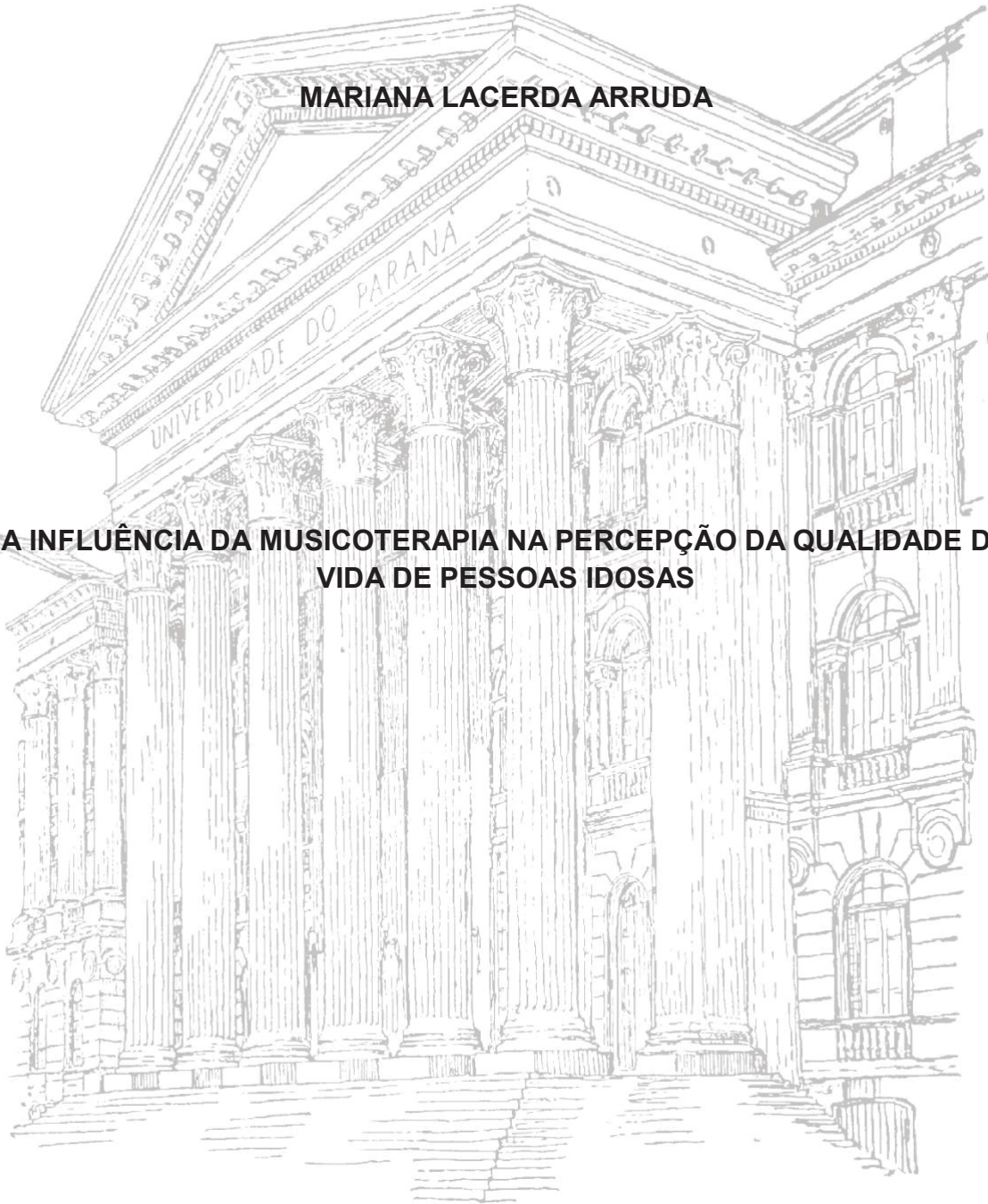


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA LACERDA ARRUDA

A INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS



CURITIBA

2018

MARIANA LACERDA ARRUDA

**A INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA DE PESSOAS IDOSAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação, na linha Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Gislaine Cristina Vagetti.

**CURITIBA
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas/UFPR
Biblioteca de Ciências Humanas
Maria Teresa A. Gonzati / CRB 9-1584
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Arruda, Mariana Lacerda.

A influência da musicoterapia na percepção da qualidade de vida de pessoas idosas / Mariana Lacerda Arruda.– Curitiba, 2018.

122 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação.

Orientadora: Profª. Drª. Gislaine Cristina Vagetti.

1. Musicoterapia – Idosos. 2. Idosos – Qualidade de vida. I.Título. II. Universidade Federal do Paraná.

CDD 616.89



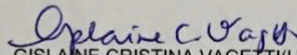
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO

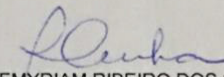
TERMO DE APROVAÇÃO

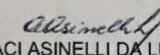
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **MARIANA LACERDA ARRUDA**, intitulada: **A INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Março de 2018.


GISLAINE CRISTINA VAGETTI(UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)


ROSEMYRIAM RIBEIRO DOS SANTOS
CUNHA(UNESPAR/FAP)


ARACI ASINELLI DA LUZ(UFPR)

Ao Pedro Caetano.

AGRADECIMENTOS

Ao Pedro Caetano, por iluminar minha vida.

À professora Gislaine Vagetti, por acreditar na Musicoterapia e no meu trabalho, e ao professor Valdomiro Oliveira, pela oportunidade de ingressar no Programa de Pós-graduação da UFPR.

À Vivian, minha irmã, por me escutar e me socorrer sempre que necessário. Aos meus pais, Julia e João, por proporcionarem a base do meu conhecimento. Ao meu irmão, Thiago, por comemorar cada vitória, e à minha avó Jandira, por me apoiar em cada decisão.

Às professoras da Faculdade de Artes do Paraná, Sheila, Pierangela, Marcia, Rosemyriam, Noemi, Clara, Eulide, Jônia e Andressa que me ensinam diariamente como ser uma pessoa melhor e por estarem sempre presentes em minhas escolhas.

Às musicoterapeutas Claudimara Zanchetta, Alecsandra Joucoski, Claudia Prodossimo, Gizely Delmonico, Martha Negreiros e Maeve Andrade por tanto compartilhar e apoiar.

Aos meus colegas de mestrado, Antônio e Fabiano, pela parceria durante todo o processo. Ao colega Fabio Gomes pela força na reta final.

Às professoras e aos professores que estiveram nos meus caminhos de graduação, especializações e mestrado, e contribuíram para minha formação. Às professoras Araci Asinelli e Rosemyriam Cunha que aceitaram compartilhar seus saberes nas bancas de pré-qualificação, qualificação e defesa, e que por seus cuidados e conhecimentos técnicos, ficarão como grandes exemplos de educadoras desta caminhada.

À Karina, mesmo longe, por tantas contribuições.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

Ao Programa Viver a Vida, da Paraná Previdência, às pessoas idosas que tornaram esta pesquisa uma realidade, e às alunas de graduação Thabata Moraes, Marcella Ventola e Isabela Bonfante,
muito obrigada!

*“Eu sou maior do que era antes, estou melhor do que era ontem
Eu sou filho(a) do mistério e do silêncio,
somente o tempo vai me revelar quem sou
As cores mudam, as mudas crescem
Quando se desnudam, quando não se esquecem
Daquelas dores que deixamos para trás
Sem saber que aquele choro valia ouro
Estamos existindo entre mistérios e silêncios
Evoluindo a cada lua, a cada sol
Se era certo ou se errei, se sou súdito, se sou rei
Somente atento à voz do tempo saberei...”*

Dani Black

RESUMO

Objetivo: verificar a influência da Musicoterapia na percepção dos domínios de qualidade de vida de pessoas idosas. **Método:** misto com intervenção. Quantitativo com aplicação dos questionários Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN, 1975), WHOQOL-BREF (FLECK *et al.*, 2000) e WHOQOL-OLD (FLECK *et al.*, 2006), e qualitativo, com entrevista. **Processo de intervenção:** 24 encontros de Musicoterapia durante três meses. **Participantes:** Grupo Intervenção musicoterapêutica, com 20 idosas, aposentadas e pensionistas do estado do Paraná, participantes do Programa Viver a Vida. Grupo Controle 1, com 24 idosas, aposentadas e pensionistas do estado do Paraná, participantes de outras atividades no Programa Viver a Vida. Grupo Controle 2, com 24 idosas aposentadas e pensionistas não participantes de quaisquer atividades no Programa Viver a Vida. **Análise estatística:** para a análise dos questionários dos três grupos, para a descrição dos participantes foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas bem como a distribuição de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. **Análise qualitativa:** para entrevista com o grupo intervenção foi utilizada a proposta de Bardin (2011), com pré-análise, exploração e tratamento dos dados. **Resultados quantitativos:** o instrumento de avaliação WHOQOL-BREF apontou alterações significativas no Grupo Intervenção para os *domínios Físico, Psicológico e Ambiental*, bem como para a Qualidade de vida geral. O instrumento de avaliação WHOQOL-OLD demonstrou alterações significativas no Grupo Intervenção para os *domínios Funcionamento Sensório, Participação Social, Morte ou Morrer e para Qualidade de vida geral*. **Resultados qualitativos:** houve destaque nos aspectos físicos, em relação ao relaxamento corporal; nos aspectos psicológicos, em relação à memória e aos aspectos emocionais; nas relações sociais, em relação à interação das participantes; por fim, o impacto do ambiente durante o processo musicoterapêutico. **Conclusão:** houve significativa melhora na percepção da qualidade de vida das pessoas idosas participantes de um programa de intervenção em Musicoterapia.

Palavras-chave: Envelhecimento. Intervenção Musicoterapêutica. Educação. Cognição. Atenção à Pessoa Idosa.

ABSTRACT

Objective: To assess the influence Music Therapy has on the perception concerning the domain of quality of life in the elderly. **Method:** Intervention mixed methods. Quantitative method using the Mini-mental state examination (FOLSTEIN, 1975), the WHOQOL-BREF (FLECK *et al.*, 2000), and the WHOQOL-OLD (FLECK *et al.*, 2006) questionnaires; and qualitative method through interviews. **Intervention process:** Twenty-four music therapy meetings during three months. **Participants:** Music Therapy Intervention Group with twenty old women, retired and Parana State pensioners, who participate in the program *Viver a Vida*. Control Group 1 with twenty-four old women, retired and Parana State pensioners, who participate in other activities of the program *Viver a Vida*. Control Group 2 with twenty-four old women, retired and pensioners, who do not participate in any activity of the program *Viver a Vida*. **Statistical analysis:** The methods used to analyze the questionnaires of the three groups and to describe the participants were measures of central tendency and dispersion for continuous variables, and absolute frequency and relative frequency distribution for categorical variables. **Qualitative analysis:** The interviews with the Intervention Group were made using the perspective of Bardin (2011), including pre-analysis, material exploration, and data processing. **Quantitative results:** The assessment method WHOQOL-BREF showed significant changes in the Intervention Group concerning the *Physical, Psychological and Environment domains*, as well as the overall Quality of Life. The assessment method WHOQOL-OLD showed significant changes in the Intervention Group concerning the *Sensory Abilities, Social Participation, and Death and Dying domains*, as well as the overall Quality of Life. **Qualitative results:** The more highlighted points were the physical aspects, regarding body relaxation; the psychological aspects, regarding memory; the emotional aspects; the social relationships, regarding the interaction with other participants; and, finally, the impact of the environment during the whole process of music therapy. **Conclusion:** There was a significant improvement concerning the perception of the quality of life of the elderly that participate in a music therapy intervention program.

Keywords: Aging. Music Therapy Intervention. Education. Cognition. Elderly Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	FLUXOGRAMA DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS	33
FIGURA 2	FLUXOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	61
FIGURA 3	EFEITOS DA INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA GERAL (BREF) DE MULHERES IDOSAS	80
FIGURA 4	EFEITOS DA INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA GERAL (OLD) DE MULHERES IDOSAS	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	LISTA DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS NOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA	49
QUADRO 2	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES	60
QUADRO 3	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS	65
QUADRO 4	DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF E QUESTÕES RELACIONADAS	67
QUADRO 5	DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD E QUESTÕES RELACIONADAS	68
QUADRO 6	TEMAS DE ANÁLISE QUALITATIVA	87

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA	37
TABELA 2	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES	73
TABELA 3	CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS PARTICIPANTES	74
TABELA 4	CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DAS PARTICIPANTES	76
TABELA 5	EFEITOS DA INTERVENÇÃO COM MUSICOTERAPIA NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELO WHOQOL-BREF EM IDOSAS	79
TABELA 6	EFEITOS DA INTERVENÇÃO COM MUSICOTERAPIA NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELO WHOQOL-OLD EM IDOSAS	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
AD	Alzheimer Disease
ADS6	Amsterdam Dementia Screening Test 6
AMI	Autobiographical Memory Interview
AUT	Autonomia
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAB	Cognitive Assessment Battery
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDR	Clinical Dementia Rating (Avaliação de Demência Clínica)
CDS	Cornell Depression Scale in <i>Dementia</i> (Escala de Cornell de Depressão na Demência)
CGI	Clinical Global Impression Scale
DA	Doença de Alzheimer
DP	Doença de Parkinson
DRS	<i>Dementia Rating Scale</i> (Escala de Avaliação de Demência de Mattis)
DSST	Digit Symbol Substitution Test
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ERIC	Education Resources Information Center
FS	Funcionamento Sensorial
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
GHQ	General Health Questionnaire
GI	Grupo Intervenção
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAM-A	Hamilton Anxiety Rating Scale (Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INT	Intimidade
KSCAr	Kingston Standardized Cognitive Assessment-Revised
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MEM	Morte e Morrer
MT	Musicoterapia
NART	National Adult Reading Test
NPI	Inventário Neuropsiquiátrico
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PPF	Atividades do Passado, Presente e Futuro
PSO	Participação Social
QALYs	Quality-adjusted Life Year (Qualidade de Vida Ajustada em Anos)
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease (Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer)
QSG	Questionário de Saúde Geral

RBMT	Teste de Memória Comportamental Rivermead
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SDMT	Symbol Digit Modalities Test
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TMT	Trail Making Test
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNESPAR	Universidade Estadual do Paraná
UPDRS	Unified Parkinson Disease Rating Scale (Escala Unificada de Avaliação da Doença de <i>Parkinson</i>)
WFMT	World Federation of Music Therapy
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Bref
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life Old
WMS	Wechsler Memory Scale

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	18
2.1	CONTEXTO E PROBLEMA.....	18
2.2	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	21
2.2.1	Objetivo geral.....	21
2.2.2	Objetivos específicos.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	ENVELHECIMENTO HUMANO E A COGNIÇÃO.....	22
3.2	QUALIDADE DE VIDA.....	25
3.3	EDUCAÇÃO MUSICAL.....	27
3.4	MUSICOTERAPIA.....	29
3.5	REVISÃO SISTEMÁTICA.....	31
3.5.1	Características dos estudos.....	34
3.5.2	Estudos relacionados à Música/Musicoterapia e à Cognição.....	53
3.5.3	Estudos relacionados à Música/Musicoterapia e à Qualidade de Vida.....	54
4	MÉTODO	58
4.1	CARACTERIZAÇÃO DE PESQUISA.....	58
4.2	UNIVERSO DA PESQUISA.....	59
4.2.1	Participantes.....	59
4.2.2	Critérios de inclusão das participantes.....	60
4.2.3	Critérios de exclusão das participantes.....	60
4.3	ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	61
4.3.1	Desenho da intervenção.....	62
4.3.2	Programa de Intervenção.....	62
4.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	64
4.4.1	Instrumentos da coleta de dados.....	64

4.4.1.1	Dados Sociodemográficos.....	65
4.4.1.2	Classificação Econômica.....	65
4.4.1.3	Mini Exame do Estado Mental.....	66
4.4.1.4	World Health Organization Quality of Life Bref - WHOQOL-BREF.....	66
4.4.1.5	World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-OLD.....	67
4.4.1.6	Entrevista semiestruturada.....	68
4.5	PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	69
4.5.1	Local da coleta de dados.....	69
4.6	ESTUDO PILOTO.....	69
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	70
4.7.1	Análise quantitativa dos dados.....	70
4.7.2	Análise qualitativa dos dados.....	71
4.8	COMITÊ DE ÉTICA.....	71
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
5.1	DADOS QUANTITATIVOS.....	72
5.1.1	Características sociodemográficas das participantes.....	72
5.1.2	Efeitos da intervenção – WHOQOL-BREF.....	76
5.2	DADOS QUALITATIVOS.....	86
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
7	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICES.....	105
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	106
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	108
	ANEXOS.....	111
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	112
	ANEXO B – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA.....	114

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	116
ANEXO D – QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF.....	118
ANEXO E - QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD.....	120

1 APRESENTAÇÃO

Filha de músicos, desde cedo fui incentivada a explorar instrumentos musicais e a conhecer os ambientes de educação musical formal, com aulas de musicalização e piano, e educação informal nos ensaios e apresentações dos grupos musicais familiares. Paralelamente aos ensinamentos fundamental e médio, tive a oportunidade de estudar violão, percussão, flauta doce, flauta transversal, órgão, teclado, canto, entre outros instrumentos musicais. Ao mesmo tempo, a relação com o outro, o escutar, o colocar-se no lugar do outro sempre me chamou a atenção e me fez querer entender um pouco mais da Filosofia e da Psicologia, através dos livros e conversas com pessoas da área.

Eis que no momento de escolher uma profissão, tendo certeza da importância da música em minha vida, e querendo utilizá-la para além dos meus desejos estéticos, descobri o Bacharelado em Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná. Apesar da pouca idade e das poucas informações sobre a profissão, não tinha a menor dúvida acerca da carreira que queria seguir.

Ao ingressar e passar por quatro anos de muito aprendizado, me formei e logo tive a oportunidade de trabalhar com a educação especial. Que não tem esse nome por acaso. O aprendizado e o respeito às limitações do outro me desafiam diariamente a ser uma pessoa e uma profissional melhor. E tive, ainda, a oportunidade de cursar duas especializações, em Neuropsicologia e em Educação Especial.

Paralelamente à graduação, sempre dei aulas de música, conquistando, assim, certa independência financeira, e já alimentando meu currículo. Com um ano de formada, e uma especialização concluída, surgiu a oportunidade de concurso para docente na Faculdade de Artes do Paraná, no curso de Musicoterapia, e desde 2007 lá estou, realizada profissionalmente, contribuindo para formação de novos musicoterapeutas.

Fiz parte, em algumas gestões, da diretoria da Associação de Musicoterapia do Paraná, atuando no Departamento Científico com vistas a incentivar a atualização dos profissionais do Estado. Após alguns cursos de formação na área e muitas oficinas de música, para aperfeiçoar minha prática musical, surgiu a oportunidade de pensar no mestrado.

Sempre tive muito claro que só o faria se tivesse a oportunidade de estudar e pesquisar a minha área, a Musicoterapia. E eis que encontro essa oportunidade no Mestrado em Educação da UFPR, com o Prof. Dr. Valdomiro de Oliveira e a Prof^a. Dr^a. Gislaine Cristina Vagetti.

A Musicoterapia ainda é uma área relativamente nova, que carece de pesquisas, principalmente na Língua Portuguesa, e em nosso contexto sociocultural. E cada vez mais, tanto a ciência, quanto os profissionais da educação, da saúde e a população de modo geral, querem entender um pouco mais sobre a Musicoterapia e, sobretudo, querem evidências. É senso comum que a música agrada a maior parte da população, mas é necessário trazer comprovações científicas para que o meio a respeite.

E esta pesquisa, mesmo com todas as suas limitações, tem a proposta de contribuir com meios científico, político e acadêmico.

Desejo uma boa leitura.

2 INTRODUÇÃO

2.1 CONTEXTO E PROBLEMA

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, a expectativa de vida da mulher que vive no Brasil, no ano 2000, era de 73 anos. Atualmente, a expectativa é de 79, e estima-se que no ano de 2020, será de 82 anos. Mais do que isso, o mesmo site afirma que, em 2000, apenas 5% da população era composta por pessoas com 60 anos ou mais. Atualmente, 8% dessa população compõe o país e estima-se que, em 2030, essa parcela chegue a 13%. Com isso, observa-se a necessidade e a importância de novas pesquisas e programas que invistam nessa população em crescimento.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, em seu Artigo 3º esclarece

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

E no Artigo 20º reforça, “o idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”. Com isso, alguns programas sociais foram criados pelo governo, sendo um deles o Programa Viver a Vida.

Tal programa, criado em 2014 numa parceria entre a Paraná Previdência, a Secretaria de Estado da Administração e Previdência (SEAP) e o Governo do Paraná, é direcionado aos servidores em fase de aposentaria e aos já aposentados. Com o intuito de oferecer um conjunto de atividades nas áreas de conhecimento, saúde, cultura, lazer e esporte, tem como objetivos: oportunizar a reflexão sobre a fase de transição de servidor(a) ativo(a) para aposentado(a) por meio de palestras, cursos presenciais ou à distância, workshops e outras ações; estimular a criação de um novo projeto de vida tendo como base as palestras que são ofertadas tanto de forma presencial como à distância; proporcionar atividades culturais, turísticas e tecnológicas,

¹<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

oficinas artísticas nas áreas de dança, música, teatro, pintura e cinema, entre outras ações. Para isso, o programa possui salas amplas, iluminadas, com pouca interferência sonora e privacidade. O objetivo geral é promover a qualidade de vida da população citada.²

Há inúmeros conceitos de qualidade de vida, e para estabelecer a melhor definição é necessário considerar particularidades de lugares e situações. E, ainda assim, possivelmente, cada indivíduo terá a sua própria definição, ou seja, é um conceito que possui vários pontos de vista e varia no decorrer do tempo, varia conforme a cultura, a classe social, entre outros aspectos, como os subjetivos, em função do estado emocional. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para a necessidade de ferramentas multidimensionais para avaliar a percepção da qualidade de vida que considere os aspectos físicos, emocionais, sociais, ambientais e espirituais. (PY; FREITAS, 2016).

Medeiros e Zanini (2013) afirmam que, no processo de envelhecimento, as pessoas sofrem transformações físicas, mentais e psicológicas, além de mudanças sociais, fazendo-se necessário, portanto, um investimento na manutenção ou na melhoria da sua qualidade de vida. A Musicoterapia pode atuar como uma modalidade nesse processo, visando a reabilitação ou preservação das funções cognitivas.

Segundo Zanini (2009), a Musicoterapia pode estabelecer melhores condições de comunicação, mobilização, expressão e organização, com o objetivo de melhorar o relacionamento interpessoal e intrapessoal. Em uma intervenção musicoterapêutica a contribuição individual enriquece a produção de todo grupo, de forma que estimula a cognição e proporciona melhor qualidade de vida. A música e o musicoterapeuta proporcionam descobertas de novas possibilidades para o indivíduo, retomando situações que, muitas vezes, foram deixadas de lado, no decorrer da vida.

Bruscia (2016) afirma que educação e terapia são semelhantes no sentido em que ambas auxiliam o processo de aquisição de conhecimento e de habilidades.

Sloboda (2008) apresenta o caráter particular, complexo e refinado da

²<http://www.programaviveravida.pr.gov.br>

assimilação musical pelo indivíduo adulto. Considera que a interiorização parte de uma grande quantidade de processos cognitivos. Quando ouve música, o ouvinte primeiro precisa compreendê-la, depois identificá-la junto aos seus elementos, reconhecê-los como frases de sentido musical, formar uma representação mental das proposições dessas frases e, por fim, determinar a natureza e as características particulares que permitam o contato com seu interior, desencadeando uma reação emocional.

Este estudo justifica-se pela formação da pesquisadora, que é musicoterapeuta, e pelo baixo número de publicações nesta área, principalmente no Brasil. Após a realização de uma revisão sistemática³ foram encontrados apenas os seguintes estudos de intervenção sobre o tema na Língua Portuguesa: Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados (MOZER, OLIVEIRA, PORTELA, 2011), A Musicoterapia na preservação da memória de idosos institucionalizados (MEDEIROS, ZANINI, 2014), e O efeito da Musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso (ZANINI *et al.*, 2009), sendo que o primeiro não foi realizado por musicoterapeuta(s). Percebeu-se, também, que poucos são os estudos que utilizaram um instrumento específico de avaliação de qualidade de vida para idosos, como o WHOQOL-OLD, por exemplo.

