
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

LUIZA THOMÉ DA LUZ

MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

PORTO ALEGRE 2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS

Dissertação de Mestrado

LUIZA THOMÉ DA LUZ

Orientadora: Profa. Dra. MIRNA WETTERS PORTUGUEZ

Porto Alegre
2015

LUIZA THOMÉ DA LUZ

**MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Mirna Wetters Portuguez

**Porto Alegre
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L979m Luz, Luiza Thomé da

Musicoterapia na qualidade de vida em idosos institucionalizados. / Luiza Thomé da Luz. – Porto Alegre, 2015.

107f. : tab. Inclui um artigo submetido à publicação em periódico científico.

Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Orientador: Profa. Dra. Mirna Wetters Portuguese

1. Geriatria. 2. Idoso. 3. Saúde do Idoso Institucionalizado. 4. Envelhecimento. 5. Depressão. 6. Ansiedade. 7. Qualidade de Vida. 8. Musicoterapia I. Portuguese, Mirna Wetters. II. Título.

CDD 618.97689

Bibliotecária Responsável: Elisete Sales de Souza - CRB 10/1441

LUIZA THOMÉ DA LUZ

**MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. MIRNA WETTERS PORTUGUEZ
Orientadora - Instituição IGG - PUCRS

Prof. Dr. Irênio Gomes
Examinador - Instituição IGG - PUCRS

Prof. Dra. Luciana Azambuja
Examinador - Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto (suplente)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais por todo amor, atenção, dedicação e principalmente por me ajudar a superar os obstáculos durante esse percurso. E também a minha avó materna, por motivar e acreditar na minha formação. Agradeço a vocês, por percorrem comigo este caminho.

AGRADECIMENTOS

À Deus;

À minha família, que deu total apoio durante este mestrado,

À Professora Mirna, minha orientadora, por todos os ensinamentos transmitidos ao longo destes dois anos;

À Estatística Ceres de Oliveira pelos encontros e pesquisas durante estes dois anos;

Ao meu noivo Mateus pela compreensão nas horas de muito estudo;

À todos os profissionais do Asilo São Vicente de Paulo e do Abrigo dos Velhinhos, pois voluntariamente me receberam para realizar a pesquisa;

Aos idosos falecidos e residentes das duas ILPIs durante a pesquisa;

À todos os professores e funcionários do Instituto de Geriatria e Gerontologia, que tanto contribuíram para que este momento se concretizasse;

Às minhas colegas Anelise Crippa, Patricia Morsh, Cibele Cardenaz, Carolina Böettge Rosa, Sariman Storshi e Amanda Ramalho que vivenciaram comigo esta aventura, dando apoio nos momentos difíceis;

À Direção do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS;

À Mônica, Secretária Geral do IGG, pelo apoio e disponibilidade;

*"Saber envelhecer é a obra prima da sabedoria e uma das partes mais difíceis da grande arte
de viver."*

F. H. Amiel

MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

RESUMO

Introdução: A população idosa vem crescendo a passos largos e o número de pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) vem aumentando de maneira representativa, inferindo na qualidade de vida dos idosos. A Musicoterapia é uma área da saúde que atua na promoção e prevenção, auxiliando no tratamento de doenças e suas comorbidades. **Objetivo:** Investigar o efeito da intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos residentes em duas ILPIs. Foram avaliados a qualidade de vida e os sintomas depressivos e ansiosos antes e após as sessões de Musicoterapia. Um teste de rastreio foi utilizado para identificar os idosos com déficit cognitivo. **Métodos:** Foi realizado um ensaio clínico controlado, no qual foram alocados 48 idosos, sendo 24 participantes do Grupo que se submeteu a intervenção musicoterápica (GI) e 24 idosos do Grupo Controle sem intervenção (GC). Os instrumentos aplicados para os dois grupos, foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref). Para o GI, foi aplicado o Protocolo de Análise das Sessões durante os atendimentos grupais de musicoterapia. **Resultados:** Na comparação entre os grupos, a intervenção da Musicoterapia contribuiu na qualidade de vida, principalmente no domínio físico ($p=0,006$) e na redução dos níveis de depressão ($p=0,046$). No grupo controle, houve uma piora significativa da cognição ($p=0,015$). **Conclusão:** Os resultados indicam que a Musicoterapia promoveu melhora nos sintomas depressivos e qualidade de vida e provavelmente reduziu a probabilidade de declínio cognitivo em idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Envelhecimento. Idosos Institucionalizados. Depressão. Ansiedade. Qualidade de Vida. Musicoterapia.

MUSIC THERAPY IN THE QUALITY OF LIFE IN ELDERLY INSTITUTIONALIZED

ABSTRACT

Introduction: The elderly population is growing at a rapid pace and the number of people living in institutions of Long-term care (LTC) is increasing in a representative manner, inferring the quality of life of older people. Music therapy is the one health engaged in promotion and prevention, assisting in the treatment of disease and its comorbidities. **Objective:** To investigate the effect of music therapy intervention on quality of life in elderly residents in two ILPIs. We evaluated the quality of life and depressive and anxiety symptoms before and after the sessions of music therapy. A screening test was used to identify the elderly with cognitive impairment. **Methods:** We conducted a controlled trial, in which were allocated 48 seniors, 24 participants in the group who underwent music therapy intervention (IG) and 24 elderly control group without intervention (CG). The instruments applied for the two groups were the Mini Mental State Examination (MMSE), Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). For the IG, it applied the analysis protocol of the sessions during the group calls of music therapy. **Results:** When comparing the groups, the intervention of Music Therapy contributed to quality of life, especially in the physical domain ($p=0.006$) and in reducing depression levels ($p=0.046$). In the control group, there was a significant worsening of cognition ($p=0.015$). **Conclusion:** The results indicate that music therapy promoted improvement in depressive symptoms and quality of life and probably reduced the likelihood of cognitive decline in institutionalized elderly.

Keywords: Aging. Institutionalized Elderly. Depression. Anxiety. Quality of Life. Music Therapy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra	37
Tabela 2 - Avaliação dos testes pré e pós intervenção por grupo	39
Tabela 3 - Avaliação dos testes pré e pós intervenção por grupo	40
Tabela 4 - Avaliação dos testes pré e pós intervenção por grupo	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCOVA	Análise de Covariância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck-II
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ICMJE	International Committee of Medical Journal Editors
IGG	Instituto de Geriatria e Gerontologia
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
REBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 ENVELHECIMENTO	15
2.1.1 Idoso institucionalizado.....	17
2.1.2 Qualidade de vida do idoso institucionalizado	18
2.2 MUSICOTERAPIA.....	19
2.2.1 Musicoterapia e Qualidade de Vida no Idoso	20
3 JUSTIFICATIVA	23
4 OBJETIVOS	25
4.1 OBJETIVOS GERAIS.....	25
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
5 MÉTODOS.....	26
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	26
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
5.2.1 Procedimento Amostral	26
5.2.2 Recrutamento	28
5.2.3 Critérios de Seleção	29
5.2.3.1 Critérios de Inclusão	29
5.2.3.2 Critérios de Exclusão	29
5.3 COLETA DE DADOS E ROTINA	29
5.3.1 Instrumentos de Coleta de Dados	31
5.4 INTERVENÇÃO	32
5.5 VARIÁVEIS	34
5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	34
5.6.1 Hipóteses.....	35
5.6.1.1 Hipótese I	35
5.6.1.2 Hipótese II.....	35
5.6.1.3 Hipótese III	35
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
6 RESULTADOS	37

6.1 QUALIDADE DE VIDA	38
6.2 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	39
6.3 FUNCIONAMENTO COGNITIVO.....	40
6.4 SESSÕES DE MUSICOTERAPIA.....	41
6.5 MEDICAÇÃO EM USO	42
7 DISCUSSÃO	43
7.1 PERFIL DA AMOSTRA	44
7.2 QUALIDADE DE VIDA	44
7.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS	47
7.4 SINTOMAS ANSIOSOS.....	49
7.5 FUNCIONAMENTO COGNITIVO.....	51
7.6 SESSÕES DE MUSICOTERAPIA.....	53
8 CONCLUSÃO.....	56
9 REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO....	70
APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DO ABRIGO DOS VELHINHOS.....	71
APÊNDICE C - APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.....	72
APÊNDICE D - ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA.....	73
APÊNDICE E - APROVAÇÃO PELO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA ...	91
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ..	93
APÊNDICE G - PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS SESSÕES.....	95
ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEM).....	96
ANEXO B - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II).....	98
ANEXO C - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI).....	102
ANEXO D - QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)....	104

1 INTRODUÇÃO

A Terceira Idade é considerada como a etapa do ciclo vital que se inicia por volta dos 65 anos de idade e que finda com a morte, compreendendo alterações em todas as dimensões da vida do indivíduo desde o ponto de vista biológico, genético-molecular, neurológico, psicológico e social (Febrero *et al.*, 2010; Oliveira, S. O. D., 2010). No Brasil, segundo a legislação o idoso é definido como a pessoa maior de 60 anos (Brasil, 1994).

O alargamento da pirâmide etária no Brasil tem mostrado o crescimento da população idosa entre os anos 1999 a 2009, passando de 6,4 milhões para 9,7 milhões de indivíduos. No Censo de 2010 foi contabilizado um aumento de 7,4% de idosos, sendo que nos próximos 50 anos esse contingente populacional poderá representar cerca de 154,2 milhões de brasileiros. Contudo, existe uma grande preocupação acerca do envelhecimento populacional e a manutenção da qualidade de vida dos idosos (Ibge, 2009; Funbep, 2013).

A qualidade de vida é um conceito que sofre influência de fatores físicos, psicológicos e de percepção do indivíduo relacionadas ao ambiente em que vive, e, concomitantemente a essas características, deve-se considerar que esta transcorre de modo variável e individual (Faller *et al.*, 2010; Quintão *et al.*, 2013).

O envelhecimento malsucedido, e sem qualidade de vida, torna o idoso vulnerável a apresentar comprometimento cognitivo (De Mello *et al.*, 2011) e comorbidades (Calasans e Alouche, 2004), podendo gerar a dependência total ou parcial (Ávila-Funes *et al.*, 2007) na execução das atividades de vida diária (Fillenbaum *et al.*, 1999; Da Costa Rosaa *et al.*, 2003), o que determina a necessidade de um cuidado especializado, refletindo uma das principais causas de institucionalização (Vaz e Gaspar, 2011).

Nos estudos brasileiros dados indicam que 49,76% dos idosos institucionalizados apresentam sintomas de depressão (Leal *et al.*, 2014), enquanto

idosos não institucionalizados manifestam 25,5% desta sintomatologia (Maciel e Guerra, 2006). A depressão é uma das patologias mais freqüentes na população idosa institucionalizada (Paradela *et al.*, 2005), sendo muitas vezes subdiagnosticada e subtratada (Ciechanowski *et al.*, 2004), afetando mais o gênero feminino (Weyerer *et al.*, 2008; Vaz e Gaspar, 2011; Soares *et al.*, 2013). Esta comorbidade representa um dos principais problemas de saúde mental dos idosos (Mann, 2001), desencadeando uma queda da capacidade funcional (Roach, 2003), aumento no uso de serviços de saúde (Rodrigues, 2009), aumento da morbidade e da mortalidade (Lenardt *et al.*, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a depressão vem ocupando um papel de destaque na saúde pública (WHO., 1997), sendo uma condição clínica freqüente e letal em 50% dos casos de suicídio (Kennedy, 1996; Hepple e Quinton, 1997).

Há uma necessidade na eficácia de tratamentos baseados em evidências para a ansiedade em idosos. Esta população sofre de altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, tendo uma maior prevalência de condições médicas e problemas físicos, e o maior uso de medicações (Gellis *et al.*, 2014). Os sintomas comuns de ansiedade como angústia, irritabilidade, tensão e dificuldade de concentração e sintomas físicos como dores de cabeça, suor, formigamento, tontura, dores musculares e taquicardia comprometem a habilidade intelectual, afetando a atenção seletiva, a compreensão e o raciocínio. O diagnóstico da intensidade destes sintomas é extremamente importante, pois podem ter importante impacto negativo na vida do idoso (Coes, 1991; Dalgalarondo, 2008).

Uma possível abordagem terapêutica para o idoso com depressão e ansiedade é a Musicoterapia. A Musicoterapia é uma área da saúde onde o profissional responsável, o musicoterapeuta, se utiliza dos parâmetros sonoros/musicais para que o idoso possa assumir um papel definido na vida e que volte a empregar todas as suas capacidades, de forma que possa melhorar sua qualidade de vida (WFMT, 2013). A Musicoterapia pode oferecer benefícios extremamente importantes e incomparáveis a outras modalidades terapêuticas tradicionais, especialmente nos idosos institucionalizados (Luz, 2014).

Estudos envolvendo a intervenção musicoterapêutica em idosos institucionalizados ainda são escassos e pouco explorados na literatura brasileira,

onde os sintomas de depressão (Stella *et al.*, 2002), ansiedade (Schuurmans e Van Balkom, 2011) e comprometimento cognitivo aumentam significativamente (Bäckman *et al.*, 2003), e que através da Musicoterapia podem ser minimizados ou estabilizados.

A Portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos (Brasil, 1989). O Regulamento Técnico aprovado em 2005 pela Resolução da Diretoria Colegiada 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a atribuir às ILPIs a responsabilidade de prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção (Da Silva e Piazzetta, 2013).

As ILPIs selecionadas para a pesquisa atendiam às necessidades de proporcionar cuidados específicos de acordo com o grau de dependência do idoso. O nível de dependência I abrangia idosos independentes, mesmo que usassem equipamentos de auto-ajuda (cadeira de rodas, andadores, bengala, etc.). O nível II compreendia idosos com dependência em até três atividades diárias (tais como: alimentação, mobilidade e higiene) sem comprometimento cognitivo ou cognitivamente controlada. O terceiro nível comportava idosos com dependência e assistência em todas as atividades de auto cuidado (para a vida diária e ou comprometimento cognitivo).

O presente trabalho investigou a intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados, contribuindo para o bom funcionamento emocional e cognitivo. Para tal, foram avaliados a qualidade de vida e os sintomas depressivos e ansiosos antes e após as sessões de musicoterapia. O funcionamento cognitivo foi verificado através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia. Todos esses aspectos foram comparados com um grupo controle, sem intervenção musical.

Os locais escolhidos para a pesquisa foram o Asilo São Vicente de Paulo da cidade de Criciúma/SC e o Abrigo dos Velhinhos da cidade de Tubarão/SC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

A expectativa de vida em nossa sociedade vem aumentando, e com o envelhecimento as conseqüências sociais, econômicas e políticas a ele inerentes, levando muitas vezes também a uma transformação do estado do indivíduo, que passa de ativo a inativo, podendo afetar de forma negativa as relações sociais (Cramês, 2012).

Com o envelhecimento o sistema nervoso central é o mais comprometido, podendo os fatores genéticos e ambientais, afetar as funções mais importantes do organismo, incapacitando o indivíduo para a vida social. Além disso, pode existir uma redução na capacidade intelectual, de memória, raciocínio lógico, juízo crítico, funções práxicas e gnósicas, comportamental, afetiva e de personalidade (Converso e Iartelli, 2007).

O processo de senescência é definido como o envelhecimento natural das funções orgânicas, contrapondo com a senilidade, fruto de alterações desencadeadas por doenças (De Mello *et al.*, 2011). A velhice e o envelhecimento são sinônimos relativos ao desenvolvimento do ser humano, e que comportam uma série de preconceitos que não abonam a favor da elaboração das vivências de perda (Cramês, 2012).

Envelhecer não é ser velho, isto é, a representação social da velhice como acontecimento individual não representa somente aspectos negativos relacionados com o desgaste e uma eventual dependência, e sim ter maturidade e uma percepção dos acontecimentos de forma mais elaborada (Cardão, 2009).

Preservar a capacidade funcional do indivíduo que envelhece, significa valorizar sua autonomia, tornando sua autoestima mais elevada, possibilitando uma senescência proveitosa. Isso pode ser proporcionado pelo estímulo mental e físico

constante, pelas atividades que retardam um possível declínio cognitivo e/ou preservam habilidades cerebrais presentes (De Mello *et al.*, 2011).

Ao considerar o crescimento da população idosa, ressalta-se a qualidade de sobrevivência, pois mais de 85% apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, prejudicando a vida social e qualidade de vida dos mesmos (Brasil, 1999; Vitoreli *et al.*, 2005).

Envelhecer não é um processo homogêneo (De Souza Minayo e Coimbra Jr, 2002), pois cada ser humano vivencia e o transcorre de forma única, mesmo ocorrendo modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas, como psicológicas, que determinam a progressiva perda das capacidades de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de doenças (Vieira, 1996; Lopes, 2000).

A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizou que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo e, sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida. A criação dessa política apoia-se numa perspectiva que visa à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao acesso equânime aos cuidados de qualidade, promovendo assim o envelhecimento ativo (OMS., 2005).

As teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando alcançá-los, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem estar. Dessa maneira o envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar e deve ser impulsionado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento (D'alencar e Andrade, 2012).

O processo de envelhecer é próprio do indivíduo e multifacetado, devendo-se atentar para não diferenciar os diagnósticos que descapacitam e interditam o idoso em seu direito de autonomia, embora as readaptações nessa fase da vida exijam elaborações emocionais, principalmente no que diz respeito a reparação, envolvendo a superação às frustrações e aos comportamentos indesejáveis decorrentes (Balbinotti, 2005).

As representações sociais da velhice, associadas a doença, dependência, improdutividade, pobreza e solidão, levam muitos idosos a enfrentar modificações psicossociais ocasionadas pela diminuição de interesses, da auto-estima e das atividades, somadas aos eventos estressantes e do isolamento, em razão das mudanças de seu papel social (Mascaro, 2004; Cardoso, 2007). A criação de programas sociais direcionados a esse segmento, devem visar o bem-estar e a qualidade de vida dessa população de forma preventiva e eficaz, afastando o idoso da situação de vulnerabilidade social visivelmente presente em nossa sociedade (Carolino *et al.*, 2009).

Devido a vários fatores as Instituições de Longa Permanência (ILPIs), tanto públicas como privadas, tem se tornado uma alternativa nos cuidados dessa parte da população. A característica do público alvo que reside nestes locais abrange indivíduos com comprometimento físico e/ou mental, com idade mais avançada, com carência de renda, sem família, ou em condições de maus tratos por familiares (Soré e Klockner, 2012).

2.1.1 Idoso institucionalizado

A institucionalização pode acarretar prejuízos, contribuindo para o isolamento do idoso, na sua vida social, familiar e comunitária, e em consequência, gerando uma perda de sua identidade. O perfil assistencialista das Instituições de Longa Permanência, tem se ocupado, muitas vezes, às necessidades básicas, resumindo-se à alimentação e ao abrigo, não abrangendo demais áreas profissionais e atividades que mantenham os idosos ativos mentalmente e fisicamente, proporcionando maior autonomia e qualidade de vida (De Mello *et al.*, 2011).

