

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**

**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MUSICOTERAPIA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)**

**ALLANA GOMES COSTA MORAIS**

**São Paulo  
2008**

**FACULDADE PAULISTA DE ARTES**

**CURSO DE MUSICOTERAPIA**

**MUSICOTERAPIA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA**

**PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)**

**ALLANA GOMES COSTA MORAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Banca Examinadora, como exigência parcial  
para a obtenção de título de Graduação em  
Musicoterapia, da Faculdade Paulista de  
Artes, sob a orientação da Profª. Silvia  
Cristina Rosas.**

**São Paulo  
2008**

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

## DEDICATÓRIA

*A você Mãe,  
Melhor Amiga, companheira, guerreira.  
Exemplo de mulher, de força, longanimidade  
e perseverança.  
Quem tanto me incentivou e me apoiou nas decisões...  
Sem você eu não chegaria até aqui.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, fonte inesgotável de amor e sabedoria. Ele que demonstrou e tem demonstrado seu zelo em minha caminhada, colocando pessoas maravilhosas, o representando nesta terra, sendo meu suporte nos momentos de fraqueza, minha retaguarda nas batalhas.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e me acompanharam neste processo tão significativo para mim.

A Silvia Rosas, que me orientou com tanta compreensão, paciência e carinho que me motivaram a chegar até o fim deste trabalho.

Aos amigos mais que amigos, mestres, irmãos, alicerces que me mantiveram firmes e foram peças fundamentais para a execução deste trabalho.

*“A música responde a uma fonte poética de criatividade  
através de um cérebro que ressoa  
em resposta às solicitações de um cosmo  
que fala a ele”  
Even Ruud*

## **RESUMO**

O presente trabalho apresenta aspectos emocionais refletidos no indivíduo idoso residente de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), assim como os motivos familiares e sociais que levam a esta institucionalização. Levanta alguns aspectos orgânicos naturais do processo de envelhecimento e quais aspectos o musicoterapeuta deve conhecer da ILPI e de pacientes idosos, ao iniciar e durante o processo musicoterapêutico.

**Palavras-Chave:** Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Musicoterapia.

## **ABSTRACT**

The present work presents emotional aspects that are reflected in the elderly individuals Who reside on a Geriatric Long Stay Institution (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI), as well as the social and family reasons that lead to this institutionalization. It raises some natural organic aspects of the aging process and which aspects the music therapist must know about ILPI and elderly patients at the beginning and during the music therapeutic process.

**Keywords:** Elderly, Senior Citizens, “Instituição de Longa Permanência para Idosos”, Music Therapy.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 A INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 A Influência do Ambiente Asilar no Processo de Envelhecimento .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Causas da Institucionalização .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Consequências da Institucionalização .....</b>	<b>16</b>
2.3.1 Aspectos Emocionais .....	17
<b>3 AS ETAPAS DO PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO NA ILPI .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 A Promoção de Saúde .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 A Dinâmica Institucional .....</b>	<b>23</b>
3.2.1 Cuidadores e Funcionários da Instituição .....	24
3.2.2 O Setting Musicoterapêutico .....	24
<b>3.3 O Processo Musicoterapêutico .....</b>	<b>26</b>
3.3.1 Concepção de Ser Humano .....	26
3.3.2 O Atendimento Musicoterapêutico .....	28
A - A Avaliação da Pessoa Idosa .....	28
B- A avaliação Musicoterapêutica .....	29
C - O Contrato .....	30
D - As Sessões .....	31
E – Os Recursos .....	32
F - A Escolha do Repertório .....	33
G - A Atenção ao Potencial Criativo .....	34
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>37</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse por este tema iniciou em meio à experiência de atuação de estágio que vivenciei em uma instituição geriátrica para mulheres. A observação do contexto e motivos que levaram aquelas mulheres a serem internadas nesta ILPI me fizeram refletir sobre a atual situação dos pacientes geriátricos institucionalizados e como a Musicoterapia pode contribuir para que estes tenham uma melhor qualidade de vida durante sua permanência.

Outro fator primordial que me levou a fazer esta pesquisa foi o contato com “J”, uma senhora que reside há doze anos na instituição, com seqüelas de um aneurisma cerebral e que tem procurado vencer as limitações da idade, debilidade física e solidão através da poesia. “J” começou a ler alguns de seus escritos e compartilhou seu desejo de escrever um livro que relatasse sua história e suas poesias. Desde esse momento, pensei quantos potenciais permanecem escondidos e o quanto estas pessoas são desacreditadas no que se refere ao que ainda podem produzir e pouco estimuladas, neste tipo de instituição, para que este potencial se manifeste.

Esta questão me levou a querer estudar as características do processo de envelhecimento, mais especificamente os aspectos emocionais evidenciados nesta fase da vida, assim como o papel social da instituição asilar, principais causas e conseqüências da institucionalização.

A partir disso, apresentaremos nossa reflexão sobre o que julgamos importante o musicoterapeuta conhecer ao ingressar numa ILPI para iniciar um processo musicoterapêutico, para que, independentemente das técnicas que venha utilizar, a eficácia do atendimento seja garantida.

## 1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Temos vivenciado um momento de significativo aumento da população idosa no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005), a expectativa de vida do brasileiro é de 67,9 anos para os homens e 75,5 para as mulheres e atualmente aproximadamente 17,6 milhões de pessoas tem mais de 60 anos, o que representa 9,7% da população total.

O envelhecimento não pode ser definido por certo número de anos nem valorizado por padrões isolados, mas o aumento da expectativa de vida decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde. Diversos fatores contribuíram para esta estimativa, tais como a redução na taxa de fecundidade e mortalidade, o avanço tecnológico da medicina moderna, aumento da escolarização, a utilização de métodos preventivos, melhoria de condições de moradia, saneamento básico e dos serviços de saúde que passaram a atender as pessoas em sua integralidade, não apenas como corpo doente. Nota-se também uma mudança do perfil de morbidade onde as doenças infecto-contagiosas começam a ser substituídas por patologias mais complexas, as doenças crônicas não transmissíveis (MUNK, 2006, p.XXVIII)

Segundo Munk (2006), o envelhecimento é ao mesmo tempo um fenômeno que envolve fatores genéticos, ambientais e comportamentais, indicando uma diminuição da plasticidade comportamental, um aumento de vulnerabilidade, um acúmulo das perdas evolutivas e um aumento da probabilidade de morte. Além desses fatores, conforme afirmam Birren e Schrots (1984, apud MUNK, 2006), existem três aspectos básicos que levam ao envelhecimento: dano intrínseco resultante do próprio processo de vida, danos causados por fatores externos (dieta, estilo de vida, hábitos pessoais e fatores psicossociais) e doenças associadas ao envelhecimento.

Nas primeiras etapas da vida, o envelhecimento é visto como um fator positivo, sinal de crescimento e diferenciação, o contrário das últimas etapas que por trazer consigo fenômenos regressivos determinam declínio de viabilidade.

Os aspectos fisiológicos do envelhecimento são resultados de processos biológicos e genéticos: diminuição da capacidade de lidar com fatores estressores; diminuição da capacidade aeróbica; alteração da homeostase; perda de massa muscular; aumento da camada de gordura, principalmente no abdome; perda de massa óssea; deterioração do mecanismo homeostático de regulação da temperatura (MASORO, 1998 apud MUNK, 2006, p. XXXIII).

Além dos fatores acima citados, a mudança do perfil populacional possui relação com o perfil econômico de cada país. Nas sociedades pré-industriais, os mais velhos eram detentores do poder econômico e ocupavam papéis socialmente importantes. Com a chegada da industrialização, houve a necessidade de mão-de-obra que atendesse a demanda do desenvolvimento econômico acelerado. Não podendo se enquadrar no perfil do sistema, o idoso era colocado à margem, restando-lhe apenas a aposentadoria. O estigma de mais velho passa a marcar essa etapa da vida com enfermidades, involução, isolamento e segregação (CAIO e FAURY, 2006).