Este estudo também teve o intuito de incentivar novas políticas públicas, de modo que a Musicoterapia possa ser ofertada de forma gratuita às pessoas idosas do estado do Paraná. Os objetivos dessa ação estão voltados a amenizar o isolamento social, a dificuldade de expressão, interação e comunicação, e a estimular os aspectos cognitivos e a melhorar a percepção acerca de qualidade de vida dessas pessoas.

Considerando o exposto acima, a pesquisa buscou verificar a influência da Musicoterapia na percepção dos domínios de qualidade de vida de pessoas idosas.

³Ver página 32.

2.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.2.1 Objetivo geral

Investigar a influência da Musicoterapia na percepção dos domínios de qualidade de vida de idosas.

2.2.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão sistemática da literatura produzida entre os anos de 2000 e 2017, sobre a influência da música e da Musicoterapia na cognição e na qualidade de vida de pessoas idosas.

- Comparar a percepção dos domínios acerca de qualidade de vida de pessoas idosas pré e pós intervenção musicoterapêutica.

- Comparar a percepção dos domínios acerca de qualidade de vida de pessoas idosas participantes e não participantes de um processo de intervenção em Musicoterapia.

- Identificar os benefícios da intervenção musicoterapêutica nos domínios Físico, Psicológico, de Relações Sociais e Ambientais em pessoas idosas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO HUMANO E A COGNIÇÃO

*A velhice é a paródia da vida.
Simone de Beauvoir*

Conforme relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Envelhecimento e Saúde, em 2015, pode-se constatar que além da maior expectativa de vida dos indivíduos, em todo o mundo, sabe-se hoje que não há perfil típico da pessoa idosa. Há pessoas com 80 anos, mais ativas e com melhores condições físicas e cognitivas do que pessoas com 50 anos, por exemplo. Segundo a OMS (2015), o que deve ser feito é estruturar as políticas de forma que um maior número de pessoas consiga envelhecer de forma saudável. O relatório aponta, ainda, a necessidade de derrubar as barreiras que impedem a participação social contínua das pessoas idosas, e a importância de uma política mais ampla que atenda a diversidade dessa fase.

Segundo dados do IBGE (2012), o número de idosos no Brasil dobrou nos últimos 20 anos, e segundo projeções das Nações Unidas, uma em cada nove pessoas no mundo tem mais de 60 anos. A estimativa para 2050 é de que o número de idosos seja de um em cada cinco pessoas, o que levaria a um número maior de idosos do que crianças menores de 15 anos. Contudo, pode-se observar que apesar das melhorias terem contribuído para o prolongamento da vida, a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, no Brasil, não acompanharam esse avanço. (KANSO, 2013).

A OMS⁴ estabelece a idade de 60 anos como início da fase idosa nos países em desenvolvimento, 65 anos nos países desenvolvidos, e ainda denomina idosos muito idosos os que possuem 80 anos ou mais, e centenários e supercentenários, os que possuem 110 anos ou mais.

O envelhecimento é um processo complexo, marcado por mudanças cognitivas que estão associadas ao declínio em tarefas que exigem atenção, rapidez, concentração e raciocínio indutivo. É uma fase em que a pessoa está suscetível à deterioração global das funções intelectuais, que inclui a perda da

⁴ Site oficial: <http://www.who.int/eportuguese>

memória, do julgamento, do funcionamento social e controle das emoções. Ainda pode ocorrer o declínio na linguagem, praxias ou funções executivas, capazes de interferir no desempenho social e profissional da pessoa idosa. (ARGIMON & STEIN, 2005).

O envelhecimento populacional se deve ao controle das doenças infectocontagiosas. Há, contudo, em razão do aumento da expectativa de vida, uma ampliação do número de idosos com demência, pelo descuido, no decorrer da vida, com a cognição que pode ser compreendida como a capacidade de entender o mundo, englobando o raciocínio, a memória e as decisões. (ARGIMON, 2006).

A pessoa idosa apresenta uma série de queixas e alterações cognitivas que são comuns durante o processo de envelhecimento. Os fatores que podem influenciar esta fase são idade, escolaridade, trabalho ao longo da vida, estado geral de saúde, uso de medicamentos, manutenção de atividades estimulantes, prática regular de exercícios físicos, participação em atividades sociais e recreativas. As principais alterações cognitivas observadas na pessoa idosa são a redução da velocidade do processamento de informações e a maior dificuldade em manipular informações simultâneas e mudar o foco atencional. (SANTOS *et al.*, 2013).

O funcionamento cognitivo saudável inclui domínios como linguagem, memória, pensamento, e as funções executivas como a capacidade de planejar, coordenar e executar tarefas, julgamento, atenção, percepção, manutenção das habilidades e a capacidade de manter objetivos na vida. (SANTOS *et al.*, 2013).

O envelhecimento normal e o patológico são processos gradativos, o impacto sobre a memória não acontece de forma uniforme e nem devastadora, e alguns aspectos da memória são mais afetados do que outros, conforme cada indivíduo. (SANTOS *et al.*, 2013).

A demência inclui diversas doenças que são, principalmente progressivas, afetando memória, outras habilidades cognitivas, como atenção, pensamento e linguagem, e comportamentos, o que acaba por interferir significativamente na capacidade de uma pessoa de manter as atividades cotidianas. Com maior frequência nas pessoas do sexo feminino, a Doença de

Alzheimer é o tipo mais comum de demência e representa entre 60 e 70% dos casos. Outro tipo comum é a demência vascular. (OMS, 2017).

Conforme a Associação Brasileira de Alzheimer⁵, esta doença se apresenta como demência, ou perda das funções cognitivas como memória, orientação, atenção e linguagem, causada pela morte de células cerebrais. Quando diagnosticada em seu início, é possível retardar suas complicações com medicação e estimulação, de forma que se garanta melhor qualidade de vida às pessoas com essa doença incurável. No Brasil estima-se que mais de um milhão de pessoas possui esta demência, sendo a maior parte dos casos de pessoas idosas e muitos sem diagnósticos.

A demência vascular (DV) refere-se a um déficit cognitivo, resultado de doença cerebrovascular e/ou dano cerebral. De um conjunto de patologias relacionadas com os sistemas de vascularização cerebral, o acidente vascular cerebral (AVC) é o mais comum e que, por vezes, resulta em demência. (GONÇALVES e PINHO, 2014)⁶

Segundo a OMS (2017), à medida que a população mundial envelhece, espera-se que o número de pessoas que vivem com demência triplique de 50 milhões para 152 milhões até 2050. Quase 10 milhões de pessoas desenvolvem demência a cada ano, seis milhões delas em países de baixa e média renda. (OMS, 2017).

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural, o organismo passa por alterações anatômicas e funcionais significativas, com repercussão na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida da pessoa idosa. (ALVARENGA, 2009).

A chegada da aposentadoria, que é a fase das participantes desta pesquisa, pode ser um momento muito esperado, a idealização de um tempo para a reorganização da vida. Para alguns, porém, é um momento extremamente prejudicial, podendo afetar sua vida psíquica. Com a diminuição de atividades diárias e das relações sociais, além da falta de estimulação intelectual, há a grande possibilidade de declínio cognitivo do idoso. (ALVARENGA, 2009).

Machado *et al.* (2011) explicam que o comprometimento da cognição

⁵<http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer>

⁶<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a08.pdf>

afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, na sua independência, que é a capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio, e na sua autonomia, que é a capacidade de tomar decisões e gerir sua própria vida, com conseqüente perda da qualidade de vida. E isso envolve desde o cuidado consigo, a execução de tarefas que permitam a adaptação psicossocial até o fato de responder por seus atos.

No próximo tópico será discutido o constructo qualidade de vida.

3.2 QUALIDADE DE VIDA

*Se não foste feliz quando jovem, certamente que
tens agora tempo para o ser.
Simone de Beauvoir*

Queiroz (2010) explica que a qualidade de vida é um termo abstrato e com diferentes significados. Antigamente se falava em bens materiais, atualmente se fala em políticas sociais, principalmente com o apoio da Medicina e com os cuidados com a saúde. Mas a mesma autora explora outros aspectos importantes da percepção da qualidade de vida como estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou atividades diárias, ambiente no qual se vive, valores culturais, éticos e religiosos, nível socioeconômico, atividade intelectual, interação social, suporte familiar e autocuidado.

O Grupo de Qualidade de Vida, da Organização Mundial da Saúde, definiu a qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". (The WHOQOL Group, 1995, p 1405).

Esse mesmo grupo elaborou um instrumento de avaliação da percepção da qualidade de vida geral, apresentado no Tratado de Geriatria e Gerontologia, de Freitas e Py, que propõe a percepção da qualidade de vida em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. O domínio *Físico* se refere à qualidade do sono, disposição para atividades da vida cotidiana e possíveis dores. O domínio *Psicológico* se refere a pensamento, aprendizado, memorização, autoestima, sentimentos e imagem

corporal. O domínio *Relações Sociais*, às relações com amigos e familiares. O domínio *Ambiental*, aos cuidados com a saúde, a oportunidade de receber novas informações, recursos financeiros, meios de transporte e oportunidades de lazer. (FREITAS e PY, 2016).

Fleck (2008), que traduziu para o português o instrumento elaborado pela OMS, e o validou no Brasil, aponta que uma boa percepção da qualidade de vida está presente quando as esperanças e as expectativas de uma pessoa são satisfeitas. Para o autor, essa percepção é definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade, sendo que quanto menor a distância, melhor.

Teixeira (2008) aponta a falta de consenso entre os pesquisadores sobre os determinantes de um envelhecer com qualidade. E justifica com a heterogeneidade sobre a percepção que as próprias pessoas idosas têm sobre o processo de envelhecimento. Segundo Neri (2007) o envelhecimento é considerado um evento progressivo e multifatorial, no qual, potencialmente, pode-se ter uma experiência bem sucedida, contudo, heterogênea, e vivenciada com maior ou menor qualidade de vida.

Pereira (2012) aponta, além da falta de consenso conceitual, a complexidade na definição da qualidade de vida, já que o tema é estudado por especialistas de várias áreas. Pontua que as definições na literatura especializada englobam concepções que enfatizam uma satisfação geral com a vida, ou articulada em domínios, aspectos específicos, que ao se unirem, se aproximam do conceito geral. Esclarece que a forma com que o assunto é tratado está ligada aos interesses científicos e políticos de cada pesquisa, assim como às possibilidades de operacionalização e avaliação.

Pereira (2012) esclarece que a qualidade de vida pode ser vista como sinônimo de saúde, como felicidade e satisfação pessoal, conforme as condições ou estilos de vida, entre outras possibilidades, e que consideram desde a renda até a satisfação com qualquer outro aspecto específico da vida. Por isso, faz-se necessário estabelecer certas delimitações que possibilitem sua operacionalização nas pesquisas.

Por fim, o mesmo autor, ressalta que muitos estudos se limitam a descrever os indicadores, sem direcionar para a qualidade de vida em si. Utilizam dados como escolaridade, ausência de doenças, condições de

moradia como indicadores de qualidade de vida, sem investigar o objetivo disso para as pessoas participantes. Essa conduta pode facilitar o método para grandes pesquisas, contudo desconsidera a subjetividade das pessoas envolvidas, sem lhes dar a oportunidade de avaliar o quão boas são suas vidas.

Entre as diversas atividades culturais como o teatro, a dança e as artes plásticas, está também a música, que por meio dos sons, das canções, dos movimentos ou pelo manuseio dos instrumentos musicais promove a auto expressão, a saúde e o bem-estar. (LUZ, 2015). É uma forma de estabelecer melhores condições de comunicação, aprendizado, mobilização, expressão e organização (física, emocional, social e cognitiva), além de melhorar os relacionamentos interpessoal e intrapessoal e proporcionar melhor qualidade de vida. (ZANINI, 2009). Este estudo foi embasado na definição do Grupo de Qualidade de Vida, da Organização Mundial da Saúde, já definida acima. No próximo tópico será apresentada uma breve discussão em relação ao som, o ser humano e a educação musical.

3.3 EDUCAÇÃO MUSICAL

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. (LDB, 1996).

Neste tópico faz-se necessário relatar um pouco do histórico da relação entre som e ser humano. Por volta do sexto mês de gestação, o feto começa a perceber os sons externos, e pode, inclusive, reagir com chutes na barriga da mãe. Já demonstra reconhecer a voz materna antes mesmo do nascimento. Há evidências que sugerem que o bebê chega ao mundo com capacidades auditivas notórias, inclusive com a capacidade de perceber algumas propriedades do som e, inclusive, localizar a direção de uma fonte sonora. (ILARI, 2006).

Tantos são os estudos sobre a importância da música na infância, que acabaram por motivar a criação de uma lei, a Lei nº 11.769⁷ que determina a presença do ensino desta nas escolas de educação básica.

Segundo Sekeff (2002, p.17) “a música é um poderoso agente de estimulação motora, sensorial, emocional e intelectual”, e na educação infantil tem a capacidade de, por meio da prática musical, desenvolver o potencial dos educandos, despertar ou ampliar a sensibilidade e estimular a cognição. Pode desenvolver as inclinações, aptidões e habilidades musicais através das atividades de audição e de senso rítmico e estético. E para além disso, trabalhar a disciplina, o civismo, a arte e a cultura de modo geral.

Os atos de olhar, escutar, mover ou sentir não são, necessariamente, habilidades naturais que dispensam aprendizado sistemático. A escola é responsável, também, por uma educação estética que estimule o pensamento e a memória, o aprendizado, e a arte pode ser este caminho. (PEREIRA, 2016).

A arte enfrenta, ainda, preconceito intelectual e é acusada de não formar um verdadeiro conhecimento. Mas sabe-se, hoje, que devido ao avanço das ciências cognitivas, que ignorar a percepção, a sensibilidade e a afetividade não garante um conhecimento eficiente. “Não há um intelecção, sem antes perceber, ou seja, a percepção humana é sempre anterior à intelecção”. (PEREIRA, p.111, 2016).

Sloboda (2008) afirma que o sentir e o pensar estão inter-relacionados, integrando, igualmente, as experiências musicais, ou seja, o processo cognitivo é um pré-requisito necessário do estágio afetivo. Quando a reação emocional se consolida, o processo cognitivo permite uma representação interna, simbólica ou abstrata da música. Percebe-se uma importante alteração na construção da memória, pois a maneira como as pessoas representam a música para si, determina como a lembram e com ela interagem.

Já o ensino da música na fase adulta ocupa um espaço essencial na formação, pois vai além do entretenimento. Essas pessoas buscam experiências educativas, onde os espaços da música sejam espaços de apropriação e transmissão de cultura e de conhecimentos musicais. É uma

⁷http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11769.htm

interação consciente com a música. (RIBAS, 2009).

Um dos objetivos da educação na fase idosa é promover conhecimentos que redimensionem a percepção sobre a qualidade de vida, seja através dos pressupostos de interdisciplinaridade, da participação social ou da promoção de saúde. (INOUE *et al.*, 2017).

Neste trabalho é importante destacar as diferenças de objetivos na educação musical e na Musicoterapia. Na educação musical o enfoque está nas habilidades musicais e no cumprimento de metas escolares, e o objetivo final é o aprendizado musical. Na Musicoterapia, a aprendizagem é secundária, pois o foco é a saúde e outros aspectos específicos do participante, e deve fornecer acesso aos insights acerca da forma do participante estar no mundo. (BRUSCIA, 2016).

No próximo tópico a Musicoterapia será melhor explorada.

3.4 MUSICOTERAPIA

*Alguém cantando alguma canção
A voz de alguém nessa imensidão
A voz de alguém que canta
A voz de um certo alguém
Que canta como que pra ninguém
Caetano Veloso*

Sabe-se que a música foi e é, historicamente utilizada de diversas formas e para diferentes fins: desde rituais místicos até os processos de cura. (CUNHA, ARRUDA, SILVA, 2010). Cunha (2007) afirma que a música sempre foi tida como um elemento de expressão individual e coletiva, na vida cotidiana e no meio cultural, como um meio de comunicação de valores e identidades grupais. A música pode se colocar como um elemento que produz e expressa significados.

Durante a Primeira Guerra Mundial, os hospitais dos Estados Unidos contratavam músicos profissionais com o objetivo de, por meio da audição musical, relaxar e proporcionar efeitos sedativos aos feridos. Mas somente na segunda metade do século XX, durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), em função do grande número de soldados feridos, a utilização da

música passou a ter cunho científico, o que despertou o interesse pelo estudo sistemático sobre os efeitos da música, dando origem à Musicoterapia. (VON BARANOW, 1999).

A Musicoterapia, conforme a World Federation of Music Therapy, é a utilização da música e de seus elementos, por um profissional qualificado, para intervenção em ambientes educacionais, de saúde e comunitários, individualmente ou em grupo, com objetivo de otimizar a qualidade de vida e as condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais e intelectuais. (WFMT, 2011).

Chagas e Pedro (2008) relatam o hibridismo, existente na Musicoterapia, e como a arte e a ciência permeiam a Musicologia, a Estética, a Morfologia, a Medicina, a Psicologia, a Neurologia e a Educação, entre outras áreas. Mas é pela utilização da música que são trabalhados os objetivos do processo musicoterapêutico.

A Musicoterapia exige um processo sistemático de intervenção, com objetivos, embasamento teórico e avaliação. Esse processo resulta em uma série de transformações para o participante, o que envolve desenvolvimento educativo, interpessoal, artístico, musical, criativo e/ou científico. (BRUSCIA, 2016).

Para ser considerado Musicoterapia, essa intervenção tem que ser realizada por um profissional qualificado, o musicoterapeuta, pois somente ele terá condições de utilizar a música a favor do processo terapêutico. A música pode ser utilizada 'como terapia', onde terá o papel primário no processo, ou pode ser utilizada 'em terapia', onde seu papel é secundário e o terapeuta passa a realizar o papel primário. (BRUSCIA, 2016).

A Musicoterapia se diferencia das outras terapias pelo fato de proporcionar experiências musicais aos participantes, sem julgamento sobre a bagagem musical trazida, já que o participante não precisa ter conhecimento formal em música pois nenhum tipo de domínio musical é exigido. (BRUSCIA, 2016). Todas as manifestações sonoras são acolhidas e exploradas musical e terapêuticamente.

Considerando os três principais elementos da música, ritmo, melodia e harmonia, Barcellos (1992) apresenta alguns objetivos musicoterapêuticos. As intervenções rítmicas são as que possibilitam modificações corporais, as

melodias surgem quando há a necessidade do participante se expressar com a voz ou um instrumento melódico. E a harmonia, a intervenção mais difícil, já que os participantes raramente têm o conhecimento necessário para sua exploração, é utilizada de forma aleatória, com superposição de sons.

Conforme Bruscia (2016), o musicoterapeuta pode atuar em escolas, clínicas, hospitais, centros de educação infantil, instituições de longa permanência para idosos, centros-dia, penitenciárias, centros comunitários e empresas. O público-alvo vai desde pessoas com transtorno do espectro autista, pessoas com distúrbios emocionais ou transtornos psiquiátricos, pessoas com deficiência intelectual ou outras deficiências, crianças com dificuldade de aprendizado, pessoas que sofreram algum tipo de abuso, pessoas com dependência em álcool e drogas, pessoas idosas até pessoas em coma, entre outras.

Bruscia (2016) afirma que educação e terapia são semelhantes no sentido de que ambas auxiliam o processo de aquisição de conhecimento e de habilidades. E a Musicoterapia pode, além de contribuir com os processos citados, proporcionar amparo às questões de comportamento, a fim de contribuir na promoção de uma vida mais funcional e independente, na adaptação social e na melhora da qualidade de vida.

Por fim, a Musicoterapia deve atender à relação entre a vivência musical e o contexto sociocultural. A biografia musical das pessoas é composta por elementos culturais e sociais, e é por meio dela que se encontra os sentidos e significados individuais ou grupais para realização do processo musicoterapêutico. (CUNHA, 2007).

Com base nessas premissas, o presente estudo também teve como objetivo revisar sistematicamente a literatura sobre a influência da música e da Musicoterapia na cognição e na qualidade de vida de pessoas idosas.

3.5 REVISÃO SISTEMÁTICA

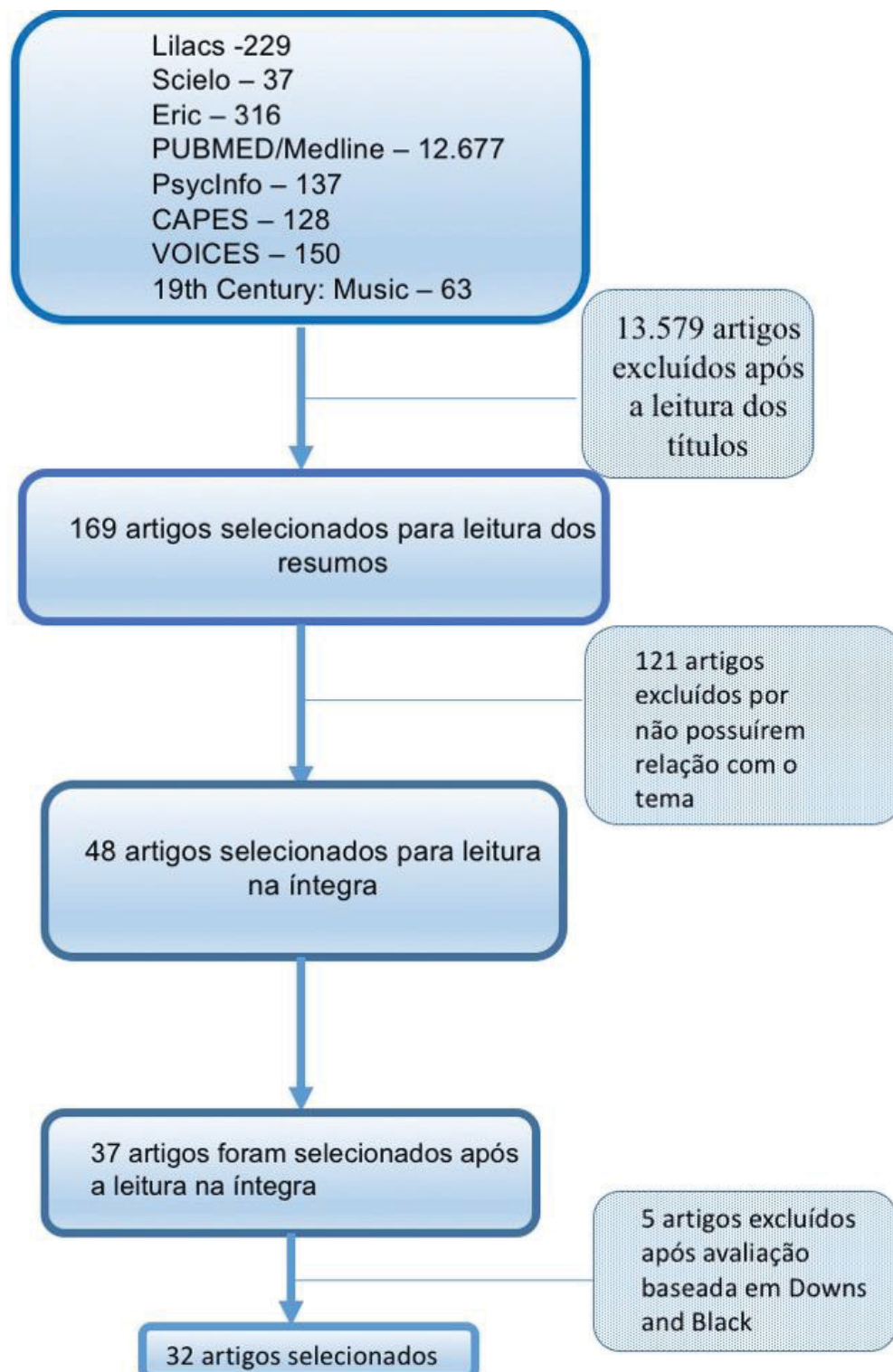
Foi realizada uma revisão sistemática sobre a influência da música/music, Musicoterapia/music therapy, cognição/cognition e qualidade de vida/quality of life na população idosa. A busca de dados foi realizada de julho

de 2016 a dezembro de 2017 em oito bases de dados: PubMed/Medline, PsycInfo, ERIC (Education Resources Information Center), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Voices, 19th Century: Music, SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS. Foram considerados artigos publicados em Português e Inglês, e ainda, a lista de referências dos artigos selecionados. Foram incluídos na revisão, os estudos originais com intervenção que investigaram influência da música e da Musicoterapia na cognição e qualidade de vida, publicados entre 2000 e 2017, e que incluíram indivíduos com 60 ou mais anos de idade. Foram realizadas combinações entre os descritores mediante a utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”. E não foram incluídas teses, dissertações e monografias. A busca de dados foi realizada por pares e resultou em 13.748 títulos potencialmente relevantes.