O isolamento torna o idoso mais vulnerável à perda da capacidade funcional e situações estressantes e desencadeadoras de depressão e ansiedade, resultando num declínio do estado de saúde, dificultando o enfrentamento do cotidiano. A ociosidade e a supervisão constante corroboram para um ambiente restritivo e regimentado, ocasionando maiores dificuldades para o idoso sentir-se bem acolhido onde reside (Freitas e Scheicher, 2010).

Os indicadores de idosos com depressão e demência, segundo os achados da literatura, demonstram uma maior incidência destes quadros em idosos institucionalizados, comparados com idosos não institucionalizados (Vaz e Gaspar, 2011). A ansiedade em idosos está relacionada às limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, estes níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. A percepção negativa acaba interferindo na atenção seletiva, dificultando a memorização de informações, bloqueando a compreensão e o raciocínio. Os sintomas de ansiedade são freqüentes neste público alvo e vem associado a transtornos depressivos e doenças físicas (Maia, 2011).

Idosos institucionalizados possuem um autoconceito mais baixo e um índice maior de depressão do que os idosos que vivem em suas moradias. Isto se dá devido ao número reduzido de atividades que os idosos institucionalizados efetuam e também ao confinamento com os mesmos residentes, sendo difícil a reorganização da vida pessoal quando entram para este tipo de habitação (Pereira, 2012). Para a grande maioria o “asilo” é fonte de dor e tristeza, podendo contribuir para o desenvolvimento de episódios depressivos, o qual é considerado um importante fator de risco para o agravamento ou instalação de outras patologias ou síndromes, dentre as quais os quadros demenciais (Lawton, 1969; Katz *et al.*, 1970; Parmelee *et al.*, 1989).

2.1.2 Qualidade de vida do idoso institucionalizado

A qualidade de vida está associada à longevidade, modificada pela incapacidade, pelo estado funcional, pela percepção e pelas conseqüências sociais resultantes de uma doença sobre o indivíduo. Por outro lado, a dimensão social incorporada no conceito de saúde contribui para reforçar a mudança, uma vez que, até então se admitia que a saúde ou a doença dependesse fundamentalmente da interação entre o indivíduo, com a sua carga genética e o meio ambiente, ou seja, fatores físico e/ou biológico (Imaginário, 2008; Febrero *et al.*, 2010).

A qualidade de vida em idosos institucionalizados tende a ser ruim, principalmente porque as ILPIs não proporcionam alternativas, como atividades na

área social, médica, psicológica, odontológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e musicoterapia, de acordo com as necessidades deste seguimento etário. A institucionalização acelera a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando o declínio das funções física e cognitiva, além da submissão ao regime asilar (Pavan *et al.*, 2008; Freitas e Scheicher, 2010).

No que concerne ao número de morbidades em idosos institucionalizados, faz-se necessário que os serviços de saúde realizem ações de monitoramento e acompanhamento de modo a evitar complicações. Estas intervenções podem contribuir para minimizar o impacto das incapacidades e morbidades na qualidade de vida do idoso. Além disso, pode-se buscar, junto à família e comunidade, recursos que favoreçam as expectativas futuras, novas realizações e implementação de atividades comunitárias que atendam aos seus desejos (Tavares e Dias, 2012).

Mesmo que as leis brasileiras assegurem maior direito ao idoso na sua família e comunidade, muitos dependerão de cuidados em instituição de longa permanência, devido a fatores culturais, fragilidade no arranjo familiar e disponibilidade de serviços alternativos (Cramês, 2012). Raras são as instituições com área física adequada e uma proposta de trabalho para manter o idoso autônomo e independente, deixando-o à mercê de uma vida padronizada, desprovida de prazer e importância pessoal, levando-o a falta de perspectiva (Davim *et al.*, 2004).

2.2 MUSICOTERAPIA

A musicoterapia tem sido utilizada amplamente estudada, mas os conteúdos específicos de suas intervenções terapêuticas muitas vezes são vagos, sendo assimilada por outras abordagens, que se baseiam principalmente sobre o uso de atividades musicais (Creech *et al.*, 2013).

A música é uma das várias atividades de lazer culturalmente significativas e criativas que são "espiritualmente prazerosas" e promovem a auto expressão, a saúde e o bem-estar. A terapia através da música, denominada musicoterapia, é considerada uma terapia não verbal, que possibilita o aumento da autoestima de um

indivíduo, além de propiciar interações em grupo, auxiliar no tratamento de doenças, proporcionando melhor qualidade de vida (Bruscia, 2000; Padilha, 2008).

Estes benefícios ocorrem através da influência da música, dos sons, movimentos e o manuseio de instrumentos musicais. Quando ouvimos uma canção, os sons são captados pelos ouvidos e convertidos em impulsos, percorrendo os nervos auditivos até o tálamo, região central dos sentimentos, sensações e emoções. A música nos afeta emocionalmente, criando ambientes aos quais reagimos em um nível subconsciente e não verbal (Júnior, 2008; Padilha, 2008).

Através da história vital do paciente o musicoterapeuta avalia, planeja e desenvolve um projeto terapêutico, dentro das suas necessidades, tendo como centro dos atendimentos a experiência musical. Através de técnicas de Re-criação, Audição, Composição e Improvisação, o musicoterapeuta organiza as operações e as interações com o paciente. Cada um desses tipos de experiência musical é definido por seus processos específicos de engajamento. Na experiência re-criativa o paciente executa as peças vocais e instrumentais, podendo reproduzir também outros modelos musicais. O estímulo receptivo, a audição, possibilita a reflexão interna, onde o paciente responde verbalmente, ou através de outra modalidade de expressão, como o canto. Na composição, a produção musical pode ser construída a dois, onde o autor da obra é o próprio paciente, desenvolvendo o potencial criativo através de canções, letras ou peças instrumentais. E por último a improvisação, permite o passeio pela estrutura musical implícita nas músicas, através de instrumentos rítmicos ou vocalizações (Bruscia, 2000).

2.2.1 Musicoterapia e Qualidade de Vida no Idoso

Existem evidências de uma série de benefícios potenciais demonstrados por diferentes trabalhos de investigação sobre a aplicação da musicoterapia no âmbito geriátrico (Gaston, 1968).

A Musicoterapia estabelece melhores condições de comunicação, aprendizado, mobilização, expressão e organização (física, emocional, mental social e cognitiva) com o objetivo de melhorar o relacionamento inter e intrapessoal e proporcionar melhor qualidade de vida (Zanini, 2009).

Os idosos através da música recebem a atenção devida, mais reconhecimento e sentido de seu próprio valor. A música convida à participação da vida, cantando ou tocando, levando o idoso a interagir com outras pessoas, amenizando o isolamento social ou melhorando a aptidão física, que auxiliará na capacidade funcional (Gaston, 1968).

A reminiscência é um aspecto que se trabalha permanentemente em Musicoterapia, atuando nas funções cognitivas, uma das atividades principais é o canto grupal, momento que leva as recordações e comunicação coletiva. A contribuição pessoal e individual enriquece a produção de todo o grupo. Os atendimentos musicoterapêuticos valorizam o potencial terapêutico, acreditando que a participação de cada idoso tem importância ímpar na sua saúde (Zanini, 2009; Gomes e Do Amaral, 2012).

Além disso, a Musicoterapia atua como um dispositivo de intervenção em prevenção, incentivando a criatividade em grupos de pessoas idosas e melhorando a sua qualidade de vida. Devido a sua especificidade, este tipo de tratamento tem objetivos próprios que o identificam como único. O uso da linguagem musical e o vínculo musical são construídos tomando uma dimensão de saúde para o idoso institucionalizado (Ferreira *et al.*, 2013).

A música familiar pode proporcionar uma sensação de segurança e bem estar, reduzindo a ansiedade e o estresse, através da expressão verbal e não-verbal, melhorando o emocional, aumentando a estimulação cognitiva e a interação social (Bamt, 2012). A Prática Musicoterápica permite lembrar de experiências de vida, por causa de sua associação com eventos sociais, religiosos e culturais, seja de forma ativa ou passiva. As habilidades armazenadas na memória a longo prazo, incentivam o uso de conhecimentos, tais como letras de canções conhecidas, a audição musical, o canto e a realização de movimentos e a execução musical (Gaston, 1968; Bamt, 2012).

Os programas de Musicoterapia precisam ser implementados a longo prazo para alcançar efeitos terapêuticos mais duradouros. O atendimento grupal de Musicoterapia deve ocorrer em um momento do dia em que os níveis de agitação e perturbação comportamental são os mais elevados. A equipe multiprofissional pode identificar momentos chave do dia em que a intervenção do grupo seria benéfica e

viável. A intervenção em grupo é uma solução viável no contexto dos cuidados para melhorar o bem estar desta população (Bamt, 2012).

O musicoterapeuta possui qualificação e um recurso único que o identifica na prática clínica, a música. Os atendimentos auxiliam os idosos a cultivar novos interesses, restabelecendo vínculos e verbalizando seus desejos para continuar participando da vida (Luz, 2014). A experiência musical torna o idoso institucionalizado pertencente a um grupo social, ampliando as relações interpessoais e o desejo de continuar participando da vida (Gaston, 1968).

3 JUSTIFICATIVA

Pela conseqüente dependência, limitações e perdas, algo se pode fazer pela classe idosa, não só a nível terapêutico, mas, preventivamente, possibilitando-lhes uma melhora na qualidade de vida (Luz, 2014).

Durante o envelhecimento, seja ele fisiologicamente normal ou não, ocorre uma atrofia do cérebro e conseqüente morte neuronal que tende a ser seletiva. Um conjunto de sistemas tratam de compensar as áreas das perdas sofridas, retardando o aparecimento de déficits funcionais importantes e conseguindo que tal função permaneça, em parte compensada (Febrero, 2010). Com a experiência musicoterapêutica o idoso institucionalizado pode vivenciar uma melhora na percepção de seu estado geral de saúde, contribuindo na manutenção da demanda cognitiva, emocional e social (Luz, 2014).

Neste sentido, considera-se que a promoção da saúde e da qualidade de vida são objetivos importantes em atividades com idosos, pois é fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações físicas e psicológicas, prevenindo possíveis déficits na saúde e promovendo a sua autonomia (Cramês, 2012).

A música é um fenômeno grupal, até mesmo em sessões individuais, pois aproxima as consonâncias socioculturais, estabelecendo um excelente meio de integração social. O trabalho da Musicoterapia com idosos se dá através de atividades musicais, do resgate da memória autobiográfica, propiciando às lembranças de fatos e épocas vividas (Gaston, 1968).

Estudos brasileiros em Musicoterapia (Zanini, 2003; Gatti, 2008; Mozer *et al.*, 2011; Aroca, 2012; Passarini, 2013) e Educação Musical (Luz e Silveira, 2006; Leão, 2008; Leão e Flusser, 2008) com idosos mostraram-se quantitativamente escassos quanto à população institucionalizada, fomentado-se a importância de pesquisas sistematizadas por meio da intervenção musicoterápica, já que áreas multidisciplinares vem pesquisando a prática musical com a mesma faixa etária.

Ensaio clínico apontaram resultados clinicamente relevantes associando musicoterapia no tratamento de comportamento, problemas sociais, cognitivos e emocionais de idosos (Vink *et al.*, 2003; Choi *et al.*, 2009; Cooke *et al.*, 2010; Burlá *et al.*, 2014), no entanto as pesquisas têm se direcionado mais para as doenças neurodegenerativas, principalmente a Doença de Alzheimer (Burlá *et al.*, 2014), que tem apresentado um aumento gradual na sua prevalência na população brasileira (Nitrini *et al.*, 2004). É importante ainda salientar que são necessárias pesquisas com amostras maiores, já que a qualidade metodológica dos estudos é pequena, de curto prazo, não se tendo conclusões para serem extraídas (Bamt, 2012).

Por isso procurou-se verificar se a intervenção musicoterapêutica pode melhorar a qualidade de vida, assim como, contribuir para prevenir ou reduzir sintomas ansiosos e depressivos em idosos institucionalizados.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GERAIS

Investigar o efeito da intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade de vida em um grupo de idosos institucionalizados antes e após as sessões de musicoterapia;
 - Avaliar os sintomas depressivos e ansiosos em um grupo de idosos institucionalizados antes e após as sessões de musicoterapia;
 - Identificar o funcionamento cognitivo através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia;
 - Comparar o grupo de idosos que realizaram sessões de musicoterapia com um grupo controle, sem intervenção musical.
-

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico controlado com amostragem por conveniência.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo foi realizado no Asilo São Vicente de Paulo da cidade de Criciúma/SC (grupo intervenção) e no Abrigo dos Velinhos da cidade de Tubarão/SC (grupo controle).

A população do Asilo São Vicente de Paulo contemplava setenta (70) idosos residentes. Na cidade de Tubarão/SC o Abrigo dos Velinhos abrigava cinquenta (50) idosos em regime integral de internato. O acolhimento aos idosos proporcionava a assistência direcionada para vítimas do infortúnio ou rejeição familiar, do relento e da marginalização social. Os dois grupos, apresentaram características bastante semelhantes, pertencendo a duas entidades de assistência social governamental que atendem idosos em situação de vulnerabilidade social.

5.2.1 Procedimento Amostral

Os ensaios clínicos são considerados padrão ouro (Consort., 2014) em pesquisa na área da saúde e uma das ferramentas mais eficazes na obtenção de evidências para a prática clínica (Souza, 2009).

É um tipo de estudo muito semelhante aos estudos de coorte prospectivos, com a diferença que o seu delineamento permite eliminar diversos vieses, como, por

exemplo, viés de seleção e fatores de confusão, pois os grupos de tratamento e controle são alocados usando técnicas aleatórias e as características são distribuídas de maneira semelhante em ambos os grupos (Suzumura e Carballo, 2009).

Para calcular o tamanho da amostra foi considerado o nível de significância de 5%, poder de 90% e um tamanho de efeito de 1 (um) desvio padrão entre os grupos quanto aos escores de qualidade de vida, obteve-se um total mínimo de 23 sujeitos por grupo, segundo Castro (Castro *et al.*, 2009).

Em função de termos encontrado um número grande de idosos com doenças psiquiátricas e analfabetismo, tivemos que procurar outra instituição com as mesmas características e o mesmo perfil de idosos, afim de se conseguir o número necessário para a pesquisa. Procurou-se outra instituição em outra cidade, uma ILPI de assistência social de alta complexidade, abrigando idosos em situação de vulnerabilidade social, ausência e negligência familiar e violência. Para viabilizar a pesquisa, fizemos a intervenção com musicoterapia, na ILPI mais próxima à musicoterapeuta e o grupo controle na ILPI em outra cidade. Os dados sócio-demográficos foram controlados, sendo que a escolaridade foi o único aspecto que apresentou diferenças, em função disso, todas as análises posteriores foram ajustadas para o nível de escolaridade através de análise multivariada.

Inicialmente, os escores para o MEEM seriam uma adaptação de um estudo que considerava um ponto de corte de 20 para analfabetos, 25 para um a quatro anos de escolaridade, 26,5 para cinco a oito anos, 28 para 9 a 11 anos e 29 ou mais para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos (Brucki *et al.*, 2003). Porém, no decorrer da pesquisa percebeu-se que eram valores elevados para a população desse estudo, pelo índice significativo de analfabetismo e de baixa escolaridade. Baseado em outras pesquisas optou-se por adotar o seguinte ponto de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade. Os dois grupos foram subdivididos quanto à escolaridade em: analfabetos e baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos); média escolaridade (4 a 8 anos incompletos) e alta escolaridade (8 ou mais anos) (Bertolucci *et al.*, 1994).

No Grupo Intervenção, foram excluídos 5 idosos, porque apresentavam impossibilidade de participar por motivos de saúde, 1 por problemas na fala e audição, 18 por doenças psiquiátricas, 1 por deficiência visual, 6 por deficiência

mental, 12 por doenças neurológicas e 2 porque não eram considerados idosos segundo a definição do Estatuto do Idoso. Antes dos encontros 1 idoso classificado para o grupo de Musicoterapia veio a óbito. Houve a exclusão de 46 (65,7%) indivíduos.

No Grupo Controle, 6 idosos foram excluídos por problemas psiquiátricos, 4 por deficiência mental, 12 por doenças neurológicas, 2 por não se enquadrarem como idosos e 2 idosos faleceram durante a pesquisa. Foram excluídos 26 idosos (52%).

5.2.2 Recrutamento

Primeiramente foi feito contato com a direção das ILPIs para verificar o interesse em realizar a pesquisa.

Foi agendada uma reunião nas duas instituições, que autorizaram a realização da pesquisa com os participantes e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade.

O presente ensaio clínico foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC). Os campos de preenchimento obrigatório do REBEC atendem ao conjunto de dados mínimos requeridos pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), (Rebec, 2014) e estudos futuros devem seguir as orientações do CONSORT para relatórios de ensaios clínicos, incluindo medidas de resultados confiáveis e validadas, e ser suficiente para avaliar os efeitos a médio e longo prazo (Martins *et al.*, 2009; Moher *et al.*, 2010).

5.2.3 Critérios de Seleção

5.2.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa, idosos com 60 anos ou mais, com o funcionamento cognitivo preservado, conforme escores do Mini Exame do Estado Mental.

5.2.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa, idosos que apresentavam as seguintes restrições:

- Desempenho cognitivo no Mini Exame do Estado Mental <13 para analfabetos e <18 para indivíduos com baixa e média escolaridade (Bertolucci *et al.*, 1994), onde foram excluídas as doenças demenciais e psicose;
- Doenças psiquiátricas graves;
- Distúrbios neurológicos (afasia) e de comunicação (surdez, mudez);
- Acamados portadores de patologias motoras incapacitantes.

5.3 COLETA DE DADOS E ROTINA

Depois de aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS sob o parecer 416.104, a coleta de dados teve início em dezembro de 2013 a agosto de 2014. No primeiro momento a pesquisadora entrou em contato com as equipes sobre o funcionamento do projeto. Em um segundo momento a pesquisadora iniciou as avaliações com os idosos e posteriormente realizaram-se sessões de musicoterapia no grupo intervenção do Asilo São Vicente de Paulo.

A pesquisadora iniciou aplicando o MEEM (Brucki *et al.*, 2003) com o ponto de corte sugerido por Bertolucci (Bertolucci *et al.*, 1994) a fim de fazer a seleção dos

possíveis sujeitos da pesquisa. Este teste visou eliminar idosos com possíveis quadros de demência e possibilitou rastrear o funcionamento cognitivo dos idosos das duas ILPIs.

Após o MEEM, os idosos que se enquadraram nos critérios de seleção, respondendo aos demais questionários na seguinte ordem: BDI-II, BAI e WHOQOL-bref. Na impossibilidade dos idosos assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a direção dos asilos e familiares foram informados e assinaram a autorização.

Escolhemos o Inventário de Depressão de Beck, por ser um questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha, sendo cada um com quatro opções de resposta em forma de afirmações, e com isso facilitar o entendimento e a resposta do paciente, permitindo que selecione aquela que melhor se ajusta à forma que se sente no momento. Por ser um dos instrumentos mais utilizados para medir a gravidade de episódios depressivos optou-se pela aplicação deste teste nesta pesquisa.

