	40,0	7	46,7	
Trabalhoso	8	53,3	7	46,7	
Preocupação da família do idoso ⁽³⁾					
Tempo que necessita atenção	11	73,3	10	66,7	⁽²⁾ 1,000
Apatia	2	13,3	-	-	⁽²⁾ 0,483
Medicação	2	13,3	1	6,7	⁽²⁾ 1,000
Segurança	-	-	4	26,7	⁽²⁾ 0,099
Efeito da música no idoso					
Mais calmo	3	20,0	3	20,0	⁽¹⁾ 0,297
Melhor com	4	26,7	4	26,7	
Não alterou	-	-	3	20,0	
Sorrir mais	8	53,3	5	33,3	

Nota: $p > 0,05$ – não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. ⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado. ⁽²⁾ Teste Exato de Fisher. ⁽³⁾ O qui-quadrado foi calculado entre uma categoria versus as demais somadas.

Em relação à vida social do cuidador de idosos (Tabela 4), maior porcentagem (66,7%) de profissionais que cuidam de idosos com demência

relataram que sentem solidão, em comparação com os que cuidam de idosos sadios (13,3%). Não houve diferença para as demais variáveis estudadas. A maioria dos cuidadores apresentaram mudança do estado emocional e das atividades sociais (a maioria não viaja ou faz passeios), exaustão, tristeza, ansiedade e estresse.

Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem de cuidadores segundo os grupos de idosos que cuidam e variáveis relacionadas à vida social desses profissionais, Campo Grande-MS, 2017.

Variáveis	Com Demência (n=15)		Sadios (n=15)		p
	Nº.	%	Nº.	%	
Mudança do estado emocional atual	15	100,0	13	86,7	(1) 0,483
Mudança de atividades sociais	13	86,7	13	86,7	(1) 1,000
Exaustão	12	80,0	10	66,7	(1) 0,682
Solidão	10	66,7	2	13,3	(2) 0,003
Tristeza	9	60,0	4	26,7	(2) 0,141
Ansiedade	8	53,3	5	33,3	(2) 0,269
Estresse	6	40,0	3	20,0	(1) 0,427
Viagens, passeios	1	6,7	4	26,7	(1) 0,330

Nota: se $p \leq 0,05$ (em negrito) – houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

(1) Teste Exato de Fisher. (2) Teste Qui-quadrado.

6 DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, foram 30 idosos, 15 diagnosticados com demência e 15 idosos saudáveis, todos insitucionalizados, foram avaliados e posteriormente passaram por cinco sessões de musicoterapia. O objetivo da pesquisa foi avaliar o efeito da musicoterapia no estado cognitivo e no convívio social em idosos institucionalizados. Conforme sugerido por outros autores, a musicoterapia representa um importante recurso terapêutico complementar para o tratamento da demência.^{145,134} Ainda é relatado que a musicoterapia pode melhorar a cognição geral e a fluência verbal de pacientes com demência.¹⁴⁶

Muitos estudos avaliaram o efeito da Musicoterapia na demência, porém, os principais estão voltados para os sintomas comportamentais e psicológicos, como agitação, agressão, irritabilidade, depressão ou apatia, todos apontando resultado promissores, mostrando um efeito benéfico. Neste estudo as variáveis avaliadas nos idosos foram Funções Cognitivas, Depressão e Qualidade de Vida. Ambos os grupos apresentaram uma melhora na capacidade cognitiva após a audição. Nos idosos com demência, o escore médio do MEEM passou de $10,7 \pm 3,7$ DP para $11,5 \pm 3,6$ DP e nos sadios de $22,3 \pm 3,8$ DP para $23,0 \pm 3,8$ DP.

Existe um número de possíveis explicações para os achados do efeito da Musicoterapia nas funções cognitivas. Primeiro, os estímulos musicais podem melhorar a capacidade cognitiva. Em segundo lugar, a natureza do ritmo, a sequência de estímulos musicais na área temporal, o ritmo e a forma musical podem ajudar na reintegração e organização neuronal em idosos com demência. Em terceiro lugar, o ritmo pode ajudar a conduzir e a manter a ordem temporal, contribuindo a orientar os participantes na realidade.¹⁴⁷ A musicoterapia provoca mudanças no funcionamento das redes cerebrais executivas, associativas e

auditivas que favorecem os mecanismos de plasticidade na aprendizagem.¹⁴⁸ A musicoterapia aumentou significativamente a pontuação MEEM em particular os domínios orientação, linguagem e memória.¹⁴⁹

Em relação a avaliação da depressão, os resultados mostram que os idosos institucionalizados com demência apresentaram uma diminuição nos valores do escore, porém permanecendo na faixa de depressão (passou de $7,5 \pm 3,2$ DP para $6,0 \pm 3,1$ DP). Estudos anteriores tiveram resultados semelhantes.¹⁵⁰⁻⁵² Os sadios não apresentam depressão, mas também houve diminuição dos escores médios, de $4,7 \pm 2,9$ DP para $3,2 \pm 2,2$ DP. A causa provável de seus efeitos psicológicos sobre o humor, música familiar pode relaxar um indivíduo, o que, por sua vez, têm um efeito positivo na depressão.