A transição demográfica nos países desenvolvidos ocorreu em processo mais brando e evolutivo, já nos países em desenvolvimento, tem sido mais acelerado. Devido às profundas mudanças no sistema-urbano industrial, a estrutura familiar foi afetada e com isso, a família, em relação ao idoso, passa a reproduzir a discriminação existente na sociedade. O aumento do desemprego e a incorporação da mulher no mercado de trabalho contribuíram para questões de mudanças nos papéis tradicionais de provedor (pai) e cuidador (mãe). (MUNK, 2006).

Se os idosos têm poder aquisitivo, podem optar por onde e como desejam morar, porém, os que não possuem esta possibilidade acabam, muitas vezes, se tornando um estorvo para a família, o que leva em muitos casos, a família a abandoná-los em asilos. Com isso, multiplicam-se as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

O envelhecimento saudável é um processo que, para ser alcançado, depende da conjunção de múltiplos fatores, os quais podem ser resumidos objetivamente da seguinte forma: saúde e manutenção da capacidade vital; qualidade de vida; educação; trabalho; informação; cultura; lazer; transporte; segurança; renda; reabilitação da capacidade funcional, dentre outros (MUNK, 2006).

O conhecimento sobre o processo do envelhecimento é importante para que se adquira maior consciência das necessidades e responsabilidades que esse processo traz, principalmente para que se obtenha um envelhecimento saudável.

## **2 A INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI)**

Define-se asilo (do grego ásylos e do latim asylo) uma casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos (HOLANDA, 1988).

Devido ao caráter genérico dessa definição, outros termos surgiram para denominar locais de assistência a idosos, como abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato. Procurando-se padronizar a nomenclatura, tem sido proposta a denominação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para designar estabelecimentos de atendimento integral a idosos dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2003).

Com base em toda a problemática citada no processo de envelhecimento, as ILPIs tornam-se tema importante devido ao aumento deste tipo de instituição. Chaimowicz e Greco (1999) explicam o aumento das taxas de institucionalização como consequência de uma transição social, na qual se pode destacar a presença da mulher no mercado de trabalho, antes considerada personagem principal no cuidado dos pais ou sogros. Segundo os autores, a decisão de internar o idoso numa ILPI geralmente se sustenta como uma alternativa em determinadas situações, dentre as quais a ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças, alto grau de dependência ou a necessidade de cuidados de reabilitação.

Segundo o Decreto nº 1.948, de 3/07/1996, a modalidade asilar de Assistência Social ao Idoso é entendida como sendo “o atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social” (CARDOSO, 1996).

A partir destas considerações, podemos traçar um genérico perfil da situação do idoso institucionalizado. Em muitos casos, as instituições se preocupam em satisfazer as necessidades de alimentação e moradia, mas não atentam para a importância de estímulos que beneficiem e/ou mantenham a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos, agrupando-os sem a organização de nenhuma vida social.

Em sua maioria, são distribuídos em dormitórios onde cada um dispõe de um leito, de uma poltrona e de um pequeno armário ao lado do leito. O espaço de duas camas representa aproximadamente a largura de duas mesas de cabeceira e é ali que passam quase o tempo todo

deitados, sem fazer nada. As refeições são servidas sobre uma mesinha ao lado da cama (BEAUVOIR, 1990).

Born e Boechat (2002) acreditam que grande parte dos idosos interprete a institucionalização como uma situação de falência do ser humano e da sociedade. A transferência de seus lares para a instituição pode gerar transformações radicais como perda ou redução das redes de apoio e relações sociais, da autonomia de pensamento e da vontade, da privacidade e da individualidade, acarretando sérios problemas sociais e de saúde.

[...] a institucionalização forçosamente trará mudanças nos hábitos de vida do idoso, as quais podem ser negativas ou positivas, de acordo com a situação de vida prévia do indivíduo e de sua capacidade de adaptação. Certamente, um diagnóstico sobre a forma como essa adaptação está se dando só poderá ser feito depois de superada a fase inicial de adaptação de cada usuário [...] (PINTO e CAMARINHA, 2006, p. 34).

Segundo a concepção citada na Carta de Ottawa (OMS, 1986), a promoção de saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para que os indivíduos venham a atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social é importante identificar e satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente o ambiente.

## **2.1 A Influência do Ambiente Asilar no Processo de Envelhecimento**

O ambiente, como complexo de estimulação sócio-física, e o indivíduo formam um sistema de influência recíproca capaz de estabelecer a tipologia da experiência do envelhecimento (MONTEIRO et al., 2006). Numa ILPI, o ambiente tem que ser planejado com base em conhecimentos científicos, buscando oferecer maior compatibilidade ou congruência com seus usuários.

Sendo a ILPI uma residência de idosos, seu ambiente deve ser antes de tudo um espaço de moradia e coexistência. Embora se deva investir ativamente na reabilitação física e psíquica do idoso, o principal objetivo deste tipo de instituição deve ser abrigar estes cidadãos, proporcionando-lhes a melhor qualidade de vida possível (LEAL et al., 2006).

A forma e o espaço nos quais os idosos são abrigados são extremamente relevantes para que haja qualidade de vida. Na maioria dos casos, os idosos ficam distribuídos nos dormitórios, onde cada um dispõe de um leito, de uma poltrona e de um pequeno armário

colocado ao pé ou ao lado do leito. O espaço entre duas camas é onde passam o dia (BEAUVOIR, 1986).

O conceito de qualidade de vida engloba inúmeros fatores e depende, em grande, parte da qualidade do ambiente, tanto dos elementos físicos quanto dos humanos, que o compõe.

[...] o ambiente de uma residência para idosos, como um espaço de convivência, deve, em todos os seus níveis de organização, estimular os usuários a adotar um posicionamento ativo e participante. A participação de cada residente se dará de acordo com sua vontade, suas características pessoais e sua capacidade funcional [...] (MONTEIRO et. al., 2006).

Em geral, o ambiente asilar em suas características arquitetônicas, deve contribuir para: facilitar as relações sociais, favorecer a segurança psíquica, oferecendo espaços bem definidos e identificáveis, que compensem possíveis desorientações espaciais e estimulem o contato social e a interação com o exterior e a natureza, potencializar a autonomia, evitando quedas decorrentes de possíveis incapacidades e atenuando a redução das capacidades sensoriais (PINTO et.al., 2006).

## **2.2 Causas da Institucionalização**

As causas de institucionalização mais prevalentes são relativas à sociedade, à família, à vida profissional e às condições do próprio idoso (PINTO e CAMARINHA, 2006).

- a) Causas relativas à sociedade: devido ao acelerado aumento de pessoas idosas na população, a sociedade não está estruturada para tomar as providências necessárias para o atendimento adequado das necessidades do atual contingente de idosos e esse despreparo social resulta muitas vezes na institucionalização precoce. Dentre as causas relativas à sociedade, existem: barreiras arquitetônicas e insegurança urbana, ou seja, os espaços tanto públicos como privados não são adaptados em atenção às limitações físicas ou mentais dos idosos, o que os empurra para a dependência com todas as suas conseqüências e isolamento social. Os tabus e preconceitos de uma sociedade competitiva, estruturada para valorizar o jovem, o novo, o rápido, negam espaço àqueles que não atendem a esses valores o que leva o idoso a entregar-se a despersonalização, isolamento e depressão, causas freqüentes de institucionalização (PINTO e CAMARINHA, 2006).