Após avaliação completa, a instituição foi sorteada por um pesquisador que não conhecia os locais nem os idosos. Desta forma o Asilo São Vicente de Paulo foi o grupo intervenção e o Abrigo dos Velhinhos foi o grupo controle. Os participantes foram distribuídos em dois grupos, controle com 24 indivíduos e intervenção com 24 indivíduos.

Após a divisão, o grupo intervenção foi avaliado pelo Protocolo das Sessões de Musicoterapia, através dos registros audiovisuais, o qual foi aplicado durante os atendimentos de musicoterapia. A Musicoterapia foi aplicada no grupo de idosos do Asilo São Vicente de Paulo (grupo intervenção) e não foi aplicada no grupo do Abrigo dos Velhinhos (grupo controle). No Asilo São Vicente de Paulo a realização dos atendimentos foram uma vez por semana, tendo duração de 60 minutos, no período de fevereiro a julho de 2014, totalizando 26 sessões. Os dados foram colhidos através do preenchimento semanal do Protocolo de Análise das Sessões, com base nas gravações realizadas em áudio e vídeo. O tempo entre as avaliações ocorreram no período de seis meses.

5.3.1 Instrumentos de Coleta de Dados

- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein *et al.*, 1975): este teste, criado por Folstein (1975), na versão apresentada por Bertolucci *et al.* (Bertolucci *et al.*, 1994) permitiu avaliar a função cognitiva e o rastreamento de quadros demenciais. Tem sido utilizado para detecção de declínio cognitivo, acompanhamento de quadros demenciais e monitoramento da resposta ao tratamento. O MEEM pode ser usado como teste de rastreio para avaliação cognitiva, porém não pode ser usado para diagnosticar demência (Bertolucci *et al.*, 1994). É composto por sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar uma função cognitiva específica: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore total do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos. O ponto de corte para o diagnóstico de demência em indivíduos sem escolaridade foi <13, para baixa e média escolaridade <18 e para alta escolaridade 26 (Bertolucci *et al.*, 1994).

- Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II): o BDI-II é a segunda versão do Inventário de Depressão de Beck. Foi desenvolvido por Beck e colaboradores em 1996 e é um instrumento para análise da intensidade de depressão tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral (Beck *et al.*, 1996). O inventário é composto por 21 itens com quatro afirmativas de resposta cada (escore variando de 0 a 3), com exceção dos itens 16 e 18 que têm sete afirmativas cada, sem, contudo variar o escore. O sujeito deve escolher a afirmativa mais aplicável a si mesmo nas últimas duas semanas. O escore refere-se a níveis crescentes de depressão. O escore total é resultado da soma dos 21 itens, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em depressão mínima/sem depressão (0-13), depressão média (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29- 63) (Gomes-Oliveira *et al.*, 2012).

- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Beck *et al.*, 1988): O BAI é uma medida da intensidade da ansiedade. É composto por 21 sintomas relacionados à ansiedade em que o sujeito é questionado o quanto tem se incomodado com esses sintomas durante a última semana, incluindo o dia da coleta de dados. As respostas

para cada sintoma podem ser: absolutamente não (pontuação 0), levemente (pontuação 1), moderadamente (pontuação 2), e gravemente (pontuação 3). A pontuação máxima obtida é 63. A classificação recomendada para o nível de ansiedade é ansiedade mínima (0-7), ansiedade leve (8-15), ansiedade moderada (16-25) e ansiedade grave (26-63). Nesta pesquisa foi utilizada a versão traduzida e validada para a população brasileira da escala de Beck (Cunha, 2001).

- WHOQOL-bref: é um questionário abreviado do WHOQOL-100 utilizado para mensurar a qualidade de vida. Foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS a fim de ter um instrumento de mais rápida aplicação (Who., 1996). Foi validado no Brasil por Fleck (Fleck *et al.*, 2000). O questionário é composto por 26 questões, sendo duas referentes a qualidade de vida geral (auto-avaliação da qualidade de vida) e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada questão conta com 5 alternativas que variam de um escore de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Nas questões 3, 4 e 26 esses valores devem ser invertidos. Para análise de dados, foi feita uma média de cada domínio. O resultado foi multiplicado por 4, sendo representado em uma escala de 0 – 20. Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 - 100 pela seguinte fórmula: (escore do domínio – 4)*(100/16) (Pedroso *et al.*, 2010).

- Protocolo de Análise das Sessões (Luz, 2014): a análise dos dados foi realizada através de protocolos descritivos de cada sessão, obtidos a partir dos registros audiovisuais, envolvendo o conteúdo das respostas musicais obtidas ao longo das intervenções realizadas. Após a realização de todos os atendimentos foi efetivada a análise quantitativa do processo e compilação dos dados. Para fins de análise de dados, foram descritas quais técnicas musicoterápicas que mobilizaram os idosos na melhoria de seu estado emocional e cognitivo e melhoria da qualidade de vida.

5.4 INTERVENÇÃO

Os idosos participaram das sessões de Musicoterapia, uma vez por semana, com duração de 60 minutos, por 26 semanas, totalizando 26 sessões. Os idosos

foram convidados a cantar, dançar e tocar os instrumentos percussivos disponibilizados a cada encontro pela musicoterapeuta.

Foram utilizados os quatro principais métodos musicoterápicos: recriação musical, audição musical, composição e improvisação. As sessões de musicoterapia consistiam em movimentos corporais rítmicos, onde foi desenvolvido a melhora da amplitude articular, tarefas motoras específicas e estratégias para melhorar o equilíbrio e marcha, preensão de objetos, orientação espacial e temporal. No canto coletivo as canções selecionadas visaram a melhora da articulação das palavras, da motricidade oral e do condicionamento cardiorrespiratório dos idosos. O violão foi utilizado na maioria das sessões conduzindo a harmonia e a pulsação durante a produção sonora e musical do grupo.

Como procedimento geral todos os encontros iniciaram com a canção de boas-vindas, em que os residentes eram convocados a se aproximar e participar dos atendimentos no grupo. As canções selecionadas para cada atendimento eram direcionadas especificamente para as necessidades de cada idoso, para fins de reminiscências, onde eram estimuladas as lembranças de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o bem estar, a qualidade de vida e a orientação para o presente.

O comportamento sonoro e as inferências ocorridas durante os atendimentos do grupo foram registrados semanalmente no Protocolo de Análise das Sessões, contendo também todas as atividades delineadas para cada encontro. Os registros de imagens e áudio de cada sessão foram armazenados individualmente, servindo como recursos para subsidiar informações específicas sobre a atuação de cada idoso, da relação dele com os demais e da atuação junto ao grupo.

A realização de todos os atendimentos foi efetivada através da análise quantitativa do processo e compilação dos dados. Também foram descritas quais as técnicas musicoterápicas que mobilizaram os idosos na diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos, e na melhora da qualidade de vida.

5.5 VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo foram o funcionamento cognitivo, o nível de ansiedade e depressão e qualidade de vida.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar as médias entre os grupos, o teste t-student foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de *Mann-Whitney* foi utilizado. Para a comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foi aplicado.

Nas comparações intragrupos, os testes t-*student* pareado ou de Wilcoxon foram aplicados.

A avaliação da associação do percentual de adesão com as escalas pré e pós intervenção no grupo de musicoterapia foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman, devido à assimetria do percentual de adesão.

As variáveis que apresentaram um valor $p < 0,20$ na análise bivariada foram inseridas em um modelo multivariado para controle de fatores confundidores. As análises utilizadas para esse controle foram a Análise de Covariância (ANCOVA) e Correlação Parcial. As variáveis com distribuição assimétrica sofreram transformação logarítmica para o uso desses testes paramétricos.

O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

5.6.1 Hipóteses

5.6.1.1 Hipótese I

H0: não haverá diferença do nível de sintomas de depressão entre G1 e o G2.

H1: o G2 terá maior nível de sintomas de depressão quando comparado com o G1.

5.6.1.2 Hipótese II

H0: não haverá diferença do nível de sintomas de ansiedade entre G1 e o G2.

H1: o G2 terá maior nível de sintomas de ansiedade quando comparado com o G1.

5.6.1.3 Hipótese III

H0: não haverá diferença da qualidade de vida entre o G1 e o G2

H1: o grupo G1 terá melhor qualidade de vida quando comparado com o G2.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo, o qual segue as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), teve início após a aprovação na Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Em observância às diretrizes que dispõe o CONSORT (2010) e aspectos éticos os idosos convidados a participar da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e finalidades da mesma.

Todos os sujeitos participantes registraram sua livre aceitação em duas vias por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os

participantes tinham o direito de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem ter nenhuma penalização ou prejuízo, bem como lhes foi assegurada a privacidade quanto aos dados confidenciais obtidos na investigação.

As propostas de atividades musicais oferecidas aos integrantes da pesquisa não implicaram em qualquer risco à saúde e integridade física, mental e/ou emocional, esperando-se que as mesmas revertersem em benefícios a todos que participaram das sessões.

6 RESULTADOS

Do total de 120 idosos residentes das duas ILPIs foram seleccionados 48, dos quais foram divididos em dois grupos, 24 idosos do grupo de musicoterapia e 24 idosos do grupo controle.

A média de idade da amostra total foi 76,4 anos ($\pm 8,4$). Observou-se uma pequena predominância do sexo feminino (n=25; 52,1%). Essas características foram semelhantes entre os grupos (p=0,152 e p=1,000, respectivamente), conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis*	Grupo MT (n=24)	Grupo Controle (n=24)	P
Idade (anos)	74,7 \pm 8,0	78,2 \pm 8,7	0,152
Sexo			1,000
Masculino	12 (50,0)	11 (45,8)	
Feminino	12 (50,0)	13 (54,2)	
Nível de escolaridade			0,022
1 a 4 anos incompleto	10 (41,7)	19 (79,2)	
4 a 8 anos incompletos	12 (50,0)	5 (20,8)	
8 ou mais anos de estudo	2 (8,3)	0 (0,0)	
Uso de medicação contínua	20 (83,3)	18 (75,0)	0,722

* descritas por média \pm DP ou n(%)

Houve predomínio na amostra total de idosos com baixa escolaridade (de 1 a 4 anos incompleto), representado 60,4% da amostra total (n=29). Houve diferença significativa entre os grupos quanto ao nível de escolaridade (p=0,022). Os idosos do grupo de musicoterapia apresentaram maior nível de escolaridade quando comparados com os idosos do grupo controle. Desta forma, todas as análises posteriores foram ajustadas para o nível de escolaridade através de análise

multivariada. Além da escolaridade, os ajustes também foram realizados para a idade do idoso, visto que o nível descritivo amostral desta variável permitiu sua inclusão no modelo multivariado ($p < 0,20$). Sendo estas variáveis pertencentes ao grupo de dados sociodemográficos, o controle de sua influência sobre os demais desfechos é importante para o controle do viés de confusão.

6.1 QUALIDADE DE VIDA

Na comparação entre os grupos em relação a qualidade de vida, houve diferença significativa nos escores do WHOQOL-BREF somente no domínio físico ($p = 0,006$), após o ajuste pelo nível de escolaridade e idade, conforme apresenta a Tabela 2. O grupo de musicoterapia teve um melhor desempenho no escore de qualidade de vida nesse domínio quando comparado com o grupo controle, revelando o maior impacto da intervenção.

Nas comparações entre os grupos antes da intervenção, não houve diferença significativa em nenhum dos parâmetros analisados ($p > 0,05$).

Nas comparações intragrupo, o grupo de musicoterapia melhorou significativamente após a intervenção os escores dos domínios físico ($p = 0,002$), ambiente ($p = 0,038$) e geral ($p = 0,001$). No grupo controle, houve uma piora significativa nos escores do domínio social do WHOQOL-BREF ($p = 0,037$). A adesão foi avaliada pelo percentual de sessões participadas pelo idoso.

Não houve interferência do percentual de adesão nos escores de qualidade de vida. Também não houve associação do sexo e da idade com os escores de qualidade de vida.

Tabela 2 - Avaliação dos testes pré e pós intervenção por grupo

Variáveis*	Grupo MT (n=24)	Grupo Controle (n=24)	P	Pajustado#
WHOQOL-BREF				
Domínio Físico				
Pré	49,3 ± 17,1	55,2 ± 18,3	0,250	0,650
Pós	58,8 ± 14,3	51,5 ± 15,6	0,099	0,065
Delta (Δ)	9,5 ± 13,5**	-3,7 ± 11,4	0,001	0,006
Domínio Psicológico				
Pré	65,5 ± 8,5	62,8 ± 14,2	0,445	0,382
Pós	62,8 ± 9,9	62,5 ± 11,3	0,910	0,955
Delta (Δ)	-2,6 ± 8,6	-0,3 ± 10,3	0,415	0,277
Domínio Social				
Pré	58,3 ± 16,3	61,1 ± 16,6	0,562	0,930
Pós	56,9 ± 12,2	53,1 ± 15,3	0,344	0,497
Delta (Δ)	-1,4 ± 15,7	-8,0 ± 17,6**	0,177	0,497
Domínio Ambiente				
Pré	46,9 ± 10,3	45,3 ± 13,6	0,738	0,619
Pós	50,5 ± 9,7	41,3 ± 12,9	0,007	0,098
Delta (Δ)	4,0 ± 9,0**	-4,0 ± 11,1	0,008	0,190
Geral				
Pré	50,0 ± 15,2	54,7 ± 22,1	0,396	0,769
Pós	64,1 ± 14,9	52,6 ± 21,2	0,036	0,331
Delta (Δ)	14,1 ± 17,4**	-2,1 ± 19,0	0,004	0,163

* descritas por média ± desvio padrão ou mediana (percentis 25-75); ** diferença significativa entre as avaliações pré e pós intervenção pelo teste *t-student* pareado ou teste de Wilcoxon ($p < 0,05$); # ajustado pela idade e pelo nível de escolaridade

6.2 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Na comparação dos sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos, não houve diferença significativa entre os mesmos pré intervenção ($p > 0,05$). No entanto, o grupo intervenção reduziu mais os níveis de depressão após a musicoterapia do que o grupo controle, mesmo quando ajustado para escolaridade e idade ($p = 0,046$).

Isso pode ser explicado pelos níveis significativamente mais baixos do escore de BDI-II logo após a intervenção no grupo musicoterapia ($p=0,013$), conforme apresenta a Tabela 3.

Quanto aos sintomas de ansiedade, as diferenças entre os grupos não permaneceram significativas após o ajuste pela idade e escolaridade.

Nas comparações intragrupo, o grupo de musicoterapia melhorou significativamente o escore do BAI ($p=0,049$) e BDI ($p=0,002$).

Tabela 3 - Avaliação dos testes pré e pós intervenção por grupo

Variáveis*	Grupo MT (n=24)	Grupo Controle (n=24)	P	Pajustado#
BAI				
Pré	9,5 (4,3 a 19,8)	10,5 (5,3 a 19,5)	0,780	0,873
Pós	6 (3 a 12)	14,5 (8 a 18,8)	0,014	0,277
Delta (Δ)	-0,5 (-7,8 a 1,0)**	0,5 (-4,8 a 4,8)	0,073	0,230
BDI				
Pré	12,5 (7,3 a 19,8)	14,0 (6,3 a 25,8)	0,556	0,767
Pós	9 (7 a 11,8)	14,0 (10,3 a 19,8)	0,004	0,013
Delta (Δ)	-2 (-6,8 a 0,0)**	0,0 (-6,5 a 5,8)	0,005	0,046

* descritas por média \pm desvio padrão ou mediana (percentis 25-75); ** diferença significativa entre as avaliações pré e pós intervenção pelo teste *t-student* pareado ou teste de Wilcoxon ($p<0,05$); # ajustado pela idade e pelo nível de escolaridade

Na associação da adesão com os desfechos em estudo, observou-se uma associação inversa pós intervenção do escore de depressão com a adesão, sendo que quanto maior a adesão, menor os níveis de depressão após a intervenção ($r=-0,483$; $p=0,017$). Essa associação ocorreu independentemente da idade e da escolaridade ($p=0,008$).

6.3 FUNCIONAMENTO COGNITIVO

Na comparação entre os grupos quanto ao rastreio cognitivo, houve diferença significativa quanto a variação no MEEM ($p=0,015$), após o ajuste pela escolaridade e idade.

Antes da intervenção nas comparações entre os grupos, não houve diferença significativa em nenhum dos parâmetros analisados ($p > 0,05$). Nas comparações intra-grupo, no grupo controle, houve uma piora significativa nos escores do MEEM ($p = 0,015$).

Na associação da adesão com os desfechos em estudo, houve associação direta com o escore do MEEM pós intervenção, ou seja, quanto maior a adesão, maior o nível cognitivo ($r = 0,455$; $p = 0,025$). A associação foi significativa independentemente da idade e da escolaridade dos idosos ($p = 0,026$).

Tabela 4 - Avaliação dos testes pré e pós intervenção por grupo

Variáveis*	Grupo MT (n=24)	Grupo Controle (n=24)	p	pajustado#
MEEM				
Pré	20,9 ± 4,9	18,7 ± 3,9	0,096	0,620
Pós	21,5 ± 5,0	17,3 ± 4,9	0,005	0,082
Delta (Δ)	0,67 ± 2,05	-1,38 ± 2,0**	0,004	0,015

* descritas por média \pm desvio padrão ou mediana (percentis 25-75); ** diferença significativa entre as avaliações pré e pós intervenção pelo teste *t-student* pareado ou teste de Wilcoxon ($p < 0,05$); # ajustado pela idade e pelo nível de escolaridade

6.4 SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

Quanto ao percentual de adesão a musicoterapia, a média foi de 46,3% das 26 sessões ($\pm 31\%$), com mediana de 53,9%. Do total de idosos submetidos à musicoterapia, 54,2% freqüentaram no mínimo a metade das 26 sessões.

O estado civil mais recorrente no grupo de musicoterapia foi o viúvo representando 45,8%, seguido pelos solteiros 29,1% e pelos divorciados e casados 12,5%. No grupo controle, 50% eram viúvos, solteiros e divorciados 20,8% e casados 8,33%. Nos dois grupos de nosso estudo os homens mostraram um percentual maior de analfabetismo, porém no grupo controle foi ainda maior. Sobre média e baixa escolaridade, as mulheres predominaram sobre os homens nos dois grupos, contudo no grupo de musicoterapia foi prevalente. A alta escolaridade foi apresentada somente no grupo de musicoterapia.

As técnicas de audição e re-criação foram recorrentes nos atendimentos de musicoterapia. Na recriação os idosos reproduziram cantando as canções de sua época e de seu convívio, como caipiras, românticas, populares, folclóricas e religiosas e executaram os instrumentos oferecidos pela pesquisadora. Em cada encontro a musicoterapeuta solicitou que cada idoso escolhesse um instrumento percussivo para acompanhar. A técnica de recriação foi recorrente em 22 sessões (84,6%) realizadas com o grupo intervenção. A canção de acolhimento e de despedida foi inserida em todos os atendimentos. Nas experiências de audição, o grupo acompanhou cantando e tocando os instrumentos percussivos disponibilizados. As atividades de audição foram identificadas em 21 sessões, representando 80,7%.

