

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

MUSICOTERAPIA NA ABORDAGEM DO PORTADOR DE DOENÇA DE ALZHEIMER

*Rosemyriam Cunha**

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo a exposição e reflexão a respeito de conceitos que fundamentam a prática da musicoterapia junto a idosos com provável diagnóstico da doença de Alzheimer. Discute-se também particularidades referentes ao convívio cotidiano com dessas pessoas no decorrer da evolução do quadro demencial. Busca-se, por meio da articulação desses assuntos, oferecer ao leitor conteúdos que possibilitem a compreensão do trabalho musicoterapêutico na abordagem da pessoa que se encontra em processo de perda da memória e da capacidade de interação social. Finalizando estão relacionados dados de uma pesquisa realizada junto a idosos cujos sinais clínicos apontavam para um provável diagnóstico de demência e que vivenciaram um processo de Musicoterapia .

PALAVRAS-CHAVE: musicoterapia; música; idoso; doença de Alzheimer.

INTRODUÇÃO

Neste estudo estão expostos temas referentes à abordagem musicoterapêutica junto a pacientes portadores da doença de Alzheimer. O conhecimento das possibilidades comunicativas que essa prática oportuniza àqueles que estão perdendo seu patrimônio afetivo, cognitivo e cultural e que passa pelo entendimento do significado da música e da musicoterapia. Tal entendimento oferece-se como ferramentas capazes de amenizar quadros de isolamento e de desorientação estabelecidas no processo evolutivo dessa doença. Para tanto, buscou-se articular assuntos que tratam da música e da musicoterapia às especificidades da doença e da interação social com a pessoa que experimenta a falência da sua capacidade de integrar-se ao meio social. Dados de uma pesquisa que indicam as ações e interações de um grupo de idosos no decorrer de quarenta sessões de musicoterapia aproximam a prática à teoria que vêm a concretizar as propostas aqui exploradas.

* Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência, UFPR; doutoranda em Educação pela UFPR; professora do curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná; gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

1 MÚSICA

Ruídos, sons, organizações rítmicas e melódicas acompanham a existência do ser humano desde a Pré-História. Vivendo rodeados por mistérios inexplicáveis, sem recursos diante das manifestações da natureza, é provável que os povos primitivos procurassem na evocação de espíritos uma forma de aplacar o medo e os males que os afligiam. Gritos, danças, rituais, percussões rítmicas intermediavam essa comunicação sagrada. A música foi mística.

Na Antigüidade, Pitágoras, sábio grego que acreditava no princípio numérico como base da existência do universo, escutava o som das estrelas e por meio dessa sonoridade curava seus discípulos. Platão e Aristóteles, por sua vez, indicavam melodias construídas em determinados intervalos e escalas com o objetivo de colaborar com a formação dos jovens. A música foi ciência.

No decorrer da Idade Média, a Igreja Católica apoderou-se da música ao determinar regras para a construção e a execução das melodias. Apenas a voz humana era digna de dirigir-se a Deus sem acompanhamento instrumental. A música foi contemplação, adoração, religião.

A partir do século XVI, no limiar da Renascença, a música profana liberta-se da prisão monástica. Existindo desde então como manifestação religiosa e profana, a música passou a expressar os sentimentos individualizados e subjetivos da pessoa humana refletindo a época histórica da qual emerge (STEHMAN, 1964).

Esse breve painel histórico apresenta a música como uma atividade do ser humano. A produção musical que se insere em uma época histórica é o resultante da articulação de materiais rítmicos, tímbricos, instrumentais e melódicos disponibilizados ou construídos no interior de determinada sociedade e cultura.

A música é um elemento da expressão individual e coletiva presente na vida cotidiana e reflete o meio cultural em que as pessoas vivem. Aqueles que pertencem a um mesmo grupo cultural podem mostrar reações e interpretações parecidas quando expostas a uma determinada experiência musical e mantêm uma coerência com a cultura sonora em que vivem. A música pode ser, então, um meio para a comunicação de valores e identidades grupais (CUNHA, 2003).

A psicóloga Kathia Maheirie (2001), em sua tese de doutorado, ao estudar as articulações entre o trabalho musical e a formação de identidades, concluiu que as pessoas, quando vivem em coletividade, comunicam por meio do som formas de expressão de si e do mundo, criando uma linguagem representativa e transformadora do contexto social em que vivem. Assim, a música pode ser percebida como uma forma de sentir e pensar que cria emoções e inventa linguagens. O significado da música é resultante do contexto social e cultural interiorizado pelas pessoas.

É dessa forma que a música pode se colocar como um elemento que produz e expressa significados. Essa possibilidade de envolver o ser humano em dinâmicas psicológicas e fisiológicas, de estruturar e comunicar pensamentos e emoções nos âmbitos da vida individual e coletiva, é que tem dotado a música de capacidades terapêuticas.

2 MUSICOTERAPIA

Os efeitos terapêuticos da música passaram a ser sistematizados de forma científica após a II Guerra Mundial. Profissionais da saúde, nos Estados Unidos, perceberam alterações favoráveis nos processos de tratamento de doentes, mutilados e neuróticos da guerra, quando em contato com a arte dos sons. Eles avaliaram, então, a necessidade de se estabelecer um plano para a formação de profissionais especializados na aplicação científica da música e seus elementos: ritmo, altura, intensidade e timbre.

O primeiro curso acadêmico de Musicoterapia foi criado em 1919, nos Estados Unidos. No Rio de Janeiro, em 1968, foi fundada a primeira associação de Musicoterapia brasileira. No ano de 1969, a então Faculdade de Educação Musical do Paraná implementou o curso de Musicoterapia como especialização *Lato Sensu* (MESSAGI, 1997).