Assim, as atividades com música realizadas regularmente tem o efeito de relaxar pacientes com demência e melhorar seu humor geral, reduzindo assim seus níveis de depressão.⁷⁰ Também foi encontrado efeitos positivos da música na agitação e agressividade.¹⁵³

Com base nas falas mencionadas em um estudo anterior, compreendeu-se o importante papel que as sessões de músicas proporcionaram aos idosos no que referiu ao resgate da memória relacionada a seus familiares. Percebeu-se que durante estes momentos os idosos mostravam satisfação e alegria por lembrarem-se de pessoas com quem estabeleceram vínculos afetivos tão significativos. Algumas das vezes estas lembranças vinham acompanhadas de reações, como choro, brilho no olhar e sorriso, que lhes proporcionou um momento de prazer e felicidade, o que reduziu o estado da agitação, inquietação ou tristeza, característicos da Doença de Alzheimer.^{154,155} Além disso é questionado se a Musicoterapia é menos positiva em idosos saudáveis uma vez que os idosos com demência começam a se lembrar do

que viveram e se sentem bem, por não compreenderem a realidade que se encontram, como estarem em abrigos de longa permanência, longe de seus familiares e os idosos saudáveis começam a pensar que já foram mais ativos e o convívio social e familiar eram fortes, diferente da realidade atual.¹⁵⁵

No Domínio Relações Sociais, houve aumento do escore médio no grupo com demência ($2,3 \pm 0,7$ DP para $2,9 \pm 0,6$ DP) e diminuição no grupo sadio ($2,8 \pm 0,4$ DP para $2,3 \pm 0,6$ DP), no entanto os valores correspondem a “necessita melhorar”.

O estudo explorou a experiência, o sentido e o valor da música para as pessoas com demência a partir das perspectivas de cuidadores familiares, funcionários, musicoterapeutas e pessoas com demência. Os resultados do estudo demonstraram que os efeitos da música vão além da redução de sintomas psicológicos e comportamentais. Não retenção das limitações, o estudo destaca como a música está intimamente ligada à identidade pessoal e história de vida de um indivíduo, mesmo com o quadro demencial as pessoas interagem ao ouvir à música, e essa por sua vez, pode ajudar a melhorar a psicologia social do ambiente.

Além disso, é evidente que a preferência individual da música foi preservada durante todo o processo da demência. Portanto, a importância de aprender a história musical de cada pessoa para os envolvidos nos cuidados de demência não pode ser superestimada. Sustentar conexão musical e interpessoal particularmente quando o progresso de demência se torna mais proeminente ajudaria a manter a qualidade de vida da pessoa.¹⁵⁴

Em relação ao domínio psicológico, houve aumento do escore médio no grupo com demência ($2,9 \pm 0,7$ DP para $3,5 \pm 0,5$ DP), passando de “necessita melhorar” para “regular” e diminuição no grupo sadio ($3,8 \pm 0,4$ DP para $3,1 \pm 0,6$ DP), mas permanecendo em “regular”.

A música é capaz de produzir alterações fisiológicas importantes no organismo ao agir objetivamente sobre as células e órgãos e subjetivamente nas emoções, que influenciam em inúmeros processos corporais, tais como: atividade muscular, respiração, pressão sanguínea, frequência cardíaca, metabolismo, digestão e o sistema imunológico, além de alterar a atividade neuronal em áreas do cérebro envolvidas na emoção.¹⁵⁴

Em relação à vida social do cuidador de idosos, a maior porcentagem (66,7%) dos profissionais que cuidam dos idosos com demência relataram sentimento de solidão, em comparação com os que cuidam de idosos sadios (13,3%). A maioria dos cuidadores apresentaram mudança do estado emocional e das atividades sociais (a maioria não viaja ou faz passeios), exaustão, tristeza, ansiedade e estresse. Além das variáveis anteriores, foi perguntado aos cuidadores se sentiram diferença no comportamento dos idosos após a musicoterapia, 73% afirmou que após a audição os idosos se apresentavam mais dispostos a conversarem e sorriam mais.

Um estudo explorou a experiência, o sentido e o valor da música para as pessoas com demência a partir das perspectivas de cuidadores. Todos os participantes falaram dos efeitos benéficos da musicoterapia e música atividades em lares. Ao mesmo tempo, musicoterapeutas e funcionários reconheceram que a implementação da musicoterapia nos ajustes domiciliares nem sempre foi simples.¹³²

Os resultados do estudo demonstraram que os efeitos da música vão além da redução de sintomas psicológicos e comportamentais. Não retenção das limitações, o estudo destaca como a música está intimamente ligada à identidade pessoal e história de vida do indivíduo, como as pessoas em todas as fases da demência podem aceder à música e como a música pode ajudar a melhorar a psicologia social

do ambiente. Tudo enfatiza que a música e sua familiaridade eram um dos poucos meios acessíveis que facilitaram a conexão humana.

Portanto, a importância de aprender a história musical de cada pessoa para os envolvidos nos cuidados da demência não pode ser superestimada. Sustentar conexão musical e interpessoal particularmente quando o progresso da demência se torna mais proeminente ajudaria e manter a qualidade de vida da pessoa.¹³²

7 CONCLUSÃO

- ✓ Pelos resultados alcançados é possível afirmar que a música tem um efeito positivo em pessoas que apresentam quadro de demência.
- ✓ Quando se tratou de relacionamento social, observamos que a música trouxe benefícios nas relações interpessoais.
- ✓ A música pode ser uma forma de conectar o indivíduo consigo mesmo e com os que estão a sua volta. No entanto, devemos considerar que várias questões metodológicas poderiam ter dificultado.
- ✓ É recomendado ainda que a Musicoterapia deve ser utilizada como terapia complementar por benefícios nos sintomas comportamentais e psicológicos, bem como no papel social e emocional.
- ✓ No que diz respeito a capacidade cognitiva a musicoterapia foi benéfica os grupos de idosos com demência e idosos sem demência.
- ✓ No que diz respeito ao comportamento e convívio com as pessoas institucionalizadas, foi observado que a musicoterapia melhorou as relações sociais no grupo com demência, porém é necessário estudos com maior número de participantes para obter resultados mais satisfatórios com poder estatístico maior.
- ✓ A análise do nível de dependência nos mostra que a musicoterapia diminui o valor do escore, porém, os idosos com demência permanecem na faixa de depressão. Isso é um indicativo que um tratamento por período mais prolongado, pode melhorar ainda mais esse fator.
- ✓ A musicoterapia pode ser considerada um tratamento coadjuvante em idosos com demência. Mostrando resultados satisfatórios em relação à cognição, depressão e relações sociais, comprados já em vários estudos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS - Organização Mundial da Saúde. (Capturado 2017 Jul 11); Disponível em: <http://www.who.int/countries/bra/es/>
2. Aldridge D. Case Study Designs in Music Therapy. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 2005. 288 p.
3. Bruscia KE. Definindo musicoterapia. 2. ed Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 312 p.
4. Petersen EM, Ribeiro ES, Wrobel VB. “Desafios da musicoterapia domiciliar na velhice”. Anais do XVIII Simpósio Brasileiro de musicoterapia. Paraná: AMT-PR, 2009.
5. Spiro N. Music and Dementia: Observing effects and searching for underlying theories. Aging & Mental Health, 2010; 14 (8):891-899.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico do Brasil (IBGE). Censo Demográfico; 2010.
7. Alves JED. A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial; 2008.
8. Rocha MDM, Ribeiro MCP. Projeto saúde do idoso institucionalizado: atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. Revista da Universidade do Vale do Rio Verde, Três Corações, jan./jul. 2011;9(1):152-172.
9. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2012;17(1):123-133.
10. Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27:2409-18.
11. Del Duca, GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da Institucionalização de Idosos: Estudo de Casos e Controles. Revista de Saúde Pública. 2012;46(1):147-153.
12. Almeida ABA, Aguiar MGG. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. Revista Bioética, Brasília. 2011;19(1):197-217.
13. Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Low weight and functional disability in institutionalized elderly interns in Uberlândia in the State of Minas Gerais, Brazil. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(8):3513-3520.