As técnicas menos utilizadas com o grupo intervenção foram a composição e a improvisação. Na composição as canções tiveram variações, mantendo-se a melodia original, acolhendo cada um junto ao grupo. A técnica foi verificada em 3 sessões (11,5%). Por último, na improvisação os idosos tocavam os seus instrumentos enquanto acompanhavam a produção musical da musicoterapeuta e a audição de canções instrumentais e vocais. A improvisação foi constatada em 2 sessões (7,7%).

6.5 MEDICAÇÃO EM USO

Quanto à medicação, 75% (n=18) do grupo controle e 83,3% (n=20) do grupo intervenção utilizavam fármacos de uso contínuo. Os tipos de medicação eram variados e com objetivos variados. A polifarmácia foi observada em 79,1% (n=38) da amostra geral nos idosos e dentre os psicofármacos 12 pacientes (2,88%) usavam antidepressivos (fluoxetina, sertralina, amitriptilina, nortriptilina, citalopram, escitalopram, venlafaxina, mirtazapina e donaren retard); 8 (1,92%) usavam ansiolíticos e hipnóticos (rohypinol, clonazepam, diazepam, bromazepam, zolpidem e alprazolam); 7 (1,68%) usavam antipsicóticos e neurolépticos (quetiapina, risperidona, clorpromazina e haloperidol) e 2 (0,48%) usavam estabilizadores do humor (carbamazepina e carbonato de lítio).

Não houve associação estatisticamente significativa com as variáveis idade, sexo e escolaridade para nenhum dos grupos com relação à medicação.

7 DISCUSSÃO

A depressão e a ansiedade são condições clínicas subsindrômicas freqüentes na população idosa (Grinberg, 2006; Lobo *et al.*, 2012), muitas vezes de difícil diagnóstico pois estão relacionadas às perdas físicas e cognitivas decorrentes do próprio envelhecimento (Cancela, 2007). Com o aumento da população idosa em ILPIs (Christophe, 2009) e o maior risco de morbidade e mortalidade considera-se importante destacar a prevenção principalmente da depressão (Martins, 2008), pois muitos já possuem doenças crônicas, prejudicando ainda mais a saúde e conseqüentemente a qualidade vida (Celich e Galon, 2009).

Neste estudo, buscou-se analisar o efeito da intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados.

Os estudos têm utilizado a música como uma ferramenta para facilitar o bem-estar e investigar a importância da sua contribuição para a qualidade de vida dos idosos (Thompson *et al.*, 2005). No Brasil as pesquisas ainda se mostram quantitativamente insuficientes quanto à atuação do profissional musicoterapeuta com a população de idosos institucionalizados, pois as pesquisas do ponto de vista de investigação necessitam ser mais dinâmicas para gerar conhecimentos práticos para a sua aplicação.

A prática clínica de um musicoterapeuta é guiada pela integração da melhor evidência disponível de pesquisas, necessidades, valores e preferências dos pacientes (Cbmt., 2015).

7.1 PERFIL DA AMOSTRA

A amostra em nosso estudo mostrou distribuição semelhante, com leve predominância de indivíduos do sexo feminino. Estudos ratificam o fenômeno da feminização da velhice (Salgado, 2002), onde mulheres idosas apresentam maior expectativa de vida sobre os homens e com idade mais avançada (Chaimowicz e Greco, 1999; Souza e Santos, 2007).

A participação social do idoso em atividades diminui o isolamento social e a solidão na velhice, pois muitas das causas de institucionalização estão ligadas ao declínio da saúde física e mental (Gonçalves *et al.*, 2008; Sousa e Silver, 2008). Fazer parte de um grupo comunitário, ter um vizinho e ter um cônjuge pode colaborar para a saúde do idoso, melhorando a sua autonomia e sua autoestima (Ramos, 2003).

Muitos desfechos negativos à saúde do idoso têm sido apontados à baixa escolaridade, como problemas de saúde mental, maior fragilidade e maior carga de doenças crônicas (Feliciano *et al.*, 2004). Na tentativa de ajustar os desequilíbrios entre os grupos com relação à escolaridade, e por ser uma característica importante em ambos os grupos, foi essencial o controle dos dados com relação a este fator, a fim de controlar a influência desse possível confundidor nos desfechos em comparação.

7.2 QUALIDADE DE VIDA

Na qualidade de vida do idoso institucionalizado poucos estudos brasileiros foram identificados sobre a atuação da Musicoterapia. Deve-se salientar a escassez de resultados nos trabalhos sobre este tema na prática clínica, o número amostral pequeno, o período curto nas intervenções e a incapacidade de mensurar detalhadamente os critérios de adesão (Zanini, 2009). Novas formas de intervenção em Musicoterapia com idosos devem ser empregadas para avaliar uma maior eficácia e a replicação dos estudos com amostras maiores e controles mais rigorosos. Os estudos brasileiros delimitaram o potencial da musicoterapia em

análises comparativas e práticas baseadas em evidências (Mohammadi *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2014).

No estudo experimental de Medeiros (Medeiros e Zanini, 2014), que teve como objetivo investigar a contribuição da musicoterapia para a preservação da memória e para a qualidade de vida com um grupo de seis idosos institucionalizados, o domínio do WHOQOL-bref que mais sofreu impacto foi o físico ($p=0,14$), apesar de não haver significância estatística devido ao número reduzido de participantes observados. Em nossa pesquisa este também foi o domínio com maior impacto da intervenção, pois foi o único que demonstrou diferença entre os grupos, mesmo após o ajuste por fatores confundidores. Esta diferença significativa do grupo de musicoterapia no domínio físico, mobilizou os idosos quanto a sua condição motora e funcional, como no estudo de Mitak (Mitak, 2011), que aumentou os níveis de energia física após a participação e indicou níveis elevados de bem-estar dos idosos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Oms., 2001) a capacidade funcional é um fator de impacto na qualidade de vida em idosos, podendo gerar dependência ou não na vida diária. O ambiente físico influenciou positivamente na qualidade de vida dos idosos, envolvendo-os em atividades que influenciam positivamente no seu bem estar e na tomada de decisão devido a muitas restrições e falta de opções em atividades diárias (Kane, 1991; Wetle, 1991).

Em nosso estudo os domínios que mostraram agravo foram o social ($58,3>56,9$) e o psicológico ($65,5>62,8$). A falta do engajamento ativo em atividades sociais tem um impacto negativo sobre o bem estar psicossocial do idoso, devido ao confinamento institucional e privação das relações interpessoais. No estudo mineiro de Loureiro e cols. (Loureiro, 2012) que avaliou idosos institucionalizados através de um protocolo quantitativo em musicoterapia, contemplando as áreas de avaliação em geriatria, cognição, humor, mobilidade e comunicação, houve um aumento nos escores em todos os domínios, porém os que mostraram maior impacto foram o psicológico ($63,89<70,83$) e o social ($57,74<66,25$). Nos domínios físico ($64,8<65,54$) e ambiente ($54,37<58,75$) houve uma tendência a melhora, mas não mostrou significância. O declínio da saúde mental e física possui ligação com o isolamento social e a falta das relações sociais, como foi verificado no domínio social de nosso estudo. A presença do idoso em atividades grupais, pode contribuir para melhorar a autoestima e autonomia, aspectos bastante prejudicados no domínio psicológico.

Comparando com nosso estudo as atividades de maior êxito na intervenção mineira citada foram a socialização e humor, através dos resultados obtidos no protocolo de musicoterapia com o resultado do WHOQOL-bref. Portanto, o desenvolvimento de atividades estimuladoras para as relações sociais como atividades culturais, lazer, atividade física entre os idosos institucionalizados, podem refletir numa melhor percepção da qualidade de vida (Hwang *et al.*, 2003; Santos *et al.*, 2009).

Na intervenção musicoterapêutica de Brites (Brites, 2013), com 30 idosos institucionalizados ao longo de 9 meses, num total de 26 sessões, distribuídos entre 3 grupos e 4 intervenções individuais foi aplicado o WHOQOL-Bref, no pré e pós tratamento. Foi observado um grau de satisfação médio relativamente à sua qualidade de vida, porém não houve a realização de testes estatísticos sobre os resultados e sim uma avaliação qualitativa de cada indivíduo, dificultando a análise comparativa dos resultados achados com outros estudos e com a mesma população. Portanto, os resultados do estudo não apontaram uma mensuração detalhada dos resultados.

Na intervenção coral irlandesa de Ahessy *et al.* (Ahessy, 2010), o escore de qualidade de vida melhorou em 57% ($p=0,0004$). Em nossa intervenção, o resultado também mostrou uma diferença significativa ($p=0,001$) no escore geral de qualidade de vida no grupo de musicoterapia, aumentando em 28,2% (Pré: 50,0 vs. Pós: 64,1). A manutenção do desempenho cognitivo e funcional manteve os idosos participativos das atividades cotidianas, preservando e melhorando a qualidade de vida (Cardoso *et al.*, 2002; Sousa e Lovisi, 2007). Em nosso estudo, foi observado uma melhora dos escores nas variáveis e no questionário WHOQOL-bref nos idosos do grupo de musicoterapia, indicando melhora na qualidade de vida daqueles que participaram das sessões durante os seis meses de intervenção. Os resultados encontrados foram eficazes tanto na análise intergrupos quanto intragrupo.

Cantar, tocar instrumentos, movimentar-se com música, compartilhar lembranças musicais pode ajudar a suprir as necessidades insatisfatórias de uma pessoa idosa para a auto-expressão, realização e significado na vida (Vanderark *et al.*, 1983; Clair e Bernstein, 1990; Tomaino, 2000). A música pode funcionar como um agente eficaz para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de idosos, fazendo parte dos cuidados de ILPIs, aumentando a satisfação em viver através de experiências musicais, obtendo-se melhores respostas biofisiológicas e

conseqüentemente aumento da auto-estima, auto-descoberta, consciência e prazer (Lippin e Micozzi, 2006).

7.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS

O número de idosos com depressão é maior em idosos admitidos em instituições (Siqueira *et al.*, 2009), ocasionando repercussões sociais e individuais, afetando o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, ou seja, apresentando risco inerente de morbidade e cronicidade (Andrade *et al.*, 2005).

O perfil dos idosos da pesquisa de Zanchetta (Zanchetta, 2006) se apresentou de forma fragilizada com em nossa pesquisa, mostrando carência afetiva, ausência da família no autocuidado e no suporte financeiro, perda da autonomia devido às doenças físicas e mentais incapacitantes e grande nível de sedentarismo pela falta de atividades físicas e ocupacionais.

Segundo o estudo de Ahessy (Ahessy, 2010), que investigou a terapia coral na redução da depressão e na melhorada qualidade de vida de idosos de um ambiente residencial e um centro dia, a média dos sintomas depressivos no grupo experimental foram reduzidos em 54% ($p=0,004$). Em nosso estudo também foi encontrado um percentual significativo de redução dos sintomas de 28% após a intervenção (Pré: 12,5 vs. Pós: 9), apresentando melhor escore ($p=0,013$). No estudo citado foram envolvidos 40 participantes, nos quais foram randomizados aleatoriamente em dois grupos. Os idosos participantes foram entrevistados pré e pós intervenção. O grupo tratamento ($n=20$) participou ativamente no coro durante 12 semanas, enquanto o grupo controle ($n=20$) recebeu os cuidados diários padrão. Um aspecto relevante a considerar, é que Ahessy pesquisou sujeitos que tem participação na comunidade, ao contrário de nosso estudo, que avaliou idosos institucionalizados. Em idosos que vivem em comunidade o índice de depressão é menor, como no estudo mineiro de Hoffmann (Hoffmann *et al.*, 2010), que verificou 20% de prevalência de sintomas depressivos, diferente de Panini *et al.* (Panini *et al.*, 2013), onde os resultados na pesquisa catarinense indicaram 62,1% dos sintomas depressivos nos idosos institucionalizados.

No estudo controlado e randomizado realizado em Singapura por Chan et al. (Chan *et al.*, 2012), foi investigada a audição musical como forma de intervenção para aliviar sintomas leves de depressão em idosos. No total de 50 participantes, 24 eram do grupo intervenção e 26 do controle. Os participantes ouviram a sua escolha musical durante 30 minutos a cada semana no período de 8 semanas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na semana 2 ($p=0,639$), semana 3 ($p=0,213$) e a semana 5 ($p=0,089$), mas na semana 4 ($p=0,005$), semana 6 ($p=0,012$), semana 7 ($p=0,008$) e semana 8 ($p=0,006$) foram encontradas diferenças. No grupo controle, os resultados revelaram que não houve redução significativa nos escores de depressão ($f=0,18$, $p=0,677$), por outro lado, houve redução nos escores de depressão no grupo que ouviu música ($f=7,05$, $p=0,016$). Os resultados sugerem que a audição musical pode reduzir sintomas de depressão e que a identidade sonora de cada paciente pode colaborar ainda mais neste processo.

Cross et al (Cross *et al.*, 2012), investigou o efeito da musicoterapia e da dançaterapia em idosos deprimidos com prejuízo cognitivo leve a moderado. Um grupo foi exposto a observação da dança e o outro somente a audição de músicas pré-gravadas. Foram estudados 100 idosos residentes em relação à melhora da memória e o alívio dos sintomas depressivos. A intervenção foi realizada em apenas uma sessão de 30 minutos e os testes foram utilizados antes da intervenção e medidos 3 e 10 dias posteriormente. Os escores melhoraram em ambos os grupos, em ambas as medidas após as intervenções, mas o grupo exposto a dançaterapia teve uma redução significativa e duradoura no BDI. Foi concluído que a observação ativa da dançaterapia poderia desempenhar um papel em aliviar temporariamente os sintomas depressivos moderados e alguns déficits cognitivos em idosos.

Em nosso estudo, a dança também foi utilizada com o grupo intervenção como um recurso, procurando mobilizar e estimular a atividade motora por meio da audição musical, ao contrário do estudo antes citado que só expôs o grupo à observação da dança. Outros ganhos além do motor foram identificados durante a prática com o grupo de musicoterapia, como melhora da expressão dos sentimentos, maior interação nas atividades e mais diálogo entre os idosos participantes. Outro aspecto que se pode destacar é que somente uma sessão como no estudo anterior não é suficiente para se manter os ganhos da terapia ao longo do tempo, por isso a

intervenção constante e por um tempo prolongado poderia colaborar ainda mais na manutenção dos resultados como foi proposto em nosso estudo.

7.4 SINTOMAS ANSIOSOS

Os estudos sobre a prevalência das perturbações de ansiedade em populações com idade superior aos 65 anos revelam-se escassos (Xavier *et al.*, 2001; Diaz, 2006). Relacionando o tratamento musicoterápico na ansiedade em idosos institucionalizados, três estudos mostraram limitações metodológicas com relação ao número amostral (Suzuki *et al.*, 2007), à ferramentas inadequadas para avaliações (Choi *et al.*, 2009) e a não descrição dos tipos de músicas utilizadas (Raglio *et al.*, 2008).

No estudo iraniano de Ali Zadeh Mohammadi *et al.* (Mohammadi *et al.*, 2011), foi avaliado o efeito da musicoterapia sobre o estresse, ansiedade e os níveis de depressão de um grupo de idosos que residiam em uma casa de repouso. O grupo intervenção recebeu dez sessões semanalmente de musicoterapia (cada uma com 90 minutos), incluindo a audição de músicas, o canto e a prática de tocar instrumentos de percussão, enquanto o grupo controle (sem música) recebeu atividades regulares diárias. Os participantes que se voluntariaram para o estudo foram aleatoriamente designados para a intervenção (n=11) e controle (n=8). Em nossa população investigada o grupo de musicoterapia apresentou uma melhora no pós intervenção, sendo que no controle houve uma piora não significativa, resultado similar encontrado no estudo citado, onde as diferenças entre os grupos foi significativa somente no pós-intervenção, no entanto este estudo não realizou as comparações pré e pós intervenção dentro de cada grupo. No estudo anteriormente citado a melhora foi alcançada em apenas dez sessões, o que nos faz refletir sobre se o número de sessões propostas seria o suficiente para se atingir os resultados desejáveis.

Alguns estudos (Bonny e Mccarron, 1984; Mullooly *et al.*, 1988; White, 1992) documentaram o uso da música no contexto clínico para reduzir a ansiedade. No estudo de Williams (Williams, 2000) foi avaliado o efeito da musicoterapia sobre a ansiedade pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgia estética-reconstrutiva.

Neste estudo, a amostra foi por conveniência, onde 48 pacientes foram designados tanto para o grupo experimental quanto controle, sem randomização. Os pacientes no grupo experimental foram convidados a selecionar músicas para ouvir por 30 minutos no pré-operatório. Foi feita uma comparação entre os sinais vitais dos pacientes e auto-relatos de ansiedade, que foi medido utilizando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. A análise de covariância (ANCOVA), não revelou nenhuma diferença estatística nos níveis de ansiedade entre os grupos. A relação entre cada variável medida mostrou apenas a taxa respiratória em fase de diferença estatística entre os grupos. Os resultados deste estudo indicaram um aumento estatisticamente significativo na pressão arterial sistólica do grupo controle e uma diminuição na taxa respiratória do grupo experimental ($p=0,01$). Os resultados comprovaram os efeitos da musicoterapia como um agente físico ansiolítico, analgésico e relaxante pré-operatório nos sintomas de ansiedade.

Muitas pesquisas destacaram a intervenção da musicoterapia com idosos portadores da doença de Alzheimer, pois a agitação e inquietação são dois dos sintomas preocupantes na maioria dos casos. Sung (Sung *et al.*, 2012) em seu estudo experimental avaliou o efeito da intervenção musical em grupo sobre a ansiedade e a agitação de idosos institucionalizados com demência. Foram designados aleatoriamente 55 participantes, ($n=27$) para o grupo experimental e ($n=28$) grupo controle. O grupo experimental recebeu a intervenção musical de 30 minutos, onde foram usados instrumentos de percussão e músicas conhecidas, 2 vezes por semana durante 6 semanas, totalizando 12 sessões, enquanto o grupo controle recebeu cuidados habituais (sem intervenção musical). Este estudo mostrou um efeito significativo na redução dos escores de ansiedade, no entanto, a redução da agitação entre os dois grupos não foi diferente. Também houve diferença para a função cognitiva, tendo o grupo experimental ($p=6.56$) um escore melhor que o grupo controle ($p=4.43$), apesar dos dois grupos terem sido classificados com comprometimento cognitivo moderado. A pontuação média da ansiedade do grupo controle foi reduzida, diferente de nosso estudo que mostrou piora no pós (Pré: 10,5 vs. Pós: 14,5) aumentando os sintomas. A escuta do idoso institucionalizado pode ser compartilhada através das sessões de musicoterapia, revelando uma forma de percepção dos sintomas ansiosos que se agravam e limitam ainda mais a

capacidade funcional diária e as relações interpessoais, como foi observado no grupo controle de nossa investigação.