- b) Causas relativas à família: a família pode ser o lócus do amor, como também o lócus da violência, afinal, ela é a célula mãe de nossa sociedade. Mesmo sendo a família considerada um núcleo social básico, em muitos casos, os idosos são mal assistidos e isolados vivendo com seus familiares e até optam por viver em ILPI, na busca de melhor qualidade de vida. No meio familiar, muitas vezes são explorados, dominados, oprimidos e rejeitados por perderem seu espaço, sua individualidade e pela exaustão de seus membros diante dos cuidados necessários. Existem também os casos de famílias que se vêem obrigadas a institucionalizar seus idosos dependentes, não por rejeição, mas por total carência de recursos para atendê-los (Debert, 2005).
- c) Causas relativas à vida profissional: Os tabus, preconceitos e segregação impostos pela sociedade contribuem para a entrada na fase de inatividade profissional do idoso, o que também gera desadaptação, depressão e isolamento social (PINTO e CAMARINHA, 2006).
- d) Causas relativas ao próprio idoso: referindo-se às condições do próprio idoso, atribuem-se as condições sociais, de saúde e econômica. As condições sociais apontam casos de idosos desprovidos de qualquer suporte familiar, que vivem apoiados por amigos ou vizinhos, entre outros, e à medida que passam a exigir maiores cuidados, extrapolam a disponibilidade daqueles que os apóiam. A problemática das doenças crônicas com redução da capacidade funcional ou carência psicossocial e incompatibilidade do orçamento familiar também são fatores que contribuem para a institucionalização (PINTO e CAMARINHA, 2006).

### **2.3 Conseqüências da Institucionalização**

O número de institucionalizações tem uma relação inversa com a disponibilidade de políticas sociais, ou seja, quanto menos atendimentos às necessidades dos idosos, mais



institucionalizações teremos. A institucionalização produz consequências de caráter positivo como negativo.

Quando ingressa em uma ILPI, o idoso passa a conviver em um ambiente estranho, sem os vínculos que faziam parte de sua vida social e familiar. Enfrenta assim, a perda de papéis sociais anteriores o que concorre para uma crise de adaptação, desestruturação emocional e uma possível crise existencial, recolhimento social, deixando-o à margem das atividades de socialização desenvolvidas pela instituição, o que leva a instituição a perder sua função acolhedora e terapêutica (Ibidem).

Nas instituições, o idoso convive somente com pessoas de sua faixa etária, o que o afasta do convívio com os mais jovens. A coletividade do ambiente e convivência com estranhos reduz significativamente a privacidade e individualidade do residente da instituição. As instituições com grande número de internos apresentam aspectos negativos, como o anonimato dos residentes, segregação e isolamento. A segregação se materializa por meio de preconceitos e estigmatizações que atingem determinados idosos (PINTO e CAMARINHA, 2006).

Mas nem só de aspectos negativos se revestem estas instituições, pois existem casos em que representam ‘uma opção de vida’, uma possibilidade de resgate da própria individualidade do idoso. Os aspectos positivos podem existir desde que haja cuidadores ou profissionais que potencializem estes aspectos. A melhoria das condições de saúde, recuperação de funções e do equilíbrio, facilitação da atividade social com o aumento da socialização podem perfeitamente ocorrer se a institucionalização induzir, estimular e apoiar a autonomia do residente para isso (Ibidem).

### 2.3.1 Aspectos Emocionais

Dependendo do contexto em que o idoso institucionalizado vive, o predispõe a determinados aspectos emocionais devido à segregação e isolamento social aos quais é submetido. A sensação de inutilidade, ansiedade e a percepção do envelhecimento podem desencadear estados emocionais e até mesmo sintomas físicos, como alterações no sono, perda de peso que podem afetar e influenciar sua qualidade de vida.

Assim como na fase de transição entre a juventude e a fase adulta, o idoso enfrenta uma crise de identidade pela qual é afetado em sua auto-estima. O rebaixamento da auto-estima e a insegurança quanto à identidade refletem-se na autonomia, liberdade, convívio

social e afetam a qualidade dos relacionamentos interpessoais e afetivos no grupo (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005).

Todos os aspectos perceptivos, sensoriais, afetivos e emotivos são imprescindíveis à compreensão dos processos de desenvolvimento e, também, na fase do envelhecimento. Estes aspectos precisam ser observados atentamente, pois podem traduzir muitas inquietações, ansiedades, expectativas e conflitos do idoso na instituição (Ibidem).

As principais manifestações emocionais do idoso institucionalizado são a solidão e a depressão.

#### A - Solidão

A solidão é antes de tudo uma condição, o estado de estar só; e esta é uma das sensações que mais afetam o ser humano. É interessante refletirmos: como pode um idoso se sentir sozinho, morando com tantas pessoas dentro de uma instituição?

Existe uma diferença entre sentimento de solidão e isolamento social. Segundo Creecy (1985, apud ANESE et. al., 1993), o isolamento social é um conceito quantitativo e é caracterizado pela raridade dos contatos com outras pessoas. Já o sentimento de solidão é um conceito qualitativo que pode ser definido como a percepção de um mal-estar ocasionado pelo conflito entre as relações sociais desejadas e as relações sociais reais.

Nestas pessoas, o isolamento social pode ser resultado de uma série de fatores: uma enfermidade, um processo de demência, debilidades físicas que dificultam a mobilização e autonomia, diminuição sensorial da audição ou da visão, e a solidão por não ter contato com os familiares, entre outros (BRIGHT, 1993).

Assim, muitos idosos, inclusive os institucionalizados, sofrem de solidão e de isolamento, senão de uma verdadeira marginalização. O isolamento social pode favorecer a existência da solidão, mas não ser a única causa. Podemos nos sentir sós mesmo em meio à multidão (GOBBI et. al., 1993).

A solidão pode ser desejada ou forçada. A solidão desejada é aquela na qual a pessoa opta por se isolar, por necessidade de reflexão ou repouso, com o objetivo de concentração. Já a solidão forçada é aquela na qual a pessoa não opta, mas é gerada por uma condição (Ibidem).

O fundamento do sentimento da solidão está na própria conduta do indivíduo. Isso explica como um idoso, mesmo tendo contato com muitas pessoas em uma instituição, ainda

pode se sentir sozinho. Ela é percebida pela pessoa que não consegue realizar o que deseja em seu relacionamento social e pode ser encontrada em pessoas que se encontram em situação difícil, como os idosos sozinhos e incapacitados (Ibidem).

## B - Depressão

A depressão é muito mais do que um sentimento ou uma emoção, pois tem potencialidade para ser uma doença mental grave e incapacitante, podendo interferir em todos os aspectos do dia-a-dia de uma pessoa. Seus sintomas podem surgir em nível emocional (desânimo, tristeza, irritabilidade, diminuição de auto-estima, solidão), físico (emagrecimento, perda de sono, perda de energia) e cognitivo (dificuldade de concentração e perda de memória) (STELLA et. al., 2002).

Com o envelhecimento, geralmente existem modificações nas reações emocionais, por ser uma fase na qual o idoso passa por perdas e separações, isolamento, solidão e marginalização social. Além disso, pode desenvolver o sentimento de que se inicia a última etapa da sua vida, desencadeando assim um estado depressivo com a sensação de inutilidade (Ibidem).

O idoso está numa situação de perdas continuadas, tais como a perda sócio-familiar, do status ocupacional e de declínio físico. Ao avaliar um estado depressivo na pessoa idosa, deve se considerar seu contexto de vida e às respostas do seu ambiente. A depressão no idoso institucionalizado pode muitas vezes estar associada à sensação de abandono que ocorre por se encontrar separado do ambiente familiar, assim como também a sensação de tristeza silenciosa e isolamento (CHAVES, 2000).

[...] na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15% (KAPLAN et. al., 1997), em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14% (EDWARDS, 2003) e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30% (PAMERLEE et. al., 1989) (apud STELLA, et al., 2008, p. 92).