O curso resultou da atitude pioneira da professora Clotilde Espínola Leinig que disponibilizou o material teórico necessário para a especialização de musicoterapeutas. Em 1983, o curso passou por reformulações e, portanto, foi transformado em graduação (Ibidem). Hoje, além do Paraná, outros estados brasileiros oferecem formação nesta área, entre eles: São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Bahia.

Pode-se pensar na Musicoterapia como a “aplicação científica do som, da música e do movimento que, através da escuta e execução, contribui para a integração de aspectos cognitivos, afetivos e motores, desenvolvendo a consciência e fortalecendo o processo criativo” (DEL CAMPO *apud* BRUSCIA, 2000). Even Ruud (1990) musicoterapeuta e pesquisador norueguês sugere que essa intervenção terapêutica tenha como objetivo “aumentar as possibilidades de ação” da pessoa tanto no âmbito individual como no social (p.3). Portanto, a promoção da expressão individual, a integração social e a facilitação da comunicação são também atribuições da prática da Musicoterapia.

Dentro da abordagem musicoterapêutica, toda e qualquer produção sonora, não-verbal e de movimento corporal, é considerada expressão do repertório de significações individuais da pessoa. As produções sonoras são aceitas conforme são manifestadas. Dependendo dos objetivos e dos anseios dos participantes, pode-se evoluir para a produção dentro dos parâmetros da estética convencional.

A música e as atividades musicais estão indicadas como meios eficientes para estimular a emergência de novos comportamentos quando são utilizadas como mediadoras de experiências que impliquem a apropriação da consciência de si e da realidade vivida. Dessa forma, a música, ao evocar os sentimentos, pode fornecer meios para a expressão e estimular a verbalização, possibilitando a interação da pessoa com a própria realidade em que se insere. (CUNHA, 2003)

Como ciência interessada em investigar conteúdos e sentidos individuais e grupais, a Musicoterapia deve atender à relação entre vivência musical e contexto sócio-cultural. A biografia das pessoas é amplamente marcada e matizada pelos elementos da cultura e do meio social por onde esta transita. A resposta significativa para a música poderá estar contida nessa biografia musical.

Considerando que os significados e sentidos atribuídos à música se inserem nas biografias musicais das pessoas, tem-se adotado na prática musicoterapêutica a abordagem que se denomina *narrativa musical de história de vida*, por se acreditar que as pessoas se apropriam, no decorrer de suas trajetórias históricas, de sonoridades tornadas significativas em suas trocas sociais. Dessa forma, ao expressarem essas sonoridades, elas estarão

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

comunicando sentidos e significados pessoais que exprimem suas intencionalidades, crenças e vivências. Portanto, a narrativa musical constitui-se na narrativa de suas trocas sociais, de suas existências (Ibidem).

3 O IDOSO

Para Vargas (1983), o indivíduo envelhece fisicamente, socialmente e psicologicamente. No âmbito psicológico ocorrem transformações e, segundo o autor, dá-se ênfase às capacidades preservadas. Quanto à percepção, a pessoa idosa tende a ser mais lenta, porém há ganhos na exatidão com que realiza as tarefas. Há diminuição da memória mecânica: o velho lembra o essencial, esquece o que lhe convém. Em geral, os idosos têm facilidade de aprendizado em situações práticas, é mais paciente, demonstra aumento de precisão, da objetividade e da religiosidade. Nota-se diminuição nos limiares de concentração e da memória recente. As noções abstratas são substituídas pelas concretas. Apresentam-se em declínio os sentidos da visão e audição.

O equilíbrio psíquico do idoso depende basicamente de sua capacidade de adaptação e aceitação da realidade que o cerca. Quando essa adaptação não é satisfatória, surgem conflitos que provocam reações que podem desencadear o desequilíbrio psicológico, dando origem às reações psicopatológicas do envelhecimento (Ibidem).

A psicopatologia do idoso repousa, segundo esse estudioso, em quatro Ds: depressão, delírio, distúrbios psicossomáticos e demência. Para os fins propostos no presente trabalho, será abordado, dentre os itens apontados acima, o que se refere à demência.

4 DEMÊNCIA

A demência, conforme explicam os médicos e pesquisadores Caramelli e Nitrini (1997), constitui-se numa síndrome. Isso significa que o termo não diz respeito a uma única doença, mas a um conjunto de sintomas que formam o quadro demencial. Esse quadro passa a ser definido como uma “síndrome caracterizada pela deterioração da capacidade intelectual que é suficientemente intensa para interferir nas atividades profissionais e sociais do indivíduo, na ausência de distúrbios da consciência”. (p.107).