Os resultados do estudo taiwanês (Sung *et al.*, 2012) mostraram as mesmas limitações que o estudo iraniano (Mohammadi *et al.*, 2011) com relação ao número de sessões realizadas, sendo importante considerar ainda que a população oriental estudada eram idosos com demência, com problemas comportamentais e psicológicos, onde o tratamento deve ser contínuo e por um período maior para se alcançar melhores resultados e manter os sintomas ansiosos controlados ou minimizados, diferentemente dos idosos de nosso estudo que não possuíam demência em nenhum dos grupos.

Em nosso estudo muitas canções foram solicitadas pelos idosos durante a intervenção em grupo, o que mostrou no estudo antes citado que as canções conhecidas podem gerar melhores respostas durante a intervenção com idosos com demência. Portanto, cabe o profissional musicoterapeuta verificar a estrutura musical implícita nas canções e quais as técnicas musicoterapêuticas mais eficazes, podendo gerar tensão ou relaxamento, inferindo conseqüentemente no comportamento e estado emocional em que se encontram os idosos. Em nosso estudo, a redução dos sintomas de ansiedade poderiam ser ainda mais eficazes se fossem realizadas por um período maior de tempo e com maior freqüência, diminuindo ainda mais a instabilidade emocional através dos atendimentos.

7.5 FUNCIONAMENTO COGNITIVO

O Mini Exame de Estado Mental foi proposto para rastrear a performance cognitiva e ter indícios de demência em nossa população como fator de exclusão. Após as sessões, foi verificado um aumento no desempenho cognitivo do grupo que sofreu a intervenção da musicoterapia. A avaliação do déficit cognitivo em idosos institucionalizados através do Mini Exame de Estado Mental mostrou ser amplamente utilizada em pesquisas e na prática clínica (De Almeida *et al.*, 2007; Borges *et al.*, 2012). Estudos apontam o déficit cognitivo como fator de risco no envelhecimento (Foroni e Dos Santos, 2012), prejudicando o funcionamento

ocupacional e social (Argimon e Stein, 2005), gerando cuidados de longa permanência e alto custo (Ricci *et al.*, 2005).

A função cognitiva declina com o passar da idade e o grau de escolaridade pode funcionar como estímulo para sua manutenção (Oliveira, P. H. D., 2010). Em indivíduos escolarizados, foi observado um melhor desempenho na velocidade de processamento, atenção, função executiva, memória e inteligência (Avila *et al.*, 2009). A associação entre escolaridade e declínio cognitivo mostrou que idosos com um ano de estudo ou menos têm 3,83 vezes mais chances de ter déficits cognitivos do que os que têm de um a quatro anos de estudo (Machado *et al.*, 2011). Em nosso estudo a piora nos escores cognitivos foi encontrada somente no grupo controle, e uma possível explicação poderia ser o nível de escolaridade mais baixo nesse grupo. No entanto, a diferença entre os grupos permaneceu, mesmo após o ajuste pela escolaridade, indicando que a piora dos níveis cognitivos no grupo controle ocorreu independentemente do nível de escolaridade.

No estudo de Ahessy (Ahessy, 2010), houve um aumento no funcionamento cognitivo do grupo coral no pós (Pré: 25,4 vs. Pós: 26,27), enquanto a pontuação do grupo controle não se alterou (Pré: 23.53 vs. Pós: 23.47). Na intervenção do grupo coral houve um aumento no desempenho com as funções cognitivas ($p=0,011$), e em nossa pesquisa foi verificada a manutenção das mesmas funções ($p=0,082$). No início do estudo, na comparação entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,620$). Após o período de intervenção, o grupo intervenção conseguiu manter o nível cognitivo (20,9 para 21,5), ao passo que o grupo controle teve uma piora significativa dos escores (18,7 para 17,3; $p=0,015$).

Medeiros (Medeiros e Zanini, 2014) descreveu os resultados obtidos através da aplicação do MEEM em idosos institucionalizados, pré e pós o período das intervenções musicoterapêuticas. O cálculo do escore do teste foi baseado no grau de escolaridade, porém com o ponto de corte diferente de nosso estudo. A pesquisa demonstrou que há possibilidade de preservar e otimizar as funções cognitivas, apesar da diferença nos escores dos questionários não ter sido significativa. A amostra ($n=6$) se mostrou pequena e os resultados qualitativos demonstraram benefícios com a aplicação da Musicoterapia.

Entre idosos institucionalizados, a qualidade de vida está direcionada aos cuidados oferecidos, sejam em comum ou pessoal. A estimulação cognitiva pode ser

oferecida associada à elaboração de estratégias de cuidados nas ILPIs, melhorando o seu desempenho e até mesmo retardando a evolução de déficits cognitivos mediante práticas de estimulação física e mental e de reabilitação (Abrisqueta-Gomes, 2006; Soares *et al.*, 2013).

7.6 SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

As sessões de musicoterapia permitiram que os idosos tivessem uma participação grupal nos atendimentos, tendo um papel relevante no processo de melhora em comparação ao grupo controle, portanto interferindo nas dimensões que compõem a qualidade de vida.

Os resultados musicoterapêuticos sugerem que a utilização das técnicas de audição e recriação como recurso terapêutico podem fazer parte dos cuidados em saúde, propiciando atividades grupais contribuindo na diminuição de sintomas de depressão, sendo uma abordagem terapêutica coadjuvante na manutenção da qualidade de vida e na manutenção do funcionamento cognitivo de idosos residentes em ILPIs.

O bem estar dos idosos institucionalizados depende da qualidade do espaço em que residem, da interação e do acesso às atividades de lazer oferecidas. Os resultados mostraram que a música propicia mudanças no ambiente, conduzindo à uma melhora do estado físico, motivando à maior mobilidade e conseqüente superação do grau de dependência dos idosos institucionalizados.

Medeiros (Medeiros e Zanini, 2014) verificou a usualidade das técnicas de audição e recriação numa instituição asilar de Goiânia, em dezesseis sessões, uma vez por semana, com duração de uma hora no período de quatro meses. A Musicoterapia viabilizou o resgate das reminiscências, da memória semântica, episódica e de longo prazo na melhora da qualidade de vida física, psicológica e ambiental aos idosos. Em nossa pesquisa, o ambiente físico onde eram realizadas as sessões musicoterapêuticas transformou a rotina dos idosos, que antes permaneciam ociosos na maior parte do tempo, sem atividades fixas programadas. A canção e a escolha do instrumento musical, aproximou o contato físico com a

musicoterapeuta, recriando novas oportunidades de comunicação e expressividade (Verdeau-Pailles, 1990; Lecourt, 1992). Em nossa prática foram utilizados instrumentos musicais diversos, como caxixi, ganzá, pandeiro, clavas, chocalhos, blocos sonoros, maracas, um violão e uma caixa de som amplificada.

As técnicas passivas permitiram aos idosos evocar emoções e verbalizar conteúdo internos, proporcionando momentos de bem estar e reconstruindo laços sociais perante a situação de abandono e segregação familiar em que se encontravam (Mehrotra, 2003; Hays, 2006; Laukka, 2007). Outros ganhos alcançados em nossa intervenção foram também observados no estudo de Hays e Minichiello (Hays e Minichiello, 2005), como a manutenção do bem-estar, expressão da sua espiritualidade, melhor conexão com as lembranças passadas e interação com o meio.

À espera semanal pelos encontros possibilitou a organização no tempo e no espaço, à mobilização de aspectos relacionados à identidade e o sentimento de pertencer a um grupo. Embora o paciente possa desenvolver habilidades musicais durante o *setting*, este não é o objetivo principal para a Musicoterapia, e sim os efeitos clínicos musicais de sua relação terapêutica (Verdeau-Pailles, 1990).

Quanto aos sentimentos negativos presentes nos sintomas depressivos, foram minimizados e substituídos pelo prazer da participação, pela tomada de iniciativa em suas escolhas musicais e maior abertura nos diálogos entre os participantes. Oferecer esta modalidade terapêutica a esta população trouxe a garantia de promover saúde e ao mesmo tempo desenvolver prevenção, podendo fazer parte dos cuidados de populações em ambientes senis com maior vulnerabilidade à depressão.

Verifica-se a importância da atuação do musicoterapeuta nas ILPIs para desenvolver atividades relacionadas a promoção da saúde, através de técnicas musicoterápicas eficazes, reparando déficits em idosos como a capacidade de escolha, atenção, memória e organização. As atividades musicais potencializam a atividade intelectual e melhoram a capacidade funcional diária, mesmo muitos apresentando limitação motora e dependência instalada.

Este trabalho apresentou limitações. De ordem metodológica o número de participantes e a diferença entre o nível de escolaridade entre os grupos dificultou a

extrapolação e a generalização dos resultados da população de idosos institucionalizados. Além disso outra limitação visível foi do estudo não ter avaliado as escalas no intermédio da intervenção o que poderia auxiliar na decisão do musicoterapeuta em qual o número mínimo de atendimentos necessários para se alcançar a melhor eficácia da terapia. Outra delimitação também foi não ter avaliado as comorbidades e o grau de independência dos idosos, pois a capacidade funcional e a autonomia são variáveis que podem colaborar ou piorar o estado de saúde do idoso institucionalizado.

Independente do número de sessões e do tempo em cada uma, em geral os estudos demonstram que há efeito da musicoterapia na qualidade de vida, depressão, ansiedade e funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. O desafio do musicoterapeuta neste momento é identificar o número mínimo de sessões para fazer com que o idoso mantenha o ganho obtido com a terapia, no entanto sem deixar que este tipo de atividade transcorra somente sobre a concepção de entretenimento, não se prestando só a uma rotina e sim a desafios diários potencializando as habilidades ainda existentes no idoso.

8 CONCLUSÃO

- A qualidade de vida geral do grupo de idosos institucionalizados após as sessões de musicoterapia, teve melhora significativa, sendo o domínio físico o que apresentou maior impacto após a intervenção;
 - Os sintomas depressivos melhoraram no grupo de idosos institucionalizados após as sessões de musicoterapia;
 - Os sintomas ansiosos não sofreram modificações no grupo de idosos institucionalizados após as sessões de musicoterapia;
 - Não houve mudanças no desempenho cognitivo, no grupo de idosos institucionalizados após as sessões de musicoterapia.
 - O grupo de idosos que realizou sessões de musicoterapia mostrou melhora na qualidade de vida e nos sintomas de depressão quando comparado ao grupo controle, sem intervenção musical.
-

9 REFERÊNCIAS

ABRISQUETA-GOMES, J. Introdução à reabilitação neuropsicológica em idosos. In: ABRISQUETA-GOMES, J., SANTOS, FH (Ed.). Reabilitação neuropsicológica: da teoria à prática. : São Paulo: Artes Médicas, 2006. p.137-154.

AHESSY, B. Choral therapy: Reducing depression and improving quality of life in older adults. In: PROCEEDINGS, 8th European Music Therapy Congress: Evidence for Music Therapy Practice, Research & Education, Cadiz, Spain, May, 2010.

ANDRADE, A. C. A. D. et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 26, n. 1, p. 57-66, 2005. ISSN 0102-6933.

ARGIMON, I. I.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 64-72, 2005. ISSN 0102-311X.

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

ÁVILA-FUNES, J. A. et al. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud publica de México, v. 49, n. 5, p. 367-375, 2007. ISSN 0036-3634.

AVILA, R. et al. Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. International Psychogeriatrics, v. 21, n. 03, p. 560-567, 2009. ISSN 1741-203X.

BÄCKMAN, L. et al. Rate of cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease: the role of comorbidity. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, v. 58, n. 4, p. P228-P236, 2003. ISSN 1079-5014.

BALBINOTTI, H. B. F. SER ADULTO MADURO HOJE: UMA VISAO PSICOLOGICA. CONCEITO - POA, 2005. ISBN 9788589569194. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=U8tyQgAACAAJ>> .

BAMT. Music Therapy in Dementia Care. British Association for Music Therapy 2012. Disponível em: <www.bamt.org/>.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988. ISSN 1939-2117.

BECK, A. T. et al. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, v. 67, n. 3, p. 588-597, 1996. ISSN 0022-3891.

BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr*, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. ISSN 0004-282X.

BONNY, H. L.; MCCARRON, N. Music as an adjunct to anesthesia in operative procedures. *AANA Journal*, v. 52, p. 55-57, 1984.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Exercício físico, déficits cognitivos e aptidão funcional de idosos usuários dos centros de saúde de Florianópolis. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 13, n. 3, p. 167-177, 2012. ISSN 2317-1634.

BRASIL. Portaria nº 810 Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso de 22 set 1989. Ministério da Saúde: Brasília/DF 1989.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1994. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8842.htm>>. Acesso em: 25 out 2008.

_____. Viver mais e melhor: guia completo para você melhorar sua saúde e qualidade de vida. . Assessoria de Comunicação Social. Ministério da Saúde: Brasília/DF 1999.

BRITES, H. C. D. F. A musicoterapia com idosos institucionalizados. 2013. Dissertação de Mestrado Mestrado em Musicoterapia, Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal - Leiria.

BRUCKI, S. M. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003.

BRUSCIA, K. E. Definindo musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BURLÁ, C. et al. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista Bioética*, v. 22, n. 1, p. 85-93, 2014. ISSN 1983-8034.

CALASANS, P.; ALOUCHE, S. R. Correlação entre o nível cognitivo e a independência funcional após AVE. *Rev Bras Fisioter*, v. 8, n. Supl 2, p. 105-9, 2004.

CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. 2007. 3-13 Trabalho de Conclusão (3). Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto, Portugal.

CARDÃO, S. O idoso institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler, 2009. ISBN 989821810X.

CARDOSO, A. P.; DE FREITAS, L. C.; TIRADO, M. G. A. Oficina de som e movimento: um espaço de intervenção terapêutica ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 13, n. 2, p. 51-55, 2002. ISSN 2238-6149.

CARDOSO, M. A. B. S. Percepção dos idosos residentes em Instituição de Longa Permanência sobre a prática da gerontomotricidade. 2007. Trabalho de Especialização (Especialização em Gerontologia Social), Escola de Saúde Pública do Ceará

CAROLINO, J. A.; CAVALCANTI, P. B.; DE LOURDES SOARES, M. Vulnerabilidade social da população idosa e a necessidade de políticas de proteção como mecanismo de inclusão social. *Qualit@s Revista Eletrônica*, v. 9, n. 1, 2009. ISSN 1677-4280.

CASTRO, J. C. et al. Níveis de qualidade de vida em idosas ativas praticantes de dança, musculação e meditação. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 12, n. 2, p. 255-65, 2009.

CBMT. Certification Board for Music Therapists. . 2015. Disponível em: <http://www.musictherapy.org/assets/1/7/CBMT_AMTA_Scope_of_Music_Therapy_Practice.pdf>. Acesso em: Ago 2015.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dynamics of institutionalization of older adults in Belo Horizonte, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999. ISSN 0034-8910.

CHAN, M. F. et al. Effects of music on depression in older people: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, v. 21, n. 5-6, p. 776-783, 2012. ISSN 1365-2702.

CHOI, A.-N. et al. Effects of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial. *International Journal of Neuroscience*, v. 119, n. 4, p. 471-481, 2009. ISSN 0020-7454.

CHRISTOPHE, M. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração. 2009. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.

CIECHANOWSKI, P. et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. *Jama*, v. 291, n. 13, p. 1569-1577, 2004. ISSN 0098-7484.

CLAIR, A. A.; BERNSTEIN, B. A preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's-type dementia. *Journal of Applied Gerontology*, v. 9, n. 3, p. 299-311, 1990. ISSN 0733-4648.

COES, M. D. C. R. Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. *Psicol. teor. pesqui*, v. 7, n. 2, p. 137-47, 1991. ISSN 0102-3772.

CONSORT., 2014. Disponível em: <<http://www.consort-statement.org/downloads/consort-statement>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*, v. 56, n. 4, p. 267-72, 2007.

COOKE, M. L. et al. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging and mental health*, v. 14, n. 8, p. 905-916, 2010. ISSN 1360-7863.

CRAMÊS, M. L. R. Envelhecimento activo no idoso institucionalizado. 2012. Dissertação de Mestrado Mestre em Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança, Bragança.

CREECH, A. et al. The power of music in the lives of older adults. *Research Studies in Music Education*, v. 35, n. 1, p. 87-102, 2013. ISSN 1321-103X.

CROSS, K. et al. The Effect of Passive Listening versus Active Observation of Music and Dance Performances on Memory Recognition and Mild to Moderate Depression in Cognitively Impaired Older Adults 1. *Psychological reports*, v. 111, n. 2, p. 413-423, 2012. ISSN 0033-2941.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 11-13, 2001.

D'ALENCAR, R. S.; ANDRADE, C. M. A educação (re)visitada: a velhice na sala de aula. Editus - UESC, 2012. ISBN 9788574552989. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=JtGamwEACAAJ>>.

DA COSTA ROSAA, T. E.; BENÍCIOB, M. H. D. A.; DO ROSÁRIO DIAS, M. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

DA SILVA, L. L.; PIAZZETTA, C. M. D. F. A Institucionalização do Idoso. Anais do XV Fórum Paranaense de Musicoterapia. 15 2013.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre/RS: Artmed, 2008. ISBN 8536314931.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 518-24, 2004.

DE ALMEIDA, M. H. M. et al. Oficina de memória par Oficina de memória para idosos: a idosos: estratégia para promoção da saúde. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 22, p. 271-80, 2007.

DE MELLO, B. L. D.; HADDAD, M. D. C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados-doi: 10.4025/actascihealthsci.v34i1.7974. *Acta Scientiarum. Health Science*, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2011. ISSN 1807-8648.

DE SOUZA MINAYO, M. C.; COIMBRA JR, C. E. Antropologia, saúde e envelhecimento. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002. ISBN 857541304X.

DIAZ, R. P. Trastornos afectivos en el adulto mayor: Algunas consideraciones sobre el tema. *GEROINFO.*, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2006.

FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 803-810, 2010.

FEBRERO, M. B. M.; ORUETA, U. D.; PEREIRO, J. M. M. El proceso de envejecer: una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial. Universidad de Deusto, 2010. ISBN 8498302439.

FELICIANO, A. B.; DE MORAES, S. A.; DE FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico Low-income senior citizens in the Municipality of São Carlos, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.

FERREIRA, L. B.; REZENDE, L. V.; DE VARGAS, D. R. M. A influência da Musicoterapia na autoestima de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência em Araguaína -TO. *Revista Cereus*, v. 5, n. 1, p. 47-62, 2013.

FILLENBAUM, G. G. et al. Development of an activities of daily living scale to screen for dementia in an illiterate rural older population in India. *Age and Ageing*, v. 28, n. 2, p. 161-168, 1999. ISSN 0002-0729.

FLECK, M. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. ISSN 0034-8910.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. ISSN 0022-3956.