A análise inicial foi realizada com base nos títulos dos artigos, seguida da análise dos resumos de todos aqueles que preenchiam os critérios de inclusão ou que não permitiam certeza de que deveriam ser excluídos. Após análise dos resumos, todos os artigos selecionados foram obtidos na íntegra, via Portal da CAPES, ou por meio de contato com os autores, e posteriormente examinados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Foram selecionados 37 estudos para a última fase de avaliação e submetidos à verificação de qualidade dos estudos de intervenção com o *checklist* de Downs & Black (1988). Essa planilha contém 27 itens que avaliam a qualidade da informação, a validade interna (vieses e confundimentos), o poder do estudo e também a validade externa. Considerando 23/27 a pontuação de corte, cinco artigos foram excluídos por não atenderem essa pontuação, restando, portanto, 32 artigos para a análise final.

Foram extraídos os seguintes dados dos estudos: ano, autor(es), objetivo, país do estudo, amostra, idade dos participantes, tipo de intervenção, instrumentos utilizados, e principais resultados.

FIGURA 1. FLUXOGRAMA DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Fonte: As autoras (2017).

Conforme a Figura 1 pode-se constatar que, inicialmente, foram encontrados 13.748 títulos potencialmente relevantes, distribuídos da seguinte forma: na base de dados LILACS foram encontrados 229 artigos, que equivalem a 1,66% do total; na SciELO foram encontrados 37, que equivalem a 0,26%; na Eric foram encontrados 316, que equivalem a 2,29%, na PsycInfo foram encontrados 137, que equivalem a 0,99%, no Portal da CAPES foram encontrados 128, que equivalem a 0,93%, na Voices foram encontrados 150, que equivalem a 1,09%, na 19th Century: Music foram encontrados 63, que equivalem a 0,45%, e por fim, foram encontrados na PubMed/Medline 12.677 artigos que equivalem a 92,20% do total.

3.5.1 Características dos estudos

Como mostra a Tabela 1, os 32 artigos estão distribuídos geograficamente da seguinte forma: Brasil com 2 artigos (6,25%), Estados Unidos apresentam maior destaque com 5 artigos (15,6%), seguidos da Inglaterra, com 4 (12,5%), e Canadá, também com 4 (12,5%), Finlândia, Espanha, Itália e França com 2 artigos cada (6,25%), e Bélgica, China, Coreia, Irlanda, Holanda, Escócia, Austrália, Taiwan e Suécia, com 1 artigo cada um (3,12%). Pode-se observar, pelos dados, que os estudos abrangem, com maior destaque, a América e a Europa, sendo que nenhum estudo foi encontrado na África.

Dos artigos selecionados, apenas 10 (31,5%) tratam especificamente de Musicoterapia. Entre os demais, 21 artigos (65,62%) referem-se a pesquisas relacionadas ao uso da música como forma de intervenção, e 1 artigo (3,12%) compara as duas formas de intervenção (15). Estas intervenções com a música são encontradas na forma de audição e/ou envolvimento ativo, e treinamento multitarefas, que envolvem música e leitura, atividade física, silêncio e idiomas. O período das intervenções variou de 1 (um) dia a 9 (nove) meses.

Com relação à faixa etária, apenas 4 estudos (1, 7, 11 e 31) incluíram, também, nas suas intervenções, pessoas com menos de 60 anos. Os demais apresentam estudos realizados somente com pessoas de 60 anos ou mais. Nos países desenvolvidos são consideradas pessoas idosas apenas as que

possuem 65 anos ou mais. Muitos dos estudos, porém, não atendem a essa classificação da Organização Mundial da Saúde (2015).

As amostras variaram de 6 a 500 participantes e destaca-se o baixo número de trabalhos realizados com participantes de instituições de curta ou longa permanência (8, 10, 12, 15, 28 e 29), totalizando 6 artigos.

Até 2009 foram encontrados 11 artigos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), o que equivale a 34,37% dos artigos publicados entre 2000 e 2017, e após a década de 2010 já foram encontrados 65,62% (21), ou seja, a quantidade de artigos quase dobrou se comparada à primeira década do século XXI.

Considerando que um dos descritores é a cognição, fica evidente a quantidade de estudos que abordam demência, com destaque para a Doença de Alzheimer, acerca de que foram selecionados 7 artigos (4, 8, 9, 10, 17, 19 e 31) e outros 11 que incluem outras demências além daquela (2, 3, 5, 12, 14, 16, 20, 24, 25, 29 e 32). Apenas 4 artigos destacaram, em seus objetivos, que a amostra selecionada era composta apenas por idosos saudáveis (6, 9, 15 e 22).

Com relação aos instrumentos, 13 dos estudos (40,62%) utilizaram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar a cognição dos participantes da intervenção (3, 5, 9, 10, 12, 14, 17, 19, 22, 26, 27, 28 e 31). Elaborado por Folstein *et al.* em 1975, é um dos testes cognitivos mais utilizados na avaliação de pessoas idosas. Com um tempo de aplicação em torno de 5 a 10 minutos, é fácil de ser administrado e de pontuar. Envolve itens que avaliam a orientação temporal e espacial, aprendizagem e evocação, atenção e cálculo, linguagem e habilidades visuo-espaciais. Apresenta questões que pedem a localização física do indivíduo (país, estado e cidade onde está), localização temporal (dia do mês, dia da semana e mês em que se está), pede para que repita e decore três palavras que devem ser ditas no decorrer do preenchimento, repetição de frases, além de solicitar que escreva uma frase, atenda comandos escritos e faça a cópia de um desenho (MELO; BARBOSA, 2015). O score total do Mini Exame do Estado Mental é de 30 pontos, e Folstein sugere 23/30 como pontuação de corte para um possível déficit cognitivo (1975).

Para avaliação da qualidade de vida, os instrumentos mais utilizados foram o SF-36 e o SF-12, que é uma versão simplificada do primeiro.

Consistem em um questionário multidimensional composto por 8 dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Um apresenta 36 questões e o outro, 12 apenas, com escore que vai al de 0 (zero) a 100, onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde, e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2013). Contudo, conforme a Tabela 1, pode-se observar que é um número relativamente baixo, apenas 4 artigos (11, 13, 18 e 30). Ou seja, houve uma grande variedade de instrumentos de avaliação utilizados.

TABELA 1 – DADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTOR/ ANO/ AVALIAÇÃO	OBJETIVO	PAÍS	AMOSTRA/IDADE/ INTERVENÇÃO	INSTRUMENTOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
1.NAYAK <i>et al.</i> (2000) ²³ pontos	Investigar a eficácia de técnicas musicoterápicas na melhora do humor e na interação social depois de uma lesão cerebral traumática ou Acidente Vascular Cerebral.	Estados Unidos	N ^o = 18 indivíduos Média de idade= 59,8 anos Duração - 3 sessões por semana, e até 10 sessões. Descrição - grupo intervenção recebeu reabilitação padrão mais a Musicoterapia, grupo controle apenas a reabilitação padrão.	31 - The Face Scale 32 - Escala de Avaliação Analógica Visual 33- A subescala Perfil de Impacto na Doença	Houve uma melhora significativa na avaliação da interação social feita pelos membros da família no grupo de Musicoterapia. Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, em termos de percepção de pessoal, em relação à cooperatividade durante as sessões de terapia. Com relação ao humor, o grupo intervenção não apresentou melhora.
2.GREGORY (2002) ²³ pontos	Avaliar a audição musical na manutenção da atenção de idosos com déficit cognitivo.	Estados Unidos	N = 12 Idade = 62 a 95 anos Descrição - os participantes ouviram trechos de música instrumental gravada com duração de 3,5 minutos. A gravação era constituída de 7 trechos, com duração variando entre 18 e 34 segundos. Cada trecho era seguido por um período de silêncio que durava de 7 a 9 segundos. Os ouvintes deveriam mover um CRDI, interface digital de resposta contínua, quando ouvissem	49- Dial	A análise estatística não mostrou diferença significativa entre o grupo de cuidadores e o grupo de alunos. Entretanto para o grupo com déficit cognitivo o número de respostas e troca no dial foi significativamente mais baixo. E seu tempo de reação foi muito menor em comparação com os outros grupos. O principal achado foi que o grupo de idosos não moveu o dial tão frequentemente quanto o grupo de comparação.

²³N equivale ao número de participantes.

<p>3. WINCKEL & FEYS WEERDT (2004) 25 pontos</p>	<p>Avaliar o efeito de um programa de atividades musicais sobre o estado de humor e função cognitiva em mulheres com demência.</p>	<p>Bélgica</p>	<p>o nome da música. Da mesma forma, eles foram instruídos a mover o dial para a palavra "espera" quando não houvesse música.</p> <p>N = 25 Média de idade= 81,3 Duração - as coletas foram feitas antes e depois de 6 semanas da intervenção e imediatamente após o período experimental de 3 meses. Descrição - 15 pacientes faziam exercícios físicos com música e 10 pacientes do grupo controle recebiam, em tempo igual, atenção através de conversa.</p>	<p>1 - Mini Exame do Estado Mental 13 - Amsterdam Dementia Screening Test 6 (AD S 6) 14- The BOP Scale</p>	<p>O grupo intervenção apresentou uma melhora significativa na cognição, o que foi documentado através de um aumento no score de 12,8 para 15,5 no Mini Exame do Estado Mental, e por um score médio mais alto, que subiu de 10 para 14 pontos, no teste 6 ADS. O grupo controle não mostrou melhora significativa nem no Mini Exame do Estado Mental nem no subteste do ADS 6.</p>
<p>4. IRISH et al. (2006) 24 pontos</p>	<p>Investigar o efeito da música sobre a memória autobiográfica na Doença de Alzheimer leve.</p>	<p>Irlanda</p>	<p>N = 20 Média de idade = Grupo Alzheimer – 76,3 / Grupo Controle - 76,5. Descrição - cada participante era atendido em duas ocasiões, uma com música e outra, em silêncio.</p>	<p>40 - Inventário de Ansiedade State Trait 41 - AMI 42 - Galvanômetro 1- Mini Exame do Estado Mental 43- - Subscale of the STAI</p>	<p>Uma melhora considerável foi identificada na memória autobiográfica de pacientes com Alzheimer durante a entrevista com música. Foi identificada também uma redução significativa no estado de ansiedade, de acordo com o Inventário de Ansiedade State Trait aplicado com música. Tal resultado sugere música como mecanismo potencial na melhora da memória autobiográfica. Não houve diferenças nos resultados do uso do Galvanômetro (resistência elétrica da pele causada por estresse emocional).</p>
<p>5. BRUER & SPITZNAGEL & CLONINGER (2007) 25 pontos</p>	<p>Explorar os limites de temporais mudanças cognitivas de um grupo de</p>	<p>Canadá</p>	<p>N = 28 MI= 74 Duração -8 semanas Descrição - uma vez por semana, os indivíduos foram</p>	<p>1- Mini Exame do Estado Mental</p>	<p>Concluiu-se que uma intervenção musicoterapêutica, facilitada por um musicoterapeuta treinado, melhorou significativamente o funcionamento cognitivo de pacientes com demência.</p>

	Musicoterapia composta por pacientes psiquiátricos idosos com déficit cognitivo.		submetidos à Musicoterapia ou a um tratamento de controle (um filme apropriado para a idade). O Mini Exame do Estado Mental foi aplicado 3 vezes por semana.		
6. BUGOS et al. (2007) ^{25 pontos}	Avaliar o treinamento sensório-motor em relação às habilidades cognitivas. Avaliar se a aula individual de piano resulta em uma performance melhorada em testes cognitivos de atenção e memória em idosos saudáveis	Estados Unidos	N = 31 idosos Idade = 60 a 85 anos Duração -9 meses Descrição - foram feitas avaliações neuropsicológicas em 3 momentos, antes das aulas, durante os 6 meses de intervenção e depois de intervalo de 3 meses.	38- Trail Macking Test 39- Digit Symbol	Não houve diferenças entre os grupos nas medidas de linha de base de inteligência e aptidão musical. Os efeitos das aulas individualizadas de piano podem melhorar as habilidades cognitivas relacionadas a atenção e concentração, contribuindo com uma melhora geral da memória. O grupo experimental melhorou de forma significativa o desempenho no Trail Macking Test e nas medidas do Digit Symbol, em comparação ao grupo controle saudável.
7. Särkämö et al. (2008) ^{24 pontos}	Determinar se ouvir música diariamente pode facilitar a recuperação de funções cognitivas e o humor após um Acidente Vascular Cerebral.	Finlândia	N = 60 idosos Média de idade = Grupo Musical – 56,1 / Grupo de Idiomas – 59,3 / Grupo Controle – 61,6. Descrição -durante dois meses os grupos de idiomas e de música ouviram diariamente audiolivros ou música, enquanto que o grupo controle não recebeu nenhum material de áudio.	45 - Avaliação neuropsicológica 46 - Teste de tempo de reação 47 - Teste de Memória Comportamental Rivermead 48 - Escala Wechsler	Os resultados mostraram que a recuperação nos domínios da memória verbal e da atenção focada melhorou significativamente mais no grupo de música do que nos grupos de idiomas e de controle. O grupo musical também mostrou humor menos deprimido e confuso do que o grupo de controle.
8. GUÉTIN et al.	Avaliar os efeitos	França	N =30	4- Escala de Depressão	A análise estatística mostra uma resposta favorável

(2009) ²⁴ pontos	de uma nova técnica musicoterápica para ansiedade e depressão de pacientes com demência tipo Alzheimer leve a moderado.		Idade = 60 a 95 anos Duração – 24 semanas Descrição - um grupo com sessões individuais de Musicoterapia e um grupo com sessões de leitura.	Geriátrica 30- Escala de Ansiedade de Hamilton	da Musicoterapia, mas destaca a falta de informações específicas sobre o mecanismo de ação deste método.
9. MÉNARD & BELLEVILLE (2009) ²⁴ pontos	Testar a memória musical em pacientes com Alzheimer e em idosos saudáveis usando tarefas de memória de curto e de longo prazo.	Canadá	N = 32 Média de idade = Grupo Alzheimer - 72,3 / Grupo Controle - 69,8. Descrição - a memória musical foi testada em pacientes com Alzheimer e em idosos saudáveis, com o uso de tarefas que fazem uso de memória de curto e de longo prazo. A memória de longo prazo foi testada com um procedimento de reconhecimento usando melodias desconhecidas. A memória de curto prazo foi avaliada com sequências breves de notas. A memória musical foi comparada à memória verbal, usando uma tarefa que utilizava pseudopalavras ou sílabas.	1- Mini Exame do Estado Mental 12- Escala MATTIS	Os resultados indicaram piora da memória musical em pacientes com Doença de Alzheimer em relação aos controles saudáveis. O déficit foi encontrado tanto para memória de longo prazo quanto de curto prazo. Além disso, era da mesma magnitude para domínios tanto musicais como verbais, testados com tarefas de memória de curto prazo ou longo prazo. No entanto, houve uma relação significativa entre a memória de curto prazo verbal e a musical em pacientes com AD e idosos saudáveis, o que sugere que os dois domínios podem compartilhar mecanismos comuns.
10. VANSTONE & CUDDY (2009) ²³ pontos	Analisar a memória musical de pacientes com Alzheimer	Canadá	N = 24 Média de idade = Grupo Alzheimer - 81,5 / Grupo Controle - 81,5	44 - KSCA-R 1 - Mini Exame do Estado Mental	A comparação dos grupos mostrou comprometimento significativo dos participantes com Doença de Alzheimer. No entanto, a memória de melodias musicais preservadas, nestes mesmos pacientes,

				Descrição - os participantes foram convidados a distinguir músicas novas de música familiares para identificar distorções nas melodias e cantar músicas familiares.				chama muito a atenção e pode ser um caminho para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.
11. ZANINI et al. (2009) 26 pontos	Avaliar o efeito da Musicoterapia na qualidade de vida e no controle da pressão arterial de pacientes hipertensos	Brasil	N = 23 pacientes MI= GE 66,5 Duração - 12 semanas Descrição - intervenção musicoterapêutica.		3-Questionário SF 36		Na comparação inicial e final dos pacientes do observou-se melhora significativa na qualidade de vida ($p<0,05$) e no controle da pressão arterial ($p<0,05$).	
12. COOKE et al. (2010) 25 pontos	Investigar o efeito da música na qualidade de vida e na depressão de idosos com demência. Verificar a duração do efeito de um programa de música na qualidade de vida de idosos com demência.	Austrália	N = 47 idosos Idade= 75 a 94 Duração -8 semanas Descrição -3 vezes por semana com 40 minutos de duração. Intervenção com um programa de música.		4 - Escala de Depressão Geriátrica 5 - Escala de qualidade de vida em demenciados 1 - Mini Exame do Estado Mental		Diferença significativa nos scores da qualidade de vida entre os grupos. Houve melhora significativa na qualidade de vida dos participantes do grupo musical e o score de depressão diminuiu.	
13. LEE & CHAN & MOK (2010) 25 pontos	Estudar a eficácia da música sobre a qualidade de vida de idosos chineses vivendo em uma comunidade de Hong Kong.	China	N = 66 Idade = 76,3 Duração -6 meses Descrição-intervenção musical de 30 minutos durante 4 semanas.		3- SF-36		A análise revelou que os participantes no grupo musical tiveram scores de qualidade de vida melhorados de forma significativa na maioria das subescalas. Entretanto os scores da subescala da qualidade de vida melhoraram semana a semana no grupo musical, indicando um efeito acumulativo. E os achados não foram estatisticamente significativos. Pode ser que efeitos acumulativos levem tempo para serem alcançados. Portanto, um estudo mais aprofundado é sugerido, com a extensão do período	

<p>14. RAGLIO et al. (2010) ²⁶ pontos</p>	<p>Avaliar a eficácia de sessões de Musicoterapia para redução de distúrbios comportamentais em pacientes severamente demenciados.</p>	<p>Itália</p>	<p>N = 60 pessoas Média de idade = Grupo Intervenção - 85,4/ Grupo Controle - 84,6 Duração - 8 meses Descrição-todos receberam cuidados padrão e o grupo terapêutico recebeu 3 ciclos de 12 sessões de Musicoterapia. Cada ciclo de tratamento foi seguido de um mês de intervalo.</p>	<p>1 - Mini Exame do Estado Mental 27 - NPI</p>	<p>de duração da intervenção musical. Ao final do estudo o tratamento com Musicoterapia mostrou ser mais eficaz do que os cuidados padrão para reduzir os distúrbios comportamentais. Foi observada redução nos escores de NPI. As análises do NPI mostraram que alucinações, agitações e apatia melhoraram no grupo terapêutico, mas não no grupo controle. Portanto, o estudo sugere a eficácia da MT com ciclos de trabalho na redução de estudos de ciclos comportamentais.</p>
<p>15. SOLÉ et al. (2010) ²⁶ pontos</p>	<p>Avaliar e comparar o impacto de 3 programas de música (coro, apreciação musical e sessões preventivas de Musicoterapia) na qualidade de vida de idosos saudáveis. E identificar as motivações e dificuldades que os idosos encontram ao participar de atividades desse tipo para sugerir recomendações e estratégias.</p>	<p>Espanha</p>	<p>N = 83 Média de idade = 72,6 Descrição - programa de música com coro, apreciação musical e sessões preventivas de Musicoterapia.</p>	<p>22- Questionário sociodemográfico criado pelo autor 23- CUBRECAVI Quality of Life questionnaire 24- Rosenberg's self concept Test 25- Yesavage depression scale 26- Escala de Satisfação do Centro Geriátrico de Filadélfia</p>	<p>Os participantes notaram melhora em alguns aspectos de sua qualidade de vida. E sobre o que motivou a participação apontaram a expansão da rede social e a possibilidade de adquirir novos conhecimentos. Contudo nota-se que não houve mudanças substanciais na qualidade de vida nos scores pré e pós teste.</p>
<p>16. LAKE & GOLDSTEIN (2011) ²⁴ pontos</p>	<p>Avaliar o efeito da audição musical em grupos de idosos com cognição</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>N = 20 pacientes Média de Idade= 74,3 Descrição - um grupo com déficit cognitivo leve e um</p>	<p>11-Bateria repetível para avaliação do estado neuropsicológico (RBANS)</p>	<p>Digit Span - não houve efeito significativo sobre a performance dos grupos, que foi similar em ambos. Coding - nenhum efeito significativo foi observado. Na análise de covariância, os dois primeiros foram</p>

	normal em relação àqueles com déficit cognitivo.		grupo controle. Digit Span Coding aplicado 10 minutos antes da audição e depois de 10 minutos de silêncio.	12-Escala de Avaliação de Demência de Mattis (DRS)	refeitos devido à diferença de idade do grupo intervenção (bem mais velho) que o grupo controle. Escala de Demência - os scores da subescala de atenção mostraram pouca significância, com a performance do grupo controle melhor do que a do grupo intervenção. Nenhuma diferença significativa entre os grupos de estudos foi observada para as outras subescalas de demência.
17. SIMMONS- STERN & BUDSON & ALLY (2011) ^{25 pontos}	Investigar o efeito da música na codificação do reconhecimento da informação verbal.	Estados Unidos	N = 27 Média de idade = Grupo Alzheimer - 77,3 / Grupo controle - 73,7 Duração -única sessão Descrição - cada participante completou uma bateria de testes neuropsicológicos em uma sessão de 45 minutos, diretamente após a sessão experimental ou em uma data diferente. Os participantes foram testados individualmente em uma única sessão, com duração de aproximadamente 30 minutos.	17- Bateria de Teste Neuropsicológico 1- Mini Exame do Estado Mental	Pacientes com Doença de Alzheimer demonstraram melhor reconhecimento das letras cantadas do que das letras faladas, enquanto que idosos saudáveis não mostraram diferença significativa entre as duas situações.
18. SKINGLEY & CLIFT & COULTON & RODRIGUEZ (2011) ^{26 pontos}	Avaliar a eficácia do envolvimento de pessoas idosas em atividades de música comunitária em relação às medidas de saúde física e mental. Avaliar a relação custo-eficácia das pessoas idosas envolvidas em	Reino Unido	N = 126 Idade= Mais de 60 anos Duração -12 semanas + 6 meses Descrição -ensaio clínico randomizado. Grupo de canto com um programa de 12 semanas. Será feita avaliação com o SF-12 logo após esse período e	34 - SF-12	O conjunto de evidências sugere que o cantar pode ser benéfico para essa população, pois maximiza o potencial de aceitabilidade como uma iniciativa de promoção de saúde para essa faixa etária.

	atividades de canto numa comunidade.		novamente, após 3 e 6 meses, para verificar a influência da intervenção na qualidade de vida.				
19. EL HAJ & FASOTTI & ALLAIN (2012) 25 pontos	Examinar a natureza involuntária das memórias autobiográficas evocadas pela música.	França	N = 16 Descrição -pacientes com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer foram convidados a lembrar de eventos autobiográficos em duas condições: depois de serem expostos à música que escolheram e em silêncio.	1- Mini Exame do Estado Mental 66 - Plus-minus task 67 - Stroop task	Em comparação com as memórias evocadas em silêncio, as memórias evocadas com música foram mais específicas, acompanhadas de conteúdo emocional e impacto sobre o humor, além de terem sido recuperadas mais rapidamente. Assim, as memórias autobiográficas evocadas pela música têm todas as características a serem consideradas como memórias involuntárias.		
20. VAN DER VLEUTEN & VISSER & MEEUWESSEN (2012) 24 pontos	Avaliar o efeito da performance musical intimista na qualidade de vida de pessoas com demência média e severa.	Holanda	N = 54 Descrição – preenchimento do protocolo seguido de uma apresentação vocal e no dia seguinte, novamente o preenchimento do protocolo de observação.	60- Protocolo de Observação de Poortvliet <i>et al.</i>	A música intimista pode provocar, nos pacientes com demência residentes em instituições, melhora na participação e na saúde mental. Também tem potencial para retardar a comprometimento cognitivo. Melhorar o contato interpessoal, proporcionar emoções positivas, melhora na relação entre paciente e cuidador.		
21. CREECH <i>et al.</i> (2013) 25 pontos	Explorar a relação entre produção musical ativa e o bem-estar subjetivo na vida de idoso.	Reino Unido	N = 500 idosos Média de idade = 65 Duração -9 meses Descrição – intervenção com música.	6 - Sociodemográfico 7 - Econômico 8 - Histórico musical 9 - Escala de necessidades psicológicas básicas 10 - CASP-12	Nenhuma diferença significativa foi encontrada na subescala de autonomia ou autorrealização. Não houve diferença estatística significativa no score de nenhum item do CASP-12, na amostra do grupo musical e na amostra controle. Entretanto, houve diferenças significativas no score total representando as três escalas combinadas com scores mais altos em participantes do grupo musical.		
22. MACLEAN & BROWN & ASTELL (2013) 25 pontos	Examinar o impacto na marcha de idosos saudáveis durante treinamento para caminhar em um	Escócia	N = 45 Média de idade = 71,7 Descrição -um grupo recebeu treinamento musical rítmico e seus desempenhos de caminhada e cognitivos	1- Mini Exame do Estado Mental 54- BDI (Beck Depression Index) 55- NART 56- Immediate and Delayed	O treinamento musical rítmico melhorou a estabilidade da marcha em idosos saudáveis, sem impacto negativo no funcionamento cognitivo. Isso poderia potencialmente aumentar o controle postural e reduzir o risco de queda.		