Os autores ressaltam algumas limitações quanto ao diagnóstico, pois este exige a constatação da deterioração intelectual em relação à condição prévia do indivíduo e normalmente não existem dados que permitam a avaliação pregressa em comparação com os exames atuais. Dessa forma, consideram o levantamento da história clínica e a constatação da interferência nas atividades profissionais e sociais do indivíduo como fundamentais para a suspeição diagnóstica. Sugerem os critérios estabelecidos pelo *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* – 4. ed (DSM-IV), como os mais empregados para o estabelecimento do diagnóstico da demência. Esses critérios encontram-se na tabela abaixo:

TABELA 1: *Crterios Diagnsticos para Demncia do DSM-IV*

-
- A1. Comprometimento de memria
 A2. Comprometimento de pelo menos uma outra funo: linguagem – praxias¹ – agnosias² – funes cognitivas.
 B. Os dficits cognitivos causam significativo comprometimento social e ocupacional e representam declnio de nvel de funcionamento anterior.
 C. Os dficits cognitivos no ocorrem exclusivamente durante episdio de *delirium*³.
 D. O quadro pode estar relacionado a uma condio mdica geral, aos efeitos persistentes de alguma substncia, ou a uma combinao destes dois fatores.
-

Fonte: Forlenza e Almeida

Dentre os procedimentos utilizados para a realizao da diagnose encontram-se as avaliaes das funes cognitivas. Diversas formas de avaliao neuropsicolgicas podem ser utilizadas; por, a mais empregada a *Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)* criado por Folstein et al, em 1975, (Ibidem, p. 109). Esse teste avalia a orientao espacial e temporal, memria de fixao, ateno e clculo, linguagem, praxias e habilidades construtivas.

Conforme dados apresentados na tabela 2 (Ibidem, p. 110), constata-se que a diferenciao das demncias a avaliada na medida em que acometem ou no a estrutura do sistema nervoso central. As demncias primrias e as secundrias so as que apresentam comprometimento do sistema nervoso central. Entre as primrias, h aquelas em que a demncia a manifestao clnica principal, (Doena de Alzheimer, Doena de Pick e a demncia por incluso de corpculos de Lewy). Entre as demncias secundrias, encontram-se, com mais freqncia, as demncias vasculares, as de etiologia infecciosa, tumores e hidrocefalia. As demncias que se apresentam sem o comprometimento do sistema nervoso central, incluem demncias de etiologia metablica, (carncia de vitamina B12) e endcrina (hipotireoidismo).

TABELA 2: *DIFERENTES FORMAS DE DEMNCIA*

Demncias com comprometimento estrutural do SNC

Primrias

Secundrias

Demncia a manifestao principal:	Demncia associada a:
1. Doena de Alzheimer	1. Doena crebro-vascular
2. Demncia frontal	2. Tumores
3. Doena de Pick	3. Neuroinfeces
4. Demncia por corp. de Lewy	4. Hidrocefalia
5. Degenerao crtico-basal.	

Demncias sem comprometimento estrutural do SNC:

Causas metablicas:

Carncia de vitamina B 12

Causas endcrinas:

Hipotireoidismo

Fonte: Folenza e Almeida

¹ Praxia: participao ativa em uma atividade prtica (HOUAISS, 2001).

² Incapacidade de reconhecer objetos ou smbolos usuais, incapacidade em reconhecer informaes sensoriais (Ibidem)

³ Problema mental orgnico reversvel cujos sintomas so: decréscimo da vigilncia, desorientao espaciotemporal, confuso, iluso, interpretao delirante da realidade (Ibidem).

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

Em relação à prevalência das diferentes formas de demências, a DA é habitualmente a causa principal, correspondendo a mais de 50% dos casos. Estudos epidemiológicos realizados no Canadá acusaram 64% dos casos como sendo Doença de Alzheimer, conforme relatam Forlenza e Almeida (1997). Segue-se a demência vascular em 19% dos casos. Os autores relatam resultados do estudo realizado por Nitrini, em 1995, no Brasil, demonstrando que, entre 100 pacientes, a prevalência é de 54% para a Demência de Alzheimer, 20% para demências vasculares e 08 casos apresentaram demências reversíveis⁴.

5 DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência em idosos. Compromete fundamentalmente as áreas do cérebro responsáveis pela memória, pensamento e linguagem. As causas são desconhecidas e não há tratamento específico. Essa doença foi descrita pelo médico Alois Alzheimer, em 1907. Ele observou a presença de depósitos anormais, hoje conhecidos como placas neuríticas ou novos neurofibrilares, no cérebro acometido. Os lobos temporal e frontal são os mais acometidos, especialmente o hipocampo (SAYEG E GORZONI, 1993).

Os sintomas são variados e incluem a desorientação espaciotemporal e a incapacidade para realizar as tarefas do cotidiano. Nos estágios iniciais, pode estar comprometida apenas a memória. Nos estágios mais adiantados a doença evolui para mudanças na personalidade, alterações de comportamento como vagância e agressividade. Os médicos geriatras Sayeg e Gorzoni elaboraram de forma didática a progressão da DA, dividida em três fases:

A fase inicial que dura em média de dois a quatro anos. É marcada pela perda lenta e gradual da memória recente. As alterações comportamentais acompanham esta evolução, havendo dois tipos de comportamento: apatia, passividade, desinteresse, e outro marcado pela agressividade, a irritabilidade, o egoísmo, a intolerância e a agressividade. Nos casos de apatia é importante o diagnóstico diferencial com a depressão. Alterações da memória e desorientação espacial podem causar estados depressivos e desinteresse por atividades até então normalmente praticadas.

A segunda fase evolui entre três a cinco anos, sendo que se agravam os sintomas da fase anterior. Relaciona-se com o comprometimento das áreas corticais do lobo temporal, afetando atividades instrumentais e operativas.

Iniciam-se as dificuldades motoras, instalam-se afasias⁵, apraxias⁶ e as agnosias. A marcha pode se apresentar prejudicada, os movimentos lentificados, aumento do tônus muscular e emagrecimento. As queixas de roubos de objetos pessoais, a desorientação no espaço e tempo e a dificuldade em reconhecer familiares, tornam-se comuns. A presença de delírios, alucinações e agitação psicomotoras são mais frequentes.