- FORONI, P. M.; DOS SANTOS, P. L. Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento—revisão sistemática de literatura—doi: 10.5020/18061230.2012. p364. Revista brasileira em promoção da saúde, v. 25, n. 3, p. 364-373, 2012. ISSN 1806-1230.
- FREITAS, M. A. V. D.; SCHEICHER, M. E. Quality of life of institutionalized elderly. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, n. 3, p. 395-401, 2010. ISSN 1809-9823.
- FUNBEP. Fundo de pensão multipatrocinado Ministério da previdência social, 2013. Disponível em: <www.funbep.com.br>. Acesso em: 10 abr 2013.
- GASTON, T. Tratado de musicoterapia. Buenos Aires: Editora Paidós, 1968.
- GATTI, P. Práticas musicoterápicas e o desempenho cognitivo em idosos com queixas de memória. Anais IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais. , 2008. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/dl/simcam4/downloads_anais/SIMCAM4.pdf>. Acesso em: 18 jul 2014.
- GELLIS, Z. D.; KIM, E. G.; MCCRACKEN, S. G. Chapter 2: anxiety disorders in older adults literature review. Master's advanced curriculum (mac) project mental health and aging resource review 2014 revision, 2014.
- GOMES-OLIVEIRA, M. H. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012. ISSN 1516-4446.
- GOMES, L.; DO AMARAL, J. B. Os efeitos da utilização da música para os idosos: revisão sistemática. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 1, n. 1, p. 103-117, 2012.
- GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 5, p. 938-45, 2008.
- GRINBERG, L. P. Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento. RBM Rev Bras Med, v. 63, n. 7, p. 317-30, 2006.
- HAYS, T. Facilitating well-being through music for older people with special needs. Home health care services quarterly, v. 25, n. 3-4, p. 55-73, 2006. ISSN 0162-1424.
- HAYS, T.; MINICHELLO, V. The contribution of music to quality of life in older people: An Australian qualitative study. Ageing and Society, v. 25, n. 02, p. 261-278, 2005. ISSN 1469-1779.
- HEPPLE, J.; QUINTON, C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. The British Journal of Psychiatry, v. 171, n. 1, p. 42-46, 1997. ISSN 0007-1250.
-

HOFFMANN, E. J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*, v. 59, n. 3, p. 190-7, 2010.

HWANG, H.-F. et al. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and ageing*, v. 32, n. 6, p. 593-600, 2003. ISSN 0002-0729.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009 [online]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 mar 2013.

IMAGINÁRIO, C. O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2008.

JÚNIOR, J. D. S. A utilização da música com objetivos terapêuticos: interfaces com a bioética. 2008. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-graduação em Música., Universidade Federal de Goiás Escola de Música e Artes Ciências. , Goiânia.

KANE, R. A. Personal autonomy for residents in long-term care: Concepts and issues of measurement. In: J BIRREN, J. L., J ROWE, D DEUTCHMAN (Ed.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: : Academic Press, 1991. p.315-334.

KATZ, S. et al. Progress in development of the index of ADL. *The gerontologist*, v. 10, n. 1 Part 1, p. 20-30, 1970. ISSN 0016-9013.

KENNEDY, G. J. Suicide and depression in late life: Critical issues in treatment, research, and public policy. Nova York: John Wiley & Sons, 1996. ISBN 0471129135.

LAUKKA, P. Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies*, v. 8, n. 2, p. 215-241, 2007. ISSN 1389-4978.

LAWTON, M. P., BRODY, E M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. , v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEAL, M. C. C. et al. Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. *Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo*, v. 27, n. 3, p. 208-14, 2014.

LEÃO, E. R. La dignidad de las personas ancianas institucionalizadas: el papel de la música en el encuentro humano. *Enfermería Global*, v. 7, n. 2, p. 1-6, 2008. ISSN 1695-6141.

LEÃO, E. R.; FLUSSER, V. Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes. *Revista-Escola de Enfermagem Universidade de Sao Paulo*, v. 42, n. 1, p. 73, 2008. ISSN 0080-6234.

LECOURT, E. The functions of music therapy in France. *The Arts in psychotherapy*, v. 19, n. 2, p. 123-126, 1992. ISSN 0197-4556.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. A condição de saúde de idosas residentes em instituições de longa permanência. *Cogitare enferm*, v. 14, n. 2, p. 227-236, 2009. ISSN 1414-8536.

LIPPIN, R.; MICOZZI, M. Arts therapy. In: MICOZZI, M. (Ed.). *Fundamentals of Complementary and Integrative Medicine*. St Louis, Missouri: Saunders, Elsevier, 2006. p.332-50.

LOBO, B. D. O. M. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 2, p. 116-125, 2012. ISSN 1516-3687.

LOPES, A. Os desafios da gerontologia no Brasil. In: (Ed.). *Os desafios da gerontologia no Brasil*. Campinas/SP: Alínea, 2000.

LOUREIRO, C., ET AL. Protocolo de Avaliação em Musicoterapia do Idoso em uma Instituição de Longa Permanência: Uma abordagem interdepartamental., *Anais - XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Olinda, 2012., 2012.

LUZ, L. T. D. Musicoterapia com idosos asilares institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação. In: SOFIA CRISTINA DREHER, G. C. T. M. (Ed.). *A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas*. São Leopoldo: Faculdades EST, 2014. p.21-33.

LUZ, M. C.; SILVEIRA, N. D. R. Educação musical na maturidade. São Paulo: Som, 2006. Disponível em: <<http://www.marcelocaires.mus.br.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2013.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 14, n. 1, p. 109-21, 2011.

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 55, n. 1, p. 26-33, 2006. ISSN 0047-2085.

MAIA, S. M. S. Funções Executivas e Sintomas de Ansiedade: estudo em idosos sob resposta social. 2011. Dissertação de Mestrado Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Portugal.

MANN, A. Depression in the elderly: findings from a community survey. *Maturitas*, v. 38, n. 1, p. 53-58, 2001. ISSN 0378-5122.

MARTINS, J.; SOUSA, L. M.; OLIVEIRA, A. S. Recomendações do enunciado CONSORT para o relato de estudos clínicos controlados e randomizados. Simpósio:

Planejamento e condução de estudos clínicos de alta evidência científica Capítulo II: Medicina (Ribeirão Preto. Online). 42: 9-21 p. 2009.

MARTINS, R. M. A depressão no idoso. 2008. ISBN 1647-662X.

MASCARO, S. D. A. O que é velhice. São Paulo: Brasiliense, p. 11-34, 2004.

MEDEIROS, I. F.; ZANINI, C. R. O. A Musicoterapia na preservação da memória de idosos institucionalizados. X Simpósio de Cognição e Artes Musicais-edição nacional, 2014.

MEHROTRA, C. M. In defense of offering educational programs for older adults. *Educational Gerontology*, v. 29, n. 8, p. 645-655, 2003. ISSN 0360-1277.

MITAK, K. A Needs Assessment of Music Education Preferences among Older Adults. Unpublished raw data, 2011.

MOHAMMADI, A. Z.; SHAHABI, T.; PANAHA, F. M. An Evaluation of the Effect of Group Music Therapy on Stress, Anxiety, and Depression Levels in Nursing Home Residents. *Canadian Journal of Music Therapy*, v. 17, n. 1, p. 55, 2011. ISSN 1199-1054.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of clinical epidemiology*, v. 63, n. 8, p. e1-e37, 2010. ISSN 0895-4356.

MOZER, N. M. S.; OLIVEIRA, S. G.; PORTELLA, M. R. Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2011. ISSN 2316-2171.

MULLOOLY, V.; LEVIN, R. F.; FELDMAN, H. Music for postoperative pain and anxiety. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, v. 19, n. 3, p. 4-7, 1988. ISSN 0028-7644.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, v. 18, n. 4, p. 241-246, 2004. ISSN 0893-0341.

OLIVEIRA, P. H. D. Características sociodemográficas, déficit cognitivo e capacidade funcional de idosos institucionalizados de Cuiabá, MT. 2010. 108 Dissertação de Mestrado Pós-Graduação em Ciências na Área de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, S. O. D. Envelhecendo com sabedoria. In: FERREIRA, C. A. D. M., HEINSIUS, ANA. MARIA (Ed.). *Psicomotricidade na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2010.

OMS. Salud y envejecimiento: un documento para el debate: versión preliminar. Madrid: Organización Mundial de la Salud. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 2001.

_____. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. OMS.WHO. Brasília/DF: Organização Pan-Americana de Saúde 2005.

PADILHA, M. C. P. A Musicoterapia no Tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo. . 2008. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

PANINI, A. V. et al. Transtornos Neuropsiquiátricos em Idosos Institucionalizados no Sul de Santa Catarina (Brasil). Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 46, n. 4, p. 374-380, 2013. ISSN 2176-7262.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública, v. 39, n. 6, p. 918-23, 2005.

PARMELEE, P. A.; KATZ, I. R.; LAWTON, M. P. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. Journal of Gerontology, v. 44, n. 1, p. M22-M29, 1989. ISSN 0022-1422.

PASSARINI, L. A musicoterapia atuando na qualidade de vida do idoso institucionalizado - caminhando pela psicogerontologia. . 2013. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo294.htm>>. Acesso em: 23 jan 2013.

PAVAN, F. J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 9, p. 2187-2190, 2008.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel-DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010. ISSN 2175-0858.

PEREIRA, F. Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos. Psicossoma, 2012. ISBN 9728994346.

QUINTÃO, S. M. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados de Ubá e microrregião. Revista Portal de Divulgação, v. 32, n. 3, 2013.

RAGLIO, A. et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. Alzheimer Disease & Associated Disorders, v. 22, n. 2, p. 158-162, 2008. ISSN 0893-0341.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso. Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

REBEC. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. Ministério da Saúde. . 2014. Disponível em: <<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>>. Acesso em: 17 jun 2014.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública, v. 39, n. 4, p. 655-62, 2005.

ROACH, S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2003. ISBN 8527708604.

RODRIGUES, M. A. P. Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde. 2009. Tese de Doutorado Doutorado em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento, v. 4, 2002. ISSN 2316-2171.

SANTOS, P. L.; FORONI, P. M.; CHAVES, M. C. F. Atividades físicas e de lazer e seu impacto sobre a cognição no envelhecimento. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 42, n. 1, p. 54-60, 2009. ISSN 2176-7262.

SCHUURMANS, J.; VAN BALKOM, A. Late-life anxiety disorders: a review. Current psychiatry reports, v. 13, n. 4, p. 267-273, 2011. ISSN 1523-3812.

SILVA, V. A. D.; LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. D. Assessment of quality of scientific evidence on musical interventions in caring for cancer patients. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 50, p. 479-492, 2014. ISSN 1414-3283.

SIQUEIRA, G. D. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciênc saúde coletiva, v. 14, n. 1, p. 253-9, 2009.

SOARES, E.; DE OLIVEIRA COELHO, M.; DE CARVALHO, S. M. R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, v. 15, n. 3, p. 117-139, 2013. ISSN 2176-901X.

SORÉ, L. T.; KLOCKNER, F. C. S. Intervenção terapêutica a idosos institucionalizados. 2012. Disponível em: <http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/11/528_942_publicpg.pdf>. Acesso em: 04 ago 2014.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 4, p. 706-716, 2008.

SOUSA, R. G. D.; LOVISI, G. M. Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público. Revista Psiquiatr Clin, v. 34, n. 5, p. 205-209, 2007.

SOUZA, D. M. S. T. D.; SANTOS, V. L. C. D. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 5, p. 958-964, 2007. ISSN 1518-8345.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009. ISSN 2176-7262.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

SUNG, H. C. et al. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, v. 27, n. 6, p. 621-627, 2012. ISSN 1099-1166.

SUZUKI, M. et al. Music therapy-induced changes in behavioral evaluations, and saliva chromogranin A and immunoglobulin A concentrations in elderly patients with senile dementia. *Geriatrics & gerontology international*, v. 7, n. 1, p. 61-71, 2007. ISSN 1447-0594.

SUZUMURA, M. T.; CARBALLO, O. B. Como avaliar criticamente um ensaio clínico de alocação aleatória em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 21, n. 2, p. 219-225, 2009.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & contexto enferm*, v. 21, n. 1, p. 112-120, 2012. ISSN 0104-0707.

THOMPSON, R. et al. Music enhances category fluency in healthy older adults and Alzheimer's disease patients. *Experimental aging research*, v. 31, n. 1, p. 91-99, 2005. ISSN 0361-073X.

TOMAINO, C. Working with images and recollection with elderly patients. In: ALDRIDGE, D. (Ed.). *Music therapy in dementia care*. Jessica Kingsley Publishers: London, 2000. p.195-211.

VANDERARK, S.; NEWMAN, I.; BELL, S. The effects of music participation on quality of life of the elderly. *Music Therapy*, v. 3, n. 1, p. 71-81, 1983. ISSN 0734-7367.

VAZ, S. F. A.; GASPAR, N. M. S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, n. 4, p. 49-58, 2011. ISSN 0874-0283.

VERDEAU-PAILLES, J. Aspects of psychotherapies. *Music therapy and its specificity*. *L'Encephale*, v. 17, n. 1, p. 43-49, 1990. ISSN 0013-7006.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter, p. 06-23, 1996.

VINK, A. C.; BRUINSMA, M. S.; SCHOLTEN, R. J. Music therapy for people with dementia. The Cochrane Library, v. 4, 2003. ISSN 1465-1858.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. D. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 2, n. 1, p. 102-114, 2005. ISSN 2317-6695.

WETLE, T. Resident decision making and quality of life in the frail elderly. In: J. BIRREN, J. L., J. ROWE, & D. DEUTCHMAN (Ed.). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. San Diego, CA: Academic Press., 1991. p.279-296.

WEYERER, S. et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. Journal of affective disorders, v. 111, n. 2, p. 153-163, 2008. ISSN 0165-0327.

WFMT. World Federation of Music Therapy. 2013. Disponível em: <www.musictherapyworld.net>. Acesso em: 24 mar 2013.

WHITE, J. M. Music therapy: an intervention to reduce anxiety in the myocardial infarction patient. Clinical Nurse Specialist, v. 6, n. 2, p. 58-63, 1992. ISSN 0887-6274.

WHO. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. ORGANIZATION, W. H. Genebra: 18p. p. 1996.

_____. Active ageing: Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. 4 1997.

WILLIAMS, M. K. The Effects of Music Therapy on Anxiety in Surgical Patients. 2000. 617p. Thesis College of Nursing

XAVIER, F. M. et al. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. Rev Saúde Pública, v. 35, n. 3, p. 294-302, 2001.

ZANCHETTA, C. Grupo Musical–Os Velhos Figuris “Um encontro de vida por meio da música”. XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia. Universidade Federal de Goiás: Goiânia. 6: 1-6 p. 2006.

ZANINI, C. R. D. O. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. 2009. Tese de Doutorado Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. , Universidade Federal de Goiás

ZANINI, C. R. O. Envelhecimento saudável-o cantar e a gerontologia social. Goiás., 2003. Disponível em: <www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br.pdf>. Acesso em: 6 jul 2014.

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO

AUTORIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

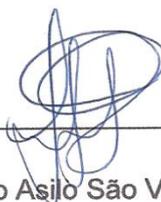
Porto Alegre, 26 de Junho de 2013.

Ao Coordenador Responsável pelo Asilo São Vicente de Paulo

Eu, Andrezza R. Ronsoni, Coordenador Responsável pelo Asilo São Vicente de Paulo, conheço o protocolo de pesquisa e intervenção intitulado "Musicoterapia e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados", o qual será desenvolvido por Luiza Thomé da Luz, musicoterapeuta, aluna do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, matriculada regularmente no curso de mestrado, sendo o pesquisador responsável, sob orientação da Professora Doutora Mirna Wetters Portuguez e autorizo a realização do mesmo.

O início desta pesquisa poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,



Coordenação do Asilo São Vicente de Paulo

83 666 214/0001-29⁷

CONFERÊNCIA "SÃO JOSÉ" DA SOCIEDADE
DE SÃO VICENTE DE PAULO

RUA AFONSO PENA, 368

B. MICHEL - CEP 88903-080

CRICIÚMA

SC

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DO ABRIGO DOS VELHINHOS

AUTORIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

Porto Alegre, 20 de Junho de 2014.

Ao Coordenador Responsável pelo Abrigo dos Velhinhos de Tubarão

Eu, Schirlei T. da Rosa Mendonça Coordenador Responsável pelo Abrigo dos Velhinhos de Tubarão, conheço o protocolo de pesquisa e intervenção intitulado "Musicoterapia e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados", o qual será desenvolvido por Luiza Thomé da Luz, musicoterapeuta, aluna do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, matriculada regularmente no curso de mestrado, sendo o pesquisador responsável, sob orientação da Professora Doutora Mirna Wetters Portuguez e autorizo a realização do mesmo.

O início desta pesquisa poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Atenciosamente,

ABRIGO DOS VELHINHOS DE TUBARÃO
CNPJ: 86.440.864/0001 - 40

Schirlei T. da Rosa Mendonça
CPF: 345.079.499-04

Coordenação do Abrigo dos Velhinhos de Tubarão

APÊNDICE C - APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 02 de agosto de 2013.

Senhora Pesquisadora LUIZA THOMÉ DA LUZ,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa "**MUSICOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

Profa. Carla Helena Schwanke
Coordenadora da CC/IGG

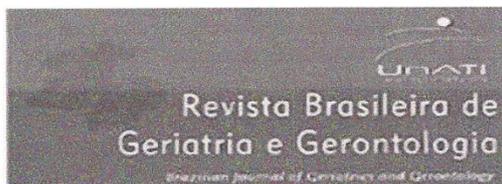
PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

APÊNDICE D - ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

18/06/2015 https://mc04.manuscriptcentral.com/LongRequest/rbgg-scielo?DOWNLOAD=TRUE&PARAMS=xik_68qAeLwk5i33ymXHg1RV2C8hZUXC1qexh...

Below is a list of the files that were uploaded as well as a summary / cover page. Click on a file name to view the proof of that file. Files are listed in the order specified by the author.