<p>23. POHL & DIZDAR HALLERT (2013) ^{25 pontos}</p>	<p>ritmo musical determinado e a relação com as funções cognitivas.</p>	<p>Suécia</p>	<p>de dupla tarefa (DT) foram comparados com um grupo que tocava música em segundo plano e sem treinamento, e um terceiro grupo que não ouvia música e não recebeu treinamento.</p> <p>N = 18 MI= 68,2</p> <p>Descrição -dezoito participantes com Doença de Parkinson foram randomizados em grupo de intervenção ou grupo controle. Durante 6 semanas, o grupo de intervenção participou de 12 aulas de uma hora com RGRM™. O grupo de controle não teve atividade. Função motora, cognição e qualidade de vida foram avaliados antes e após a intervenção.</p>	<p>Story Recall 57- Digit Span Forward and Backward 58- SDMT 59- TMT A and TMT B</p>	<p>O grupo de intervenção apresentou significativas melhoras ao longo do tempo na função motora, na função cognitiva (memória verbal, linguagem, função executiva e atenção) e na qualidade de vida. Não houve diferença significativa entre os grupos em nenhum dos resultados.</p>
---	---	---------------	--	--	--

<p>24. SÁRKÁMÓ et al. (2013) 24 pontos</p>	<p>Determinar a eficácia de uma intervenção musical baseada no treinamento de cuidadores para que usem o canto ou a audição regularmente, como parte dos cuidados diários.</p>	<p>Finlândia</p>	<p>N = 89 pares (cuidador-paciente) Média de idade = Grupo de canto - 78 / Grupo audição - 79,4 / Grupo controle - 78,4) Duração -10 semanas Descrição - um grupo com treinamento de canto, um grupo com treinamento auditivo e um grupo controle. Avaliações foram feitas antes e depois da intervenção, e depois de 6 meses.</p>	<p>15- Escala CDR. 16 - Escala de Qualidade de Vida Cornell-Brown 17- Bateria abrangente de testes neuropsicológicos 18- Versão modificada da tarefa de fluência autobiográfica 19 - Quality of Life in Alzheimer's Disease 20 - Questionário de Saúde Geral(GHQ) 21 -Entrevista Zarit Burden</p>	<p>Comparados com o grupo de cuidados usuais, tanto o grupo de canto quanto o de audição melhorou humor, orientação, memória de longo prazo e, em menor escala, atenção e condição geral. O grupo de canto também melhorou memória de curto prazo e o bem-estar do cuidador. E a audição musical teve um efeito positivo na qualidade de vida.</p>
<p>25. CHU et al. (2014) 26 pontos</p>	<p>Os objetivos deste estudo foram determinar a eficácia da Musicoterapia em grupo para melhorar o estado de depressão e atrasar a deterioração das funções cognitivas em idosos com demência.</p>	<p>Taiwan</p>	<p>N = 104 MI – 83 Descrição - pessoas idosas com demência foram distribuídas aleatoriamente no grupo experimental e no de controle. O grupo experimental recebeu 12 sessões de Musicoterapia grupal (duas sessões de 30 minutos por semana durante 6 semanas) e o grupo controle recebeu cuidados habituais. Os dados foram coletados 4 vezes: (1) 1 semana antes da intervenção, (2) a 6ª sessão da intervenção, (3) a 12ª sessão da intervenção e (4) 1 mês após a sessão final.</p>	<p>62- Protocolo (adapt) Clair e Bernstein 63-Clinical Global Impression Scale 64 – CSDD 65 – Cortisol Salivar</p>	<p>Redução da depressão em pessoas com demência. O nível de cortisol não diminuiu significativamente após a Musicoterapia em grupo. A função cognitiva apresentou melhoras. A intervenção teve melhor impacto em indivíduos com demência leve e moderada.</p>
<p>26. HARS et al. (2014) 26 pontos</p>	<p>Investigar se um período de 6 meses de treinamento</p>	<p>Inglaterra</p>	<p>N = 134 Idade = 65 anos ou mais</p>	<p>1-Mini Exame do Estado Mental</p>	<p>A análise do grupo revelou aumento no score do Mini Exame do Estado Mental e redução no número de</p>

	multitarefas baseado em música tem efeitos benéficos sobre o humor e a cognição de idosos.		Duração -6 meses Descrição - treinamento multitarefas com música		participantes com performance cognitiva prejudicada.
27. IMA & LEE (2014) , 24 pontos	Analisar os efeitos da Arte e da Musicoterapia na depressão e função cognitiva de idosos.	Coreia	N = 94 Idade = 60 anos ou mais Duração -12 semanas Descrição -sessões de 60 minutos. Um grupo em arteterapia e um grupo em Musicoterapia.	1-Mini Exame do Estado Mental 4- Escala de Depressão Geriátrica (adap.)	A arteterapia revelou uma diferença estatística significativa antes e depois do tratamento para depressão. A Musicoterapia também revelou significância estatística antes e após o tratamento.
28. MEDEIROS & ZANINI (2014) , 23 pontos	Investigar a contribuição da Musicoterapia para a preservação da memória de pessoas idosas institucionalizadas.	Brasil	N = 6 idosos Idade= entre 65 e 75 Duração -4 meses Descrição -16 sessões de 60 minutos.	1-Mini Exame do Estado Mental 2-Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos	Melhora na memória de evocação, escrita, desenho e cálculo. A Musicoterapia viabilizou a preservação das funções cognitivas, especialmente nas memórias de longo prazo, semântica e episódica.
29. SOLÉ et al. (2014) , 24 pontos	Avaliar o efeito da participação no programa de Musicoterapia em grupo sobre a qualidade de vida de idosos com demência leve, moderada e severa vivendo num lar. Identificar e analisar mudanças no afeto e na participação que ocorrem durante as sessões de	Espanha	N = 16 participantes Média de idade = 76 a 91 anos Duração - 12 semanas Descrição -intervenção musicoterapêutica uma vez por semana.	37- Escala GENCAT	Não houve diferença significativa no score de qualidade de vida no pré e pós teste. Entretanto houve uma melhora significativa nos scores de bem-estar emocional e uma piora significativa na subescala de relações interpessoais. Em relação ao afeto e participação, foi observado um alto nível sustentado durante todo o programa. Embora os escores de qualidade de vida tenham diminuído, isso não teve significado clínico. Embora a interação social tenha sido estimulada, os resultados pioraram com o tempo. Sugere-se que a participação nas atividades tende a diminuir à medida que o processo de deterioração cognitiva avança.

	Musicoterapia.					
30. COULTON et al. (2015) ²⁵ pontos	Avaliar a eficácia e o custo-eficácia do canto em grupo, em uma população de idosos de uma comunidade na Inglaterra.	Inglaterra	N = 258 MI= 60 anos ou mais Descrição -intervenção com grupo de canto. Aplicação do questionário após 3 meses e após 6 meses.	34 - SF-12 36 - Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar 35 - EQ5D	Diferença significativa na qualidade de vida relacionada à saúde mental no grupo de canto. A intervenção mostrou-se com mais custo-eficácia que outras atividades usuais.	
31. CUDDY & SIKKA & VANSTONE (2015) ²⁵ pontos	Verificar se a música desperta memórias autobiográficas, reconhecimento musical e resposta emocional.	Canadá	N = 98 MI= Entre 17 a 89 anos Descrição - cada estímulo musical foi executado por 30 segundos. Os participantes escreveram que lembranças cada estímulo musical lhes trouxe. Os pesquisadores observaram as reações físicas e emocionais de cada participante.	1- Mini Exame do Estado Mental 61 - Music-evoked autobiographical memories	Em contraste significativo com a dificuldade para novos aprendizados em pacientes com a Doença de Alzheimer, aparece a música. As memórias musicais de longo prazo, em sua maioria, encontram-se preservadas.	
32. RAGLIO et al. (2015) ²⁶ pontos	Avaliar os efeitos da Musicoterapia ativa e da audição musical individualizada sobre sintomas comportamentais e psicológicos em pessoas com demências.	Itália	N = 120 Média de idade = Grupo Audição - 81,7/ Grupo Musicoterapia - 81/ Grupo Cuidados Gerais - 82,4) Duração -10 semanas Descrição - todos os grupos receberam cuidados padrão, e dois grupos tiveram 20 sessões individualizadas de Musicoterapia ou de audição, duas vezes por semana.	27 - NPI 28 - Escala Cornell de Depressão na Demência 16 - Escala Cornell-Brown de qualidade de vida na Demência 29 - Music therapy check list dementia	A avaliação comportamental não mostrou mudança significativa entre os grupos. No inventário neuropsiquiátrico, todos os grupos demonstraram uma redução no score no final do tratamento. Uma análise <i>post hoc</i> apontou melhora similar na subescalas de ansiedade e desinibição. No grupo MT as relações e comunicações entre os terapeutas e pacientes mostrou uma tendência positiva porém estatisticamente insignificante.	

Fonte: Arruda e Vagetti (2018).

*Com exceção dos estudos 11 e 28, os demais obtiveram tradução livre das autoras.

QUADRO 1 – LISTA DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS NOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA

- 1- Mini Exame do Estado Mental (MEEM): instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo.
- 2- Protocolo de Observação de Aspectos Relativos à Memória e Interação dos Idosos: protocolo de análise qualitativa das memórias trabalhadas durante as intervenções musicoterapêuticas.
- 3- SF-36: instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, que englobam 8 escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.
- 4- Escala de Depressão Geriátrica (EDG): instrumento mais empregado para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas.
- 5- Escala de Qualidade de Vida em Demenciados: questionário para entrevista com 29 itens e composto por cinco subescalas e um item único opcional, que avalia a qualidade de vida global em uma única pontuação.
- 6- Sociodemográfico: utilizado para caracterização da amostra.
- 7- Econômico: utilizado para classificação em classes econômicas.
- 8- Histórico Musical: experiências musicais anteriores, incluindo instrumentos tocados, nível atingido, capacidade de ler notação e música em suas atividades diárias.
- 9- Escala de Necessidades Psicológicas Básicas: é um conjunto de questionários que avaliam o grau em que as pessoas sentem satisfação nesses três aspectos: autonomia, relação e competência.
- 10- CASP-12: compreende 19 itens representando as subescalas de controle, autonomia, autorrealização e prazer.
- 11- Bateria Repetível para Avaliação do Estado Neuropsicológico (RBANS): consiste em dois subcomponentes sendo o Índice de Atenção e o Escopo de Dígitos e Codificação.
- 12- Escala de Avaliação de Demência de Mattis (DRS - *Dementia Rating Scale*) - esta escala é comumente utilizada para medir o estado cognitivo de adultos mais velhos.
- 13- Amsterdam Dementia Screening Test 6 (AD S 6): contém seis subconjuntos e visa a memória visual de curto prazo; orientação no tempo e no espaço; problemas visuoespaciais; fluência de categoria; cópiando figuras; e livre lembrança de oito palavras.
- 14- The BOP Scale: esta escala é uma adaptação holandesa da Stockton Geriatric Rating Scale. É confiável e instrumento válido para aplicação em pacientes geriátricos. A escala contém 35 itens pertencentes a seis aspectos do comportamento diário do paciente na enfermagem: impotência; comportamento agressivo; deficiência física; comportamento depressivo; deficiência mental (desorientação e distúrbios comunicacionais); e inatividade.
- 15- Avaliação de Demência Clínica (Escala CDR - Clinical Dementia Rating) - é utilizada para graduar demência especialmente na Doença de Alzheimer.
- 16- Escala de Qualidade de Vida Cornell-Brown (CBS - The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia): esta escala composta por 19 itens foi desenvolvida a partir da conceitualização de que uma boa qualidade de vida está associada à presença de estados emocionais positivos, bem-estar físico, satisfação psicológica, autoestima elevada e relativa ausência de experiências e estados emocionais negativos.
- 17- Bateria de Teste Neuropsicológico: bateria abrangente de testes neuropsicológicos: utilizada para avaliar os seguintes domínios cognitivos: cognição geral, orientação, memória de curto prazo e de trabalho, aprendizado verbal, memória atrasada, habilidades verbais, habilidades visuoespaciais e atenção e função executiva.

- 18- Versão modificada da tarefa de fluência autobiográfica: utilizada para medir a memória episódica pessoal.
- 19- Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD – Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer): teste que avalia a qualidade de vida incluindo itens relacionados à saúde atual, *status* psicológico, competência comportamental, ambiente interpessoal e autopercepção.
- 20- Questionário de Saúde Geral (QSG) (General Health Questionnaire GHQ): contém questões relacionadas à ansiedade e depressão, disfunção social e perda de confiança.
- 21- Entrevista Zarit Burden: contém perguntas sobre a tensão e a carga experimentadas pelo cuidador.
- 22- Questionário Sociodemográfico criado pelo autor: um questionário projetado pelo pesquisador (Villar *et al.*, 2006) para coletar informações demográficas dos sujeitos e suas razões para se inscrever nos diferentes programas. A seção sobre motivação para participar do programa incluiu 23 itens agrupados em quatro fatores principais: cognitivo, social, familiar, evasivo (evitando situações problemáticas presentes). Este questionário incluiu uma escala Likert (1-4) e foi administrado apenas no pré-teste.
- 23- CUBRECAVI: questionário sobre qualidade de vida.
- 24- Rosenberg's self concept test: esta escala é a medida mais utilizada de autoestima para fins de pesquisa, mas não é uma ajuda de diagnóstico para qualquer problema psicológico de estados.
- 25- Yesavage Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage): é um questionário breve, projetado especificamente para avaliar a depressão em idosos.
- 26- Escala de Satisfação do Centro Geriátrico de Filadélfia: analisa três fatores, agitação, atitude em relação a si mesma e insatisfação durante o envelhecimento com solidão.
- 27- Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) foi desenvolvido para avaliar os sintomas comportamentais relacionados à demência, que outras medidas não abordavam suficientemente. O NPI examinou originalmente 10 subdomínios de funcionamento comportamental: delírios, alucinações, agitação / agressão, distúrbio, ansiedade, euforia, apatia, desinibição, irritabilidade / labilidade e atividade motora aberrante.
- 28- Escala de Cornell de Depressão na Demência (CDSD - Cornell Depression Scale in *Dementia*) - é um instrumento para auxiliar em pesquisa farmacológica e em estudos sobre a evolução de sintomas psiquiátricos em pacientes com demência.
- 29- Escalas de Avaliação de Música em Demência- medida de resultado quantitativo de terapia de música específica para demência.
- 30- Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A - Hamilton Anxiety Rating Scale)- Escala de Avaliação de Ansiedade em Adultos.
- 31- The Faces Scale - avalia expressões faciais positivas ou negativas.
- 32- Escala de Avaliação Analógica Visual: utilizada para obter a avaliação de um membro da família sobre o humor do participante. A escala consiste em uma linha horizontal com as âncoras não pressionadas e muito deprimidas em cada extremidade na parte superior e os números 1-7 abaixo da linha.
- 33- Adapted from the social interaction subscale of the Sickness Impact Profile: questões adaptadas da subescala de interação social do Perfil de Impacto da Doença.
- 34- SF-12: versão mais concisa do Questionário de Qualidade de Vida SF-36.
- 35- EQ5D: instrumento curto, de cinco dimensões, com três níveis que permite mensurar a qualidade de vida ajustada em anos (QALYs - Quality-adjusted Life Year).
- 36- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) - esta escala possui 14 itens, sendo 7 para ansiedade e 7 para depressão. E apresenta como ponto de corte, 8, para ansiedade, e 9, para depressão.
- 37- Escala Gencat de Qualidade de Vida - a escala baseia-se num conceito multidimensional de qualidade de vida, no qual coexistem 8 dimensões ou

domínios.

- 38- Trail Making Test (TMT): é um teste neuropsicológico de atenção visual e troca de tarefas.
- 39- Digit Symbol substitution test (DSST): é um teste neuropsicológico sensível ao dano cerebral, demência, idade e depressão.
- 40- State-Trait Anxiety Inventory (STAI): este teste diferencia o estado de ansiedade da ansiedade característica.
- 41- Autobiographical Memory Interview (AMI): é amplamente utilizado como uma medida validada da memória autobiográfica em populações idosas.
- 42- Galvanômetro: utilizado para detectar ou medir correntes elétricas de baixa intensidade através de um dispositivo mecânico que é posto em movimento pela ação de forças eletromagnéticas produzidas pela corrente.
- 43- Subscale of the STAI: utilizado para verificar se o indivíduo tem pré-disposição para ansiedade.
- 44- Kingston Standardized Cognitive Assessment-Revised (KSCAR) é um instrumento concebido para avaliar pessoas idosas suspeitas de ter demências progressivas.
- 45- Avaliação neuropsicológica: extensa bateria de teste neuropsicológico, utilizada para avaliar os domínios cognitivos (teste utilizado não informado).
- 46- Teste de Tempo de Reação: avalia o tempo de reação e do estado de alerta do idoso.
- 47- Teste de Memória Comportamental Rivermead (RBMT): teste para avaliação de memória.
- 48- Wechsler Memory Scale (WMS) é um teste neuropsicológico projetado para medir diferentes funções de memória. Qualquer pessoa de 16 a 90 anos é elegível para fazer este teste.
- 49- Dial - método do autor.
- 50- Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) (Escala Unificada de Avaliação da Doença de *Parkinson*): desenvolvida por *Fahn et al.* 1987, é uma ferramenta de classificação, muito mais completa, abrangendo sintomas além dos motores, incluindo funcionamento mental, humor e interação social.
- 51- Timed Up and Go: instrumento de análise de movimento bidimensional.
- 52- Cognitive Assessment Battery (CAB): teste neurocognitivo completo, projetado para fornecer recursos úteis e precisos aos profissionais de saúde.
- 53- Questionário da Doença de Parkinson (PDQ-39 - Parkinson's Disease Questionnaire): desenvolvido em 1995 pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade de Oxford na Inglaterra. Este questionário é auto administrável, aborda aspectos da experiência pessoal de pacientes com DP, com objetivo de avaliar a qualidade de vida.
- 54- Beck Depression Index: verifica a presença de depressão clínica, onde os escores acima de 13 indicam problemas clinicamente significativos
- 55- O NART (National Adult Reading Test): fornece uma medida da inteligência pré-mórbida estimada através da leitura de uma lista em inglês progressivamente difícil.
- 56- Story Recall: fornece uma medida de memória episódica. Neste teste pede-se aos participantes que se lembrem, imediatamente e depois de 30 minutos, de uma história com o máximo de detalhes que lhes seja possível.
- 57- Digit Span Forward and Backward: essas tarefas fornecem uma medida de trabalho de memória, repetindo sequências numéricas. A pontuação é baseada conforme o número de itens corretamente repetidos.
- 58 – Symbol Digit Modalities Test (SDMT): determina a velocidade de processamento de cada participante que deve fazer o maior número possível de combinações de símbolos em 90 segundos
- 59- MT A e B determinam a velocidade, em segundos, do acesso às funções executivas para preenchimento dos testes.
- 60- O Protocolo de Observação verifica a gravidade da demência dos participantes.
- 61- *Music-evoked autobiographical memories* (MEAMs): instrumento para evocar memórias involuntárias através de elementos musicais.

62- Protocolo (adapt) Clair e Bernstein: incluiu movimentos motores amplos e finos realizados com música, ritmos, audição de música popular, música instrumental e canto com acompanhamento instrumental.

63- Clinical Global Impression Scale (CGI) – classifica a gravidade da doença, alterações no estado clínico geral e o desempenho da intervenção terapêutica.

64- CSDD: avalia a depressão em pessoas com demência

65- Cortisol Salivar: método amplamente utilizado para avaliar as alterações nos níveis séricos dessas substâncias.

66- Plus-minus task: teste com cálculos.

67- Stroop task: teste com leitura de palavras, nomeação de cores e a relação entre palavras e cores

Fonte: Arruda e Vagetti (2018).

3.5.2 Estudos relacionados à Música/Musicoterapia e à Cognição

Nos estudos realizados com intervenção musical foi encontrada significativa diferença na função cognitiva em aspectos como atenção, concentração e memória. O estudo 20 conclui que a música tem potencial para retardar o comprometimento cognitivo de pessoas idosas. O estudo 16, ao comparar o efeito da audição musical em um grupo com a cognição preservada e outro, com déficit cognitivo, não encontrou diferenças significativas na performance. O estudo 3, ao verificar o efeito da música sobre a função cognitiva de mulheres idosas com demência, encontrou uma melhora significativa.

O estudo 24, ao determinar a eficácia da intervenção musical com a utilização da audição e do canto como parte dos cuidados diários, encontrou melhora significativa na orientação e na memória de longo prazo, e em menor escala, melhora na atenção. O estudo 6, ao avaliar se a aula particular de piano resulta em melhora na atenção e memória, encontrou melhora geral.

O estudo 4, ao investigar o efeito da música sobre a memória autobiográfica em pacientes com Doença de Alzheimer, encontrou considerável melhora. O estudo 7, ao investigar a audição musical diária na recuperação de funções cognitivas, encontrou melhora nos domínios de memória verbal e de atenção focada.

Nos estudos realizados com intervenção musicoterapêutica foram encontrados resultados significativos relacionados à melhora da memória e da função cognitiva geral de pessoas idosas. Isto é corroborado por Medeiros (2013), em sua pesquisa de mestrado, em que afirma que a Musicoterapia contribui para a preservação da memória, proporcionando maior autonomia e melhor percepção sobre os aspectos importantes do envelhecimento saudável.

No estudo 28, por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental, os participantes apresentaram melhora pós intervenção em memória de evocação, escrita, desenho e cálculo. A Musicoterapia viabilizou a preservação das funções cognitivas, especialmente as memórias de longo prazo, semântica e episódica.

Segundo Weinberger (2004) a música, assim como os processos cognitivos, também estimula diversas áreas cerebrais conforme a experiência e

a vivência musical de cada pessoa. E ainda, o processamento musical incita e integra diversos elementos do processo cognitivo, como a percepção, a memória e a linguagem, pois ao captar, armazenar e interpretar as relações entre os sons há a possibilidade de se vincular a experiências anteriores, musicais ou não musicais, de forma que sejam estimuladas áreas relacionadas às sensações e emoções. (SLOBODA, 2008).

Sloboda (2008) esclarece, ainda, que quando se ouve uma música, o ouvinte primeiro precisa percebê-la, identificá-la e compreendê-la junto com seus elementos. Ao reconhecê-los como frases de sentido musical, forma-se uma representação mental das sugestões dessas frases e, por fim, a interpretação é construída conforme suas experiências.

Mas ainda faltam instrumentos de avaliação na área, validados na Língua Portuguesa, que tragam confirmações estatísticas. E os instrumentos de áreas complementares como o Mini Exame do Estado Mental, possivelmente não consigam avaliar todos os aspectos trabalhados em uma intervenção musical ou musicoterapêutica, nas suas especificidades.

3.5.3 Estudos relacionados à Música/Musicoterapia e à Qualidade de Vida

Nos estudos com intervenção musical 12, 13, 23 e 30, os pesquisadores encontraram resultados estatisticamente significativos na melhora da percepção da qualidade de vida. No estudo 15, contudo, a alteração não foi considerada significativa. Uma explicação pode ser o fato de os participantes já possuírem um alto score de qualidade de vida no pré-teste. Este último estudo é o único que compara a intervenção musical e a musicoterapêutica, porém os resultados apresentam resultados estatisticamente semelhantes.

No estudo 20, ao avaliar o efeito da performance musical na qualidade de vida, foi encontrada melhora com destaque na saúde mental dos participantes. No estudo 18, ao avaliar a eficácia do envolvimento de pessoas idosas em atividades musicais em relação às medidas de saúde física, mental e qualidade de vida geral, foi encontrada uma série de evidências de que o canto pode ser benéfico a essa população, pois maximiza o potencial de aceitabilidade como uma iniciativa de promoção de saúde.