Os doentes perdem a capacidade de ler e entender o que lhes é solicitado. Manifestam a repetição de palavras ou frases curtas e desordenadas. A iniciativa se torna quase ausente, o vocabulário restrito, o pensamento abstrato ausente. É comum perderem-se mesmo dentro de casa. Instala-se um total estado de dependência.

⁴ Os autores citados são respeitados estudiosos da área da geriatria e gerontologia. A autora sugere também publicações mais recentes no contexto da Psiquiatria e da Geriatria como Fortuna (2005), Nunes e Pais (2006).

⁵ Perda quase total da capacidade de expressão de palavras como símbolos do pensamento (HOUAISS, 2001).

⁶ Impossibilidade de executar movimentos coordenados como marcha, escrita (Ibidem).

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

Uma terceira fase é caracterizada pela memória de longo prazo bem prejudicada, capacidade intelectual e iniciativa deteriorada. O doente torna-se indiferente ao meio. Estabelece-se um estado de apatia, de prostração ao leito ou à poltrona. Há possibilidade do surgimento de escaras de decúbito devido ao confinamento ao leito. O doente adota a posição fetal, agravando-se as contraturas. O mutismo e o estado vegetativo se concretizam. A alimentação se dá por sucção ou por sonda. É possível que a morte sobrevenha em um ano, em virtude do surgimento de processos infecciosos (1993).

6 A AFETIVIDADE DA PESSOA DEMENTE

Devido às alterações acarretadas pelo estado demencial, a vida psíquica e física da pessoa passa por consecutivas modificações que se caracterizam pelas perdas da capacidade de interação no meio social. Os reflexos dessas alterações atingem não só o doente, mas também familiares, amigos e pessoas que com ele se relacionam. As considerações que se seguem, elaboradas por Léger et al., (1994), compõem um panorama possível de se concretizar na vida do portador da doença de Alzheimer.

O status social se modifica, tratam-no como se fosse criança, é repreendido, fala-se dele no passado. Não tem mais domínio sob seu futuro; perde o poder de gestão de seus bens e a falta de autonomia é critério para permanência em uma instituição.

Toda a modificação de ambiente, sobretudo se rápida, resulta em reações de ansiedade, alteração de comportamento, fugas, retraimento ou agressividade. A ausência de relações sociais calorosas, a falta de atenção e afeto, aumentam as dificuldades de apelo mnemônico, de elaboração de pensamento, destruindo o equilíbrio até então compensado. Os transtornos de linguagem que os impedem de estabelecer uma comunicação gratificante os deixam atônitos e confusos.

Transtornos psíquicos no decurso da demência surgem como a expressão de uma impossibilidade de ação perante os fatos. A depressão é freqüente, associada à sensação de perda que marca os primeiros sintomas da doença. Desejo de morte se exprime pela recusa aos cuidados necessários e alimentação adequada. Observa-se, também, retraimento, indiferença ao meio ambiente e a qualquer estímulo. Há indivíduos, porém, que apresentam reações de fuga, agressividade como forma de se defender das sensações constrangedoras.

Assim, o portador de demência reage ao meio de forma individualizada. As pessoas manifestam-se conforme sua estrutura particular de personalidade. Existe, no demente, uma vida psíquica dinâmica. Este fato deve ser levado em conta quando são adaptadas as técnicas de cuidado específicas visando a lentificar, estabilizar ou até mesmo melhorar o quadro demencial.

7 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO NA DEMÊNCIA

Um dos sintomas da doença é a dificuldade na fala, na expressão verbal. A compreensão está preservada e o paciente sabe o que quer falar, mas produz sons ou palavras inadequadas ou sem sentido. A não compreensão do interlocutor causa-lhe frustração e raiva. Com o avançar da doença, a compreensão também se torna difícil, sendo, então, a linguagem

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

não verbal, como expressão facial, posição do corpo e tom de voz as formas eficazes para se transmitir mensagens (VARGAS, 1983).

O uso de frases curtas, o contato de olhar, o toque, manter o rosto na mesma altura que o do paciente são medidas facilitadoras da comunicação. Como a dificuldade é de compreensão e não de audição, deve-se falar na intensidade normal da voz. Concordar com o que for possível, evitar explicações longas, dar tempo para as respostas, identificar as pessoas e os objetos dos quais se fala, facilitam a interação.

Estas são sugestões propostas por Bertolucci (1996). O autor avisa que mesmo na fase avançada da doença quando o mutismo ou a ecolalia se estabelecem, a comunicação não verbal é preservada, podendo-se entender o paciente por meio de sua expressão facial e atitudes corporais.

A vagância ou a tendência ao caminhar constante é outro sintoma que se desenvolve em alguns doentes de Alzheimer. Encontra-se aí o risco da fuga e da queda, sendo necessárias providências de proteção adequadas à preservação do paciente (LÉGER et al., 1994).

8 MUSICOTERAPIA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Considerando a perspectiva de Bakhtin citada em Freitas (2000), o homem só tem existência no social. Por essa ótica, a participação nos trabalhos musicoterapêuticos individuais ou em grupo pode oferecer às pessoas portadoras da doença de Alzheimer oportunidades de convívio social, de interagir realidade circundante, numa dimensão da comunicação musical.

A sessão de Musicoterapia pode significar um tempo e um espaço de reorganização cognitiva, afetiva e corporal para o portador da DA. No decorrer da interação a pessoa tem a oportunidade de expressar-se, de comunicar-se com o outro, através das canções, dos movimentos e da percussão em conjunto. Nesse período de tempo a pessoa pode entrar em contato com suas lembranças e emoções, percebendo-se e manifestando-se, dentro da sua possibilidade motora e cognitiva atual (CUNHA, 1999).