Files Uploaded

[Doc339550-4699377](#)

[Doc339550-4699403](#)

[Doc339550-4699408](#)

Other

▶ [Cover & Metadata](#)

Close Window

O EFEITO DA MUSICOTERAPIA NA Q NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DE INSTITUCIONALIZ/

Journal:	<i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Music Therapy , Quality of Life, Elderly, Anxiety, Depression

SCHOLARONE™
Manuscripts

O EFEITO DA MUSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Luiza Thomé da Luz¹

Mirna Wetters Portuguez²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar o efeito da intervenção musicoterápica na qualidade de vida em idosos residentes de duas Instituições de Longa Permanência (ILPIs). Foram avaliados a qualidade de vida e os sintomas depressivos e ansiosos antes e após as sessões de musicoterapia. O funcionamento cognitivo foi verificado através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia. Trata-se de um ensaio clínico, sendo 24 idosos do Grupo de Musicoterapia, e 24 idosos do Grupo Controle (GC), para os quais só foi ofertada a aplicação dos testes. Os instrumentos aplicados foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref). Para o Grupo Intervenção (GI), foi utilizado o Protocolo de Análise das Sessões durante os atendimentos de Musicoterapia. A média de idade da amostra total foi 76,4 anos ($\pm 8,4$). Observou-se uma pequena predominância do sexo feminino ($n=25$; 52,1%). Na comparação entre os grupos, a intervenção da Musicoterapia contribuiu na qualidade de vida, principalmente no domínio físico ($p=0,006$) e na redução dos níveis de depressão ($p=0,046$). No grupo controle, houve uma piora

¹ Musicoterapeuta. Mestranda em Gerontologia Biomédica pela PUCRS. Rodovia Alexandre Beloli, n.1100, Bairro - Primeira Linha, Criciúma-SC, CEP: 88816-500. Contato: luizathomedaluz@gmail.com

² Professora da Faculdade de Medicina e Pesquisadora do Instituto do Cérebro da PUCRS. Avenida Ipiranga, n. 6690, prédio 63, Bairro - Partenon, Porto Alegre-RS, CEP: 90619-900. mirna@puccrs.br

significativa da cognição ($p=0,015$). A Musicoterapia promoveu melhora nos sintomas depressivos e qualidade de vida e provavelmente reduziu a probabilidade de declínio cognitivo em idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Musicoterapia. Qualidade de Vida. Idosos. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effect of music therapy intervention on quality of life in elderly residents of two institutions Long-Term care (LTC). We evaluated the quality of life and depressive and anxiety symptoms before and after music therapy sessions. Cognitive functioning was verified using a screening test before and after the music therapy sessions. This is a clinical trial, 24 participants in the intervention group (IG), for which it provided the music therapy intervention, and 24 elderly control group (CG), for which was only offered to the testing. The instruments were the Mini Mental State Examination (MMSE), Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). In the intervention group (IG), we used the Analysis Protocol Sessions during music therapy sessions. Comparing the groups, the intervention of Music Therapy contributed to quality of life, especially in the physical domain ($p=0.006$) and in reducing depression levels ($p=0.046$). In the control group, there was a significant worsening of cognition ($p=0.015$). The Music Therapy promoted improvement in depressive symptoms and quality of life and probably reduced the likelihood of cognitive decline in institutionalized elderly.

Keywords: Music Therapy. Quality of Life. Elderly. Anxiety. Depression.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é um conceito que sofre influência de fatores físicos, psicológicos e de percepção do indivíduo relacionadas ao ambiente em que vive, e, concomitantemente a essas características, deve-se considerar que esta transcorre de modo variável e individual.^{1,2}

A depressão é uma das patologias mais frequentes na população idosa institucionalizada,³ sendo muitas vezes subdiagnosticada e subtratada,⁴ afetando mais o gênero feminino.^{5,6,7} Há uma necessidade na eficácia de tratamentos baseados em evidências para a ansiedade em idosos. Esta população sofre de altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, tendo uma maior prevalência de condições médicas e problemas físicos, e o maior uso de medicações.⁸

A Musicoterapia é uma área da saúde onde o profissional responsável, o musicoterapeuta, se utiliza dos parâmetros sonoros/musicais para que o idoso possa assumir um papel definido na vida e que volte a empregar todas as suas capacidades, de forma que possa melhorar sua qualidade de vida.⁹ A Musicoterapia pode oferecer benefícios extremamente importantes e incomparáveis a outras modalidades terapêuticas tradicionais, especialmente nos idosos institucionalizados.¹⁰

O presente trabalho investigou a intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados, contribuindo para o bom funcionamento emocional e cognitivo. Para tal, foram avaliados a qualidade de vida e os sintomas depressivos e ansiosos antes e após as sessões de musicoterapia. O funcionamento cognitivo foi verificado através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia. Todos esses aspectos foram comparados com

um grupo controle, sem intervenção musical. Os locais escolhidos para a pesquisa foram o Asilo São Vicente de Paulo da cidade de Criciúma/SC e o Abrigo dos Velhinhos da cidade de Tubarão/SC.

MÉTODO

Este ensaio clínico controlado avaliou a qualidade de vida e os sintomas depressivos e ansiosos antes e após as sessões de musicoterapia. O funcionamento cognitivo foi verificado através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia. Todos esses aspectos foram comparados com um grupo controle, sem intervenção musical. Os dois grupos, apresentaram características bastante semelhantes, pertencendo a duas entidades de assistência social governamental que atendem idosos em situação de vulnerabilidade social.

Este projeto de mestrado foi aprovado pela Comissão Científica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma universidade sob o parecer 416.104. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a agosto de 2014. O presente ensaio clínico foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, atendendo ao conjunto de dados mínimos requeridos pelo International Committee of Medical Journal Editors e pela Organização Mundial da Saúde,¹¹ e estudos futuros devem seguir as orientações do CONSORT para relatórios de ensaios clínicos, incluindo medidas de resultados confiáveis e validadas, e ser suficiente para avaliar os efeitos a médio e longo prazo.^{12,13}

Foram incluídos na pesquisa, idosos com 60 anos ou mais, com o funcionamento cognitivo normal, verificado através do Mini Exame de Estado Mental. Foram excluídos da pesquisa, idosos que apresentavam doenças

demenciais e psicose; doenças psiquiátricas graves; distúrbios neurológicos (afasia) e de comunicação (surdez, mudez) e acamados portadores de patologias motoras incapacitantes. O ponto de corte para o diagnóstico de demência em indivíduos sem escolaridade foi <13, para baixa e média escolaridade <18 e para alta escolaridade 26.¹⁴ Para avaliar a depressão a segunda versão do Inventário de Depressão de Beck foi aplicada para análise da intensidade dos sintomas, composto por 21 itens com quatro afirmativas de resposta cada, com exceção dos itens 16 e 18 que têm sete afirmativas cada, sem, contudo variar o escore. A pontuação final é classificada em depressão mínima/sem depressão <13, depressão média <19, depressão moderada <28 e depressão severa <63.¹⁵ O Inventário de Ansiedade de Beck é uma medida da intensidade da ansiedade. A classificação recomendada para o nível de ansiedade mínima é <7, ansiedade leve <15, ansiedade moderada <25 e ansiedade grave <63.¹⁶ O WHOQOL-bref é um questionário abreviado do WHOQOL-100 e foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde a fim de ter um instrumento de mais rápida aplicação.¹⁷ O questionário é composto por 26 questões, sendo duas referentes a qualidade de vida geral (auto-avaliação da qualidade de vida) e as demais divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada questão conta com 5 alternativas que variam de um escore de 1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Durante as sessões de musicoterapia o Protocolo de Análise das Sessões foi aplicado a fim de descrever o comportamento sonoro dos idosos em cada sessão, obtidos a partir dos registros audiovisuais semanalmente.¹⁸ Após a realização de todos os atendimentos foi efetivada a análise quantitativa do processo e compilação dos dados. Para fins de análise de dados, foram descritas quais técnicas

musicoterápicas que mobilizaram os idosos na melhoria de seu estado emocional e cognitivo e melhoria da qualidade de vida.

Inicialmente foi explicado aos idosos sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Os que quiseram participar iniciaram com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Depois da assinatura ao termo, foi aplicado o Mini Exame de Estado Mental para excluir idosos com déficit cognitivo. Logo após, os idosos que se enquadraram nos critérios de seleção, responderam ao Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck e ao Questionário de Qualidade de vida Abreviado. Depois disso os idosos do Grupo Intervenção foram avaliados pelo Protocolo das Sessões de Musicoterapia, através dos registros audiovisuais, o qual foi aplicado durante os atendimentos semanais de Musicoterapia. As imagens e áudio de cada sessão foram armazenadas individualmente, servindo como recursos para subsidiar informações específicas sobre a atuação de cada idoso, da relação de cada um com os demais e da atuação junto ao grupo.

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por freqüências absolutas e relativas. Para comparar as médias entre os grupos, o teste t-student foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de *Mann-Whitney* foi utilizado. Para a comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foi aplicado. Nas comparações intra grupos, os testes t-student pareado ou de Wilcoxon foram aplicados. A avaliação da associação do percentual de adesão com as escalas pré e pós intervenção no grupo de musicoterapia foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman, devido à assimetria do percentual de adesão. As variáveis que apresentaram um valor $p < 0,20$ na análise

bivariada foram inseridas em um modelo multivariado para controle de fatores confundidores. As análises utilizadas para esse controle foram a Análise de Covariância (ANCOVA) e Correlação Parcial. As variáveis com distribuição assimétrica sofreram transformação logarítmica para o uso desses testes paramétricos. O nível de significância adotado foi de 5% e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

RESULTADOS

A média de idade da amostra total foi 76,4 anos ($\pm 8,4$). Observou-se uma pequena predominância do sexo feminino ($n=25$; 52,1%). Essas características foram semelhantes entre os grupos ($p=0,152$ e $p=1,000$, respectivamente), conforme demonstra a Tabela

Houve predomínio na amostra total de idosos com baixa escolaridade (de 1 a 4 anos incompleto), representado 60,4% da amostra total ($n=29$). Houve diferença significativa entre os grupos quanto ao nível de escolaridade ($p=0,022$). Os idosos do grupo de musicoterapia apresentaram maior nível de escolaridade quando comparados com os idosos do grupo controle. Desta forma, todas as análises posteriores foram ajustadas para o nível de escolaridade através de análise multivariada. Além da escolaridade, os ajustes também foram realizados para a idade do idoso, visto que o nível descritivo amostral desta variável permitiu sua inclusão no modelo multivariado ($p<0,20$). Sendo estas variáveis pertencentes ao grupo de dados sociodemográficos, o controle de sua influência sobre os demais desfechos é importante para o controle do viés de confusão.

Na comparação entre os grupos em relação a qualidade de vida, houve diferença significativa nos escores do WHOQOL-bref somente no domínio

físico ($p=0,006$), após a ajuste pelo nível de escolaridade e idade, conforme apresenta a Tabela 2. O grupo de musicoterapia teve um melhor desempenho no escore de qualidade de vida nesse domínio quando comparado com o grupo controle, revelando o maior impacto da intervenção. Nas comparações entre os grupos antes da intervenção, não houve diferença significativa em nenhum dos parâmetros analisados ($p>0,05$). Nas comparações intragrupo, o grupo de musicoterapia melhorou significativamente após a intervenção os escores dos domínios físico ($p=0,002$), ambiente ($p=0,038$) e geral ($p=0,001$). No grupo controle, houve uma piora significativa nos escores do domínio social do WHOQOL-BREF ($p=0,037$). A adesão foi avaliada pelo percentual de sessões participadas pelo idoso. Não houve interferência do percentual de adesão nos escores de qualidade de vida. Também não houve associação do sexo e da idade com os escores de qualidade de vida.

Na comparação dos sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos, não houve diferença significativa entre os mesmos pré intervenção ($p>0,05$). No entanto, o grupo intervenção reduziu mais os níveis de depressão após a musicoterapia do que o grupo controle, mesmo quando ajustado para escolaridade e idade ($p=0,046$). Isso pode ser explicado pelos níveis significativamente mais baixos do escore de BDI-II logo após a intervenção no grupo musicoterapia ($p=0,013$), conforme apresenta a Tabela 2. Quanto aos sintomas de ansiedade, as diferenças entre os grupos não permaneceram significativas após o ajuste pela idade e escolaridade. Nas comparações intragrupo, o grupo de musicoterapia melhorou significativamente o escore do BAI ($p=0,049$) e BDI ($p=0,002$). Na associação da adesão com os desfechos em estudo, observou-se uma associação inversa pós intervenção do escore de

depressão com a adesão, sendo que quanto maior a adesão, menor os níveis de depressão após a intervenção ($r=-0,483$; $p=0,017$). Essa associação ocorreu independentemente da idade e da escolaridade ($p=0,008$).

Na comparação entre os grupos quanto ao rastreio cognitivo, houve diferença significativa quanto a variação no MEEM ($p=0,015$), após o ajuste pela escolaridade e idade. Antes da intervenção nas comparações entre os grupos, não houve diferença significativa em nenhum dos parâmetros analisados ($p>0,05$). Nas comparações intra-grupo, no grupo controle, houve uma piora significativa nos escores do MEEM ($p=0,015$). Na associação da adesão com os desfechos em estudo, houve associação direta com o escore do MEEM pós intervenção, ou seja, quanto maior a adesão, maior o nível cognitivo ($r=0,455$; $p=0,025$). A associação foi significativa independentemente da idade e da escolaridade dos idosos ($p=0,026$).

Quanto ao percentual de adesão a musicoterapia, a média foi de 46,3% das 26 sessões ($\pm 31\%$), com mediana de 53,9%. Do total de idosos submetidos à musicoterapia, 54,2% freqüentaram no mínimo a metade das 26 sessões. As técnicas de audição e re-criação foram recorrentes nos atendimentos de musicoterapia. Na recriação os idosos reproduziram cantando as canções de sua época e de seu convívio, como caipiras, românticas, populares, folclóricas e religiosas e executaram os instrumentos oferecidos pela pesquisadora. Em cada encontro a musicoterapeuta solicitou que cada idoso escolhesse um instrumento percussivo para acompanhar. A técnica de recriação foi recorrente em 22 sessões (84,6%) realizadas com o grupo intervenção. A canção de acolhimento e de despedida foi inserida em todos os atendimentos. Nas experiências de audição, o grupo acompanhou cantando e tocando os instrumentos percussivos

disponibilizados. As atividades de audição foram identificadas em 21 sessões, representando 80,7%.

Quanto a medicação, 75% (n=18) do grupo controle e 83,3% (n=20) do grupo intervenção utilizavam fármacos de uso contínuo. Os tipos de medicação eram variados e com objetivos variados. A polifarmácia foi observada em 79,1% (n=38) da amostra geral e os idosos faziam o uso de antidepressivos e ansiolíticos.

DISCUSSÃO

Na qualidade de vida do idoso institucionalizado poucos estudos brasileiros foram identificados sobre a atuação da Musicoterapia. Deve-se salientar a escassez de resultados nos trabalhos sobre este tema na prática clínica, o número amostral pequeno, o período curto nas intervenções e a incapacidade de mensurar detalhadamente os critérios de adesão.¹⁹

Em nosso estudo os domínios que mostraram agravo foram o social (58,3>56,9) e o psicológico (65,5>62,8). A auto-estima e a falta de suporte social foram as mais prejudicadas, devido ao confinamento institucional e privação das relações pessoais. No domínio social foi verificado o isolamento social e a falta das relações pessoais, no qual possui ligação com o declínio da saúde mental e física. A presença do idoso em atividades grupais, pode contribuir para melhorar a autoestima e autonomia, aspectos bastante prejudicados no psicológico. O desenvolvimento de atividades estimuladoras para as relações sociais como atividades culturais, lazer, atividade física entre os idosos institucionalizados, podem refletir numa melhor percepção da qualidade de vida.²⁰

Na intervenção coral de Ahessy et al,²¹ o escore de qualidade de vida melhorou em 57% (p=0,0004). Em nossa intervenção, o resultado também mostrou

uma diferença significativa ($p=0,331$) no escore geral de qualidade de vida no grupo de musicoterapia, aumentando em 28,2% (Pré: 50,0 vs. Pós: 64,1). Em nosso estudo, foi observado uma melhora dos escores nas variáveis e no questionário WHOQOL-bref nos idosos do grupo de musicoterapia, indicando melhora na qualidade de vida daqueles que participaram das sessões durante os seis meses de intervenção. Os resultados encontrados foram eficazes tanto na análise intergrupos quanto intragrupo.

O número de idosos com depressão é maior em idosos admitidos em instituições,²² ocasionando repercussões sociais e individuais, afetando o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, ou seja, apresentando risco inerente de morbidade e cronicidade.²³ Ahessy,²¹ investigou a terapia coral na redução da depressão e na melhora da qualidade de vida de idosos de um ambiente residencial e um centro dia, a média dos sintomas depressivos no grupo experimental foram reduzidos em 54% ($p=0,004$). Em nosso estudo também foi encontrado um percentual significativo de redução dos sintomas de 28% após a intervenção (Pré: 12,5 vs. Pós: 9), apresentando melhor escore ($p=0,013$). Os idosos participantes foram entrevistados pré e pós intervenção. O grupo tratamento ($n=20$) participou ativamente no coro durante 12 semanas, enquanto o grupo controle ($n=20$) recebeu os cuidados diários padrão. Um aspecto relevante a considerar, é que Ahessy pesquisou sujeitos que tem participação na comunidade, ao contrário de nosso estudo, que avaliou idosos institucionalizados. Em idosos que vivem em comunidade o índice de depressão é menor, como no estudo mineiro de Hoffmann,²⁴ que verificou 20% de prevalência de sintomas depressivos, diferente de Panini et al.,²⁵ onde os resultados na pesquisa catarinense indicaram 62,1% dos sintomas depressivos nos idosos institucionalizados.

No estudo iraniano de Ali Zadeh Mohammadi et al.,²⁶ foi avaliado o efeito da musicoterapia sobre o estresse, ansiedade e os níveis de depressão de um grupo de idosos que residiam em uma casa de repouso. O grupo intervenção recebeu dez sessões musicoterápicas ocorridas semanalmente (cada uma com 90 minutos), incluindo a audição de músicas, o canto e a prática de tocar instrumentos de percussão, enquanto o grupo controle (sem música) recebeu atividades regulares diárias. Em nossa população investigada o grupo de musicoterapia apresentou uma melhora no pós intervenção, sendo que no controle houve uma piora não significativa, resultado similar encontrado no estudo citado, onde as diferenças entre os grupos foi significativa somente no pós-intervenção, no entanto este estudo não realizou as comparações pré e pós intervenção dentro de cada grupo. No estudo citado a melhora foi alcançada em apenas dez sessões, o que nos faz refletir sobre se o número de sessões propostas seria o suficiente para se atingir os resultados desejáveis.

A função cognitiva declina com o passar da idade e o grau de escolaridade pode funcionar como estímulo para sua manutenção.²⁷ Em indivíduos escolarizados, foi observado um melhor desempenho na velocidade de processamento, atenção, função executiva, memória e inteligência.²⁸ Na intervenção de Ahessy,²¹ houve um aumento no funcionamento cognitivo do grupo coral no pós (Pré: 25,4 vs. Pós: 26,27), enquanto a pontuação do grupo controle não se alterou (Pré: 23.53 vs. Pós: 23.47). Na intervenção do grupo coral houve um aumento no desempenho com as funções cognitivas ($p=0,011$), e em nossa pesquisa foi verificada a manutenção das mesmas funções ($p=0,082$). No início do estudo, na comparação entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,620$). Após o período de intervenção, o grupo intervenção

conseguiu manter o nível cognitivo (20,9 para 21,5), ao passo que o grupo controle teve uma piora significativa dos escores (18,7 para 17,3; $p=0,015$). Em nosso estudo a piora nos escores cognitivos foi encontrada somente no grupo controle, e uma possível explicação poderia ser o nível de escolaridade mais baixo nesse grupo. No entanto, a diferença entre os grupos permaneceu, mesmo após o ajuste pela escolaridade, indicando que a piora dos níveis cognitivos no grupo controle ocorreu independentemente do nível de escolaridade.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida geral do grupo de idosos institucionalizados após as sessões de musicoterapia apresentou melhora significativa, sendo o domínio físico o que apresentou maior impacto positivo após a intervenção. Os sintomas depressivos melhoraram no grupo de idosos institucionalizados após as sessões de musicoterapia, contudo os sintomas de ansiedade não sofreram modificações após as sessões de musicoterapia. Não houve mudanças no desempenho cognitivo após a intervenção da musicoterapia. O grupo de idosos que realizou sessões de musicoterapia mostrou melhora na qualidade de vida e nos sintomas de depressão quando comparado ao grupo controle, sem intervenção musical.