Os transtornos depressivos nos idosos podem se tornar fatores de risco para um posterior processo demencial. Segundo Rasking (1998, apud GOBBI, 2008), 50% dos pacientes com depressão evoluem para quadro demencial num período de cinco anos.

Stoppe Jr e Louzã Neto (1999) explicam que a relação recíproca entre a depressão e demência pode ser manifestada por:

- Depressão na demência: os sintomas depressivos constituem parte integrante no processo demencial;
- Demência com depressão: coexistência de ambos os fenômenos, sendo que os sintomas instalam-se em um quadro demencial pré-existente;
- Depressão com comprometimento cognitivo: a depressão evolui com dificuldades cognitivas, principalmente de concentração e memória recente;
- Demência na depressão: o comprometimento cognitivo resulta do processo depressivo.

Geralmente, as causas de depressão no idoso surgem de um conjunto amplo de componentes, no qual atuam eventos vitais como o luto, o abandono, doenças incapacitantes que resultam na perda de qualidade de vida associada ao surgimento de doenças e o isolamento social (STOPPE Jr e LOUZÃ NETO, 1999).

Uma maneira de se prevenir a depressão e os danos que ela causa quando instalada é o reconhecimento e valorização real da capacidade pessoal do paciente. Para que isto ocorra, é necessário que haja estímulos que beneficiem o contexto de vida do idoso, que o levem a expressar suas emoções e a sua comunicação social, reduzindo seu sofrimento possibilitando-lhe uma melhor qualidade de vida.

### 3 AS ETAPAS DO PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO NA ILPI

Este capítulo visa abordar o trabalho musicoterapêutico e sua inserção na ILPI, refletindo sobre aspectos que julgamos importantes a todo musicoterapeuta que ingressa neste ambiente institucional.

Dentre as diversas definições de musicoterapia, ressaltamos a proposta por Ruud (1990, p. 14).

Uma definição típica de musicoterapia geralmente parte do ponto em que a mesma consiste numa profissão de tratamento, onde o terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar alguma mudança ou processo de crescimento direcionado ao bem-estar pessoal, adaptação social, crescimento adicional ou outros itens.

Esta definição sintetiza a ação que a Musicoterapia pode exercer dentro do contexto social em que o idoso se encontra na instituição. O musicoterapeuta pode utilizar a música e os sons como um canal de comunicação e de expressão entre ele e o idoso.

Neste contexto, a música por si só é um componente facilitador de comunicação entre terapeuta e paciente, pelo fato de ultrapassar não só séculos e décadas, mas também por permear culturas e gerações inteiras, acompanhando assim várias fases da vida do idoso.

As alegrias e tristezas, as conquistas e decepções, as relações afetivas, gerativas e sociais possuem “trilhas musicais significativas” que contam a história de uma existência e, mais do que isso, expressam como essa existência encheu de criatividade e de música a vida. Na Musicoterapia, a música se torna uma linguagem que pode ser expressa verbal e não verbalmente, favorecendo o bem-estar pessoal do paciente.

[...] a música pode trazer um alívio temporário para problemas da vida. Ainda assim, torna-se crucial para uma intervenção terapêutica que o contexto da experiência seja relacionado à situação real do paciente [...] (RUUD, 1990, p. 19).

Além de possibilitar a comunicação na relação terapeuta/paciente, a música pode servir de estímulo para o resgate da memória e a memória re-vivida é uma possibilidade de inventar a vida e induzir assim algum tipo de mudança que propicie um fortalecimento geral da estrutura pessoal do paciente.

Por envolver e afetar muitas facetas do ser humano e em função da grande diversidade de suas aplicações clínicas, muitos componentes podem ser explorados e se tornam as áreas mais visadas como alvos de mudança, tais como: fisiologia, desenvolvimento sensorio-motor,

percepção, cognição, comportamento, comunicação, emoções, criatividade e aspectos interpessoais (BRUSCIA, 2000).

[...] a musicoterapia pode contribuir ativamente no tratamento além de seu potencial como terapia independente [...] ajudar a um paciente a recuperar a confiança em sua marcha, a outro obter alguma capacidade para comunicar seus sentimentos apesar de perda da fala, a outro a refazer uma relação, manejar as dificuldades geradas pela depressão, a outro recuperar parte da função de um membro e o sentido de posição depois de haver sofrido uma lesão cerebral, etc.[...] (BRIGHT, 1991, p. 6).

A Musicoterapia com a terceira idade utiliza a bagagem musical que o indivíduo experimenta no decorrer das etapas de sua vida, infância, adolescência, vida adulta e velhice, assim como dos ritos de passagem (aniversários, casamentos, nascimentos, entre outros) e funciona como estímulo, pois a partir do prazer que a música proporciona o paciente pode cantar, tocar, improvisar, criar e recriar musicalmente as canções que fizeram e fazem parte da sua vida sonoro-musical. É neste contexto, que “[...] a música é a ponte a partir da qual se estabelece a relação terapeuta/paciente, levando à busca do autoconhecimento” (SOUZA, 2006, p. 872).

### **3.1 A Promoção de Saúde**

Antes de mais nada é importante que o musicoterapeuta tenha ciência de que, apesar de lidar com pessoas com debilidades físicas numa ILPI e, portanto, também incluir objetivos ligados à reabilitação ou recuperação do organismo ou partes deste, sua função primária é promover a saúde.

Com base na Carta de Ottawa (1986, apud JUNIOR e TAVARES, 2006), a promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A promoção da saúde propõe um estilo de vida saudável e permite que o próprio indivíduo tenha a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam sua saúde.

Acreditamos que o primeiro passo para promover a saúde do paciente, é concebendo o ser humano não apenas como uma criatura física ou biológica, mas como um ser sociável, biológico e psicológico, influenciado por diversos fatores.

[...] O termo promoção de saúde, num amplo conceito, traz um novo olhar ao trabalho direcionado à saúde através da visão salutogênica, que considera a saúde

como um processo contínuo de construção de meios e recursos de fortalecimento para que a pessoa combata e resista às constantes ameaças à saúde [...] (PIMENTEL, 2003, p. 21).

A prática musicoterapêutica numa ILPI pode facilmente se aplicar à promoção de saúde, sendo que o musicoterapeuta deve obter recursos e meios para mobilizar as pessoas, incentivá-las, estimular novas habilidades e o aumento de capacidade de autonomia. A promoção da saúde é mais um fator que propicia a relação social, a expressão dos sentimentos e contribui para que o idoso viva melhor na instituição.

### **3.2 A Dinâmica Institucional**

É de suma importância conhecer a Instituição antes de se iniciar a atuação com a Musicoterapia. Tão importante como conhecer a história ou o motivo que levou o idoso a residir neste local, é necessário, além dos aspectos mencionados anteriormente, que o musicoterapeuta conheça os horários das atividades, datas dos eventos, a rotina estabelecida, se existe uma equipe inter ou multidisciplinar, a interação entre pacientes e funcionários e, principalmente, os propósitos e objetivos da direção da instituição em relação aos residentes.

Da mesma forma, caso a instituição não tenha conhecimento sobre o que, de fato, seja a Musicoterapia (seus objetivos e sua prática clínica dentro da instituição), cabe ao musicoterapeuta esclarecer, por meio de palestra ou reunião, a todos (direção, equipe e funcionários), a contribuição que a Musicoterapia pode oferecer a este ambiente, assim como a importância da colaboração de todos para a efetivação do processo musicoterapêutico.

A necessidade do musicoterapeuta se envolver nestes detalhes é de compreender o contexto no qual trabalhará e verificar aspectos da instituição, como sua dinâmica institucional (que por vezes pode criar e manter comportamentos desviantes) e instalações (que podem estar mal adaptadas para a população residente). Estes aspectos influenciam o trabalho musicoterapêutico. De acordo com Ruud (1990), muitas vezes, para contribuir com que as instituições sejam espaços destinados ao crescimento, o musicoterapeuta ou a equipe devem se esmerar no sentido de questionar as rotinas, papéis e padrões de interação dos participantes dentro do sistema institucional.