Na prática musicoterapêutica utiliza-se como recursos o aparelho de som, as fitas, os discos e CDs, instrumentos musicais como pandeiros, agogôs, chocalhos, maracas, atabaques, guizos e outros que forem do agrado dos pacientes. Usam-se objetos que facilitem a movimentação rítmica, como bastões, arcos, bolas. No atendimento aos idosos dá-se ênfase ao uso da voz e do corpo como objetos intermediários da comunicação.

Ao musicoterapeuta cabe conhecer a história de vida prévia das pessoas com quem irá trabalhar e também os assuntos de interesse, o repertório significativo dos pacientes. Estes elementos servirão como pontos de partida para a ação, motivando a pessoa a concentrar-se e trabalhar durante a sessão.

As pessoas portadoras da DA necessitam de uma aproximação maior do terapeuta. Falar e cantar olhando nos seus olhos, tocando em suas mãos são atitudes que podem estimular a pessoa para a atividade. As mensagens devem ser curtas e precisas, evitando divagações e confusões. Pode-se concretizar o que se diz mostrando objetos, gravuras e fazendo gestos, tornando mais fácil a comunicação (Ibidem).

Mesmo em estágios mais avançados da demência, quando a comunicação verbal é mais difícil, o paciente pode participar dos encontros musicoterapêuticos e gratificar-se do envolvimento proporcionado pelo convívio e ação em conjunto. Nesta fase da doença, a

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

memória afetiva acentua-se, a pessoa torna-se bastante sensível aos sinais não verbais da comunicação, percebendo o ambiente que lhe é favorável (VARGAS, 1983).

Os pacientes são convidados a participar de interações mediadas pela linguagem musical que visam à reorganização de sua estrutura de pensamento, a diminuição dos níveis de delírio e confusão mental, a diminuição do isolamento social e afetivo. Técnicas específicas da musicoterapia como a recriação, a improvisação, a audição e a composição podem ser utilizadas associadas à abordagem proposta por Weiner, Brock e Snadwsky (DAVIS, 1995) constando do treinamento sensorial, orientação para a realidade, remotivação e reminiscência.

Com os pacientes mais regredidos e terminais, utiliza-se a estimulação passiva, retificando-se a posição do corpo na linha média, estimulando a extensão muscular e o contato sonoro.

Mesmo quando os níveis de desempenho de funções encontram-se prejudicados pelo avanço da doença, a música consegue comunicar, trazendo uma estrutura de começo, meio e fim e nuances emocionais, como as ascendências e descendências da melodia, as intensidades diferenciadas, os andamentos lentos e rápidos. Estes mesmos parâmetros musicais, encontram-se na linguagem coloquial, familiar e significativa para aqueles que se encontram impedidos de usar a fala.

Perder a memória significa ser privado do patrimônio afetivo-cultural que se construiu durante toda a vida. Na intervenção musicoterapêutica, utiliza-se do repertório melódico, afetivo e cultural do paciente, objetivando devolver-lhe, naquele momento, o enlevo das melodias e a possibilidade de uma comunicação gratificante. Utiliza-se o repertório das músicas e sonoridades que lhe são significativas buscando estimular a memória, a produção de reminiscências, a consciência do movimento corporal e a orientação espaço-temporal.

9 A PESQUISA

Tendo por fundamentação teórica os trabalhos da musicoterapeuta Ruth Bright (1991) e utilizando como modelo metodologias de pesquisas realizadas por York (1994) e Brotons (1996), foi realizado um estudo junto a um grupo de pessoas diagnosticadas como prováveis portadoras da DA numa clínica geriátrica na cidade de Curitiba. Os encontros se realizavam duas vezes por semana, totalizando 40 sessões.

A pesquisa foi norteada pelos seguintes objetivos: perceber as ações efetivadas pelos sujeitos enquanto interagiam por meio das técnicas musicoterapêuticas e observar a ocorrência de pautas de socialização no decorrer das atividades. Foram registrados dados relativos à frequência e permanência dos pacientes nas sessões e quanto ao índice de ações ativas realizadas pelos mesmos. Consideraram-se como manifestações ativas as atitudes realizadas por vontade e capacidade própria do indivíduo, que, ouvindo as intervenções verbais ou musicais feitas pela musicoterapeuta no desenrolar da sessão, realizava o que se pedia, acompanhando o ritmo do grupo e revelando compreensão e elaboração das mensagens comunicadas.

Foram observadas as seguintes ações ativas:

- a) interação com os membros do grupo;
- b) percussão dos instrumentos acompanhando as canções;
- c) cantar;

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

- d) movimentar de membros inferiores, quando solicitado;
- e) movimentar de membros superiores, quando solicitado;
- f) dançar.

Para análise e registro dos dados foi utilizada a abordagem qualitativa que, na visão de Bogdan e Biklen (1994), direciona-se a estudar os fenômenos dentro do contexto natural onde estes ocorrem, sendo descritos na medida em que se observa o campo. A investigação-ação fez parte dos procedimentos metodológicos uma vez que nessa perspectiva o investigador envolve-se ativamente na causa da investigação utilizando o recurso da observação (Ibidem). Relatórios das observações foram feitos a cada sessão registrando as ações e reações apresentadas pelos pacientes durante as sessões.