14. Gottlieb MGV, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. 2011;14(2):365-380.
15. Bezerra FC, Almeida MI, Nóbrega-Therrien SM. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. 2012;15(1):155-167.
16. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública* 2003;19: 700-701.
17. Arribada M.C. Occupational therapy in rheumatology. *Rev. Chil Reumatol.* 2004;20(4):183-183.
18. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(4):1107-11.
19. Batista AS, Jaccoud LB, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília (DF): Ministério da Previdência Social, Secretaria de Previdência Social, 2008.
20. Martins AB, D'avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(8):3403-3416.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
22. BRASIL. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Presidência da República, Brasília, DF, 01 jan 2003.
23. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.
24. Benetti F, Vargas AC, Portella MR, Bertolin TE. Instituições de longa permanência para idosos: olhares sobre a profissão do nutricionista. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre. *Estd. Interdiscip. Envelhec.* 2014;19(2): 397-408.
25. Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(1):159-70.

26. Camargos MCS. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Rio de Janeiro. 2013;30(2):211-217.
27. Bessa MEP, Silva MJ, Borges CL, Moraes GLA, Freitas CASL. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012;25(2):177-82.
28. Pinto, AH, Lange C, Maagh SB, Pereira PM, Almeida NLD . Perfil dos idosos de uma instituição de longa permanência. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas. 2013;3(1):27-39.
29. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva M. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória-ES, Brazil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro. 2011;15(3):518-523.
30. Bentes ACO, Pedroso JS, Maciel CAB. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia*, Canoas. 2012;38-39:196-205.
31. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre. 2013;26(4):820-830
32. Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013;16(1):159-70.
33. BRASIL. Resolução n. 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 81 Brasília, DF, 26 set 2005.
34. Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CBS, Miranda VPN, Ferreira MEC. Aging and body perception of institutionalized senior citizens. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2012;15(1):63-68.
35. Duarte LMN. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre. 2014;19(1):201-217.
36. Angelo BHB, Silva DIB, Lima MAS. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. 2011;14 (4): 663-673.

37. João AF, Sampaio AAZ, Santiago EA et al. Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos sobre envelhecimento*, Rio de Janeiro. 2005;8(3):1–10.
38. Santana J, et al. Envelhecimento, lazer e instituições de longa permanência. In: Anais - IX Seminário O Lazer em debate. Belo Horizonte: Imprensa Universitária da UFMG, 2008. p. 309-16.
39. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(3): 482-487.
40. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. set./out. 2014;67(5)-773-9.
41. Rissardo LK, Furlan, MCR, Grandizolli G, Marcon SS, Carreira L. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá. 2011;10(4):682-689.
42. Alencar MA. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. 2012;15(4)-785-796.
43. Hargreaves LHH. Geriatria. Brasília. Senado Federal, 2006. 619p.
44. Cardoso AP, Freitas LC, Tirado MGA. Oficina de som e movimento: um espaço de intervenção terapêutica ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2002;13(2):51-55.
45. Sousa RG, Lovisi GM. Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público. *Revista Psiquiatr. Clín. São Paulo*. 2007;34 (5)-205-209.
46. Marinho PE, Melo KP, Apolinario AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, Dornelas DAA. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in longstay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;50(2):151–5
47. OMS - Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/countries/bra/es/> 2015.
48. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Sousa ARP, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2012;46(6):1387-93.

49. Grinberg LP. Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento. Grupo Editorial Moreira Jr 2006:317-330. Indexado LILACS LLXP: S0034-72642006017000006
50. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *The American Journal of Psychiatry*. 2014;171(4):453-462.
51. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. *Revista de APS*. jan./mar. 2007;11(1):17-28.
52. Corrêa ACO. Depressão e poliqueixas no idoso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro.1997;46(1):13-6.
53. Shmueli Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *International Psychogeriatrics*. Jan 2001;13(1):63-73.
54. Teixeira AR, Thedy RB, Jotz G, Barba MC. Sintomatologia depressiva em deficientes auditivos adultos e idosos: importância do uso de próteses auditivas. *Arq Int. Otorrinolaringol*. Out/Dez. 2007;11(4):453-458.
55. Gumares JMN, Caldas CPA, J. M. N. influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(4):481-492.
56. Irigary TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr*. 2007;29(1):19-27.
57. Freitas EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 204-215 p.
58. Moraes H, Deslandes A, Ferreira C, Fernando MAS, Pompeu PR, Larks J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr RS*. Nov. 2007;29(1):70-79.
59. Ferrari J, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci. med.*,2007;17(1):3-8.
60. Paykel ES, Priest RG. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ*. 1992;305:1198-1202.

61. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz, Rio Claro. 2002;8(3):91-98.
62. Avila R, Bottino CMD, C. M. D. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(4):316-220, 2006.
63. Snowden J, J. How high is the prevalence of depression in old age. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo. 2002; 24(1):S42-S47.
64. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 2006 May;113(5):372-87
65. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Cien Saúde Colet. Set 2002;7(4):743-756.
66. Shah AK, Hoxey K. Depression in medically ill elderly inpatients: prevalence, correlates and longitudinal stability. International Journal of Methods in Psychiatric Research. Aug 2001;10(3):147-156.
67. Bisschop MI, Kriegsman DMW, Deeg DJH, Beekman ATF, Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community. The Longitudinal Aging Study Amsterdam. J Clin Epidemiol. Fev 2004; 57(2):187-194.
68. Carneiro AM, Baptista MN, Santos AAA. Measures of depressive symptoms in older adults: Relationship with sociodemographic variables. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá(Colombia). Set/dez 2013;31(4):483–492.
69. Damian J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. Journal of the American Medical Directors Association. Jun 2010;11(5):312–319
70. Raglio A, Bellandi D, Baiardi P, Gianotti M, Ubezio MC, Zancacchi E, Granieri E, Imbriani M, Stramba-Badiale M. Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. J Am Geriatr Soc. Aug 2015; 63(8):1534-9.
71. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-am Enfermagem Set/Out 2005;13(5):737-42.
72. Pelzer MT. Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda

- mútua [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; 2005
73. Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer disease in the USA population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol.* 2003; 60(8):1119-22.
 74. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(10):2949-56
 75. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno PB, Forlenza O, Tosta ED, Amauri B et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dement Neuropsychol.* 2011;5(1):5-10.
 76. Herrera E Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in communitydwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2002;16(2):103-8.
 77. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004;18(4):241-6.
 78. Hestad K, Kveberg B, Engedal K. Low blood pressure is a better predictor of cognitive deficits than the apolipoprotein allele in the oldest old. *Acta Neurol Scand.* 2005;111(5):323-8.
 79. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):7.
 80. Kramer JH, Miller BL. Alzheimer's disease and its focal variant. *Semin Neurol.* 2000;20(4):447-54.
 81. Silveira TM, O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. *Textos sobre Envelhecimento.* Jul 2000;3(4):1-12.
 82. Papaléo NM. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento uma visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2005.
 83. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 397, de 10 de dezembro de 1999. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília; 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>
 84. Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):80-91

85. Carneiro BG, Pires EO, Filho ADD, Guimarães EA. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde* 2009;8(1):75-82.
86. Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. Perspetivas atuais sobre a sobrecarga o cuidador em saúde mental. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2011;46(2):513-517.
87. Matos AR. Compreensão do fenómeno dos maus-tratos económicos emocionais a idosos e a decisão no processo de institucionalização- uma realidade Portuguesa. *Revista Kairós Gerontologia*. 2010;13(2):57-73.
88. Souza IAL, Massi G, Berberian AP, Guarinello AC, Carnevale L. The impacto of discursive linguistic activities in promoting the health of elderly people in a long-term care institution. *Audiol. Commun Res.*, Saõ Paulo. Jun 2015;20(2):175-181.
89. Pereira SADS, Marques EMBG. Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia* 2014;2(1):133-140.
90. Anjo KFD, Boery RNSDO, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicilio. *Texto Contexto de Enfermagem*. 2014;23(3):600- 8.
91. Garces SBB, Krung MR, Hansen D. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro 2012. v. 15, n. 2, p. 335-352.
92. Bevens M, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*. 2012;307(4):398- 403.
93. Mattos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC geriatra*. Abr 2014;14(47)
94. Cruz MN, Lecheta DR, Wachholz PA. Fatores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Geriatria e Gerontologia* 2009;3(1):15-23.
95. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2014[Capturado 2017 Ago 15]; Disponível em: <http://www.who.int/countries/bra/es/>.
96. Wachholz PA, Rodrigues SC, Yamane R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2011;14(4):625-635.

97. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Mai 2013;29(5):955-69.
98. BRASIL. Lei n. 8842, de 04 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 jan 1994. Seção II.
99. Ribeiro FL, Paulim GST, Grasielle ST. Papéis Ocupacionais e Rede de Apoio Social de Idosas em Institucionalização Permanente e Residentes na Comunidade. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba 2014;2(3):210-8.
100. Cabrita AGC, Abrahão AL. O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, jul./set 2014;38(102):635-645.
101. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista de Bioética (Impr.)* 2013;21(3):518-24.
102. Salmaso FV, Vigarito OS, Mendonça LMC, Madeira M, Netto LV, Guimarães MRM, Farias MLF. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, 2014;58(3):226-231.
103. Reis LA, Torres GV. Influência da Dor Crônica na Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. 2011;64,(2):274-280.
104. Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery, RNSO, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, out./dez. 2012;36(95):657-664.
105. Areosa SVC, Bulla L. Contexto social e relações familiares: o idoso provedor. In: *Terceira Idade na UNISC: novos desafios de uma população que envelhece*. EDUNISC. Santa Cruz do Sul, 2 ed. 2010; 36:120-132
106. Araújo LF, Coutinho MPL, Santos MF. O Idoso nas Instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, mai./ago 2006;18(2):89-98.

107. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prettre AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos; relação com habilidades sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Rio Grande do Sul, 2007;20(2):229-237.
108. Porto AR, Roecker S, Salvagioni DAJ. O envelhecer e a morte: compreendendo os sentimentos de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem da UFSM jan./abril2013*;3(1):35-43.
109. Cunha R. Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer. *Revista científica/FAP, Curitiba, Paraná. Jan/dez, 2007 v.2*.
110. Costa CM0, Cardeman, C. Musicoterapia no Rio de Janeiro 1955 – 2005. *Maristelasmith.com.br*, 2008.
111. Chagas M, Pedro R. Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X: Bapera, 2008.
112. World Federation of Music Therapy. Definição da Musicoterapia, 2011. Disponível em: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/> Acesso em: 11 Ago. 2017.
113. Backes DS, Chame DS, Oliveira L, Stein MT. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing*. 2003;66(6):37-42.
114. Gallicchio MESS. Criança e música versus câncer e morte. *Revista Médica. PUCRS*. 2002;12(4):356-362.
115. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-am. Enfermagem*, 2004;12(2):235-241.
116. Creech A, Hallam S, McQueen H, Varvarigou M. The power of music in the lives of older adults. *Research Studies in Music Education*. 2013; 35(1):87-102.
117. Gardner LA., Swanson EA. Effects of Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1993; 7(5):284-91.
118. Solé C, Mercadal-Brotons M, Gallego S, Riera M. (2010). Contributions of Music to Aging Adults' Quality of Life. *Journal of Music Therapy*. Oct 2010; 47(3):264–281.
119. Ferreira LB, Rezende LV, Vargas DRM. A influência da Musicoterapia na autoestima de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência em Araguaína -TO. *Revista Cereus*, 2013;5(1):47-62.
120. Gaston T. Tratado de musicoterapia. Buenos Aires: Editora Paidós, 1968.

121. Hays T, Minichiello V. The contribution of music to quality of life in older people: an Australian qualitative study. *Aging & Society*. 2005(25):261-278.
122. Zhang S, Zhang M, Cai F, Song W. Função biológica da Presenilina e seu papel na patogênese do AD. *Transl Neurodegener*. 2013;2:15.
123. ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. 2013 Disponível em: <http://www.abraz.com.br/> Acesso em: 15 de novembro de 2017.
124. Rezende J, Carvalho S, Santos V. A utilização da musicoterapia para o paciente portador da doença de Alzheimer: desafios para a enfermagem, 2014.
125. Mendiola-Precoma J, Berumen LC, Padilla K, Garcia-Alcocer G. Terapias para prevenção e tratamento da doença de Alzheimer. *Biomed Res Int*. 2016; 2016:2589276.
126. Cass SP. Doença de Alzheimer e Exercício: uma revisão de literatura. *Curr Sports Med Rep*. 2017; 16:19-22.
127. Raglio A, Filippi S, Bellandi D, Stramba-Badiale M. Abordagem de música global para pessoas com demência: evidência e prática. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1669-76.
128. Satoh M, Yuba T, Tabei K, Okubo Y, Kida H, Sakuma H, et al. A terapia de música usando treinamento de canto melhora a velocidade psicomotriz em pacientes com doença de Alzheimer: um estudo neuropsicológico e fMRI. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2015;5:296-308.
129. Brotons M, Koger SM. The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 2000;37(3):183– 195.
130. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Cherubini A. Systematic review of systematic reviews of nonpharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. the SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 2017; 16;7(3):e012759.
131. Kong EH, Park M. Effects of music therapy on agitation in dementia: Systematic review and meta-analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*, 2015. 27(1):106–116.
132. McDermott O, Crellin N, Ridder HM, Orrell, M. Music therapy in dementia: A narrative synthesis systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 781–794.
133. Oliveira AMD, Radanovic M, Mello PCHD, Buchain PC, Vizzotto ADB, Celestino DL, Forlenza OV. Nonpharmacological interventions to reduce

- behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *BioMed Research International*, Volume 2015 (2015), Article ID 218980, 9 pages.
134. Raglio A, Bellelli G, Mazzola P, Bellandi D, Giovagnoli AR, Farina E. Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 2012;72(4):305–310.
 135. Ridder HMO, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 2013;17(6):667–678.
 136. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 2013;12(2):628– 641.
 137. Baird A, Samson, S. Memory for music in Alzheimer's disease: Unforgettable ? *Neuropsychology Review*, 2009;19(1):85–101.
 138. Sarkamo T, Laitinen S, Tervaniemi M, Numminen A, Kurki M, Rantanen P. Music, emotion, and dementia: Insight from neuroscientific and clinical research. *Music and Medicine*, 2012; 4(3):153–162.
 139. Koelsch, S. Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 2014; (15):170–180.
 140. The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
 141. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research California*, nov. 1975;12(3):189-198.
 142. Thal LJ, Grundman M, Golden R. Alzheimer's disease: a correlational analysis of the Blessed Information – Memory-Concentration Test and the Mini-Mental State Exam. *Neurology* 1986;36:262-264.
 143. Uhlmann RF, Larson EB, Buchner DM. Correlations of Mini-Mental State and modified Dementia Rating Scale to measures of transitional health status. In: *Dementia*. J. Gerontol, 1987.
 144. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:858-865.

145. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *British Medical Journal*, 2015;350(7),369.
146. Van de Winckel A, Feys H, DeWeerd W, Dom R. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 2004;18(3):253–260.
147. Hsin Chu, PhD, MD1,2, Chyn-Yng Yang, MS, RN3,4, Yu Lin, MS, RN3,5, Keng-Liang Ou, PhD, MD6,7,8, Tso-Ying Lee, PhD, RN9, Anthony Paul O'Brien, PhD, RN10, and Kuei-Ru Chou, PhD, RN3. The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. *Biological Research for Nursing* 2014;16(2) 209-217.
148. Trainor LJ, Shahin AJ. Roberts LE. Understanding the Benefits of Musical Training. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2009;1169:133–142.
149. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González-López, et al. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Una revisión sistemática. *Neurología*. En prensa. *Neurología* 2017;32(4):253-263.
150. Cooke M, Moyle W, Shum DH, Harrison SD, Murfield J. A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of Health Psychology*, 2010;15:765–776.
151. Han P, Kwan M, Chen D, Yusoff SZ, Chionh HL, Goh J, Yap P. A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2010;30:540–546.
152. Ziv N, Granot A, Hai S, Dassa A, Haimov I. The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. *Journal of Music Intervention*, 2007;44:329–343.
153. Fusar-Fusar L. Bieleninik L. Brodino N, Chen X. Gold C. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, Jul 2017;10:1-10.
154. Witzke J, Rhone RA, Backhaus D, Shaver NA. How sweet the sound: research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. *J Gerontol Nurs*. 2008;34(10):45-52.
155. Hueb TO. Doença de Alzheimer. *RBM rev. bras. med*. 2008;65(4):90-95.