Nos estudos com intervenção musicoterapêutica, em relação à percepção da qualidade de vida, o uso do Questionário SF-36, no artigo 11, demonstrou que houve melhora significativa. Já a Escala GENCAT, usada no artigo 29, comprovou que não houve melhora significativa na qualidade de vida dos participantes. Os dois estudos realizaram uma intervenção de 12 semanas, mas havia uma diferença de 17 anos nas médias de idade dos dois grupos, sendo de 66,5, no primeiro, e de 83,5, no segundo, o que pode ter representado importante interferência.

A pesquisa de mestrado realizada por Luz (2015), chegou à conclusão de que a qualidade de vida geral de pessoas idosas pode melhorar após intervenção musicoterapêutica, com destaque para o *domínio Físico*, que obteve maior impacto nos resultados após aplicação do instrumento de avaliação WHOQOL.

Na Musicoterapia, o trabalho com pessoas idosas pode ser realizado através de Composição, Audição, Recriação e Improvisação, com objetivo, dentre outros, de trabalhar a qualidade de vida (BRUSCIA, 2016). Melhor descritas a seguir.

Na Composição, a pessoa participante cria canções, letras ou peças instrumentais. Ou pode, ainda, realizar uma paródia conforme a sua capacidade musical e com o apoio do terapeuta, com o objetivo de expressar e organizar pensamentos e sentimentos.

Na Audição, como nos estudos 2, 16, 24 e 32, a pessoa participante escuta a música que solicitou ou que foi sugerida pelo profissional e tem a oportunidade de responder verbal ou silenciosamente. O objetivo é explorar ideias e pensamentos, e evocar o imaginário.

Na Recriação, a pessoa participante escolhe uma música para interpretar através de um instrumento musical ou da voz. Com esse exercício os objetivos buscados são: aprimorar a atenção à realidade, ampliar a capacidade de memória, liberar sentimentos, aprimorar a habilidade de expressar sentimentos e comunicar ideias.

Na Improvisação, a pessoa participante explora sons, melodias ou ritmos de forma espontânea, individualmente ou em grupo, sem a necessidade de estruturá-la e armazená-la. Os objetivos dessa técnica são: proporcionar meios de autoexpressão e formação de identidade, identificar e expressar

emoções difíceis, desenvolver habilidades interpessoais ou de grupo, estimular a criatividade e o desenvolvimento dos sentidos, e desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas.

Por fim, achados de extrema importância, em um momento onde há crescimento no número de pessoas com demência, devido ao aumento da expectativa de vida, os estudos 17 e 10 apontam resultados significativos para as pessoas idosas com Doença de Alzheimer. Concluíram que a memória musical se mantém preservada ou menos prejudicada do que a memória linguística, mesmo no caso da doença em estágio avançado, o que leva a pensar que o trabalho com música seria um caminho para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

O baixo número de participantes nos estudos revisados é um fator limitador, pois nem sempre representam a população citada. Além disso, o curto tempo de intervenção, em muitos dos estudos, também pode limitar os resultados estatísticos.

Como já foi dito acima, ainda faltam instrumentos de avaliação em Língua Portuguesa que possam confirmar estatisticamente as respostas buscadas. E, como já apontado, os instrumentos de áreas complementares, e aqui cita-se o WHOQOL e o SF-36, da mesma forma não consigam avaliar todos os aspectos trabalhados nas intervenções propostas. Prova disso é que foram encontrados apenas dois artigos, com uma autora em comum, Zanini (2009, 2014) que relatam estudos com a população brasileira, nas áreas de música e Musicoterapia, confirmando a escassez de material. O baixo número de publicações na área da Musicoterapia pode ser justificado pelo fato desta ser uma profissão relativamente nova, pós Segunda Guerra Mundial, e sem programas de pós-graduação (mestrado e doutorado) no Brasil.

Apesar disso, percebeu-se, com essa revisão, que a intervenção musicoterapêutica influencia de forma positiva a cognição e a qualidade de vida de pessoas idosas.

A música é composta por diversos elementos como melodia, harmonia, ritmo, intensidade, andamento, timbres, entre outros, que possibilitam aos profissionais explorá-los de diversas maneiras, de forma que se trabalhe com a atenção, a percepção, a concentração, a memória, o aprendizado, a linguagem e outros processos cognitivos.

Nos estudos, com relação à cognição, foram encontrados resultados significativos em aspectos como a atenção e, principalmente, a memória na intervenção com pessoas idosas. E nos estudos com a variável qualidade de vida, os resultados significativos estão relacionados, principalmente, aos aspectos físicos e da saúde mental.

Quando se aborda a relação entre ser humano e música, fica nítida a possibilidade de bons resultados, pois dificilmente encontra-se uma pessoa que não goste de música, independente do estilo. Com isso, nota-se que a aproximação com esse tipo de intervenção é comumente atrativa, assim como a curiosidade para ampliar o conhecimento sobre os elementos musicais já abre um canal para a estimulação cognitiva. E quando o estilo musical é respeitado, o nível de satisfação com a atividade tende a ser elevado, bem como a autoestima e, possivelmente, a percepção acerca da qualidade de vida.

Fica evidente que tanto a música quanto a Musicoterapia contribuem para a preservação ou melhora dos aspectos cognitivos e da qualidade de vida. A música é uma atividade inclusiva e familiar, o que permite a fácil adaptação em diferentes perfis sociodemográficos.

4. MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DE PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se por ser uma pesquisa mista (quantitativa e qualitativa) com aplicação de questionários pré e pós intervenção e entrevista semiestruturada ao final do processo.

Para Sampieri *et al.* (2013), no enfoque quantitativo, o problema antecede a revisão de literatura e os outros processos de pesquisa, mas a revisão pode reformular o problema inicial. De caráter dedutivo, sequencial, comprobatório e de ordem rigorosa, analisa a realidade de forma objetiva, e há uma possível generalização de resultados. Há a necessidade de que as ideias sejam mais precisas e estruturadas no enfoque quantitativo.

A pesquisa de intervenção realizada neste trabalho, foi um estudo quase-experimental não randomizado (SAMPIERI *et al.*, 2013). Os participantes foram divididos em Grupo Intervenção com Musicoterapia, Grupo Controle com outras atividades e outro Grupo Controle sem atividades, conforme interesse dos mesmos e das pesquisadoras. Houve uma investigação antes e após o período de intervenção, sendo que este delineamento não consegue controlar outras variáveis ocorridas concomitantemente, e que podem ter contribuído para mudança no desfecho.

As principais características do enfoque qualitativo são: explorar os fenômenos em profundidade, extrair dos dados os significados, não se fundamentar na estatística, ser um processo indutivo, subjetivo, sem sequência linear, e contextualizar o fenômeno. Com isso é possível desenvolver perguntas antes, durante e depois da coleta e da análise de dados, pois sua flexibilidade é maior, e a revisão de literatura pode ser complementada em qualquer etapa do estudo. A pesquisa qualitativa é realizada quando a busca pretende compreender a perspectiva dos participantes sobre fenômenos que os rodeiam, de forma que aprofundem suas experiências, opiniões e significados, e absorver a forma com que os participantes percebem, subjetivamente, sua própria realidade. Esse tipo de pesquisa é importante, também, quando se trata de um assunto pouco explorado. (SAMPIERI *et al.*, 2013).

A entrevista é uma forma de coleta de dados que pode se transcrita para texto, quando necessário, e codificada, podendo a codificação ocorrer em dois níveis: primeiro de significados e categorias, e segundo, de seleção de temas e relações entre conceitos. (SAMPIERI *et al.*, 2013)

Considera-se enfoque misto, o da presente pesquisa, a combinação do enfoque qualitativo com o enfoque quantitativo, com o intuito de potencializar o conhecimento, bem como a construção de teorias e de resolução de problemas. Pesquisas qualitativas são consideradas subjetivas, as quantitativas são objetivas, e as de enfoque misto são intersubjetivas. Todas devem gerar métodos de coletar e analisar dados. (SAMPIERI *et al.*, 2013)

4.2 UNIVERSO DA PESQUISA

4.2.1 Participantes

Grupo de Intervenção (GI)

Vinte (20) pessoas idosas do gênero feminino, aposentadas ou pensionistas do estado do Paraná, participantes do Programa Viver a Vida, com idade de 60 anos ou mais.

Grupo Controle 1 (GC1)

Vinte e quatro (24) pessoas idosas do gênero feminino, aposentadas ou pensionistas do Estado do Paraná, participantes de outras atividades do Programa Viver a Vida, com idade de 60 anos ou mais.

Grupo Controle 2 (GC2)

Vinte e quatro (24) pessoas idosas do gênero feminino, aposentadas ou pensionistas do estado do Paraná, não participantes do Programa Viver a Vida, com a intenção de controlar as variáveis. Para a formação deste grupo, foram convidadas pessoas idosas do gênero feminino que frequentaram o setor administrativo do Paraná Previdência no período da coleta dos dados.

Todas as 533 (quinhentas e trinta e três) pessoas cadastradas no sistema do Programa Viver a Vida receberam um e-mail com o convite para participação na pesquisa, com ou sem intervenção. Foram selecionados as primeiras 48 inscritas, conforme sua disponibilidade e interesse. Como a

grande maioria das pessoas cadastradas é do gênero feminino, e conseqüentemente a maior procura foi das pessoas deste gênero, a pesquisa foi desenvolvida apenas com mulheres.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Grupo de intervenção (GI)	Grupo controle 1 (GC1)	Grupo controle 2 (GC2)
20 idosas	24 idosas	24 idosas

Fonte: As autoras (2018).

4.2.2 Critérios de inclusão das participantes

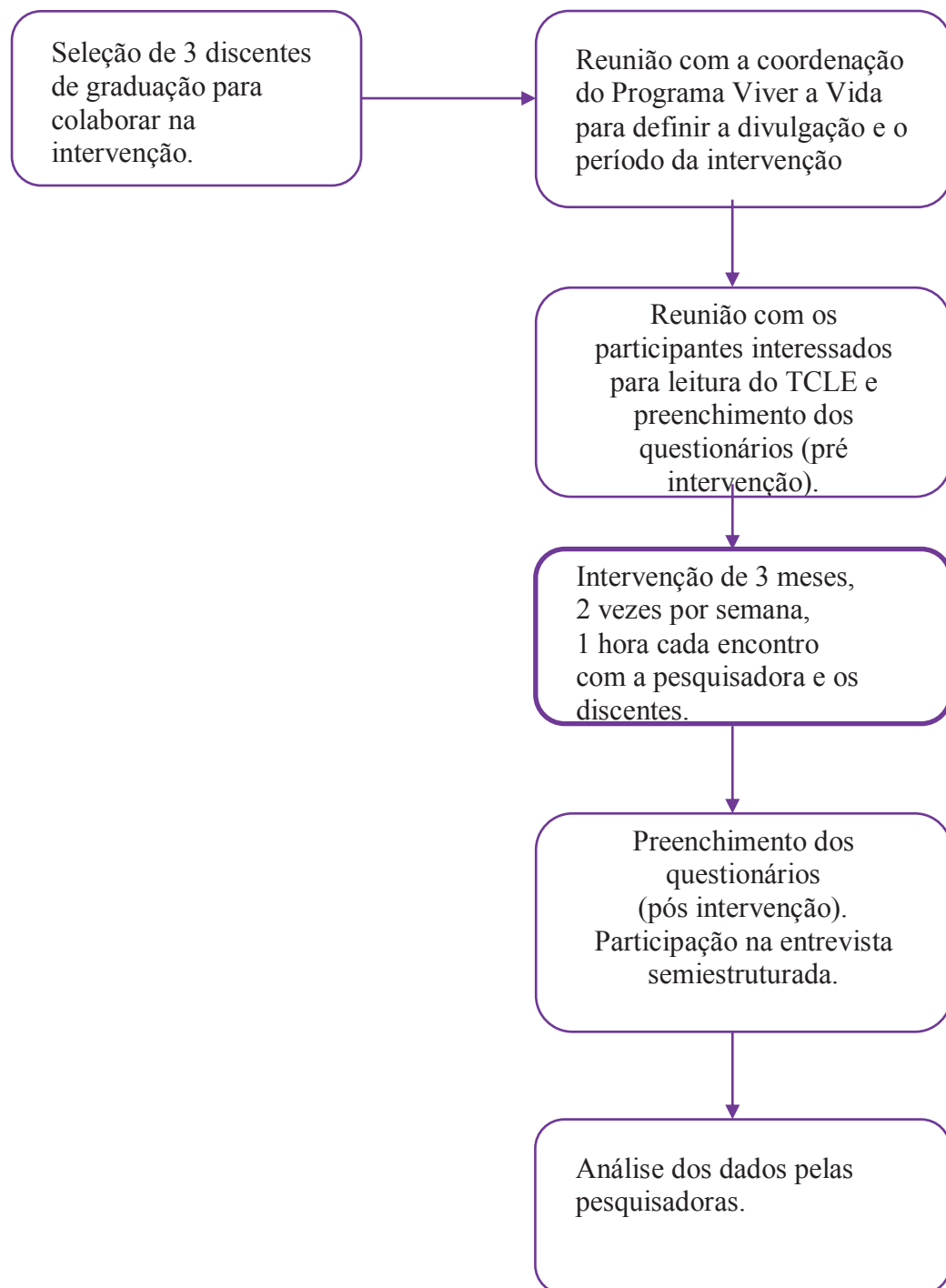
Os critérios de inclusão para a formação do grupo de participantes foram: ser pessoa idosa, aposentada ou pensionista do estado do Paraná, associada à Paraná Previdência, com 60 anos ou mais, do gênero feminino, que atingisse a pontuação mínima de 23/30 no Mini Exame do Estado Mental e concordasse em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2.3 Critérios de exclusão das participantes

Foram estabelecidos como critérios de exclusão, ser mulher com menos de 60 anos, com problemas neurológicos que pudessem comprometer o preenchimento dos questionários e entrevista, ou ainda, não atingira pontuação 23/30 no Mini Exame do Estado Mental. Não houve nenhum caso.

4.3 ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS



Fonte: As autoras (2018).

4.3.1 Desenho da intervenção

A intervenção foi realizada durante 3 meses, abril, maio e junho de 2017, com a frequência de duas vezes por semana, e encontros de 1 hora cada, perfazendo 24 encontros de Musicoterapia. Foram disponibilizadas 20 vagas para pessoas idosas, aposentadas ou pensionistas do estado do Paraná, participantes do Programa Viver a Vida da Paraná Previdência. O trabalho recebeu acompanhamento e auxílio de três alunas do terceiro ano do Curso de Bacharelado em Musicoterapia da Universidade Estadual do Paraná.

4.3.2 Programa de Intervenção

A pesquisadora soube do Programa Viver a Vida por meio de um funcionário do estado que estava em busca de projetos em diversas áreas para o referido programa. Ao buscar mais informações, a pesquisadora entrou em contato com a coordenação do programa e sugeriu uma parceria entre a Universidade Federal do Paraná, onde realiza o Mestrado em Educação, a Universidade Estadual do Paraná, onde leciona no Bacharelado em Musicoterapia, e o Programa Viver a Vida. Estabelecida a parceria, foram disponibilizadas vagas para que as participantes tivessem a oportunidade de conhecer e passar pelo processo da Musicoterapia, além de contribuir com a pesquisa.

A divulgação da atividade foi feita pela coordenação do programa e antes de se iniciar o processo de intervenção foi agendada uma data para que as 20 primeiras inscritas, e que formariam o GI e o GC, pudessem conhecer mais sobre a pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencher os questionários.

A pesquisadora contou com a colaboração de três discentes do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR que ficaram responsáveis por organizar a sala dos encontros onde ocorreriam as intervenções, auxiliar na coleta dos questionários, e dar suporte musical por meio do violão, do canto e da percussão, durante as intervenções.

No primeiro encontro a dinâmica consistiu na apresentação dos dados pessoais e do histórico sonoro-musical das participantes. E durante o processo

foram utilizadas as quatro técnicas⁹ de Bruscia (2016), que serão descritas a seguir:

Composição ou técnica composicional - a participante cria canções, letras ou peças instrumentais ou ainda, realiza uma paródia conforme a sua capacidade musical e com o apoio do terapeuta. O objetivo é expressar e organizar pensamentos e sentimentos.

Audição ou técnica receptiva - a participante escuta a música que solicitou ou que foi sugerida pelo profissional e tem a oportunidade de responder verbal ou silenciosamente. Os objetivos são: evocar respostas corporais, estados e experiências afetivas, explorar ideias e pensamento dos outros, evocar o imaginário e conectar o ouvinte ao grupo.

Recriação ou técnica recriacional - a participante escolhe uma música para interpretar através de um instrumento musical ou da voz. Com esse exercício os objetivos buscados são: desenvolver habilidades sensório-motoras, aprimorar atenção à realidade, ampliar a capacidade de memória, liberar sentimentos, aprimorar a habilidade de expressar sentimentos e comunicar ideias, ampliar a habilidade interativa com o grupo e desenvolver senso de comunidade.

Improvisação ou técnica improvisativa - a participante explora sons, melodias ou ritmos de forma espontânea, individualmente ou em grupo, sem a necessidade de estruturá-la e armazená-la. Os objetivos da técnica são: estabelecer comunicação não-verbal e uma ponte para a comunicação verbal, proporcionar meios de autoexpressão e formação de identidade, identificar e expressar emoções difíceis, desenvolver habilidades interpessoais ou de grupo, estimular a criatividade e o desenvolvimento dos sentidos, e desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas.

Foram trabalhadas, ainda, atividades que visavam estimular a memória das participantes, momento em que tinham que lembrar nomes de cantores e cantoras, letras de músicas e melodias. Foram, também, desenvolvidas atividades que visavam estimular a percepção, através do reconhecimento do

⁹Em seu livro, que é uma tradução da língua inglesa, é utilizado o termo método. Para esta pesquisa, contudo, as experiências musicais citadas foram consideradas como técnicas no processo de intervenção.

gênero ou estilo musical, do pulso¹⁰, do andamento¹¹ e da fórmula de compasso¹². Identificar canções através de trechos escritos da letra, além da exploração rítmica nos instrumentos de percussão, com o objetivo de estimular a atenção, por meio da imitação de elementos rítmicos propostos pela musicoterapeuta.

Foi feito o uso de instrumentos musicais de percussão, como ganzá, ovinho (shaker), bloco sonoro, tamborim, pandeiro, maraca, atabaque e reco-reco. Para acompanhamento harmônico optou-se pelo violão, e ainda, foi utilizado como recurso, o aparelho de som, para as atividades que envolviam movimentos corporais, como a dança circular ou a roda de coco.

Ao final do processo, foi agendada uma nova data para que os participantes do GI e GC pudessem preencher novamente os questionários, e o GI participar de uma entrevista semiestruturada, aplicada e gravada por um aluno voluntário do Mestrado em Educação da UFPR, o qual não participou da intervenção e com conhecimento técnico necessário para realização da entrevista.

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.4.1 Instrumentos da coleta de dados

Para a realização da pesquisa foram utilizados cinco questionários: Sociodemográfico (MAZO, 2003) e Econômico (ABEP, 2015) para caracterização dos participantes, Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN, 1975) para avaliar o nível/estado cognitivo, WHOQOL-BREF (FLECK *et al.*, 2000) e WHOQOL-OLD (FLECK *et al.*, 2006) para verificar a percepção de qualidade de vida dos participantes. E para finalizar, uma entrevista semiestruturada com intuito de ampliar as possibilidades de participação de opinião das participantes.

¹⁰ Batimento regular no andamento da música. (MED, 2017)

¹¹ É a duração absoluta do som e do silêncio. Velocidade que se imprime à execução musical. (MED, 2017).

¹² Divisão de um trecho musical em séries regulares de tempos. (MED, 2017).

QUADRO 3 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO	REFERÊNCIA	ANEXO	FINALIDADE
Dados Sociodemográficos	MAZO, 2003, <i>adap.</i>	A	Identificação do grupo a ser pesquisado
Classificação Econômica	ABEP, 2015	B	Classificação econômica/escolaridade
Mini Exame do Estado Mental	FOLSTEIN, 1975	C	Caracterização cognitiva das participantes
WHOQOL-BREF	FLECK <i>et al.</i> , 2000	D	Avaliação da percepção da qualidade de vida
WHOQOL-OLD	FLECK <i>et al.</i> , 2006	E	Avaliação da percepção da qualidade de vida na população idosa

Fonte: As autoras (2018).

4.4.1.1 Dados Sociodemográficos

Apresenta 11 questões abertas e fechadas, relacionadas com os dados de identificação e as características sociodemográficas de pessoas idosas como nível de escolaridade, gênero, data de nascimento, profissão anterior, raça, estado civil e quantidade de medicamentos utilizados. (Adaptado de MAZO, 2003).

4.4.1.2 Classificação Econômica

Conforme o critério de Classificação Econômica do Brasil, o instrumento levanta informações sobre a escolaridade do responsável financeiro da residência e os bens possuídos, e como quantidade de geladeiras, carros, aparelhos de DVD, televisões, banheiros, lavadoras de roupa e de louça, além de questionar sobre a origem da água que abastece a casa e as condições da rua onde mora. As classes econômicas são categorizadas da seguinte forma: A (45 - 100 pontos); B1 (38 - 44 pontos); B2 (29 - 37 pontos); C2 (17 - 22 pontos); D (8 - 16 pontos); E (0 - 7 pontos). (ABEP, 2015)

4.4.1.3 Mini Exame do Estado Mental

Elaborado por Folstein *et al.* em 1975, é um dos testes cognitivos mais utilizados na avaliação de idosos, com um tempo de aplicação em torno de 5 a 10 minutos. Envolve itens que avaliam a orientação temporal e espacial, aprendizagem e evocação, atenção e cálculo, linguagem e habilidades visuo-espaciais. Apresenta questões que pedem a localização física do indivíduo (país, estado e cidade onde está), localização temporal (dia do mês, dia da semana e mês em que se está), pede para que repita e decore três palavras que devem ser ditas no decorrer do preenchimento, repetição de frases, além de solicitar que escreva uma frase, atenda comandos escritos e faça a cópia de um desenho. (MELO; BARBOSA, 2015). O score total do Mini Exame do Estado Mental é de 30 pontos, e para esta pesquisa o mínimo estabelecido foi de 23 pontos, conforme sugere Folstein, sendo uma pontuação de corte para um possível déficit cognitivo (1975).

4.4.1.4 World Health Organization Quality of Life Bref - WHOQOL-BREF

É uma versão simplificada do WHOQOL-100. Baseia-se no pressuposto de que a qualidade de vida é um constructo subjetivo, através da percepção dos indivíduos, além de ser multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Conta com 26 itens, sendo 2 questões gerais sobre qualidade de vida e os outros 24 itens abrangem quatro domínios: (a) *Físico*; (b) *Psicológico*; (c) *Relações Sociais*; e (d) *Meio Ambiente*. (FLECK, 2000).

QUADRO 4: DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF E QUESTÕES RELACIONADAS

<i>Físico</i>	Dor e desconforto
	Energia e fadiga
	Sono e repouso
	Mobilidade
	Atividades da vida cotidiana
	Dependência de medicação ou de tratamentos
	Capacidade de trabalho
<i>Psicológico</i>	Sentimentos positivos
	Pensar, aprender, memória e concentração.
	Autoestima
	Imagem corporal e aparência
	Sentimentos negativos
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<i>Relações Sociais</i>	Relações pessoais
	Suporte (apoio) social
	Atividade sexual
<i>Meio Ambiente</i>	Segurança física e proteção
	Ambiente no lar
	Recursos financeiros
	Cuidados sociais e de saúde: disponibilidade e qualidade
	Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
	Participação e oportunidades de recreação/lazer
	Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima)
	Transporte

Fonte: WHOQOL-BREF (2000).

4.4.1.5 World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-OLD

Baseia-se nos mesmos princípios do WHOQOL-BREF, contudo seu direcionamento é voltado para avaliação de idosos. Contém seis facetas: *Autonomia* (AUT), *Funcionamento Sensorio* (FS), *Atividades do Passado, Presente e Futuro* (PPF), *Participação Social* (PSO), *Intimidade* (INT) e *Morte e Morrer* (MEM). As questões dessas facetas são avaliadas pela escala de *Likert* (1 a 5 pontos). Pedese que a pessoa se baseie na sua experiência das duas últimas semanas. E traz questionamentos sobre a interferência da perda dos sentidos, como visão, audição, tato e paladar, na vida diária. Questiona sobre o medo da falta de controle sobre sua vida, da relação com a morte, receio do

sofrimento, se a pessoa se sente valorizada e tem seus esforços reconhecidos, e o quão está satisfeito com sua vida atual. (FLECK, 2006).