O grupo selecionado para a observação era formado por oito pacientes, cuja idade variava entre 75 e 90 anos. Quatro deles eram moradores da instituição, outros quatro lá permaneciam durante o dia, retornando aos seus lares no final das tardes. Dentre os membros do grupo, foram selecionados quatro, com diagnóstico provável de Doença de Alzheimer, cujo nível de desempenho de função, orientação para a realidade e autonomia pareciam semelhantes, para o desenvolvimento da pesquisa.

Os pacientes que foram observados tinham a marcha preservada. Eram confusos quanto à orientação espaço-temporal e dependentes quanto a atividades de autocuidado. Mostravam dificuldade na localização do esquema corporal e mantinham preservada a capacidade de comunicar-se por meio da linguagem verbal. Permaneciam apáticos quando se encontravam sem atividades dirigidas. Dois desses pacientes apresentavam vagância.

Durante as sessões o grupo era disposto em círculo já que essa organização possibilitava a visão e comunicação entre todos os integrantes. As sessões desenvolviam-se seguindo uma estruturação de aquecimento, desenvolvimento e relaxamento. O aquecimento estabelecia-se por meio da técnica da recriação de canções. Nesse momento o grupo era convidado a entoar as músicas conhecidas do grupo como valsas e serestas sendo acompanhados ao som do violão.

Durante o desenvolvimento os participantes eram estimulados a realizar movimentos corporais rítmicos. A musicoterapeuta entoava versos cantando as diretrizes da ação enquanto as pessoas seguiam as orientações e mobilizavam-se corporalmente mesmo que sentadas em suas cadeiras.

A técnica da composição de frases e de ritmos nos instrumentos era utilizada. Nesses momentos os participantes do grupo articulavam palavras, frases e ritmos reproduzindo nos instrumentos que percutiam sua verbalização ou produção sonora. O instrumento musical tornava-se um intermediário dessa comunicação na medida em que amplificava o conteúdo subjetivo expressado.

O grupo também acompanhava melodias nos instrumentos de percussão e ouviam músicas que lhes eram significativas por meio da técnica da audição. No contexto do atendimento a pacientes que apresentam perda da memória utiliza-se, para a concretização dessa técnica, músicas que façam parte do seu repertório e que propiciem um ambiente sonoro familiar, desencadeando descontração e segurança.

O relaxamento ou fechamento da sessão acontecia com a leitura de mensagens e diálogos com os participantes. Os encontros finalizavam com os comentários que surgiam sobre sentimentos e ações manifestadas naquele dia.

10 ANÁLISE DE DADOS COLETADOS

Embora utilizando a abordagem qualitativa para a análise dos dados, os resultados desse estudo encontram-se também representados em gráficos. Seguindo os ensinamentos do professor Pereira (1999), o objetivo dessa aproximação quantitativa é o de facilitar a visualização dos fenômenos observados. Espera-se, com a junção dessas perspectivas, colaborar com a construção do conhecimento e o refinamento da ciência (Ibidem).

Os dados do Gráfico 1 referem-se à permanência dos pacientes no desenvolvimento das atividades propostas nas sessões. Num total de quarenta sessões, o paciente 1 permaneceu em 100% das sessões. O paciente 2 permaneceu em 80% das sessões. O paciente 3 compareceu em cerca de 80% dos encontros e o paciente 4 em 75%. Os dados revelam uma taxa alta de permanência, o que demonstra, considerando-se o perfil dos pacientes portadores da Doença de Alzheimer, interesse pelas atividades musicoterapêuticas.

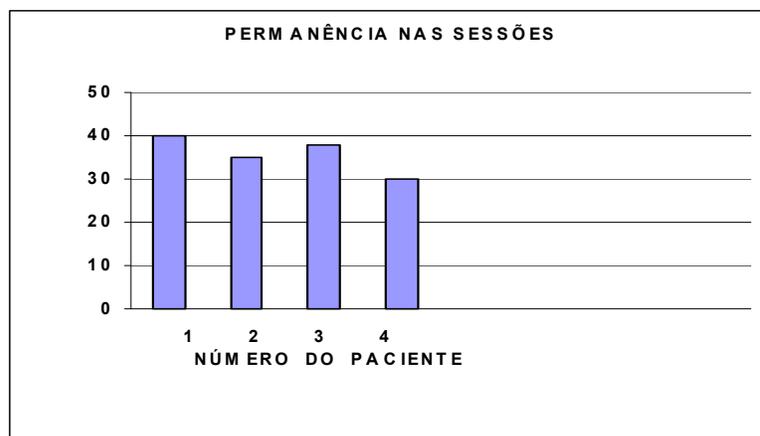


Gráfico 1: Permanência nas sessões de Musicoterapia

A seguir estão representados os dados referentes ao desempenho de funções ativas dos pacientes aqui denominados pelas iniciais de seus nomes.