156. Albuquerque MCS, Nascimento LO, Lyra ST, Figueredo Trezza MCS, Brêda MZ. Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. Rev. Eletr. Enf. Abr/jun. 2012;14(2):404-13.

APÊNCIDES

APENDICE 1 - Questionário Sociodemografico

1. Idade _____
2. Sexo () M () F
3. Nacionalidade _____
4. Frequentou a escola?
() não () sim Por quanto tempo? _____
5. Há quanto tempo foi diagnosticado com a doença? _____
6. Faz uso de medicamento? () Sim () Não
Qual? _____
7. Que tipo de música gosta de ouvir? _____
8. Quais músicas ouvia quando era criança? _____
9. Qual seus cantores favoritos? _____

APÊNDICE 2 – Questionário de percepção dos cuidadores

1 - Você sempre entra em atrito com o idoso?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Às vezes

2 - Há quanto tempo este idoso vem sendo acompanhado por você?

- ☐ 0 a 6 meses
- ☐ 6 meses a 1 ano
- ☐ mais de 1 ano

3 - Qual é a dificuldade que sente ao cuidar do idoso?

- ☐ não sente dificuldade
- ☐ insignificante
- ☐ uma dificuldade moderada
- ☐ Uma grande dificuldade

4 – Qual é a causa da maior preocupação familiar em relação ao idoso?

- ☐ o tempo que ele necessita de atenção
- ☐ a segurança, por não saber o que está fazendo
- ☐ a medicação, pois precisa ter atenção redobrada
- ☐ a apatia (fica aéreo, parece que está em outro lugar)
- ☐ outro

5 - O idoso aceita ser cuidado por alguém que não seja da família?

- ☐ sim, e colabora
- ☐ não
- ☐ sim, mas não colabora
- ☐ não entende o que está acontecendo

6 - Como você especifica os cuidados com o idoso?

- ☐ é um prazer que você sente
- ☐ é trabalhoso, mas não acha ruim

- ☐ é mais estressante que prazeroso
- ☐ é tedioso

7 - Qual sua opinião em relação ao efeito da música sobre o idoso?

- ☐ Passou a sorrir mais
- ☐ Não houve alterações
- ☐ Você notou que o idoso está mais calmo após as sessões de música.
- ☐ houve melhorias na comunicação com o indivíduo.

8 – A seguir terá perguntas relacionadas sobre a vida social do cuidador.

Fica muito estressado ☐ Sim ☐ Não

Sente-se muito exausto ☐ Sim ☐ Não

Ansiedade ☐ Sim ☐ Não

Houve mudanças nas atividades sociais ☐ Sim ☐ Não

Viaja, faz passeios ☐ Sim ☐ Não

Tristeza ☐ Sim ☐ Não

Sente-se muito sozinho ☐ Sim ☐ Não

9 - Você conseguiu perceber algum tipo mudança no seu estado emocional no momento atual?

- ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE

Estimado sr/sra. Meu nome é Fabiana Pereira Borges, sou a pesquisadora responsável pelo projeto “INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, NO ESTADO EMOCIONAL E NAS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO”. Por meio dele pretendemos analisar a contribuição da musicoterapia no estado emocional, cognição e alterações de relacionamento social em idosos com demência, em Campo Grande/MS.

Trata-se de uma pesquisa científica e estamos avaliando pessoas diagnosticadas com demência e pessoas idosas sem demência. Para que possamos realizar a pesquisa, temos a necessidade que o(a) Sr(a) desempenhe duas atividades diferentes: primeiramente o senhor irá responder algumas perguntas simples como idade, onde nasceu, por quanto tempo frequentou a escola, qual música o senhor gosta de ouvir e qual seu cantor favorito. Em um segundo momento, em outro dia, vamos realizar um teste, para saber como está a qualidade de vida, e depois, vou fazer perguntas relacionadas como o senhor está se sentindo, nome das pessoas que marcaram a vida do senhor, o primeiro emprego, com quantos anos começou a trabalhar. Após isso, vamos colocar 5 músicas para o senhor ouvir, e, após a audição, repetiremos o teste de qualidade de vida apresentado.

Os riscos são mínimos na coleta de dados proveniente do questionário, salvo algum tipo de constrangimento, ficando garantido ao participante que pode se recusar a responder um ou mais quesitos, sem acarretar em nenhum prejuízo ou ganho a sua participação. Além disso, você não terá nenhum gasto financeiro ao participar deste projeto e também não terá fins lucrativos. Caso haja alguma intercorrência vinculada a pesquisa, temos a equipe multidisciplinar da instituição nos ajudando e orientando.

Vale ressaltar que com os resultados do estudo pretendemos verificar a influência da música no emocional do idoso, e nas atividades rotineiras das pessoas. Lembramos que sua participação é optativa, sendo que no caso de sua recusa o participante não terá nenhum prejuízo quanto a isso. Caso opte por participar, esclareço que o(a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento. Se sentir mais seguro, pode chamar amigo ou responsável pelo senhor dentro da instituição.

Os dados desta pesquisa serão para fins acadêmicos, garantidas a privacidade, a confidencialidade e o sigilo. Em nenhum momento o indivíduo que aceitar participar terá seu nome divulgado nessa pesquisa sendo assim terá garantia total confiabilidade e sua vida particular não será exposta. Será isento de qualquer pressão ou intimidação para realizar essa pesquisa. O presente TCLE está sendo elaborado em duas vias, sendo uma destinada ao participante da pesquisa e outra arquivada por cinco anos. Estou à disposição para tirar qualquer dúvida.