QUADRO 5: DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD E QUESTÕES RELACIONADAS

<i>Habilidades sensoriais</i>	Funcionamento sensorial, impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida.
<i>Autonomia</i>	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões.
<i>Atividades Passadas, Presentes e Futuras</i>	Satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia.
<i>Participação Social</i>	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade.
<i>Morte e Morrer</i>	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer.
<i>Intimidade</i>	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.

Fonte: WHOQOL-BREF (2000).

4.4.1.6 Entrevista semiestruturada

A entrevista consistiu em explorar as seguintes categorias: escolha pela participação dos encontros de Musicoterapia, feedback do processo musicoterapêutico, percepção das contribuições pessoais, de cognição (atenção, memória e linguagem) e da percepção dos domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental).

4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As participantes dos Grupos Controles compareceram em dois momentos, com o intervalo de três meses, no ano de 2017, para preenchimento dos questionários. As participantes do Grupo Intervenção compareceram duas vezes por semana, pelo período de três meses, no ano de 2017, para participação nos encontros de Musicoterapia, além de duas datas, uma antes do processo de intervenção e outra após, para preenchimento dos questionários e da entrevista. Os questionários foram aplicados por uma aluna egressa do Bacharelado em Musicoterapia, da Universidade Estadual do Paraná, que não participou do processo musicoterapêutico e, portanto, não possuía vínculo com as participantes, o que foi pensado para não interferir nas respostas das mesmas. E as entrevistas foram realizadas por um aluno do Mestrado em Educação da Universidade Federal do Paraná, que não participou das intervenções e, portanto, não possuía vínculo com as participantes para, igualmente, não interferir nas respostas dadas pelas mesmas. Os nomes das participantes foram preservados por meio de codificação.

4.5.1 Local da coleta de dados

A coleta foi realizada na sede do Programa Viver a Vida, em salas privativas, situadas na Paraná Previdência, localizada na Rua Inácio Lustosa, 700, na cidade de Curitiba, no Paraná.

4.6 ESTUDO PILOTO

Antes do início da intervenção, foi realizado um estudo piloto com três pessoas idosas aposentadas ou pensionistas, a fim de verificar as necessidades de adequação na coleta de dados. O projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram apresentados aos participantes e na sequência puderam ser esclarecidas eventuais dúvidas sobre a Musicoterapia e a pesquisa em si.

Em seguida, foi solicitado que preenchessem os instrumentos. O tempo médio para preenchimento dos quatro questionários foi de 35 (trinta e cinco) minutos, mais 7 (sete) minutos para aplicação do Mini Exame do Estado Mental. Foram realizados três encontros de Musicoterapia, em que foram usadas as técnicas de audição e recriação. Para finalizar, as pessoas participantes tiveram a oportunidade para apresentar um *feedback* à pesquisadora. Pôde-se constatar que as técnicas foram bem aceitas, as participantes entenderam a proposta de intervenção e houve entendimento das questões da entrevista, que teve duração média de 15 (quinze) minutos. Essas participantes não fizeram parte do estudo.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

4.7.1 Análise quantitativa dos dados

Para a descrição das participantes foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas bem como, a distribuição de frequência para variáveis categóricas. A normalidade dos dados foi avaliada através do teste *Shapiro Wilk* e de análises de desvio na curva de distribuição dos dados (*skewness* e *curtosis*).

Análises de Variância para medidas repetidas (ANOVA) de dois fatores foram utilizadas para verificar diferenças entre as medidas (Pré e Pós intervenção) bem como diferenças entre os grupos (Grupo Intervenção, Grupo Controle 1 e Grupo Controle 2) em cada medida. A esfericidade dos dados foi analisada através do teste de Mauchly e, quando este esse pressuposto foi violado, correções de Greenhouse Geiser foram aplicadas. Comparações múltiplas foram realizadas através do *post hoc* de Bonferroni e a significância estatística de $p < 0,10$ foi adotada para todas as análises. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico IBM SPSS 24.0.

4.7.2 Análise qualitativa dos dados

A construção da entrevista foi embasada conforme a proposta de Bardin (2011), que consiste em três etapas: pré-análise, em que foi feita uma leitura geral do conteúdo; exploração do material de codificação dos dados obtidos; e, por fim, o tratamento dos dados obtidos, caracterizado pela classificação dos dados das respostas, a partir das semelhanças e diferenças. Após esses procedimentos, os dados coletados foram reagrupados em função das características comuns, ou seja, as categorias de análise. Estas envolveram os seguintes domínios de qualidade de vida: aspectos físicos, aspectos psicológicos com enfoque nos aspectos cognitivos e emocionais, relações sociais e ambiente.

4.8 COMITÊ DE ÉTICA

O projeto seguiu todas exigências da Resolução nº 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), sob o número CAAE 61721816.0.0000.0094.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Características sociodemográficas das participantes

O presente estudo avaliou o efeito da intervenção com Musicoterapia na percepção da qualidade de vida de mulheres idosas. Para responder a este objetivo, 2 grupos controles foram incluídos no delineamento do estudo (GC1 e GC2) com o intuito de verificar se a intervenção com Musicoterapia foi efetiva para melhorar a percepção da qualidade de vida de mulheres nesta faixa etária. O grupo intervenção (Musicoterapia) foi composto por 20 mulheres idosas com idade média de $71,3 \pm 7,8$ anos. Cada grupo controle foi composto por 24 participantes com idade média de $71,3 \pm 5,5$ anos (GC1) e $71,2 \pm 5,6$ anos (GC 2) totalizando assim um total de 68 participantes.

A Tabela 2, a seguir, apresenta resultados de características sociodemográficas das participantes. Todas eram de nacionalidade brasileira, a maioria delas, era natural do estado do Paraná (70,5%), de raça branca (88,3%) e casada (45,6%).

TABELA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES

	Total (n = 68)	Musicoterapia (n = 20)	Outras atividades (GC1) (n = 24)	Sem atividades (GC2) (n = 24)
	Média ± DP			
Idade (anos)	71,3 ± 6,2	71,3 ± 7,8	71,3 ± 5,5	71,2 ± 5,6
	%			
Nacionalidade				
Brasileira	100%	100%	100%	100%
Outras	0%	0%	0%	0%
Naturalidade				
Bahia	2,9%	5,0%	4,2%	0%
Mato Grosso do Sul	1,5%	5,0%	0%	0%
Paraná	70,5%	65,0%	70,8%	75,0%
Pernambuco	1,5%	0%	4,2%	0%
Rio de Janeiro	2,9%	0%	0%	8,3%
Rio Grande do Sul	7,4%	5,0%	8,3%	8,3%
Santa Catarina	5,9%	10,0%	4,2%	4,2%
São Paulo	7,4%	10,0%	8,3%	4,2%
Cor ou Raça				
Branca	88,3%	85,0%	83,3%	95,8%
Preta	5,9%	10,0%	4,2%	4,2%
Amarela	2,9%	0%	8,3%	0%
Parda	2,9%	5,0%	4,2%	0%
Estado Civil				
Solteira (nunca casou)	7,4%	10,0%	8,4%	4,2%
Casada	45,6%	45,0%	20,8%	70,8%
Separada	11,8%	10,0%	20,8%	4,2%
Viúva	35,3%	35,0%	50,0%	20,8%

Fonte: As autoras (2018).

Pode-se observar, na Tabela 2, que a idade média dos três grupos é semelhante, reduzindo assim a possibilidade de a diferença de idade interferir nos resultados. Porém, ao observar o item estado civil, o GC2 tem uma porcentagem muito maior de mulheres casadas (70%) se comparada ao GC1, que apresenta apenas 20%, e o grupo intervenção, que apresenta 45%. O fato de as mulheres estarem solteiras ou serem separadas ou viúvas, pode ter sido um fato motivador para procurar o Programa Viver a Vida que, além de proporcionar atividades e aprendizado, oferece a oportunidade de integração e de expandir as relações sociais.

O fato de a grande maioria das mulheres (88,3%) serem brancas em um país onde a população é predominantemente parda e negra, também chama a atenção. Esta pesquisa, contudo, não tem dados suficientes para uma análise deste contexto.

A respeito dos fatores socioeconômicos (Tabela 3), a maioria das idosas participantes no presente estudo eram aposentadas (82,4%), com, no mínimo, ensino superior completo (64,4%) e pertencentes à classe econômica B (52,9%).

TABELA 3: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS PARTICIPANTES

	Total	Musicoterapia (n = 20)	Outras atividades (GC1) (n = 24)	Sem atividades (GC2) (n = 24)
	%			
Ocupação Atual				
Aposentada	82,4%	85,0%	87,5%	75,0%
Pensionista	17,6%	15,0%	12,5%	25,0%
Escolaridade				
Analfabeto	0%	0%	0%	0%
Primário incompleto	7,4%	5,0%	8,3%	8,3%
Primário completo/ Fundamental incompleto	4,4%	0%	4,2%	8,3%
Fundamental completo/	5,9%	5,0%	0%	12,5%

Médio incompleto				
Médio completo/ Superior incompleto	16,2%	10,0%	12,5%	25,0%
Superior completo	30,9%	15,0%	45,8%	29,2%
Curso técnico incompleto	0%	0%	0%	0%
Curso técnico completo	4,4%	10,0%	0%	4,2%
Pós-Graduação	29,4%	50,0%	29,2%	12,5%
Nível econômico				
A	32,4%	25,0%	20,8%	50,0%
B	52,9%	55,0%	62,5%	41,7%
C	14,7%	20,0%	16,7%	8,3%

Fonte: As autoras (2018).

Segundo a OCDE¹³ (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2016) apenas 14% da população brasileira possui curso superior. Ou seja, a pesquisa foi realizada com um grupo privilegiado no aspecto educacional e, conseqüentemente, econômico, pois as participantes se encontram na maior parte no nível B e, segundo critérios da ABEP¹⁴ (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas), 68% dos brasileiros pertencem aos níveis econômicos C, D ou E.

A Tabela 4 apresenta as características de saúde e cognição das participantes. A maioria relatou ter algum problema de saúde (51,5%). A grande maioria (89,7%), no entanto, apresentou percepção positiva acerca de sua saúde, percebendo-se como uma pessoa saudável, o que corrobora outro estudo (VAGETTI *et al.*, 2012). Aqui pode-se retomar as questões de autonomia e independência que parecem ser os requisitos mais importantes para essas pessoas. Poder decidir sobre suas vidas e ter condições físicas possibilita manter tais características e permite que sejam consideradas pessoas saudáveis.

Adicionalmente, os resultados do Mini Exame do Estado Mental indicaram escores satisfatórios (≥ 23 pontos) de todas (100%) as participantes.

¹³ <http://www.sain.fazenda.gov.br/assuntos/politicas-institucionais-economico-financeiras-e-cooperacao-internacional/ocde>

¹⁴ <http://www.abep.org/>

TABELA 4: CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE E COGNIÇÃO DAS PARTICIPANTES

	Total	Musicoterapia (n = 20)	Outras atividades (GC1) (n = 24)	Sem atividades (GC2) (n = 24)
	%			
Problema de Saúde				
Sim	51,5%	60,0%	41,7%	54,2%
Não	48,5%	40,0%	58,3%	45,8%
Percepção de saúde				
Saudável	89,7%	85,0%	91,7%	91,7%
Não Saudável	10,3%	15,0%	8,3%	8,3%
Mini Exame do Estado Mental				
<23 pontos	0%	0%	0%	0%
≥ 23 pontos	100%	100%	100%	100%

Fonte: As autoras (2018).

5.1.2 Efeitos da intervenção – WHOQOL-BREF

A Tabela 5 apresenta os resultados dos efeitos da intervenção nos domínios da qualidade de vida avaliados pelo questionário WHOQOL-BREF. Adicionalmente, a Figura 3 apresenta os resultados dos efeitos da intervenção para os escores de qualidade de vida geral. Os resultados apresentaram alterações significativas para os domínios *Físico*, *Psicológico* e *Ambiental*, e para a *Qualidade de vida geral*, que serão melhor descritos a seguir. O domínio *Relações Sociais* não apresentou alterações significativas.

Domínio *Físico*

O domínio *Físico* se refere à qualidade do sono, disposição para atividades da vida cotidiana, mobilidade, dependência de medicação ou

tratamentos e possíveis dores (FLECK *et al.*, 2000). E foram encontrados significantes incrementos nos escores deste domínio, após a intervenção para o grupo Musicoterapia conforme os seguintes dados: Pré = $70,7 \pm 13,6$ vs. Pós = $79,4 \pm 11,1$, $p < 0,01$.

Participantes do grupo de Musicoterapia apresentaram maiores escores do domínio *Físico* no Pós intervenção quando comparadas às participantes dos grupos controles GC1 ($79,4 \pm 11,1$ vs. $68,3 \pm 14,0$, $p = 0,02$) e GC2 ($79,4 \pm 11,1$ vs. $70,4 \pm 15,0$, $p = 0,09$). Esses resultados vão ao encontro dos estudos de revisão sistemática de Maclean & Brown & Astell (2013) e Pohl & Dizdar & Hallert (2013), com resultados favoráveis em relação à estabilidade da marcha corporal e à função motora geral, respectivamente. O estudo de Zanini *et al.* (2009) apresenta uma melhora no controle da pressão arterial dos idosos. E a pesquisa realizada por Luz (2015), apresenta impacto no domínio *Físico* após intervenção musicoterapêutica.

Domínio *Psicológico*

Para o domínio *Psicológico*, que se refere a pensamento, aprendizado, memorização, autoestima, sentimentos e imagem corporal (FLECK *et al.*, 2000), nenhuma diferença significativa foi visualizada entre os escores obtidos Pré e Pós intervenção para todos os grupos avaliados. No entanto, ao comparar os escores obtidos no Pós intervenção entre os grupos, o grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida neste domínio quando comparado ao CG1: ($78,5 \pm 9,3$ vs. $71,3 \pm 10,8$, $p = 0,09$). Esses resultados vão ao encontro de alguns outros estudos prévios (WINCKEL & FEYS & WEERDT, 2004; IRISH *et al.*, 2006; SÄRKÄMÖ *et al.*, 2008; VAN DER VLEUTEN & VISSER & MEEUWESSEN, 2012; SÄRKÄMÖ *et al.*, 2013; MEDEIROS & ZANINI, 2014) que apresentam melhora na cognição, desde o retardar do comprometimento cognitivo até a melhora nas funções cognitivas, como orientação, memória de longo prazo, domínios verbais e atenção. O estudo de Irish *et al.* (2006) apresenta melhora na ansiedade dos participantes, o estudo de Raglio *et al.* (2010) relata uma redução nos distúrbios comportamentais. Os estudos de Van Der Vleuten & Visser & Meeuwesen (2012) e de COULTON *et al.* (2015) apresentam melhora na saúde mental dos

participantes. Já os estudos de Chu *et al.* (2014) e de Ima & Lee (2014) relatam uma redução nos aspectos da depressão dos participantes.

Domínio Ambiental

No domínio *Ambiental*, que se refere aos cuidados com a saúde, a oportunidade de receber novas informações, recursos financeiros, meios de transporte e oportunidades de lazer (FLECK *et al.*, 2000), incrementos significativos nos escores e na percepção da qualidade de vida no domínio *Ambiental* foram verificados tanto para o grupo de Musicoterapia (Pré = 65,8 ± 12,0 vs. Pós = 72,8 ± 12,0, $p = 0,02$) quanto para o grupo GC2 (Pré = 67,4 ± 11,0 vs. Pós = 70,8 ± 10,3, $p = 0,09$). Nenhuma diferença significativa foi observada entre os grupos para os escores Pós intervenção.

Na intervenção musicoterapêutica os participantes tiveram a oportunidade de ampliar seus conhecimentos culturais e sonoro/musicais. Também foram proporcionados momentos de lazer e, em outros, uma reflexão sobre a saúde e as possibilidades que cada uma encontra para sua preservação ou melhora.

Tabela 5: EFEITOS DA INTERVENÇÃO COM MUSICOTERAPIA NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELO WHOQOL-BREF EM IDOSAS

WHOQOL-BREF											
Domínios	Musicoterapia (n = 20)			Outras atividades (GC1) (n = 24)			Sem atividades (GC2) (n = 24)			F (Grupo x Tempo)	p
	Pré	Pós	Média ± DP	Pré	Pós	Média ± DP	Pré	Pós	Média ± DP		
Físico	70,7 ± 13,6 ^a	79,4 ± 11,1 ^{abc}	69,2 ± 16,5	68,3 ± 14,0 ^b	70,2 ± 14,4	70,4 ± 15,0 ^c	3,31	0,07	4,10	0,02	
Psicológico	70,6 ± 11,1	78,5 ± 9,3 ^b	74,5 ± 11,3	71,3 ± 10,8 ^b	71,7 ± 12,8	71,5 ± 12,1	1,85	0,18	6,98	0,02	
Relações Sociais	71,6 ± 11,3	75,0 ± 14,3	70,8 ± 14,7	72,9 ± 15,0	69,8 ± 16,8	69,4 ± 18,0	1,55	0,22	0,63	0,53	
Ambiental	65,8 ± 12,0 ^a	72,8 ± 12,0 ^a	66,1 ± 10,6	66,5 ± 10,5	67,4 ± 11,0 ^a	70,8 ± 10,3 ^a	9,34	<0,01	2,56	0,08	

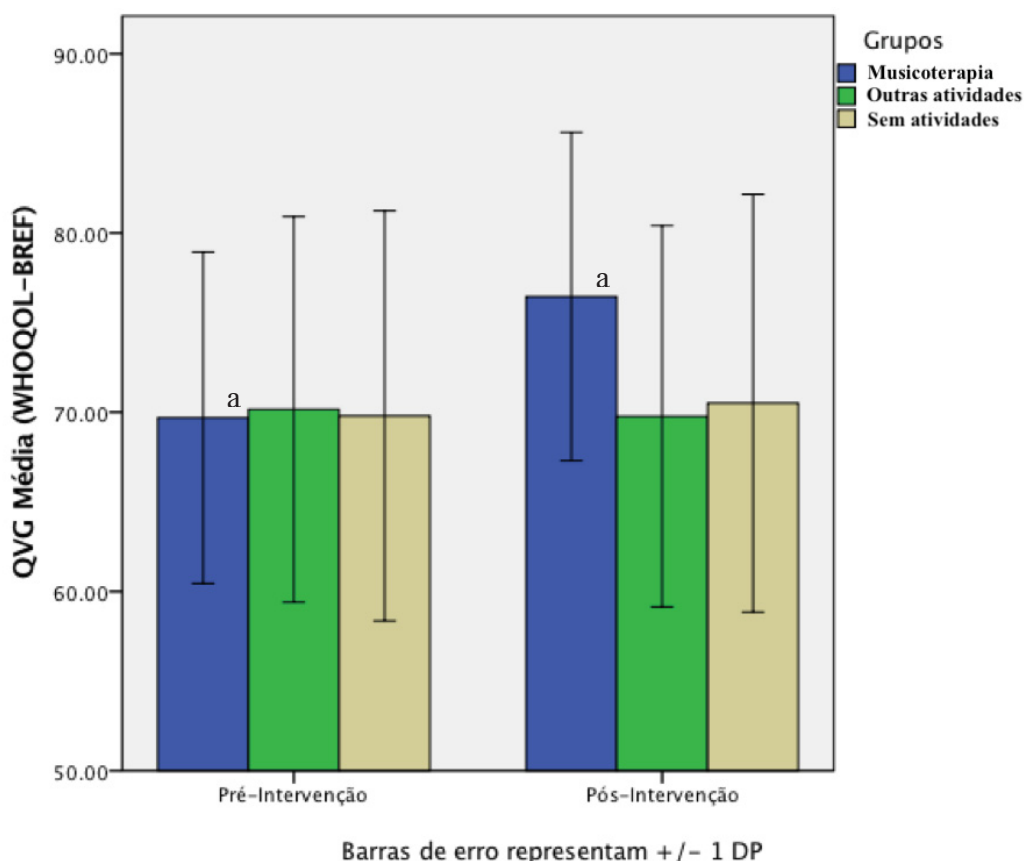
Fonte: As autoras (2018).

DP: Desvio-padrão; **a:** diferenças significativas entre Pré e Pós intervenção; **b:** diferenças significativas entre os grupos Musicoterapia e Outras atividades no Pós intervenção; **c:** diferenças significativas entre os grupos Musicoterapia e Sem atividades no Pós intervenção; **d:** diferenças significativas entre os grupos Outras atividades e Sem atividades no Pós intervenção.

Qualidade de vida geral

Para os escores de *Qualidade de vida geral* foram verificados incrementos significativos entre o Pré e Pós intervenção apenas para o grupo Musicoterapia (Pré = $69,7 \pm 9,2$ vs. Pós = $76,4 \pm 9,1$, $p < 0,01$). Nenhuma diferença significativa foi observada entre os grupos para os escores Pós intervenção. Esse resultado vai ao encontro dos estudos prévios (VANSTONE & CUDDY, 2009; ZANINI *et al.*, 2009; COOKE *et al.*, 2010; LEE & CHAN & MOK, 2010; POHL & DIZDAR & HALLERT, 2013; SÄRKÄMÖ *et al.*, 2013) descritos na revisão sistemática, com a apresentação de melhora na qualidade de vida geral após uma intervenção musical ou musicoterapêutica.

FIGURA 3: EFEITOS DA INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA GERAL (WHOQOL-BREF) DE MULHERES IDOSAS.



Fonte: As autoras (2018).

a: diferenças significativas entre pré e pós teste

Efeitos da intervenção – WHOQOL-OLD

A Tabela 6 apresenta os resultados dos efeitos da intervenção nos domínios da qualidade de vida avaliados pelo questionário WHOQOL-OLD. Adicionalmente, a Figura 4 apresenta os resultados dos efeitos da intervenção para os escores de qualidade de vida geral, avaliadas por este instrumento. Alterações significativas foram encontradas para os domínios *Funcionamento Sensório*, *Participação Social*, *Morte ou Morrer* e para a *Qualidade de vida geral*, as quais serão melhor descritas a seguir.

Funcionamento Sensório

Este domínio é representado pela manutenção dos sentidos (audição, olfato, visão, paladar e tato). A perda dessas capacidades pode comprometer a participação das idosas em atividades e sua capacidade de interagir com outras pessoas, tornando-as dependentes de cuidados, com consequente prejuízo de sua qualidade de vida. (FLECK, 2006).

Para o domínio do *Funcionamento Sensório*, nenhuma diferença significativa foi visualizada entre os escores obtidos Pré e Pós intervenção para todos os grupos avaliados. No entanto, ao comparar os escores obtidos no Pós intervenção entre os grupos, o grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida neste domínio quando comparado ao GC1 ($84,1 \pm 10,2$ vs. $70,3 \pm 18,3$, $p = 0,02$) e o GC2 ($84,1 \pm 10,2$ vs. $70,0 \pm 17,9$, $p = 0,02$).

Durante a intervenção musicoterapêutica, os participantes foram estimulados a trabalhar seus sentidos, principalmente com relação à audição, nas atividades de audição sonora-musical, execução instrumental e vocal, performance e recriação. E em menor proporção, foram trabalhados os sentidos da visão e tato, com a utilização de letra de canções e instrumentos de percussão.

Participação Social

A *Participação Social* delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade (FLECK, 2006). Nenhuma diferença significativa entre os escores Pré e Pós intervenção foi verificada para todos os grupos avaliados no domínio de participação social. Nas comparações entre os grupos para os escores Pós intervenção, tanto o grupo de Musicoterapia ($74,4 \pm 13,6$ vs. $61,2 \pm 15,5$, $p < 0,01$) quanto o GC1 ($72,1 \pm 11,3$ vs. $61,2 \pm 15,5$, $p = 0,02$) apresentaram maiores escores neste domínio quando comparados ao GC2. Nenhuma diferença significativa foi visualizada entre os grupos de Musicoterapia e GC1.

A participação social potencializa as pessoas, de forma que faz crescer sua confiança nas suas próprias capacidades e contribui para sua articulação. Faz repensar e aprimorar o modo e a trajetória de suas vidas como a organização das suas famílias e da sociedade, propiciando uma reflexão sobre sua qualidade de vida. Os novos conhecimentos e informações, contribuem para o debate e o autoconhecimento levando à reflexão acerca de valores e preconceitos arraigados (BULLA, 2007). Esses aspectos estiveram presentes na intervenção musicoterapêutica, quando as participantes eram convidadas a refletir sobre seus juízos de valores, sobre seu papel no grupo e nas suas famílias, além da sua posição na sociedade.