Sabemos que a música é inerente ao ser humano. Encontra-se em todo o meio externo e interno do homem, é manifestada por sons organizados ou não e está presente, às vezes apenas como fundo, na maioria das situações de nossa vida.

Nas ILPIs não é diferente. A música está presente nos cantos das cozinheiras, no trabalho dos ajudantes, no rádio deixado como música ambiente e, principalmente, na memória de todos os residentes idosos, até dos considerados ‘com pouca memória’.

Neste contexto tão complexo, no qual os idosos se encontram, mesmo que não sofram maus-tratos físicos e nem psicológicos explícitos, na medida em que estão segregados de seu ambiente familiar, restringidos a uma rotina que, muitas vezes, não promove a estimulação física ou mental, a Musicoterapia é uma possibilidade de transformação do ambiente institucional asilar.

Existem alguns elementos dessa dinâmica institucional que julgamos importantes para, junto à Musicoterapia, promover essa transformação; são os cuidadores diretos dos residentes e os funcionários de suporte da instituição.

### 3.2.1 Cuidadores e Funcionários da Instituição

A complexidade da ILPI pode afetar também funcionários e cuidadores dos idosos. Lidar com pessoas, na maioria, dependentes fisicamente, às vezes com patologias neurológicas associadas, e/ou carentes emocionalmente, exige muito dos cuidadores, desde paciência para escutar as queixas até os cuidados medicamentosos. Essa convivência tão estreita no dia-a-dia, fortalece um vínculo que, apesar de necessário, pode deixar os cuidadores vulneráveis emocionalmente.

Mediante estes fatores, podemos notar a importância de um trabalho terapêutico para os funcionários e cuidadores. Além do mais, a melhor maneira de se transformar um ambiente de trabalho, é iniciando por aqueles que executam o próprio trabalho. Atentando-se para isto, para que haja um processo musicoterapêutico com mais eficácia aos pacientes, nossa proposta é utilizar as atividades musicoterapêuticas entre os funcionários e cuidadores, num primeiro momento.

Os cuidadores podem encontrar na Musicoterapia o espaço para expressar suas emoções e tensões, de maneira que as atividades venham favorecer a interação grupal, o trabalho em equipe e sobretudo, o atendimento e cuidado com os idosos.

Ao pensarmos então, no atendimento musicoterapêutico específico para as pessoas idosas, algumas adaptações podem ser necessárias, entre elas, no espaço em que ocorrerá o atendimento.



### 3.2.2 O Setting Musicoterapêutico

[...] refletir a relação com o setting em outros parâmetros, uma relação que independe do espaço físico, mas que o usa de maneira flutuante, como um auxiliador da relação se apropriando do vínculo estabelecido entre paciente e musicoterapeuta para a formação do processo [...] (CIRIACO NETA, 2004, p.21)

Pensamos que a função primordial do setting musicoterapêutico é a de ser um local conveniente que permita trabalhar e explorar todas as possibilidades numa sessão.

Segundo afirma Sampaio (2001 apud CIRIACO NETA, 2004), o setting musicoterapêutico é [...] um ambiente extremamente rico em possibilidades de significações em possibilidades de produção de subjetivações, as quais poderão ou não se realizar dependendo das necessidades do(s) paciente(s)/cliente(s) e das habilidades do terapeuta”.

Acreditamos que o setting musicoterapêutico não deve se restringir apenas a uma sala de musicoterapia, mas deve se estender a partir dela até o local no qual o terapeuta considere como apropriado às necessidades do paciente.

Principalmente analisando o contexto de uma ILPI, sabemos que nem sempre é possível ter uma sala específica para o atendimento musicoterapêutico. Até mesmo por causa das debilidades físicas de alguns pacientes, se faz necessário que o local de atendimento seja adaptado segundo as suas necessidades e o musicoterapeuta deve atuar de forma criativa nestas situações. Se a pessoa apresenta uma condição física que o mantenha no leito todo o tempo, e considerando que na maioria das ILPIs os quartos possuem vários leitos, mesmo que não seja a intenção primária do musicoterapeuta, ele deve cogitar a viabilidade de um atendimento grupal. É importante então, que se verifique o que deve ser adaptado no setting.

Baseando-nos na pesquisa de Ciriaco Neta (2004), podemos apresentar um novo conceito de setting que se enquadra perfeitamente neste contexto, o “setting flutuante”. Segundo afirma a autora, o setting flutuante tem a função de desterritorializar e territorializar, com o objetivo de construir o novo para que os componentes externos e pacientes se afetem possibilitando uma modificação interna. Não nos limitando à idéia de setting fixo, há a possibilidade de um novo olhar sobre as estruturas habituais, o que nos leva a reformular questões relevantes ao tratamento e ao paciente.

[...] Numa sessão musicoterápica, dentro desse setting flutuante, a escuta dos sons impregnados no ambiente não pode ser ignorada, ruídos, sons externos, ou até mesmo sons internos que podem ser criados, produzidos e introduzidos ao contexto através da manipulação ou utilização dos objetos do próprio ambiente, que vão se adequar como parte sonora a partir do momento que são manipulados pelo próprio paciente e musicoterapeuta ali presentes [...] (CIRIACO NETA, 2004, p.22).

Nem sempre podemos escolher ou estruturar um setting específico ou evitar que sons externos interfiram no atendimento; devemos então, aproveitar a condição ambiental imposta para, com criatividade, incluí-la no contexto do atendimento.

Após a apresentação destes aspectos gerais de uma ILPI, passaremos agora a refletir sobre aspectos relacionados ao atendimento musicoterapêutico propriamente dito.

### **3.3 O Processo Musicoterapêutico**

Na verdade, o processo musicoterapêutico tem início no momento em que o musicoterapeuta começa sua análise a respeito do ambiente físico e humano da ILPI, como já apresentamos. E na seqüência, cabe mencionar que antes do atendimento em si, ou seja, das sessões de musicoterapia, o profissional deve já ter integrado à sua bagagem de conhecimentos alguns conceitos que farão uma diferença qualitativa na sua atuação.

#### **3.3.1 Concepção de Ser Humano**

Um dos fatores que influenciam no tipo de atendimento musicoterapêutico é a concepção que o musicoterapeuta tem sobre o ser humano. Qualquer atitude que tomarmos como musicoterapeutas, contaremos com hipóteses acerca da natureza do ser humano, ou seja, esta nossa concepção determinará a forma como conduziremos o atendimento. Assim, faz-se necessário que o musicoterapeuta tenha refletido sobre sua própria concepção de ser humano.

[...] No campo da musicoterapia, concepções particularmente diferentes de categorias fundamentais como “música”, “ciência”, “saúde”, “terapia”, “sociedade” e “ser humano” conduzem a modelos musicoterápicos tão distintos quanto “improvisação clínica”, “musicoterapia analítica”, “música e terapia behaviorista” [...] (RUUD, 1990, p. 93).

Ruud (1990) destacou cinco concepções do ser humano:

#### **I - O ser humano como um organismo**

- Esta concepção analisa o ser humano de forma biológica, como um organismo, e a música se torna a acústica, analisada fisicamente. Na musicoterapia, a questão da

influência da música se torna uma questão acerca do modo como frequência e amplitude (música) produzem reações autônomas no organismo (emoções).

## II - O ser humano como pessoa

- Para esta concepção, a linguagem, pensamento, capacidade de escolha, responsabilidade e capacidade de comunicação são aspectos enfatizados. A música é compreendida como um fenômeno e o musicoterapeuta pesquisa as conexões entre a estrutura musical apresentada pelo paciente e seu significado.