Campo Grande, de de

Nome do participante

Pesquisador responsável

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título: INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, NO ESTADO EMOCIONAL E NAS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

Pesquisador responsável: Fabiana Pereira Borges

Local de realização do projeto: projeto “INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, NO ESTADO EMOCIONAL E NAS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO”, será realizado na Casa de longa permanência Asilo São João Bosco, em Campo Grande, MS.

Endereço e telefone para contato: Para contato com a pesquisadora (67) 9962-8248. Para esclarecimentos e/ou denúncias referente a sua participação na pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (67) 3345-7187

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido sobre esta 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 movimento, sem que isto leva a qualquer penalidade.

Campo Grande, de de

Nome do participante

Pesquisador responsável

APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO CUIDADOR

Estimado sr/sra. Meu nome é Fabiana Pereira Borges, sou a pesquisadora responsável pelo projeto “INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, NO ESTADO EMOCIONAL E NAS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO”. Por meio dele pretendemos analisar a contribuição da musicoterapia no estado emocional, cognição e alterações de relacionamento social em idosos com demência, em Campo Grande/MS.

Trata-se de uma pesquisa científica e estamos avaliando pessoas diagnosticadas com demência e pessoas idosas sem demência. Porém, iremos avaliar também as pessoas responsáveis pelo idosos dentro da instituição também, para sabermos o quanto a música influencia na relação social do idoso com as pessoas que convive e avaliar por um instante a qualidade de vida do senhor (a). Se trata de 14 questões objetivas e simples de serem respondidas.

Os riscos são mínimos na coleta de dados proveniente do questionário, salvo algum tipo de constrangimento, ficando garantido ao participante que pode se recusar a responder um ou mais quesitos, sem acarretar em nenhum prejuízo ou ganho a sua participação. Além disso, você não terá nenhum gasto financeiro ao participar deste projeto e também não terá fins lucrativos. Caso haja alguma intercorrência vinculada a pesquisa, temos a equipe multidisciplinar da instituição nos ajudando e orientando.

Vale ressaltar que com os resultados do estudo pretendemos verificar a influência da música no emocional do idoso, e nas atividades rotineiras das pessoas. Lembramos que sua participação é optativa, sendo que no caso de sua recusa o participante não terá nenhum prejuízo quanto a isso. Caso opte por participar, esclareço que o(a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento. Se sentir mais seguro, pode chamar amigo ou responsável pelo senhor dentro da instituição.

Os dados desta pesquisa serão para fins acadêmicos, garantidas a privacidade, a confidencialidade e o sigilo. Em nenhum momento o indivíduo que aceitar participar terá seu nome divulgado nessa pesquisa sendo assim terá garantia total confiabilidade e sua vida particular não será exposta. Será isento de qualquer pressão ou intimidação para realizar essa pesquisa. O presente TCLE está sendo elaborado em duas vias, sendo uma destinada ao participante da pesquisa e outra arquivada por cinco anos. Estou à disposição para tirar qualquer dúvida.

Campo Grande, de de

Nome do participante

Pesquisador responsável

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título: INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, NO ESTADO EMOCIONAL E NAS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO

Pesquisador responsável: Fabiana Pereira Borges

Local de realização do projeto: projeto “INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS, NO ESTADO EMOCIONAL E NAS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DECLÍNIO COGNITIVO”, será realizado na Casa de longa permanência Asilo São João Bosco, em Campo Grande, MS.

Endereço e telefone para contato: Para contato com a pesquisadora (67) 9962-8248. Para esclarecimentos e/ou denúncias referente a sua participação na pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (67) 3345-7187

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado e esclarecido sobre esta 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 movimento, sem que isto leva a qualquer penalidade.

Campo Grande, de de

Nome do participante

Pesquisador responsável

APÊNDICE 5 – Seleção da audição musical

O (a) senhor (a) pode nos falar algumas músicas que marcaram sua infância.

Nome da música.

Ritmo.

Cantor.

Trecho da música.

Você gostava de festa? Frequentava salões de festas?

Gostava de dançar o que?

Anexos

ANEXO1 – WHOQOL-BREF QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

ANÁLISE DO WHOQOL-BREF

O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta numero 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. É um pouco diferente do WHOQOL-OLD. Neste instrumento terá que aparecer o resultado somente em média (1 a 5) por domínio e por faceta. Atenção neste instrumento é necessário também recodificar o valor das questões 3,4,26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

As perguntas 1 e 2 deverão aparecer da seguinte forma. 1 – percepção da qualidade de vida (resultado em média 1 a 5); 2- satisfação com a saúde (resultado em média 1 a 5).

Cada faceta é so somar os valores da entrevista (de 1 a 5) e dividir pelo número de participantes. Fazer uma média onde o resultado vai ser de 1 até 5.

Abaixo estão os domínios e suas facetas correspondentes cada faceta com um numero identificador conforme o questionário já enviado

Domínios e facetas do WHOQOL-bref. Domínio 1 - Domínio físico 3. Dor e desconforto, aqui do lado vai aparecer a média (resultado) 4. Energia e fadiga em cada faceta. 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho para calcular o domínio físico é so somar das facetas e dividir por 7. (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7.

Mesmo formato deve ser feito nos demais domínios. Domínio 2 - Domínio psicológico 5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais para calcular o domínio psicológico é so somar os valores das facetas e dividir por 6. $(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)/6$

Domínio 3 - Relações sociais 20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual para calcular o domínio relações sociais é so somar os valores das facetas e dividir por 3. $(Q20, Q21, Q22)/3$

Domínio 4 - Meio ambiente 8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25. Transporte para calcular o domínio meio ambiente é somar os valores das facetas e dividir por 8 $(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)/8$

Todos os resultados vão ser em média tanto no domínio quanto nas facetas. Quano aos relatórios será mesmo formato do WHOQOL-OLD. Opções para imprimir para os alunos o relatório completo (com domínio, as facetas, as perguntas 1 e 2 e a classificação “ necessita melhorar” (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) e resumo com os resultados das questões 1 e 2 “necessita melhorar” (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Os dados tabulados devem ser compatíveis para importação para importação para o excel, caso seja necessário.