Morte ou Morrer

Este domínio está relacionado a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer (FLECK, 2006). Incrementos significativos foram verificados entre o Pré e o Pós intervenção para o grupo Musicoterapia (Pré = $67,2 \pm 25,3$ vs. Pós = $75,3 \pm 14,9$, $p = 0,02$). Por outro lado, reduções significativas foram visualizadas para o GC1 (Pré = $72,6 \pm 21,9$ vs. Pós = $65,1 \pm 19,6$, $p = 0,02$) e GC2 (Pré = $75,8 \pm 19,1$ vs. Pós = $62,7 \pm 20,1$, $p < 0,01$). O grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida neste domínio no Pós intervenção, quando comparado ao GC2 ($75,3 \pm 14,9$ vs. $62,7 \pm 20,1$, $p = 0,08$).

A morte é vista sob diversos contextos, cultural, social, familiar, e está presente na vida de cada pessoa de acordo com sua posição frente ao mundo. A morte, que suscita questionamentos e traz muitas questões acerca do enfrentamento da finitude, faz parte do ciclo vital que todos enfrentam. Para algumas pessoas o fato de apenas citar o questionamento já causa desconforto, luta ou fuga. Há pessoas para quem relacionar sua real situação com um fato novo que lhe tire a plenitude é desconfortante e causa temor, medo e mudança de comportamento. (SANTANA, 2013).

Houve uma diferença significativa ($p = 0,02$) no Grupo Intervenção neste domínio, o que instiga o desenvolvimento de uma outra pesquisa, com o olhar mais atento a este aspecto.

TABELA 6: EFEITOS DA INTERVENÇÃO COM MUSICOTERAPIA NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELO WHOQOL-OLD EM IDOSAS

WHOQOL-OLD											
Domínio	Musicoterapia (n = 20)			Outras atividades (GC1) (n = 24)			Sem atividades (GC2) (n = 24)			F (Grupo x Tempo)	p
	Pré	Pós	Média ± DP	Pré	Pós	Média ± DP	Pré	Pós	Média ± DP		
Domínio FS	78,7 ± 12,3	84,1 ± 10,2 ^{bc}	78,6 ± 14,9	70,3 ± 18,3 ^b	74,2 ± 18,8	70,0 ± 17,9 ^c	1,36	0,25	3,67	0,03	
Domínio AUT	63,1 ± 14,2	63,7 ± 9,6	70,8 ± 13,2	68,5 ± 11,1	71,3 ± 17,3	65,9 ± 11,5	2,18	0,14	1,14	0,32	
Domínio PPF	71,2 ± 12,5	70,9 ± 13,2	69,3 ± 12,1	66,4 ± 12,2	67,9 ± 13,4	66,1 ± 14,5	1,73	0,19	0,33	0,72	
Domínio PSO	71,2 ± 19,2	74,4 ± 13,6 ^c	72,6 ± 10,5	72,1 ± 11,3 ^d	66,6 ± 14,1	61,2 ± 15,5 ^{cd}	0,38	0,54	2,52	0,09	
Domínio MEM	67,2 ± 25,3 ^a	75,3 ± 14,9 ^{ac}	72,6 ± 21,9 ^a	65,1 ± 19,6 ^a	75,8 ± 19,1 ^a	62,7 ± 20,1 ^{ac}	5,03	0,03	11,15	<0,01	
Domínio INT	72,2 ± 18,5	75,9 ± 18,4	69,0 ± 19,6	67,9 ± 14,9	70,8 ± 18,9	70,6 ± 22,2	0,33	0,57	0,91	0,40	

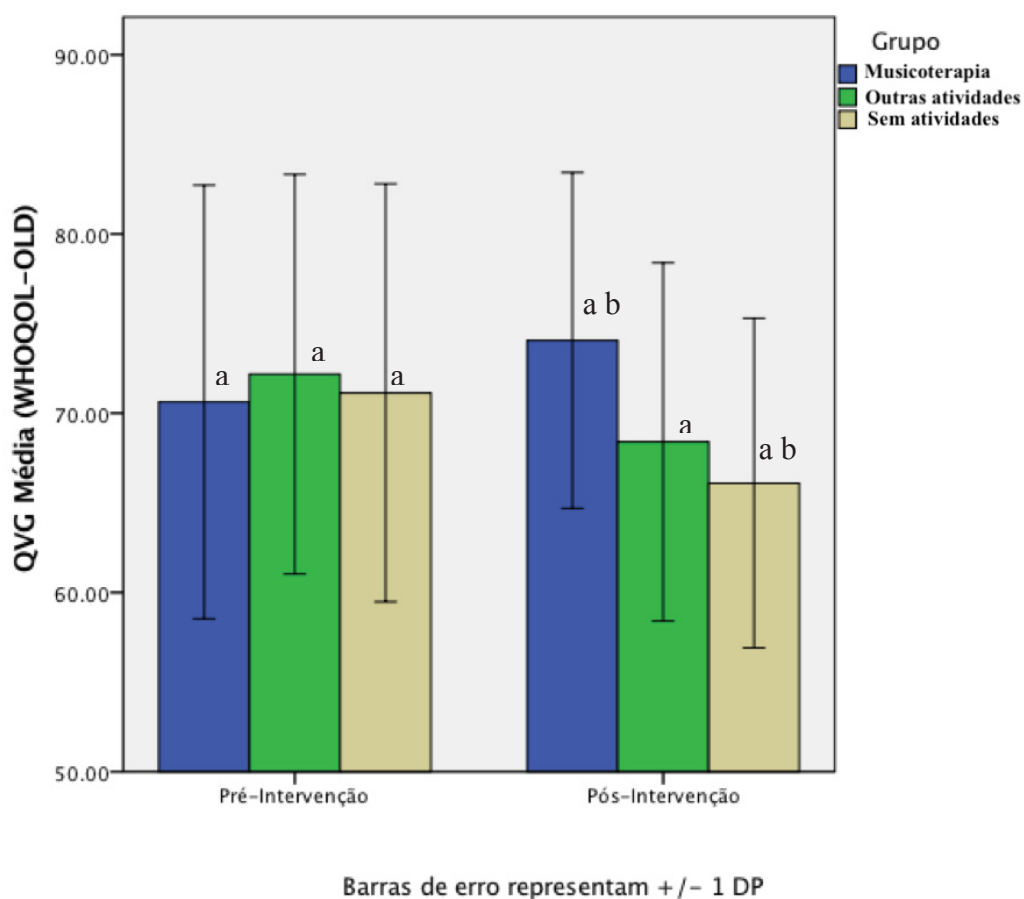
Fonte: As autoras (2018).

DP: Desvio-padrão; **FS:** Funcionamento sensório; **AUT:** Autonomia. **PPF:** Passado, Presente e Futuro; **PSO:** Participação Social; **MEM:** Morte e Morrer; **INT:** Intimidade. **a:** diferenças significativas entre Pré e Pós intervenção; **b:** diferenças significativas entre os grupos Musicoterapia e Outras atividades no Pós intervenção; **c:** diferenças significativas entre os grupos Musicoterapia e Sem atividades no Pós intervenção; **d:** diferenças significativas entre os grupos Outras atividades e Sem atividades no Pós intervenção.

Qualidade de vida geral – WHOQOL-OLD

Para os escores de *Qualidade de vida geral* (WHOQOL-OLD) houveram incrementos significativos entre o Pré e Pós intervenção para o grupo Musicoterapia (Pré = $70,6 \pm 12,1$ vs. Pós = $74,0 \pm 9,3$, $p = 0,04$). Já para os demais grupos, reduções significativas nos escores de *Qualidade de vida geral* (WHOQOL-OLD) foram visualizadas (GC1: Pré = $72,2 \pm 11,1$ vs. Pós = $68,4 \pm 10,0$, $p = 0,02$; GC2: Pré = $71,1 \pm 11,6$ vs. Pós = $66,1 \pm 9,2$, $p < 0,01$). O grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida neste domínio no Pós intervenção, quando comparado ao grupo GC2 ($74,0 \pm 9,3$ vs. $66,1 \pm 9,2$, $p = 0,02$).

FIGURA 4: EFEITOS DA INTERVENÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA GERAL (WHOQOL-OLD) DE MULHERES IDOSAS



Fonte: As autoras (2018).

a: diferenças significativas entre Pré e Pós intervenção. **b:** diferenças significativas entre os grupos Musicoterapia e Sem atividades no Pós intervenção.

A figura 4 facilita a visualização dos resultados pós intervenção, onde fica nítida a melhora do score do GI e uma diferença significativa entre GI e GC2. A melhora no score geral da percepção da qualidade de vida do GI nos dois instrumentos de avaliação confirma os estudos de revisão sistemática de Gregory (2002); Winckel & Feys & Weerdt (2004); Särkämö *et al.* (2008) e Guétin *et al.* (2009), que também constataram uma melhora na percepção da qualidade de vida de pessoas idosas após intervenção com música ou Musicoterapia.

É importante ressaltar que o GC1 era composto por pessoas que frequentavam, no Programa Viver a Vida, os diferentes cursos de Dança, Alongamento, Pintura, Informática, Yoga entre outros. Não foi exigida porcentagem mínima de participação nas atividades, nem que as participantes permanecessem na mesma atividade no período de três meses. A exigência era de que estivesse frequentando alguma atividade no Programa, durante os três meses entre as coletas de dados.

O GC2 era composto por pessoas que não frequentavam atividades no Programa Viver a Vida, mas que tivessem, em suas rotinas, atividades como nos demais grupos, idas ao supermercado, ao shopping, à feira, visita aos familiares e amigos, consultas médicas e odontológicas, entre outras.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

Conforme o planejamento, e com o objetivo de ampliar as possibilidades de opinião das participantes da intervenção, foram realizadas entrevistas com todas elas, com tempo médio de 15 (quinze) minutos cada, ao final dos três meses. As entrevistas foram conduzidas por um aluno do Mestrado em Educação da UFPR, que não participou das intervenções musicoterapêutica e, portanto, sem vínculo com as participantes, mas com o conhecimento técnico necessário para a realização das mesmas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, lidas e relidas para análise dos dados, conforme Bardin (2011). Os assuntos recorrentes foram categorizados e as frases mais significativas foram selecionadas. Com isso, foram levantados os seguintes temas de análise: *Aspectos Físicos, Aspectos Psicológicos com enfoque nos Aspectos Cognitivos e Emocionais, Relações*

Sociais e Ambientais. Após leitura e releitura da descrição das entrevistas e conforme os temas recorrentes obtidos, os temas foram subdivididos da seguinte forma:

QUADRO 6 – TEMAS DE ANÁLISE QUALITATIVA OBTIDOS POR MEIO DA ENTREVISTA.

<i>Aspectos Físicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxamento corporal - Respiração - Movimentos corporais livres - Coordenação motora
<i>Aspectos Psicológicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivos (atenção, aprendizagem e memória) - Emocionais
<i>Relações Sociais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Interação
<i>Ambientais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto do ambiente - Processo musicoterapêutico - Impacto na qualidade de vida

Fonte: As autoras (2018).

Aspectos Físicos

O desenvolvimento do sentido rítmico em Musicoterapia envolve a melhora na postura, na coordenação corporal/motora e na marcha. É importante incluir o ensino de exercícios de relaxamento que permitam encontrar o tempo natural de todo aquele que apresente alguma limitação física ou que esteja no processo de envelhecimento. Músicas apropriadas

energizam os músculos, coordenam os movimentos de pernas e braços, evitando contraturas e propiciando prazerosa participação e a sensação de relaxamento. (LEINIG, 2009).

Com a entrevista, pôde-se observar que as participantes do Grupo Intervenção relacionaram a contribuição das atividades de Musicoterapia principalmente ao *relaxamento corporal*, como relata a Participante 1: “...*me sinto mais leve a hora que eu saio*”. E a Participante 2: “...*todo mundo quando sai diz bem assim: nossa, tô saindo leve, tranquila, de bem com a vida e com a cabeça, o físico ... sai maravilhoso dali. É a música, né?!*” E a Participante 13 reforça: “*é relaxante, estimulante, agradável, uma coisa bonita, e o físico seria uma consequência na saúde, à medida que diminui o estresse, você melhora a condição física de saúde*”.

Nos relatos houve ênfase acerca da melhora no controle e na qualidade da *respiração*, como aponta a Participante 3: “...*a gente aprendeu a desenvolver a nossa respiração através da música, porque a gente canta e quando você vai ver... você perde o ar e, então, ela também deu essas noções*”.

A Participante 9 fez referência à estimulação de movimentos corporais livres: “*porque a gente brinca ali um pouco também, até dança... mas, assim, de um modo geral, ativou bastante, né?!*” E a Participante 7 reforçou: “*Porque eu me motivei até a dançar um pouco mais e....quanto mais a gente participa das coisas, melhor fica a vida, né? Você vai se superando, vai melhorando à medida que você vai participando*”.

Houve também relatos sobre a influência das atividades da Musicoterapia na *coordenação motora*. A Participante 8 aborda este aspecto: “*isso estimula a coordenação motora, né?! Entre o auditivo e o motor, né?! Então, estimula sempre*”. Mas sugere que o ganho emocional é maior do que o físico: “*Mas melhora mais, eu acho, no aspecto psicológico e mental do que físico*”.

As pesquisadoras observaram que, nesta pesquisa especificamente, os assuntos citados não são exclusivamente de um único tema ou categoria, pois houve influência, também, dos aspectos *Psicológicos* e *Ambientais* nestes classificados como *Físicos*. Essa divisão tem o objetivo de facilitar a didática e a compreensão dos elementos apresentados.

Aspectos Psicológicos

Os *Aspectos Psicológicos* foram separados em aspectos Cognitivos e Emocionais, com base no WHOQOL Group, pois foram os dois assuntos que mais apareceram nas entrevistas.

a) Aspectos Cognitivos

Queixas relacionadas às perdas cognitivas são comuns durante o processo de envelhecimento, e vão desde falhas esporádicas e isoladas de memória de indivíduos normais, até uma demência (DAMASCENO, 2006). A Musicoterapia pode atuar como função compensatória. Isso significa que o musicoterapeuta pode identificar habilidades ou funções preservadas das pessoas participantes do processo e, com isso, estimular o desenvolvimento de novas habilidades que possam contribuir para suas rotinas. (MOREIRA *et al.*, 2012).

As atividades musicais também exercem a função de ensinar conceitos, ideias e sociabilidade como fonte de motivação e neurodesenvolvimento, ativam sistemas de controle da memória, da linguagem, da atenção e do pensamento superior. (ILARI, 2003).

As participantes apresentaram a *atenção* como um dos elementos cognitivos trabalhados no processo de intervenção musicoterapêutica, como afirma a Participante 12: *“primeiro a atenção mesmo, porque na minha experiência de não identificação de nenhum dos instrumentos apresentados, os sons, os conceitos, as próprias músicas no sentido da diversidade da nossa própria contribuição, reconhecimento dos sons e coisas assim similares”*. Também a Participante 19: *“agora eu tô aqui fazendo a entrevista e eu tô escutando as vozes aqui do lado, é... tô escutando o lado de cá silêncio, né?! Tô escutando o lado de lá rua, então, eu acho que isso é... me deu pré-requisito pra que eu observe, como idosa, uso isso na minha vida diária, acho que desenvolveu minha atenção, né? Já tô ouvindo mais, né?!”* E, ainda, a Participante 15: *“Fez eu atentar pra eu prestar mais atenção na música, no sentido da música, né?! Porque eu não prestava atenção. Agora quando eu*

ouço a música, procuro saber quem tá cantando, qual é o nome da música...já tô mais prestando atenção”.

Outro elemento da cognição que apareceu nos relatos, é a *aprendizagem*. A Participante 8 colocou: *“aprender um pouco mais com música...sempre imaginei que Musicoterapia seria alguma coisa bem interessante até para aprendiz como aluno.”* E complementou: *“trabalhar habilidades que não eram desenvolvidas, trazer estímulos pra outras perspectivas de informações, ao mesmo tempo acho que estimula novas áreas cerebrais”*. A Participante 20 afirmou: *“É oportunidade de novas informações, principalmente, esses conceitos, assim, que eu tenho vontade de aprender”*. E reforçou: *“Ela estimula um pouco mais a aptidão mental, nós aprendemos a conhecer alguns instrumentos que a gente não conhecia. Porque eu gosto de conhecimento, sempre conhecer, a gente tem que estar sempre procurando conhecimento”*.

Ouvir, cantar e lembrar letras de músicas são ações que ativam as áreas de Broca e Wernicke, relacionadas ao conhecimento, interpretação e associação de informações. E o hipocampo, uma das áreas responsáveis pela memória, é ativada sempre que se acompanha uma canção que já é familiar. (LEVITIN, 2010).

Para CUNHA (2007), perder a memória significa ser privado do patrimônio afetivo-cultural, construído durante toda a vida. Na intervenção com a Musicoterapia trabalha-se esse patrimônio através de melodias e de uma comunicação gratificante. O repertório musical e as sonoridades que são significativas aos participantes, possivelmente estimulam a memória.

Por fim, e com maior destaque, as participantes abordaram a *memória* da seguinte forma. Participante 5: *“precisamos gravar as letras, o conhecimento de instrumentos musicais pelo nome que a gente não tinha conhecimento, inclusive na questão da memória que é uma preocupação minha, atual... Então, tinha uma boa motivação pela fase que vivo”*. Participante 9: *“Memória, porque daí mais trabalhado individualmente mesmo.”* E complementou *“Quando ela solicita atividades que você traga, contribua com música que você conhecia ou que interprete tal coisa ali do próprio texto trabalhado, a música me faz trabalhar a memória. As propostas foram para mexer com a nossa memória”*. Participante 11: *“Eu acho que sempre estimula,*

porque a gente tem que memorizar as letras, os ritmos e, também, lida com os instrumentos musicais é... acho que agora já tô começando a guardar, assim, algumas músicas". E por fim, a Participante 19: "cresci muito, é sinal que eu exercitei a mente. Os objetivos certamente seriam para melhorar e ativar nossa memória e isso eu tive bastante resultado. Me estimulou mais...então, aí eu pego as letras e começo a ler e memorizar. Eu acho que tá contribuindo bastante, né?!"

b) Aspectos Emocionais

Música gera emoção e ativa várias estruturas cerebrais, como o sistema límbico, que é responsável pelas emoções e comportamentos sociais. E com esse processo há também a liberação do neurotransmissor dopamina, responsável pela sensação de prazer e por ativar o sistema de recompensas no cérebro. (SANTOS; PARRA, 2015).

A Participante 2 iniciou seu relato com: *"esse momento de você extravasar através do canto, pôr para fora, tem dado ânimo pra gente, me sinto muito bem. Eu me sinto confortável."* E complementou: *"ter uma motivação suficiente e sempre gostar de vir e aproveitar ao máximo daquilo que é tratado aqui"*. A Participante 6 afirmou: *"me empolguei, porque é algo realmente emocionante, eu acho que acalma, dá, assim, uma paz interior a música. Eu acho que a gente fica descontraído, né?!"* E completou: *"aquilo que muitas vezes você tem vergonha de se expor e ali não, com o passar você vai se soltando, te deixando mais confiante"*. A Participante 7 resumiu: *"A emoção da gente, né?! De tá ouvindo essas músicas, ainda mais lá da época, algumas da época da gente, né?! Então, isso é muito bom. A Musicoterapia ela mexe muito com o emocional da gente, né?!"* Por fim, a Participante 13: *"A música traz fluídos bons e isso é bom para o psicológico da gente. Agora quando eu vou falar, eu tento colocar a postura da voz diferente, pra botar o peito aberto, a postura pra emitir o som...melhoraram minha qualidade de vida."*

Participante 4 ressaltou a importância do respeito à população com a qual se trabalha: *"Extremamente confortável esse respeito à nossa fase de vida"*. Participante 6 trouxe sua satisfação com o trabalho: *"Não é uma coisa que eu queira que termine"*. Participante 5 apontou a importância da

disponibilidade do terapeuta para o vínculo no processo: *“Ela (pesquisadora) é uma pessoa, assim, adorável.”*

Também é importante ressaltar que os aspectos cognitivos e emocionais se relacionam o tempo todo. Contudo, para melhor organização e apresentação, foi adotada essa divisão.

Relações sociais

A Musicoterapia atua no encontro entre o profissional musicoterapeuta, as pessoas que se dispõem a essa experiência, e a prática musical. O objetivo é sempre potencializar a ação dos participantes. (ARNDT *et al.*, 2016).

As participantes ressaltaram a importância do trabalho em grupo, a interação entre os membros e o respeito mútuo. Participante 15: *“com certeza tem ajudado em tudo, eu aqui fazendo amizades. De modo geral ajuda a gente ser mais otimista, né?!”* E complementou: *“no grupo me aceitam, tenho mais disponibilidade de escolhas daquilo que pode me dar prazer, que pode fazer bem da gente se sentir confortável durante o processo, estado de espírito também e ver o quanto eu sou carente... é importante ver as pessoas.”* E concluiu: *“uma troca de conhecimento entre os participantes, que é uma coisa, assim, muito bacana”*. Participante 18: *“são pensamentos muito diferentes, visão de mundo muito diferentes que aí eu penso que preciso ser mais contida, porque é muito heterogêneo as necessidades e objetivos de cada um. Mas se relacionar com pessoas, isso é importante”*. Participante 3: *“Nossa, a relação social de você escutar as pessoas, de você dar valor para as pessoas, das pessoas se sentirem bem no grupo... é assim que nós estamos ali, né?!”*. Por fim, a Participante 10: *“O entrosamento que também aconteceu nesse grupo, sabe?! Então, as pessoas chegaram, meio ‘acabrunhadas’, meio inseguras, que será que a gente vai se deparar com o que?”* E completou: *“no fim foi um entrosamento, uma sociabilidade muito boa. A gente às vezes chega meio pra baixo, aí quando entra ali, entra na sala, já conversa com um, já conversa com outro, já começa a voltar toda aquela harmonia gostosa.”*

Esses relatos corroboram o estudo de Nayak *et al.* (2000) que encontrou uma melhora significativa na interação social entre idosos após uma intervenção musicoterapêutica.

Ambiente

Por fim, as pesquisadoras apresentam a importância do ambiente em que é desenvolvido o trabalho. A Participante 1, se referindo ao espaço físico e em relação às outras pessoas do grupo, disse: *“Cheguei e encontrei um ambiente maravilhoso”*.

Participante 6 resume o trabalho e sua vivência no processo: *“Musicoterapia é algo completo”*. Participante 9 também: *“Eu fico sempre procurando alguma coisa boa e melhor do que essa, impossível”*. Por fim, a participante 15 aborda a qualidade de vida: *“Foi uma qualidade que vou levar pro resto da vida”*.

Segundo Bergold *et al.* (2016) o espaço do trabalho com música visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade das pessoas envolvidas, com a valorização dos elementos do ambiente que interagem com as pessoas, entre os quais inclui-se o som. A música ao vivo, como foi utilizada nesta pesquisa, executada de acordo com o desejo dos participantes, promove maior acolhimento por promover a autonomia e o aumento da autoestima através da expressão de sua singularidade.

Foram categorizados e apresentados os aspectos de maior destaque nas falas das participantes. Ficou evidente a importância do trabalho com respeito às limitações e à sabedoria da fase idosa, com respeito às pessoas e suas individualidades, a oportunidade da convivência e a interação, o trabalho com a autoestima, o reforço da autonomia e, por fim, o ambiente acolhedor no trabalho da Musicoterapia.

Quanto mais ativo o idoso, melhor é seu estado de saúde, sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor é a sua qualidade de vida. O envelhecimento ativo torna as idosas cada vez mais longevas, mantendo a expectativa de uma vida segura, com possibilidades de participação social, acompanhadas de melhorias nas condições de saúde e cuidado, com preservação da sua qualidade de vida. (ADAMO, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresento aqui a relação entre os objetivos traçados para esta pesquisa e os resultados obtidos.

Sobre o objetivo “Realizar uma revisão sistemática da literatura produzida entre os anos de 2000 a 2017, sobre Influência da música e da Musicoterapia na cognição e na qualidade de vida da pessoa idosa” foi possível constatar que nos estudos realizados com intervenção musicoterapêutica, foram encontrados resultados significativos relacionados à melhora da memória, da função cognitiva geral e da interação social de pessoas idosas. Os estudos realizados com intervenção musical comprovaram diferença significativa na função cognitiva em aspectos como atenção, concentração e memória. E os resultados significativos encontrados nas duas áreas eram relativos à melhora da qualidade de vida geral.

Já em relação ao objetivo “Comparar a percepção dos domínios acerca da qualidade de vida de pessoas idosas pré e pós intervenção musicoterapêutica”, significantes incrementos foram verificados após a intervenção para o grupo Musicoterapia, nos escores dos domínios *Físico*, *Ambiental* e de *Morte ou Morrer*.