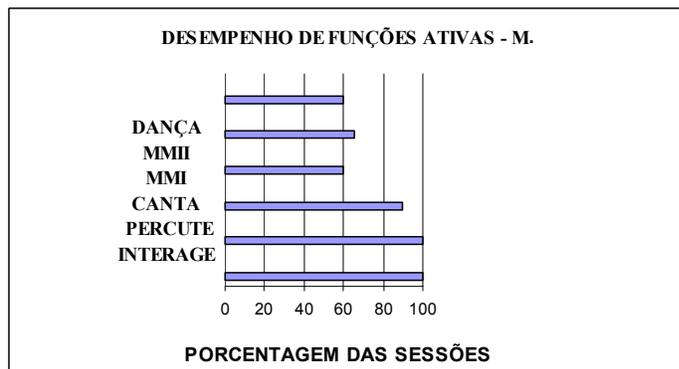


Gráfico 2: Desempenho de funções ativas - M

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

M. interagiu e percutiu os instrumentos com os membros do grupo em 100% das sessões. Ela cantou em 85% dos encontros, respondeu às solicitações de estimulação de esquema corporal, membros inferiores e superiores em 60% a 65% das sessões e dançou em 60%. Essa paciente trazia uma história de vida construída por freqüentes vivências musicais. Na juventude seu desejo era o de ser cantora. Desistiu de seu sonho atendendo aos pedidos da família que expressava preconceitos a respeito dessa ocupação. Seu envolvimento nas atividades propostas denotou que reconhecia e rememorava canções. Ela passou a cantar para o grupo podendo estimular, dessa forma, suas capacidades cognitivas. Suas reações emocionais perante a ação musical confirmaram Lèger at al., (1994), quando indicam que a emergência de lembranças, sensações e emoções na atividade musical favorecem o reinvestimento em si, prevenindo estados regressivos

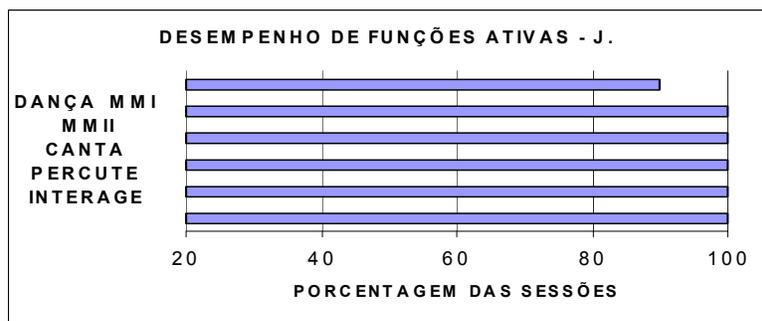


Gráfico 3: Desempenho de funções ativas - J

J. realizou interações, percussões, cantou, movimentou membros inferiores e superiores em 100% das sessões, dançou em 90%. Mostrava-se tímido em suas reações, porém quando estimulado, interagia e compartilhava conteúdos de sua subjetividade. Relembrou fatos e cenas jocosas de sua vida na infância e juventude, comprovando o valor evocativo da música.

O gráfico de suas ações ativas demonstra que trocou experiências, diminuindo o grau de isolamento e solidão em que normalmente permanecia. Suas reações confirmam Shreeve (1996) quando esse autor comenta que a música preenche um essencial e primitivo objetivo biológico: despertar o cérebro para um estado de prontidão no qual ficamos mais capacitados para lidar com o meio que nos cerca.

A paciente E., cujas reações estão apresentadas no Gráfico 4, realizou interações e percutiu acompanhando o ritmo em 90% das sessões. Cantou em mais de 90% das sessões. Efetuou movimentos de conscientização corporal de membros inferiores em cerca de 90% dos encontros terapêuticos. Dançou em mais de 90% das sessões.

E. apresentava vagância, porém durante as sessões permanecia interessada nas danças, nas valsas e hinos religiosos. Confirmando Marques, (1997), a dança pôde suscitar a memória, a orientação espacial e o relaxamento dessa paciente. A valsa, música de sua vivência, de sua história, favoreceu sua movimentação e a exploração do espaço físico circundante.

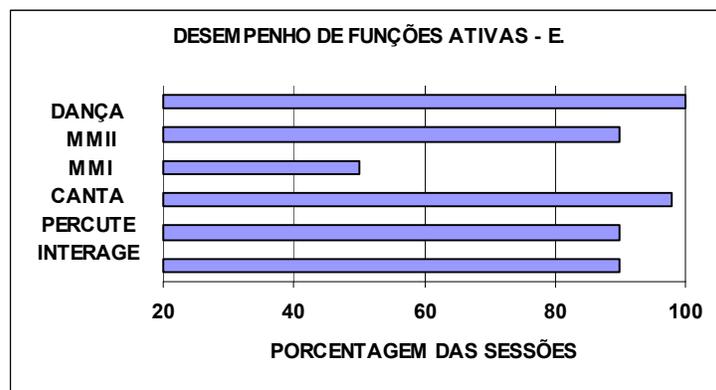


Gráfico 4: Desempenho de funções ativas - E

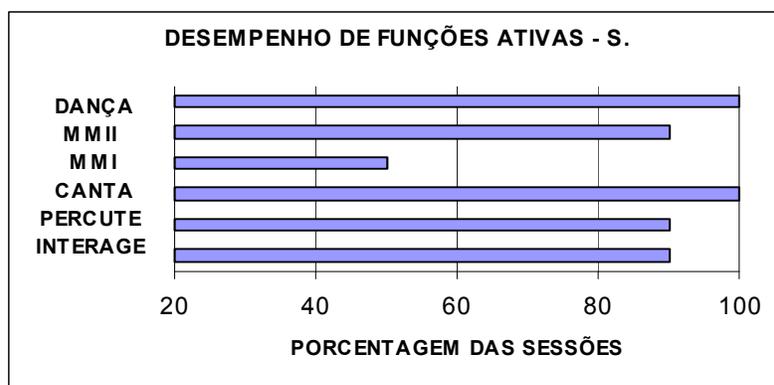


Gráfico 5: Desempenho de funções ativas - S

O Gráfico 5 demonstra as ações ativas de S., que interagiu socialmente e percutiu em 85% das sessões. Cantou em 100% delas. Realizou movimentos de membros superiores em 85% das sessões. Dançou em 100% dos encontros terapêuticos.