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	–	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	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	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	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	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 é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	um pouco	um pouco	um pouco	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	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.

		um pouco ruim	ruim	nem um pouco ruim nem bom	bom	um pouco bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		um pouco insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	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	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve

Data	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente

Resultados em % de 0 a 100

Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida.

Anexo 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não = 1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

Anexo 3 – Mini-Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente()
- (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

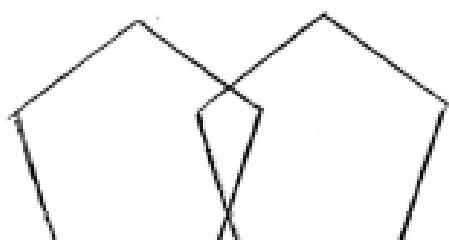
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente()
- (1 ponto por palavra)

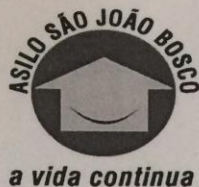
LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: ()/30)



Anexo 4 - Declaração de Instituição e Infraestrutura



AUTORIZAÇÃO

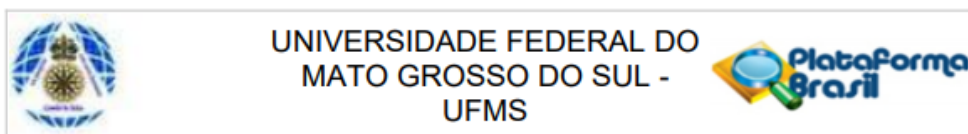
A Associação Asilo São João Bosco, situada na Avenida José Nogueira Vieira, 1900-Bairro Tiradentes, CNPJ: 03708120/0001-36, autoriza a Mestranda **Fabiana Pereira Borges**, do Curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste-UFMS, a executar o Projeto Musicoterapia no Estado Emocional e as alterações de relacionamento social em idosos com demência, da Associação Asilo São João Bosco, a partir da data de setembro de 2017 a novembro de 2017. Com o objetivo analisar o efeito da musicoterapia no estado cognitivo e no convívio social em idosos institucionalizado com demência.

Campo Grande-MS, 14 de julho de 2017

Carlos Albuquerque
Superintendente.

Carlos de Albuquerque
Superintendente
ADM/053 CRA-MS
Ass. Asilo São João Bosco

Anexo 5 – Aprovação do Comitê em Ética e Pesquisa da UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A MUSICOTERAPIA NO ESTADO EMOCIONAL E AS ALTERAÇÕES DE RELACIONAMENTO SOCIAL EM IDOSOS COM DEMÊNCIA EM CAMPO

Pesquisador: Fabiana Pereira Borges

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60085316.6.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.250.377

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo que investiga as contribuições da musicoterapia para o tratamento de idosos, sobretudo os com diagnóstico de casos de demência, com vistas a garantir-lhes melhor qualidade de vida. Para tanto, serão entrevistados idosos recolhidos no Recanto São João Bosco, em Campo Grande (MS), por meio de questionários cujas perguntas são direcionadas para o conhecimento do cotidiano dos idosos e seus cuidadores, tendo como o foco a relação dos primeiros com a música, sendo que haverá sessões destinadas à sua audição pelos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo central do estudo diz respeito a analisar a contribuição da musicoterapia no estado emocional e nas alterações de relacionamento social em idosos com demência, em Campo Grande/MS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos na coleta de dados provenientes dos questionários, salvo algum tipo de constrangimento, ficando garantido ao participante que pode se recusar a responder um ou mais quesitos.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.250.377

Benefícios: com os resultados poderemos observar se a Musicoterapia pode ser utilizada como um suporte terapêutico para estimulação de funções cognitivas, diminuição do nível de depressão e melhora do convívio social do idosos com as pessoas com quem convivem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa. O primeiro grupo (G1) será composto por 15 idosos com diagnóstico de algum tipo de demência, e o segundo (G2,) por 15 sem diagnóstico de demência, desde que acamados.

Apresentam-se critérios de inclusão e de exclusão adequados às finalidades da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Itens apresentados: Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os participantes; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidadores; Carta de autorização da Associação Recanto São João Bosco para a realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi apresentado a carta de autorização do Asilo São João Bosco atualizada. O parecer é pela aprovação da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

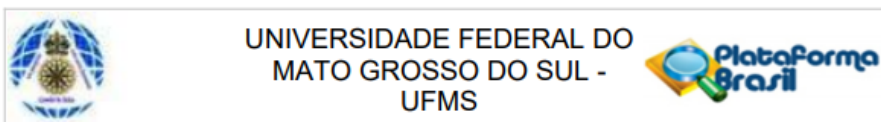
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	26/07/2017 11:51:09		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso.docx	26/07/2017 11:50:57	Fabana Pereira Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.png	26/07/2017 11:40:00	Fabana Pereira Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleidosos.docx	26/07/2017 11:34:02	Fabana Pereira Borges	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.250.377

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleuidadores.docx	26/07/2017 11:33:54	Fabana Pereira Borges	Aceito
Brochura Pesquisa	projetoFabiana.docx	26/07/2017 11:32:02	Fabana Pereira Borges	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_941395 E1.pdf	12/06/2017 10:51:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleidosos.pdf	12/06/2017 10:37:36	Fabana Pereira Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleuidadores.pdf	12/06/2017 10:37:25	Fabana Pereira Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	12/06/2017 10:35:05	Fabana Pereira Borges	Aceito
Folha de Rosto	FFOLHA_ROSTO.docx	22/08/2016 17:58:54	Fabana Pereira Borges	Aceito
Outros	FAUTORIZACAO.docx	18/08/2016 14:36:48	Fabana Pereira Borges	Aceito
Outros	FQuestionario_Sociodemografico.docx	18/08/2016 14:35:15	Fabana Pereira Borges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 31 de Agosto de 2017

Assinado por:
SERGIO FELIX PINTO
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br