## III - O ser humano como um ser societário

- Enfatiza a capacidade de adaptação do indivíduo ao mundo, ou à instituição, e com menos frequência, como a sociedade pode ser transformada para se adaptar às pessoas. Na Musicoterapia, como a música e o processo musicoterapêutico podem envolver os participantes numa interação significativa.

## IV - O ser humano como um sujeito sob experiência, improvisação e ação

- Essa concepção expõe o cuidado que se deve ter para não tratar a relação entre música e experiência como uma relação mecanicista, um estímulo-resposta onde a pessoa sob experiência é deixada de lado. É na musicoterapia improvisada e centrada no diálogo que o “sujeito em ação” é enfatizado e que o paciente e o terapeuta, dentro de uma improvisação, têm as mesmas possibilidades de influenciar os processos musicais, favorecendo a criação de uma estrutura que pode proporcionar ao paciente um status de sujeito.

## V - O ser humano como improvisador

- Em um mundo no qual o “sujeito atuante” se transformou numa espécie de “razão instrumental”, que colocou o ser humano numa posição externa e dominante em relação à natureza e ao ambiente, é necessário que se trabalhe sob um conceito de ser humano no qual os aspectos ecológicos e sua coexistência o seu ambiente sejam realçados. O “ser humano improvisador” pode servir como base para o ser humano atuante, que viva um processo onde a segurança e a estabilidade interna como

pressuposição e resultado de sua capacidade de improvisar, possibilitem a flexibilidade psíquica.

Consideramos que independente da compreensão que tenha sobre o ser humano, o musicoterapeuta deva respeitar a individualidade de cada um, como ser único, integral e complexo, que reúne ao mesmo tempo, uma pessoa que é um organismo (não uma patologia), que vive em sociedade e que está sob uma experiência na qual temos grande influência.

### 3.3.2 O Atendimento Musicoterapêutico

Como já dissemos, as condições de algumas ILPIs e a imagem que é construída da pessoa idosa podem favorecer a tendência de se pensar que as necessidades e anseios de todos os residentes são os mesmos ou muito semelhantes.

Daí a importância de se aplicar uma avaliação para que sejam levantadas informações sobre cada indivíduo.

#### A - Avaliação da Pessoa Idosa

Uma avaliação eficaz da pessoa idosa só é possível a partir de vários aspectos. Portanto, é importante que a equipe de profissionais se organize para que, numa ação transdisciplinar, as informações sejam levantadas. A discussão em equipe sobre a observação de cada profissional só favorece o atendimento do paciente. Mas para isso, todos os profissionais devem ter maturidade e capacidade suficientes para “[...] articular pontos de vista a partir dos quais seja possível tornar interativo [...]”, e criar “[...] espaços de pensamento, respeitando as diferenças [...]” uns dos outros (PINTO et. al., 2006).

Assim, o musicoterapeuta deve acompanhar a avaliação ou, se isso não for possível, ter acesso a avaliações realizadas com o paciente, por profissionais de outras áreas.

A avaliação possibilita identificar qualquer melhora ou declínio do idoso ao longo do trabalho realizado, permitindo uma constante reavaliação, com o objetivo de ajudar na manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida (SOUZA, 2006).

Dentre os vários tipos de avaliação do idoso, destacam-se três: avaliação clínica, psicossocial e funcional.

- a) *Avaliação Clínica*: é uma avaliação completa que considera os aspectos clínicos avaliados, como história médica por meio de doenças pregressas, medicações

utilizadas, história fisiológica e familiar, além de outros aspectos importantes avaliados por outros profissionais, tais como existência de déficit de audição e utilização de próteses auditivas, avaliação da locomoção e qualidade dos movimentos (MUNK e BASILIO, 2006).

- b) *Avaliação Psicossocial*: este tipo de avaliação auxilia na compreensão do perfil socioambiental do idoso e para isso é feito um levantamento de dados de identificação, assim como das relações familiares e sociais. É necessária também a avaliação do estado afetivo e cognitivo, determinantes da capacidade funcional e que está diretamente relacionado ao desempenho físico e social. Para avaliação do estado cognitivo, existem testes como por exemplo, o Miniexame do Estado Mental (MEEM), que avalia algumas áreas do funcionamento cognitivo, como a orientação espacial e temporal, memória recente, evocação, cálculo, linguagem e que identifica apenas o déficit cognitivo e não a demência (Ibidem).
- c) *Avaliação Funcional*: esta avaliação se preocupa em determinar as necessidades e os déficits de cada idoso, auxiliando na determinação de sua capacidade funcional. Por isso está inteiramente ligada à observação das atividades da vida diária (tomar banho, vestir-se, locomover-se, alimentar-se), a capacidade de realizar tarefas mais complexas de cuidado pessoal necessárias à manutenção da independência do paciente (Ibidem).

Após realizar ou ter acesso a estas informações, o musicoterapeuta realiza os procedimentos de avaliação e atendimento específicos de sua área.

#### B- A avaliação Musicoterapêutica

Para iniciar o atendimento musicoterapêutico ou até mesmo definir sua forma, deve-se primeiramente focar a(s) necessidade(s) do paciente. Existem etapas básicas que introduzem o processo e ao mesmo tempo avaliam o paciente. Estas etapas não devem ser consideradas restritamente como regras nem tampouco delimitarem o processo musicoterapêutico, mas antes, serem utilizadas como ferramentas de auxílio na sessão.

A *Entrevista Inicial*, feita através do preenchimento da *Ficha Musicoterapêutica*, é o momento em que são colocados os dados pessoais, a história sonoro-musical, preferências

musicais e instrumentais, informações acerca de diversos sons que agradem ou desagradem o cliente. É a oportunidade de, já no início do processo, obter diferentes aspectos a respeito da vida sonoro-musical, tanto do paciente quanto de seus familiares. Somando-se a esta, a pesquisa do prontuário também é de grande importância, pois fornece os dados de história clínica do paciente, que podem influenciar nas estratégias do tratamento musicoterapêutico. Nesta *Entrevista Inicial* é importante que se avalie dados referentes à instituição, tais como ambiente sonoro, ambiente musical institucional, características vocais dos cuidadores e funcionários (timbre de voz) e as suas relações musicais.

A *Ficha Musicoterapêutica* é fundamental porque na terceira idade o repertório musical é complexo e denso, uma verdadeira discografia sócio-cultural organizada pela cognição musical. Essa população é possuidora de uma memória musical privilegiada, porém, como nossa sociedade valoriza a produção da juventude, este saber geralmente fica invisível.

Como prolongamento da *Ficha Musicoterapêutica*, a *Testificação Musical* é o momento em que o paciente tem seu primeiro contato com o setting terapêutico, estando livre para explorar o instrumental. É neste momento que o musicoterapeuta tem a possibilidade de obter novos dados sobre a comunicação não-verbal do paciente, podendo observar suas inibições, bloqueios dispersões, estereótipos, impulsos por meio de sua manifestação sonoro-musical (BENENZON, 1985).

### C - O Contrato

Para organização e controle deste processo é estabelecido um *Contrato* entre musicoterapeuta e paciente quanto a horário, frequência, duração das sessões e duração do processo (alta); com relação a este último, o musicoterapeuta deve deixar claro para o paciente se durará um determinado número de sessões (musicoterapia breve, utilizada para casos em que há o foco numa queixa específica que pode ser resolvida num período limitado de atendimento) ou se a alta será resolvida durante o processo, de acordo com o que musicoterapeuta e paciente observam (para casos em que apesar de não haver uma queixa específica, o paciente apresenta uma condição que demanda o atendimento musicoterapêutico, como de forma geral, os idosos institucionalizados).