As sessões de musicoterapia permitiram que os idosos tivessem uma participação grupal nos atendimentos, tendo um papel relevante no processo de melhora em comparação ao grupo controle, portanto interferindo nas dimensões que compõem a qualidade de vida. Os resultados musicoterapêuticos obtidos sugerem que a utilização das técnicas de audição e recriação como recurso terapêutico podem fazer parte dos cuidados em saúde, propiciando atividades grupais contribuindo na diminuição de sintomas de depressão, sendo uma

abordagem terapêutica coadjuvante na manutenção da qualidade de vida e na manutenção do funcionamento cognitivo de idosos residentes em ILPIs.

Não obstante o cuidado no desenho metodológico e na análise feita, este trabalho apresentou algumas limitações. Uma das limitações foi de ordem metodológica, respeito ao número de participantes e a diferença entre o nível de escolaridade entre os grupos, que dificultou a extrapolação e a generalização dos resultados da população de idosos institucionalizados. Além disso outra restrição visível foi do estudo não ter avaliado as escalas no intermédio da intervenção o que poderia auxiliar na decisão do musicoterapeuta em qual o número mínimo de atendimentos necessários para se alcançar a melhor eficácia da terapia. Por fim, outra limitação também foi não ter avaliado as comorbidades e o grau de independência dos idosos, pois a capacidade funcional e a autonomia são variáveis que podem colaborar ou piorar o estado de saúde do idoso institucionalizado.

Independente do número de sessões e do tempo em cada uma delas, em geral os estudos demonstram que há efeito positivo da musicoterapia na qualidade de vida, depressão, ansiedade e funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. O desafio do musicoterapeuta neste momento é identificar o número mínimo de sessões para fazer com que o idoso mantenha o ganho obtido com a terapia, no entanto sem deixar que este tipo de atividade transcorra somente sobre a concepção de entretenimento, não se prestando só a uma rotina e sim a desafios diários potencializando as habilidades ainda existentes no idoso.

REFERÊNCIAS

1. Quintão Sandra Maria Jannotti; Lima, Geovane Elias Guiduci; Pedrosa, Renato Laureano; Junior, José Dionísio de Paula; Dos Reis
-

2. Faller JW, Melo Wa, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida dos idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu – PR. Esc. Anna Nery. 2010; 14 (4): 803-810.
 3. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Publica. 2005; 39:918-23.
 4. Ciechanowski P, Wagner E, Schmalting K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, Kulzer J, Gray S, Collier C, Logerfo J. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291:1569-77.
 5. Vazsfa, Gaspar NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. Revista de Enfermagem Referência. 2011 Jul; 3 (4).
 6. Soares E, Coelho MO, Carvalho SM. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. Rev Kairós Gerontol. 2012;15(5):117-39.
 7. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. J Affect Disord. 2008; 111: 153-63. PMID: 18372049. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.008>
 8. ZVI D. Gellis, Eunhae Grace Kim, and Stanley G. McCracken. Anxiety Disorders in Older Adults. Master's Advanced Curriculum (MAC) Project Mental Health and aging resource review 2014 revision
 9. World Federation of Music Therapy (WFMT) Disponível em <www.musictherapyworld.net>. Acesso em: 24 de março de 2013.
 10. Luz, Luiza Thomé Da. (2011). Musicoterapia com idosos asilares institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação. A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas. Sofia Cristina Dreher, Graziela Carla Trindade Mayer, orgs. São Leopoldo: EST, 2014. 21-33.
 11. REBEC. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. Ministério da Saúde. Disponível em < <http://www.ensaiosclinicos.gov.br>>. Acesso em: 17 jun 2014.
 12. Martins, Jaqueline Martins; Souza, Letícia M; Oliveira, Anamaria S. Recomendações do enunciado CONSORT para o relato de estudos to de estudos clínicos controlados e randomizados. Simpósio: Planejamento e
-

- condução de estudos clínicos de alta evidência científica Capítulo II. Medicina (Ribeirão Preto) 2010;42(1): 9-21<<http://www.fmrp.usp.br/revista>>
13. Moher David, Hopewell Sally, Schulz Kenneth F, Montori Victor, et al. CONSORT Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials, 2010.
 14. Bertolucci, P. H. F.; Bruckl, S. M. D.; Campacci, S. R.; Juliano, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuropsiquiatria. 1994;52(1):1-7.
 15. Beck AT, et al. Comparison of Beck Depression Inventories – IA and II in psychiatric outpatients. J Pers 1996; 67(3):588-97.
 16. Beck AT, et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56 (6): 893-7.
 17. Who. World Health Organization. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Genebra, 1996. 18p.
 18. Luz, Luiza Thomé Da. (2011). Musicoterapia com idosos asilares institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação. A Clínica na Musicoterapia: avanços e perspectivas. Sofia Cristina Dreher, Graziela Carla Trindade Mayer, orgs. São Leopoldo: EST, 2014. 21-33.
 19. Zanini CRO. O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso. Universidade Federal de Goiás – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. (Goiânia), 2009.
 20. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, Lin MR. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. Age Ageing 2003; 32:593-600
 21. Ahessy, B. Choral therapy: reducing depression and improving quality of life in older adults. In Proceedings of the 8th European Music Therapy Congress: Evidence for Music Therapy Practice, Research & Education, [May 2010], Cadiz, Spain, 2010
 22. Siquiera, G. R.; Vasconcelos D. T.; Duarte G. C.; Arruda I. C.; Costa J. A.; Cardoso, R. O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciênc. Saúde Colet. Rio de Janeiro. 2009;14(1):253-9.
-

23. Andrade AC, Lima FRA, Silva LFA, Santos SSC. Depressão em idosos de uma Instituição de Longa Permanência: proposta de ações de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2005;26(1):57-66.
 24. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:190-7.
 25. Panini, Alceu V., et al. "Transtornos Neuropsiquiátricos em Idosos Institucionalizados no Sul de Santa Catarina (Brasil)." *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*2013;46(4): 374-80.
 26. Mohammadi, Ali Zadeh, Tanaze Shahabi, and Fereshteh Moradi Panah. "An evaluation of the effect of group music therapy on stress, anxiety and depression levels in nursing home residents." *Canadian Journal of Music Therapy*.2011;17(1).
 27. Oliveira, Paulo Henrique. "Características sociodemográficas, déficit cognitivo e capacidade funcional de idosos institucionalizados de Cuiabá, MT". [Dissertação de Mestrado] Pós-Graduação em Ciências na área de Saúde Pública. Cuiabá, jun 2010.
 28. Avila R, Moscoso MA, Ribeiz S, Arrais J, Jaluul O, Bottino CM. Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. *Inter Psychogeriat* 2009;21:560-7. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209008928>
-

APÊNDICE E - APROVAÇÃO PELO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Musicoterapia e Qualidade de Vida em Idosos institucionalizados

Pesquisador: Mirna Wetters Portuguez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21196213.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 416.104

Data da Relatoria: 27/09/2013

Apresentação do Projeto:

O presente projeto se propõe a investigar a intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados, contribuindo para o funcionamento emocional e cognitivo, visando uma diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos presentes. Será avaliada a qualidade de vida antes e após as sessões de musicoterapia, os sintomas depressivos e ansiosos antes e após as sessões de musicoterapia, identificando o funcionamento cognitivo através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia e comparado com um grupo controle, sem intervenção musical.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o efeito da intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem riscos. Como benefícios pode-se destacar: identificar se existe melhora na qualidade de vida em grupo de idosos antes e após sessões de musicoterapia; identificar se existe diferença nos sintomas depressivos e ansiosos em grupo de idosos antes e após as sessões de musicoterapia; identificar o funcionamento cognitivo através de um teste de rastreio antes e após as sessões de musicoterapia.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345

Fax: (51)320-3345

E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 416.104

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem apresentado, com objetivos claros e bem definidos. O desenho do projeto como um todo também está bem definido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados: TCLE, autorização do setor onde será aplicado a pesquisa; projeto completo; folha de rosto; currículos Lattes; parecer da comissão científica.

Recomendações:

Nenhuma recomendação quanto ao projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer favorável para a execução do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 05 de Outubro de 2013

Assinador por:
caio coelho marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345

Fax: (51)320-3345

E-mail: cep@puccrs.br

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**Termo de Consentimento Livre Esclarecido****Pesquisa:** Musicoterapia na Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados

Você está sendo convidado a participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo, investigar a intervenção musicoterapêutica na qualidade de vida em idosos institucionalizados, avaliando os sintomas depressivos e ansiosos e antes e após as sessões de musicoterapia. Para isso será necessário comparar pessoas com e sem a intervenção musicoterápica. A importância desta pesquisa, se dá pelo fato de que a prevalência dos sintomas depressivos e ansiosos são mais presentes em instituições de longa permanência, sendo necessário investigar o benefício dos atendimentos de musicoterapia a fim de minimizar estes sintomas e buscar tratamentos que melhorem a qualidade de vida. Tal estudo prevê a participação de idosos institucionalizados do Asilo São Vicente de Paulo da cidade de Criciúma/SC, com idade igual ou superior a 60 anos nos atendimentos de Musicoterapia. Para tanto será necessário que você responda a alguns questionários referentes a ansiedade, depressão e a qualidade de vida. Também será utilizado o Protocolo de Análise das Sessões, envolvendo o conteúdo das respostas musicais obtidas ao longo das intervenções realizadas. Após a realização de todos os atendimentos será efetivada a análise quantitativa do processo e compilação dos dados. Para fins de análise de dados, serão descritas quais técnicas musicoterápicas que mobilizaram os idosos na melhoria de seu estado emocional e cognitivo e melhoria da qualidade de vida.

Esses testes serão realizados antes e depois, e os dados obtidos com esses instrumentos e serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo. Um desconforto que você terá será o tempo que deverá dispor para responder aos testes. Como um risco, ao realizar os testes de ansiedade e depressão você poderá sentir-se cansado, mas terá total autonomia em deixar a pesquisa em qualquer momento. Após analisados os testes, você será informada quanto aos seus resultados. Ao término da pesquisa, (prevista para último trimestre de 2014) serão apresentados os dados e conclusões do trabalho para todos os participantes.

Como benefícios poderão ser analisados os seus níveis de ansiedade e depressão e a sua qualidade de vida. E também, outro benefício será a sua contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. A participação neste estudo é voluntária, e se você decidir não participar e quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade em fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa a sua identificação será mantida em absoluto sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo.

Eu, _____ (nome do participante), fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas do procedimento no qual estarei envolvida, do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento por meio do telefone (48) 99480680 da musicoterapeuta e pesquisadora Luiza Thomé da Luz ou (51) 33203480 da pesquisadora Mirna Wetters Portugal (PUCRS). O telefone do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS é (51) 33203345. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar o meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial. Declaro que recebi a cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Data: ____/____/_____

_____Assinatura do Participante

_____Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE G - PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS SESSÕES

Sessão nº: _____ **Data:** _____
Horário de início: _____ **Horário de término:** _____

Participante:Idade: _____
Diagnóstico presumido: _____
Dificuldade(s) de comunicação oral: _____

Objetivos específicos delineados:
(descrição)

Relato descritivo da sessão**Início**

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Desenvolvimento

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Conclusão

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Resultados obtidos (avaliação dos objetivos delineados)

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Discussão dos resultados

- a) Diferenças de respostas musicais a partir das técnicas musicoterápicas.
- b) Descrição dos benefícios alcançados pelas técnicas musicoterápicas
- c) Contribuição promovida pela música para a execução de atividades diárias.

Observações e Inferências
Pontuação da supervisão clínica
Metas para a próxima sessão

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEM)

Nome: _____

Data de avaliação: _____ Avaliador: _____

Orientação	Pontuação
Dia da Semana (1 ponto)	
Dia do Mês (1 ponto)	
Mês (1 ponto)	
Ano (1 ponto)	
Hora aproximada (1 ponto)	
Local específico (andar ou setor) (1 ponto)	
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)	
Bairro ou rua próxima (1 ponto)	
Cidade (1 ponto)	
Estado (1 ponto)	

Memória Imediata	Pontuação
Fale três 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	Pontuação
(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) (1 ponto para cada cálculo correto)	

Evocação	Pontuação
Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)	

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

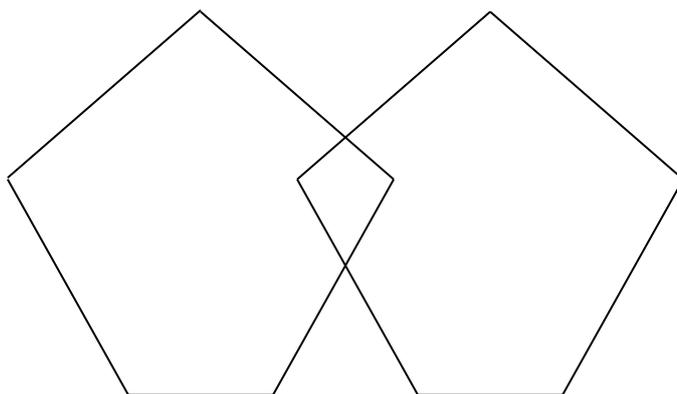
Escore: (/ 30)

Nome: _____ Idade: _____

Data de Avaliação: _____

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



ANEXO B - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II)

Nome: _____ Data: _____

Grupo 1

0. Não me sinto triste
1. Eu me sinto triste
2. Estou sempre triste e não consigo sair disso
3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

Grupo 2

0. Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
2. Acho que nada tenho a esperar
3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

Grupo 3

0. Eu não me sinto um fracasso
1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

Grupo 4

0. Tenho tanto prazer em tudo como antes
1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2. Não encontro um prazer real em mais nada
3. Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

Grupo 5

0. Não me sinto especialmente culpado
1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo
2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
3. Eu me sinto sempre culpado

Grupo 6

0. Não acho que esteja sendo punido
 1. Acho que posso ser punido
 2. Creio que vou ser punido
 3. Acho que estou sendo punido
-

Grupo 7

0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo
1. Estou decepcionado comigo mesmo
2. Estou enojado de mim
3. Eu me odeio

Grupo 8

0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
2. Eu me culpo sempre por minhas falhas
3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece

Grupo 9

0. Não tenho quaisquer idéias de me matar
1. Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2. Gostaria de me matar
3. Eu me mataria se tivesse oportunidade

Grupo 10

0. Não choro mais do que o habitual
1. Choro mais agora do que costumava
2. Agora, choro o tempo todo
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

Grupo 11

0. Não sou mais irritado agora do que já fui
1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
2. Agora, me sinto irritado o tempo todo
3. Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar

Grupo 12

0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas
1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

Grupo 13

0. Tomo decisões tão bem quanto antes
1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
3. Absolutamente não consigo mais tomar decisões

Grupo 14

0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
1. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
3. Acredito que pareço feio

Grupo 15

- 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
- 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
- 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho

Grupo 16

- 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
- 1 Não durmo tão bem como costumava
- 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

Grupo 17

- 0 Não fico mais cansado do que o habitual
- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava
- 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

Grupo 18

- 0 O meu apetite não está pior do que o habitual
- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2 Meu apetite é muito pior agora
- 3 Absolutamente não tenho mais apetite

Grupo 19

- 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio
- 2 Perdi mais do que 5 quilos
- 3 Perdi mais do que 7 quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos() Sim () Não

Grupo 20

- 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual
-

- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

Grupo 21

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
 - 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava
 - 2 Estou muito menos interessado por sexo agora
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo
-

ANEXO C - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Nome: _____ Data: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoado ou tonto				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizado				
Nervoso				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmulo				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				

Medo de morrer				
Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdômen				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

ANEXO D - QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

Nome: _____ RG _____

Sexo: ()F ()M Idade: _____ Data nasc: ____/____/____

Data: ____/____/____

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 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 duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

[1]-Nada; [2]-Muito pouco; [3]-médio; [4]-Muito; [5]-Completamente

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. 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-[1]; Ruim-[2]; Nem ruim nem boa-[3]; Boa-[4]; Muito boa-[5]

1-(G1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito insatisfeito-[1]; Insatisfeito-[2]; Nem satisfeito nem insatisfeito-[3]; Satisfeito-[4]; Muito satisfeito-[5].

2-(G4) Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

[1] [2] [3] [4] [5]

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

[1]-Nada; [2]-Muito pouco; [3]-Mais ou menos; [4]-Bastante; [5]-Extremamente

3-(F1.4) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

[1] [2] [3] [4] [5]

4-(F11.3) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

[1] [2] [3] [4] [5]

5-(F4.1) O quanto você aproveita a vida?

[1] [2] [3] [4] [5]

6-(F24.2) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

[1] [2] [3] [4] [5]

7-(F5.3) O quanto você consegue se concentrar?

[1] [2] [3] [4] [5]

8-(F16.1) Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

[1] [2] [3] [4] [5]

9-(F22.1) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

[1] [2] [3] [4] [5]

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

[1]-Nada; [2]-Muito pouco; [3]-Médio; [4]-Muito; [5]-Completamente

10-(F2.1) Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

[1] [2] [3] [4] [5]

11-(F7.1) Você já é capaz de aceitar sua aparência física?

[1] [2] [3] [4] [5]

12-(F18.1) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

[1] [2] [3] [4] [5]

13-(F20.1) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? [1] [2] [3] [4] [5]

14-(F21.1) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

[1] [2] [3] [4] [5]

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

[1]-Muito ruim; [2]-Ruim; [3]-Nem ruim nem bom; [4]-Muito bom

15-(F9.1) Quão bem você é capaz de se locomover?

[1]-Muito insatisfeito; [2]-Insatisfeito; [3]-Nem satisfeito nem insatisfeito; [4]-Satisfeito; [5]-Muito satisfeito

16-(F3.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

[1] [2] [3] [4] [5]

17-(F10.3) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

[1] [2] [3] [4] [5]

18-(F12.4) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

[1] [2] [3] [4] [5]

19(F6.3) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

[1] [2] [3] [4] [5]

20-(F13.3) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

[1] [2] [3] [4] [5]

21-(F15.3) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

[1] [2] [3] [4] [5]

22-(F14.4) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

[1] [2] [3] [4] [5]

23-(F17.3) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

[1] [2] [3] [4] [5]

24-(F19.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

[1] [2] [3] [4] [5]

25-(F23.3) Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

[1] [2] [3] [4] [5]

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

[1]-Nunca; [2]-Algumas vezes; [3]-Freqüentemente; [4]-Muito freqüentemente; [5]-Sempre

26-(F8.1) Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

[1] [2] [3] [4] [5]

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