S. participou de corais e fanfarras na juventude, cantou no coro igreja até quando a doença permitiu. Observou-se que o paciente, quando envolvido nas atividades, relaxava níveis de ansiedade. Esse fato permitia a ativação de funções motoras e cognitivas que se encontravam preservadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foram discutidos temas relacionados às possibilidades do desenvolvimento do trabalho musicoterapêutico com idosos com provável diagnóstico da doença de Alzheimer.

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

Os dados e resultados aqui apresentados indicaram que no decorrer das atividades realizadas por meio da aplicação das técnicas específicas da musicoterapia os idosos estudados permaneceram ativos, interagiram socialmente compartilhando da comunicação musical e verbal que ocorria entre os participantes do grupo.

A música utilizada como objeto facilitador da comunicação e da movimentação, demonstrou atrair a atenção dos participantes, colocando-se como uma opção terapêutica.

O grupo musicoterapêutico proporcionou momentos de escuta às expressões individuais de lembranças e emoções, diminuindo níveis de isolamento e de desorientação. Notou-se que, por meio da estimulação global propiciada pelas técnicas utilizadas esses pacientes sentiram-se mais centrados na realidade circundante, apresentando menos vagância, ao menos durante o tempo da sessão.

A musicoterapia, por meio de atividades expressivas musicais, mostrou-se capaz de abordar pessoas que se encontravam em processo de perda da memória. As possibilidades comunicativas estimuladas no decorrer dos encontros oportunizaram a estas pessoas a realização de trocas sociais pautadas pela expressão de suas musicalidades, identidades e afetividades. Cada participante pode desfrutar do convívio e da atividade ali produzida, vivenciando ritmos e sonoridades que lhes eram significativos. Nesse momento, aproximaram-se, ao menos enquanto interagiam por meio da linguagem musical, do patrimônio mnemônico que construíram no decorrer de suas vidas.

ABSTRACT: *This paper addresses the practice of the Music Therapist with Alzheimer patients. By establishing a relationship between these two subjects, it attempts to facilitate the understanding of Music Therapy as an option to treat persons who are losing their memory, as well as their skills to interact within society. The data was collected with elderly people..*

KEYWORDS: *music therapy, elderly patients, Alzheimer disease*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira. Doença de Alzheimer. *Manual do Cuidador*. São Paulo: Biosintética, 1996.

BRIGHT, Ruth. *La Musicoterapia en el tratamiento geriátrico*. Buenos Aires: Bonum, 1991.

BROTONS, Melissa. *The effects of Music Therapy intervention on agitation behaviors of Alzheimer's disease patients*. *Journal os Music Therapy*, 33 (1), 1-18, 1996.

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

CARAMELLI, Paulo e NITRINI, Ricardo. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. Em: *Depressão e demência do idoso*. O Forlenza e O Almeida (orgs). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CUNHA, Rosemyriam. Musicoterapia na abordagem do idoso. Universidade Tuiuti do Paraná, 1999. Monografia de especialização.

_____. *Jovens no espaço interativo da musicoterapia: o que objetivam por meio da linguagem musical*. Universidade Federal do Paraná, 2003. Dissertação de mestrado.

DAVIS, William. Music Therapy and elderly populations. In: DAVIS, William; GFELLER, Kate; THAUT, Michael. *Music Therapy. Theory and practice*. Wm. C. Brown Publishers. 1995.

FORLENZA, Orestes e ALMEIDA, Osvaldo. *Depressão e Demência no idoso*. Tratamento psicológico e Farmacológico. S. Paulo: Lemos, 1997.

FORTUNA, Sonia Maria Castelo Branco. Doença de Alzheimer, qualidade de vida e terapias. São Paulo: Alínea, 2005.

FREITAS, Teresa de Assunção. *Vygotsky e Bakhtin*. São Paulo: Ática, 2000.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LÉGER, J. M.; TESSIER, J.F.; MOUTY, M.D.. *Psicopatologia do envelhecimento*. Assistência às pessoas idosas. Rio de Janeiro: Vozes. 1994.

MAHEIRIE, Kátia. *Sete mares numa ilha. A mediação do trabalho acústico na construção da identidade coletiva*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001. (Tese de doutorado)

MARQUES, Paulo Roberto de Brito. *Demência tipo Alzheimer*. Diagnóstico, tratamento e aspectos sociais. Recife: Universidade de Pernambuco, 1997.

MESSAGI, Jônia Maria. *A prática pedagógica do professor musicoterapeuta: implicações na formação do profissional*. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1997. (Dissertação de mestrado)

NUNES, Belina & PAIS, Joana. Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação. Portugal: Lidel, 2003.

PEREIRA, Júlio César Rodrigues. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp, 1998.

RUUD, Even. *Los caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires: Bonum, 1990.

R.cient./FAP, Curitiba, v.2, p. 213-228, jan./dez. 2007

SHREEVE, James. Powers of criations. *Discover. The world of science*. p. 90-100, out. 1996.

STEHMAN, Jacques. *História da Música Européia*. Lisboa: Bertrand, 1964.

SAYEG, Norton e GORZONI, Milton. Doença de Alzheimer. In: *Revista Brasileira de Medicina*. vol. 50, n. 11. nov. 1993.

VARGAS, Herber Soares. *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Byk-Prociencx, 1983.

YORK, Elizabeth. The development of a quantitative music skills test for patients with Alzheimer disease. *Journal of Music Therapy*, XXXI (4), 1994. p. 280-296.