Como numa ILPI, os pacientes são atendidos por profissionais de várias áreas, os critérios de alta devem ser discutidos por toda a equipe. A falta de clareza quanto aos critérios de alta pode gerar desconforto entre os membros da equipe como também prejuízos ao

paciente, na medida em que a falta de compreensão dos motivos do desligamento pode ser vivenciado como abandono.

#### D – As Sessões

O atendimento musicoterapêutico é constituído por sessões, nas quais o musicoterapeuta coloca em prática a sua(s) técnica(s), percepção, capacidade de improvisação e comunicação através da música.

É durante os atendimentos que o musicoterapeuta procura utilizar os conteúdos expressos pela comunicação não-verbal e a linguagem musical em busca da abertura dos canais de comunicação.

[...] as sessões de Musicoterapia constituem a parte ativa e terapêutica do tratamento. É aqui onde o musicoterapeuta colocará em prática toda a sua capacidade de elaboração dos pensamentos não-verbais, suas estratégias para a abertura de canais de comunicação, sua compreensão dos níveis regressivos de seu paciente, a execução de múltiplas formas de expressões sonoro-musicais e de movimento que sirvam de estímulo, de respostas, de ecos, de ressonância, de vibrações [...] (BENZON, 1985, p. 84).

Como já mencionamos, o atendimento musicoterapêutico pode ser feito em grupo ou individualmente, de acordo com as necessidades do paciente, problemáticas, critérios de elegibilidade e condições físicas da ILPI. Os mais indicados para o atendimento individual são os pacientes com graus mais avançados em seu quadro clínico, apresentando multipatologias que causam limitações nas áreas física, mental e emocional (SOUZA, 2006). Quando o atendimento é grupal, é importante o auxílio de um co-terapeuta.

Dentro do contexto de uma ILPI, a *Musicoterapia Grupal* pode contribuir não somente com a interação entre os pacientes, mas é também a possibilidade de atuar com outras áreas. Neste aspecto, é importante destacar a importância do pensamento transdisciplinar, ou seja, a capacidade de articular pontos de vista onde o objetivo principal do terapeuta é criar, recriar, pesquisando a própria prática (PINTO, 2006).

[...] a transdisciplinaridade é complementar à abordagem disciplinar; ela faz emergir do confronto das disciplinas novos dados, que as articulam entre si; e ela nos oferece uma nova visão da Natureza e da Realidade. A transdisciplinaridade não busca o domínio de várias disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e ultrapassa [...] (PINTO, apud NICOLESCU, 1994, artigo 3º).

Alguns pacientes se beneficiam com terapias conjuntas em um serviço de reabilitação, onde realizam tratamentos de fisioterapia e terapia ocupacional ao mesmo tempo, configurando um atendimento interdisciplinar. A Musicoterapia é mais uma ciência que pode adicionar a outras áreas e aprimorar o tratamento do idoso.

Como afirma Bright (1993, p. 73), o atendimento musicoterapêutico grupal é indicado para:

- ✓ pessoas que necessitam de reforço para o ritmo da marcha;
- ✓ aqueles que perderam a confiança na mobilidade e necessitam considerar a marcha como algo agradável e não como uma tortura;
- ✓ pacientes com afasia global que não compreendem o que lhe pedem e cuja ansiedade conspira contra o êxito do tratamento
- ✓ pessoas que sofrem de dor e ansiedade;
- ✓ aqueles que a música representa uma distração, uma troca de foco de atenção;
- ✓ a criação de um ambiente alegre.

Para se trabalhar em grupo, é necessário que se descubra ou se crie uma identidade grupal para a sessão de musicoterapia. As atividades grupais em uma ILPI podem ser: cantar, escutar obras de um determinado compositor, improvisar com instrumentos com movimentos simples, organizar um coral, entre outras atividades. O trabalho grupal pode ser incluído em todos os programas de musicoterapia para pacientes geriátricos, estimulando-os social e psicologicamente (ibidem).

Igualmente ao que proporciona às relações familiares, a *Musicoterapia Grupal* pode intensificar a comunicação entre os residentes da ILPI. É considerada uma poderosa ferramenta para alcançar este objetivo, mas para isto é importante que o musicoterapeuta, além de conhecer o paciente a partir do que colhe com a *Ficha Musicoterapêutica* e com a *Testificação Musical*, saiba escolher os recursos que utilizará nas sessões.

## E – Os Recursos

Existem recursos que podem auxiliar muito no atendimento musicoterapêutico, tais como *Instrumentos Musicais*, recursos eletrônicos e complementares.

O *Instrumento Musical* é um grande facilitador da comunicação sonora do indivíduo com o meio e entre terapeuta e paciente.



Tratando-se de pacientes idosos devem ser tomados alguns cuidados referentes à manutenção dos instrumentos. O musicoterapeuta deve observar, por exemplo, se os instrumentos de metal não possuem ferrugens ou pequenas avarias que possam passar despercebidas para o paciente e representar risco de ferimentos.

Portanto, para a seleção de *Instrumentos Musicais*, é importante observar certas características, como peso, textura, sonoridade e qualidade do material que facilitem seu manuseio pelo idoso e permitam maior funcionalidade e segurança (SOUZA, 2006, p. 285).

No geral, para que haja um bom aproveitamento do *Instrumento Musical* na sessão, é importante que eles tenham as seguintes características: que sejam de simples manejo, de fácil deslocamento, de grande potência sonora e que suas possibilidades sonoras sejam claras e entendíveis estruturas rítmicas (BENENZON, 1985).

Em muitos casos, devido à debilidade física do paciente, para que o instrumento musical responda e contribua com suas necessidades, é indicado que seja adaptado. A utilização de sucatas leves ou pequenos recipientes como latinhas, garrafas descartáveis, caixinhas de fósforo podem ser transformados em instrumentos percussivos, fáceis de obter sonoridade e por sua acessibilidade ao idoso, servir-lhe de estímulo.

O *Instrumento Musical* pode ser utilizado como objeto intermediário sem oferecer nenhuma sensação de perigo devido à reação de *feedback* gerada no momento musical. “Ao escolher um instrumento, o idoso passa a experimentar um sentimento de posse e de intimidade com o mesmo, desenvolvendo a partir daí a conscientização de sua identidade sonora e a capacidade de criar e ampliar seus próprios sons e movimentos” (SOUZA, 2006, p.285).

Além dos *Instrumentos Musicais*, existe dentre os recursos eletrônicos o aparelho de som, que podem ser bem aproveitados nas sessões por proporcionar a execução de música mecânica e materiais como CDs e fitas.

Outro recurso, para o qual é indicado que o musicoterapeuta esteja sempre preparado, é o *Repertório Musical* do paciente. Devido à bagagem musical do idoso, em função de tantas fases vividas, suas preferências musicais podem variar entre marchas de carnaval, canções românticas, valsas, boleros, sambas, músicas folclóricas, baião, chorinhos, brincadeiras de roda, hinos religiosos (SOUZA, 2006, p. 285). Ressaltamos aqui a importância da *Ficha Musicoterapêutica*, como material primordial para o musicoterapeuta.

#### F - A Escolha do Repertório

O conhecimento que o musicoterapeuta adquire do paciente a partir da *Ficha Musicoterapêutica* garante a eficácia na *Escolha do Repertório*, fundamental no atendimento grupal em ILPIs, pois, como já mencionamos, o isolamento social e a solidão são muito frequentes neste ambiente.

As pessoas institucionalizadas podem sentir-se isoladas e solitárias por se verem obrigadas a compartilhar uma habitação com pessoas com as quais não existem interesses em comum, com pessoas com as quais não podem se comunicar devido a uma demência ou outro tipo de deficiência (BRIGHT, 1993).

Podemos dizer que em muitos casos, os idosos não acreditam que existam interesses em comum entre eles pelo fato de não se conhecerem. As atividades musicais podem ser a oportunidade de despertar novos interesses em desenvolver a relações sociais dentro do contexto em que vivem.

A *Escolha do Repertório* é, então, um fator importante para que ocorra a interação entre os idosos. Incluir músicas que representem a etnia e tradição dos pacientes proporciona a melhora da relação social entre eles e é uma forma de aumentar o conhecimento que cada um tem do outro. A troca de repertório entre pacientes e profissionais da instituição também pode se tornar uma importante ferramenta que venha possibilitar novas formas de percepção musical, adaptação de diálogos com músicas de gerações atuais e mediação de músicas (o antigo reconfigurando a atualidade).

Conhecer o repertório musical que faz parte da vida do paciente idoso também pode contribuir para a melhora das relações familiares. Aproveitando o horário de visita de familiares e amigos, o musicoterapeuta pode tocar algumas canções que façam parte da história de vida do paciente e de sua família, restabelecendo ou fortalecendo um nível de comunicação entre eles, promovendo assim um ambiente de melhor interação para o paciente e para quem o visita.

#### G - A Atenção ao Potencial Criativo

Além do que foi exposto, e não menos importante, a musicoterapia pode auxiliar no desenvolvimento do potencial criativo do paciente idoso.

Pode-se acreditar que a pessoa idosa, principalmente a institucionalizada, em função de suas debilidades físicas e cognitivas, possua um déficit também em seu potencial criativo.

O estigma estabelecido por ser alguém que não é mais capaz de ‘produzir’ ou pela patologia que possui, pode favorecer a imagem de que precisa apenas de descanso e ser cuidado por alguém, impedindo que se enfatize a importância de estimular seu potencial criativo. Acreditamos, ao contrário, que o desenvolvimento do potencial criativo seja um dos principais elementos do processo musicoterapêutico do idoso.

Segundo Bruscia (2000), a musicoterapia é uma forma de tratamento em que o paciente, através do canal sonoro-musical, dará vazão à sua criatividade, estimulando suas capacidades a partir do fazer musical durante o processo terapêutico.

[...] ao se estabelecer a comunicação musical, esta vem carregada de códigos emocionais mais primitivos que, em linhas gerais, permanecem preservados mesmo nos processos de envelhecimento caracterizados por grande comprometimento cognitivo. Neste caso, o indivíduo, ao ser estimulado musicalmente, dará início a um processo de compreensão e elaboração de seus sentimentos ou emoções. [...] (SOUZA, 2006, p. 873).

Podemos dizer que o tratamento musicoterapêutico é uma oportunidade ao idoso institucionalizado de desenvolver sua criatividade, mesmo em meio a suas limitações, pois a Musicoterapia utiliza a música como linguagem e expressão de natureza não-verbal, como um dos canais de comunicação entre o indivíduo e o meio que o cerca, possibilitando assim o “fazer musical” que favorece a exteriorização de potencialidades, além de proporcionar a expressão de emoções e promover o desenvolvimento da criatividade.

A experiência musical pode propiciar ao paciente idoso que se reviva momentos de sua história, re-inventando novas perspectivas do sentido da vida (olhando para o passado compreendendo melhor os acontecimentos) e re-elaborando processos afetivos e sociais. A memória musical possibilita o preenchimento de vazios e/ou finalização de processos em aberto e que se estabeleça alternativas para repensar o propósito da dimensão humana.

Através do desenvolvimento do potencial criativo, há um resgate da identidade sonora e pessoal do paciente e isso pode favorecer de maneira mais eficaz sua qualidade de vida.

Pela comunicação musical que venha existir entre o musicoterapeuta e paciente, cria-se um campo de possibilidades no qual o idoso frente às suas potencialidades possa restituir a capacidade de crença em si mesmo, restabelecendo assim a sua auto-estima. Desta forma, o processo criativo torna-se uma demonstração de conteúdos elaborados e fortalecidos da vida do paciente, o que pode ser utilizado em prol do tratamento terapêutico.

Em linhas gerais, a Musicoterapia pode desenvolver, melhorar e restabelecer as relações sociais, considerando os vínculos familiares que se podem sofrer desgaste por causa da distância e estadia prolongada do idoso na instituição, e favorecer o estabelecimento de novos laços afetivos entre os residentes de uma ILPI (BRIGHT, 1993, p. 34).

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não temos dúvidas de que a Musicoterapia pode contribuir para o contexto do idoso institucionalizado, assim como para a sua saúde.

Nesta pesquisa, pudemos refletir sobre aspectos que o musicoterapeuta deve conhecer ao ingressar numa ILPI e a importância destes para o processo musicoterapêutico.

Acreditamos que a Musicoterapia nas ILPIs pode auxiliar desde o corpo de cuidadores e funcionários, assim como a convivência dos residentes e sua relação com familiares.

Destacamos a importância do trabalho interdisciplinar da equipe de profissionais, construído a partir de atitude transdisciplinar para que se efetive a promoção da saúde do idoso institucionalizado. É através da interação com as demais áreas do conhecimento que a Musicoterapia poderá contribuir de forma efetiva.

As atividades musicoterapêuticas devem ser pensadas não apenas do ponto de vista teórico, mas também da análise de cada pessoa idosa envolvida, respeitando limitações físicas ou psicológicas que mereçam cuidado específico para protegê-los, inclusive de possíveis acidentes.

Enfim, a Musicoterapia numa ILPI pode estimular o potencial criativo do paciente idoso, favorecendo um processo de autoconhecimento e de resgate da capacidade funcional proporcionando assim, a interação entre residentes e cuidadores. A possibilidade de abandonar o isolamento social e sentimento de solidão pode renovar sua auto-estima, resultando numa melhor qualidade de vida.

Pretendemos futuramente aprofundar o estudo deste tema, nos dedicando então, à pesquisa de técnicas musicoterapêuticas mais adequadas e eficazes no atendimento de pessoas idosas residentes em ILPIs.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro; Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1990, pp.265 a 273.

BENENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro, Enelivros, 1985.

BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia – contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. São Paulo, Summus, 1988

BRIGHT, Ruth. **La Musicoterapia em El tratamiento geriátrico – Una nueva visión**. Tradução: Gregório López, Austrália, Editora Bonum, 1991.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro, Enelivros, 2000.

CHAVES, Inês. **Depressão no Idoso & Processo de Envelhecimento – Quando o entardecer chega**. Disponível em: [http://www.cpihts.com/PDF02/Inês%20Chaves\\_01.pdf](http://www.cpihts.com/PDF02/Inês%20Chaves_01.pdf) Acesso em 05 ago. 2008.

FLORENZANO, Francesco; et al. **As palavras e os gestos na comunicação com o idoso**. São Caetano do Sul, Editora Sabe o que é?, 1993.

FREITAS, Elizabeth Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**.; 2ªed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

GÁSPARI, Jossett Campagna de; SCHWARTZ, Gisele Maria. **O idoso e a ressignificação emocional do lazer**. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Rio Claro; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a10v21n1.pdf> Acesso em 10 out, 2008

KAUFMANN, Tânia. **A idade de cada um – vida plena na velhice**. Petrópolis, Editora Vozes, 1982.

NETA, Izabel São Pedro Ciriaco, **Setting Flutuante**, Faculdade Paulista de Artes, São Paulo, SP, 2004.

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

SÁ, Jeanete Liasch Martins de; PANHOCA, Ivone; PACHECO, Jaime Lisandro. **Na intimidade da velhice**. Holambra, SP; Editora Setembro, 2006.

SOUZA, Márcia Godinho Cerqueira de. **O desafio multidisciplinar: um modelo de instituição de longa permanência para idosos**. São Caetano do Sul, SP, Yendis Editora, 2006.

STELLA, Florindo et al., **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física**. Universidade Estadual Paulista – UNESP, São Paulo, 2002, Vol.8, n.3, PP. 91-98.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; JUNIOR, Renato Campos Freire; **A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2006.