Quanto a “Comparar a percepção acerca dos domínios de qualidade de vida de pessoas idosas participantes e não participantes de um processo de intervenção em Musicoterapia”, as participantes do Grupo de Musicoterapia apresentaram maiores escores do domínio *Físico* no Pós intervenção, quando comparadas às participantes dos CG1 e GC2. No domínio *Psicológico* ao comparar os escores obtidos no Pós intervenção entre os grupos, o Grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida neste domínio quando comparado ao GC1. No domínio *Funcionamento Sensório*, ao comparar os escores obtidos no Pós intervenção entre os grupos, o Grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida quando comparado aos GC1 e GC2. No domínio *Participação Social*, tanto o Grupo de Musicoterapia quanto o GC1 apresentaram maiores escores quando comparados ao GC2. No domínio *Morte ou Morrer*, o grupo de Musicoterapia apresentou maior percepção de qualidade de vida no pós intervenção, quando comparado ao GC2.

No processo de “Identificar os benefícios da intervenção musicoterapêutica nos domínios físico, psicológico, de relações sociais e ambientais em pessoas idosas”, as participantes, na entrevista, ressaltaram a importância das intervenções nos aspectos físicos, para trabalhar o relaxamento corporal, a respiração, os movimentos corporais livres e a coordenação motora. Nos aspectos psicológicos, com a estimulação cognitiva (atenção, aprendizagem e memória) e o trabalho com os aspectos emocionais. Nos aspectos ambientais, com o respeito ao seu espaço e a satisfação em poder participar de uma atividade que atenda suas necessidades e demandas. Ressalta-se, aqui, que as participantes relataram nas entrevistas a importância do trabalho em grupo e a importância da oportunidade de se construir novas relações sociais. As entrevistas foram de extrema importância para ampliar a possibilidade de opinião dos participantes sobre o trabalho, pois, durante o preenchimento dos questionários, muitos traziam ricas informações sobre suas percepções e não apenas a resposta dos mesmos com a seleção de uma das opções. Por isso acredita-se nos ganhos que a pesquisa mista (quantitativa e qualitativa) pode proporcionar.

Finalizando, o objetivo geral deste estudo foi “Investigar a influência da Musicoterapia na percepção dos domínios de qualidade de vida da pessoa idosa ”E a partir da avaliação do WHOQOL-BREF foram encontradas alterações significativas para os domínios *Físico, Psicológico e Ambiental*, bem como para *Qualidade de vida geral*”. E com a avaliação do WHOQOL-OLD, alterações significativas para os domínios *Funcionamento Sensorio, Participação Social, Morte ou Morrer e para Qualidade de vida geral*.

Com esta investigação pôde-se concluir que a Musicoterapia pode influenciar de forma benéfica a percepção dos domínios da qualidade de vida de pessoas idosas, após uma intervenção musicoterapêutica.

As profissões existem para atender as demandas das pessoas. Com a utilização da música e seus elementos como andamento, ritmo, melodia, intensidade, timbre, entre outros, a Musicoterapia pode proporcionar novos conhecimentos de forma que se estimule a atenção, a aprendizagem, a memória e a cognição como um todo. A música permite que a pessoa traga à consciência o seu lugar de estar no mundo, reforce sua identidade, se fortaleça e descubra ferramentas para enfrentar os desafios da vida. E com a cognição

estimulada a tendência é que as pessoas idosas mantenham ou melhorem sua qualidade de vida.

Quando se fala em educação não se pode ignorar a importância da saúde no processo de aprendizado. Para o desenvolvimento intelectual ocorrer de forma satisfatória, o indivíduo deve apresentar uma boa saúde emocional e física. E mais, não se pode deixar de considerar as relações sociais e ambientais. A aprendizagem depende de um conjunto de fatores que não pode ser desconsiderado pelo educador.

A musicoterapia propicia um ambiente sem julgamentos de produção relacionados a valores estéticos. O olhar do musicoterapeuta observa a pessoa como um todo, de diversos ângulos, de forma que possam ser encontradas estratégias para seu desenvolvimento, seja por meio do resgate da autoestima, pela ampliação da percepção, expressão e comunicação ou pelo desenvolvimento da criatividade. Ou seja, o processo musicoterapêutico e a educação podem caminhar juntos, pois se aproximam em seus objetivos no desenvolvimento de habilidades e ampliação do conhecimento.

As experiências musicais em Musicoterapia desafiam as pessoas à aprendizagem e, de diversas formas, contribuem para seu progresso. Uma dessas formas é a resignificação de conflitos sociais e emocionais que trazem a compreensão acerca das manifestações sonoro-musicais e corporais, e possibilita a superação.

Cabe lembrar que os estudos apresentados nesta pesquisa mostram que a memória musical se mantém preservada ou menos prejudicada do que a memória linguística, mesmo no caso de demências em estágio avançado, o que leva a pensar que o trabalho com música seria um caminho para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

A assimilação do conteúdo educacional geral envolve uma série de aspectos cognitivos, assim como no processo de audição musical, há o momento de identificação, compreensão e reconhecimento do material apresentado, para por fim, obter-se o aprendizado propriamente dito.

Espera-se que este trabalho contribua com a divulgação da profissão de musicoterapeuta, que colabore com a discussão no meio acadêmico e científico, que sirva como incentivo para a criação de políticas públicas e que

coopere com a melhoria na qualidade de vida de outras pessoas que podem vir a se beneficiar com esse tipo de intervenção.

Este estudo apresenta algumas limitações como o número reduzido de participantes, apenas pessoas do gênero feminino e pertencentes a um local específico. Contudo, a realização da revisão sistemática e do estudo de intervenção o torna relevante para área.

Cabe ressaltar que faz-se importante repetir esse modelo de intervenção com um maior número de participantes, por um período mais longo, e em outros ambientes para que se obtenham melhores e mais consistentes resultados.

Viver é envelhecer, nada mais.
Simone de Beauvoir

7 REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica do Brasil**. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015.

ADAMO, C.E. *et al.* Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 20, n. 4. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000400545&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ALVARENGA, L. N. *et al.* Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4. São Paulo, 2009, pp. 796-802. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 jun. 2016.

ARGIMON, I. Aspectos cognitivos em idosos. **Resumos do XI Simpósio da ANPEPP**. Aval. Psicol., v.5, n.2. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200015#ender>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____.; STEIN, L. M. **Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal**. Caderno de Saúde Pública, 21(1), 2005, pp.64-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ARNDT, A. D; CUNHA, R.; VOLPI, S. Aspectos da prática musicoterapêutica: contexto social e comunitário em perspectiva. **Psicologia e Sociedade**. 28(2). 2016.pp. 387-395 Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n2/1807-0310-psoc-28-02-00387.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BARANOW, A. L. von. **Musicoterapia: uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERGOLD, L. B. *et al.* A utilização da música na humanização do ambiente hospitalar: interfaces da musicoterapia e enfermagem. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Curitiba: UBAM, 2016.

BRUER, R. A.; SPITZNAGEL, E.; CLONINGER, C. R. The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: a randomized controlled trial. **Journal of Music Therapy**. XLIV (4). 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17997623>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2016.

BUGOS, J. A. *et al.* Individualized piano instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. **Aging Mental Health**. Jul.; 11 (4). 2007. pp. 464-71. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17612811>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

BULLA, L. C.; SOARES, E. S.; KIST, R. B. Cidadania, pertencimento e participação social de idosos – Grupo trocando ideias e matine das duas: cine comentado. **Ser Social**. Brasília. 21. 2007. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/262>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade**. Como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X, 2008.

CHU, H. The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. **Biological Research for Nursing**. Apr. 16 (2). 2014. pp. 209-271. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639952>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

COHEN, A.; BAILEY, B.; NILSSON, T. The importance of music to seniors. **Psychomusicology: A Journal of Research in Music Cognition**, 18(1-2), 2000. pp. 89-102. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/2003-09252-008>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

COOKE, M. *et al.* A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. **Journal of Health Psychology**. Jul. v. 15 (5). 2010. pp.765-76. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603300>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

COULTON, S. *et al.* The effectiveness and cost-effectiveness of a participative community singing programme as a health promotion initiative for older people: protocol for a randomised controlled trial. **BMC Public Health**. Feb., 11(142), 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21356071>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

CREECH, A. *et al.* Active music making: a route to enhanced subjective well-being among older people. **Perspectives in Public Health**. Jan., v. 133 (1).

2013. pp. 36-43. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23308006>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

CRUZ, N. F. O. Como pode um observador ajudar um musicoterapeuta na compreensão de uma sessão? *In: Revista Brasileira de Musicoterapia*. Ano 4. n. 5. Rio de Janeiro: UBAM, 2001.

CUDDY, L.; SIKKA, R.; VANSTONE, A. Preservation of musical memory and engagement in healthy aging and Alzheimer's disease. **Annals of The New York Academy of Sciences**. The Neurosciences and Music V, v. 1337. 2015. pp. 223-231. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.12617/abstract;jsessionid=5E4E5B25F55272FE5304A98DED2DBF64.f04t01>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

CUNHA, R. Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer. **Revista Científica da FAP**. Ano II. v 2. Curitiba, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/revistacientifica/article/view/1733>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

_____.; ARRUDA, M.; SILVA, E. M. Homem, música e musicoterapia. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**. v. 1, 2010. pp. 9-26.

DAMASCENO, B. P. Comprometimento Cognitivo Leve e Doença de Alzheimer Incipiente. *In: Caixeta, L. Demência: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Atheneu, 2006.

DOWNS, S.; &BLACK, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Jun. 52, 1998. pp. 377-384. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756728/pdf/v052p00377.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

EL HAJ, M.; FASOTTI, L.; ALLAIN, P. The involuntary nature of music-evoked autobiographical memories in Alzheimer's disease. **Consciousness and Cognition**. Mar. 21(1), 2012. pp. 238-46. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053810011002911?via%3Dihub>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

ESTATUTO DO IDOSO. **Presidência da República – Casa Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FLECK, M. P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, abr., v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000200012>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____.;CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5. 2006. pp. 785-791. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000600007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em:20 nov. 2016.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatric Research**. Nov., 12(3), 1975.pp. 189-98. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GONÇALVES, C.; PINHO, M. S. Déficit cognitivo de tipo vascular: controvérsias e desafios. **Revista de Psicologia, Saúde & Doenças**, n 15 v 02, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Jun., v. 2, n. 15, 2014. pp. 427-438. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200008>. Acesso em: 20 nov. 2016.

GREGORY, D. Music listening for maintaining attention of older adults with cognitive impairments. **Journal of Music Therapy**. 2002 Winter;39(4):244-64. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597728>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

LEINIG, C. E. **A música e a ciência se encontram**: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Curitiba: Juruá. 2009.

LUZ, L. T. **Musicoterapia na qualidade de vida de idosos institucionalizados**. 110 f. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica. Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. PUC-RS, Porto Alegre, 2015.

MACLEAN L. M.; BROWN L. J.; ASTELL A. J. The effect of rhythmic musical training on healthy older adults' gait and cognitive function. **The Gerontologist**. Aug., 54(4), 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23723435>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

MAZZO, G. Z. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. [Tese de doutorado]. Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Portugal, 2003.

MED, B. **Teoria da Música**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Irmãos Vitale, 2017.

MEDEIROS, I. F. **A musicoterapia na preservação da memória e na qualidade de vida de idosos institucionalizados**. 120 f. Dissertação de Mestrado em Música. Programa de Pós-graduação em Música Stricto Sensu,

da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, área de concentração: Música na Contemporaneidade, linha de pesquisa: Música, Educação e Saúde. UFG, Goiânia, 2013.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3865.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

NASCIMENTO, M. (Coord.) **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2009.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo. v. 26, n. 2, abr/jun. 2012. pp. 241-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

PEREIRA, L. F.; CAMARGO, M. H.; STECZ, S. S. **Arte e conhecimento: tudo a ver!** Curitiba: Álvaro Borges, 2016.

POHL, P.; DIZDAR, N.; HALLERT, E. The Ronnie Gardiner rhythm and music method – a feasibility study in Parkinson's disease. **Disability and Rehabilitation**. 35(26). 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23480646>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

QUEIROZ, G. M. **Qualidade de vida em instituições de longa permanência para idosos**: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência. 164 f. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, PPGPSI-UFSJ, São João del Rei, 2010.

RAGLIO, A. *et al.* Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: a multicenter randomized controlled trial. **The American Geriatrics Society**. 63(8), 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26289682>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

RAGLIO, A. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial. **Ageing Mental Health**. Nov. 14(8), 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21069596>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

RIBAS, M. G. C. **Práticas musicais na educação de jovens e adultos**: uma abordagem geracional Maria Guiomar de Carvalho Ribas Revista da ABEM n 21 v 17. 2009. Disponível em: <<http://www.abemeducaomusical.com.br/revistas/revistaabem/index.php/revistaabem/article/view/243>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SAMPIERI, R. H. *et al.* **Metodologia da Pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, J. A. et al. Direitos sociais, protagonismo e exercício da cidadania na terceira idade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 3, 2015.

SANTOS, L. S.; PARRA, C. R. Música e neurociências: inter-relação entre música, emoção, cognição e aprendizagem. **Psicologia. PT**. 2015. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0853.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SÄRKÄMÖ, T. et al. Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: randomized controlled study. **The Gerontologist**. Aug., 54 (4). 2013. pp. 634-50.

_____. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. **Brain**. 131. 2008. pp. 866-76. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18287122>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

SCHIRRMACHER, F. **A revolução dos idosos**: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha. Rio de Janeiro: Campos, 2005.

SEKEFF, M. L. **Da música**: seus usos e recursos. São Paulo: Unesp, 2002.

SIMMONS-STERN, N. R.; BUDSON, A. E.; ALLY, B. A. Music as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease. **Neuropsychologia**. Aug. 48(10), 2010. pp. 3164-7. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20452365>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

SLOBODA, J. A. **A mente musical**: psicologia cognitiva da música. Trad. Beatriz Ilari e Rodolfo Ilari. Londrina: EDUEL, 2008.

SOLÉ, C. et al. Contributions of music to aging adults quality of life. **Journal of Music Therapy**. XLVII (3). 2010. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21275335>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Effects of group music therapy on quality of life, affect, and participation in people with varying levels of dementia. **Journal of Music Therapy**. 51 (1). 2014. pp. 103-25. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25014925>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; NERI, A. L. **Envelhecimento bem-sucedido**: uma meta no curso da vida. **Psicol. USP**. v. 19, n. 1. 2008. pp. 81-94.

VAGETTI, G. C. *et al.* Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.5 Rio de Janeiro, 2013.

VAN D. E. R.; VLEUTEN, M.; VISSER, A.; MEEUWESSEN, L. The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia. **Patient, Education and Counseling**. Dec., 89(3), 2012. pp. 484-8. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22742983>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

VANSTONE, A. D.; CUDDY, L. L. Musical memory in Alzheimer disease. **Aging, Neuropsychology and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development**. Jan. 17(1). 2009. pp. 108-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19657762>. Acesso em: 16 jun. 2017.

VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: DOC Editora, 2010.

WEINBERGER, N. M. Music and the brain. What is the secret of music's strange power? Seeking an answer, scientists are piecing together a picture of what happens in the brains of listeners and musicians. **Scientific American**. 291(5), 2004. Disponível em: <<https://www.scientificamerican.com/article/music-and-the-brain-2006-09/>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

WHOQOL **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. Nov. 41(10). 1995. 1403-10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 2 set. 2017.

WINCKEL, A. V.; FEYS, H.; WEERDT, W. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. **Clinical Rehabilitation**. May. 18(3), 2004. pp. 253-60. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15137556>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

ZANINI, C. R. O *et al.* O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente Hipertenso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.93, n. 5, São Paulo, Nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001100015. Acesso em: 8 set. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Eu, _____
_____, **RG** _____ recebo o convite para participar de um estudo denominado **A INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NA PERCEPÇÃO DA qualidade de vida DE PESSOAS IDOSAS** conduzido por Mariana Lacerda Arruda, Prof. Dra. Gislaine Vagetti, da Universidade Federal do Paraná. O objetivo dessa pesquisa é o de aplicar dois questionários para verificar a percepção dos domínios de qualidade de vida de idosas antes e após uma intervenção musicoterapêutica, e mais três questionários para caracterizar as participantes sob os aspectos cognitivos, sociodemográfico, e classificação econômica. Sendo eles: sociodemográfico (MAZZO, 2003), classificação econômica (ABEP, 2015), Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN, 1975) para avaliar o nível/estado cognitivo, Whoqol-Bref (FLECK *et al.*, 2000) e Whoqol-old (FLECK *et al.*, 2006) para verificar a percepção e o nível de qualidade de vida dos participantes. São instrumentos validados no Brasil e na Língua Portuguesa.

Fui informada que serão convidadas 20 pessoas idosas servidoras aposentadas ou pensionistas participantes do Programa Viver a Vida, do Estado do Paraná, para participar de uma intervenção musicoterapêutica longitudinal, sendo dois encontros semanais por três meses, totalizando 24 encontros. Para os grupos controles, serão convidadas outras 24 pessoas idosas do mesmo programa para preenchimento dos questionários no mesmo período que o grupo intervenção, e outras 24 idosas aposentadas ou pensionistas que não participam de nenhuma atividade no Programa Viver a Vida.

Fui informada que no processo de intervenção serão realizadas atividades que envolvam canções trazidas pelos participantes, novas canções levadas pela pesquisadora, exploração de instrumentos musicais, técnicas de composição, improvisação, audição e re-criação. Respeitando as limitações dos participantes e com o consentimento de todos. Com o objetivo de provocar aprendizados, explorar a atenção e a memória, além da interação social.

Fui informada que após a intervenção participarei de uma entrevista semiestruturada, onde terei a oportunidade de relatar de forma qualitativa a minha experiência no processo musicoterapêutico.

A minha colaboração neste estudo será a de participar da intervenção musicoterapêutica e responder os questionários em dois momentos. São

instrumentos que envolvem perguntas sobre dados atuais, teste de raciocínio, de memória e abordam sentimentos que envolvem a rotina do participante, suas relações e níveis de satisfação.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informada de que posso me recusar a participar do estudo ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Fui avisada de que me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Sei que partes desse trabalho poderão ser apresentadas em salas de aula, congressos e outros ambientes de estudo como forma de contribuição para a construção de conhecimentos sobre o assunto que foi estudado.

Enfim, tomei conhecimento do conteúdo deste Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo que será desenvolvido. Assim, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Aceito participar de questionários SIM () NÃO ()

Aceito participar da entrevista SIM () NÃO ()

Aceito participar da intervenção SIM () NÃO ()

Concordo em ser fotografado SIM () NÃO ()

Concordo em ser filmado SIM () NÃO ()

Concordo que minhas imagens sejam mostradas em congressos e salas de estudo SIM () NÃO ()

Contatos para informações:

Mariana Lacerda Arruda, Prof. Dra. Gislaine Vagetti, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná, Rua XV de Novembro, 1299, marianalarruda@gmail.com, (41)99697-2355.

Curitiba, ___ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

<p>Programa de Pós-Graduação em Educação/PPGE - UFPR Pesquisadora: Mariana Lacerda Arruda</p>
<p>Antes da entrevista serão feitos os esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e assinatura dos documentos necessários para a realização da entrevista.</p>
<p>Entrevista semiestruturada com pessoas idosas aposentadas ou pensionistas do Estado do Paraná. Este material faz parte de um estudo de Mestrado e é confidencial. Sua participação é muito importante. Solicitamos que você responda a cada uma das questões da maneira mais sincera possível. Agradecemos sua colaboração!</p>
<p>Dados pessoais: _____</p> <p>Data: _____ Horário _____ Local: Paraná Previdência</p> <p>Entrevistada(o): _____</p> <p>Gênero: _____</p>
<p>Peço sua autorização para gravar sua fala, informo que esta gravação será utilizada somente para transcrição na íntegra do conteúdo de nossa entrevista e posterior análise. Aproveito para lembrá-lo que nossa entrevista é confidencial e que sua identidade será preservada. Os entrevistados nesta Pesquisa terão sua identificação por código (Ex: Participante 01, Participante 02.)</p>
<p>Tema 01 – (Escolha da atividade) No que diz respeito à escolha em participar da Intervenção Musicoterapêutica:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O que te levou a se inscrever nos encontros de Musicoterapia? <p>R: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Tema: 02 - (Processo Musicoterapêutico)– Em relação as atividades realizadas na intervenção:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O que achou das propostas durante os encontros de Musicoterapia? <p>R: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

- Qual o diferencial da Musicoterapia em relação às outras atividades em que participa?

R: _____

Tema: 03– (Contribuições Pessoais) Em relação a influencia dos encontros da Musicoterapia na vida pessoal

- Quais foram as contribuições dos encontros de Musicoterapia para sua vida diária?

R: _____

Tema 04 – (Cognição) Em relação a influência das atividades de Musicoterapia aos aspectos da cognição:

- Os encontros de Musicoterapia estimularam sua atenção, memória e linguagem? De qual forma?

R: _____

Tema 05 – (Qualidade de Vida) Em relação a influência das atividades da Musicoterapia na percepção da qualidade de vida, considerando os domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente:

- Os encontros de Musicoterapia melhoraram sua qualidade de vida, no aspecto físico? Justifique.

R: _____

- Os encontros de Musicoterapia melhoraram sua qualidade de vida, no aspecto psicológico? Justifique.

R: _____

- Os encontros de Musicoterapia melhoraram sua qualidade de vida, no aspecto social? Justifique.

R: _____

- Os encontros de Musicoterapia melhoraram sua qualidade de vida, no aspecto ambiental? Justifique.

R: _____

ANEXOS

ANEXO A
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

PARANÁ PREVIDÊNCIA - Programa Viver a Vida – Grupo: _____

Data da avaliação: ____/____/____

1.Nome: _____

2.Naturalidade: _____

3.Nacionalidade: _____

4. Gênero: a () Feminino b () Masculino () outro _____

5 Data de nascimento : ____/____/____ Idade : _____

6. A sua cor ou raça é?

a () Branca

b () Preta

c () Amarela

d () Parda

e () Outra _____

7. Estado civil atual:

a () Solteiro/solteira (nunca casou)

b () Casado/casada ou com companheiro/companheira / união estável

c () Separado/Separada/Divorciado/Divorciada

d () Viúvo/viúva

e () Outro. Qual? _____

8. Mais alto nível de escolaridade alcançado:

a () Analfabeto

b () Primário incompleto

c () Primário completo/Ensino Fundamental incompleto

d () Ensino Fundamental completo/ Ensino Médio incompleto

e () Ensino Médio completo/ Curso superior incompleto

f () Curso superior completo

g () Curso técnico incompleto

h () Curso técnico completo

i () Pós-Graduação - nível: _____

j () Outra. Qual? _____

9. Quantos anos de escolaridade? _____

10. Qual a sua ocupação atual:

a () Aposentado/Aposentada

b () Pensionista

c () Nunca trabalhou

d () Dono de casa / Dona de casa

e () Autônomo

f () Outro: _____

11. Tem outra remuneração além da aposentadoria?

a () Sim b () Não

12. Qual era a sua profissão anterior?

13. Está com algum problema de saúde?

a () Sim Qual _____

b () Não

14. Toma algum medicamento?

a () Sim. Quantos? _____

b () Não.

15. De um modo geral, você se considera uma pessoa saudável?

a () Sim b () Não. Comentários:

16. Quais outras atividades realiza:

Poderia fornecer seus contatos?

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

ANEXO B
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

PARANÁ PREVIDÊNCIA - Programa Viver a Vida – Grupo: _____
Data da avaliação: ____ / ____ / ____

Nome: _____

1 - No meu domicílio tem:

Itens de conforto	Não possui	1	2	3	4
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de forno de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

2- A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

() rede geral de distribuição

() poço ou nascente

() outro meio

3 -Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

() asfaltada / pavimentada

() terra / cascalho

4- Qual é o grau de instrução da pessoa da família que contribui com a maior parte da renda do domicílio?

() analfabeto / primário incompleto

() primário completo / ginásio incompleto

() ginásio completo / colegial incompleto

() colegiado completo / superior incompleto

() superior completo

ANEXO C
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL
TOTAL _____

Nome: _____ Grupo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

ORIENTAÇÃO

- Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês) _____ 5 pontos
- Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou localidade) (localespecífico). _____ 5 pontos

REGISTRO

- Dizer três palavras: **PENTE RUA AZUL**. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____ 3 pontos
- _____ 5 pontos

ATENÇÃO E CÁLCULO

- Subtrair: $100-7=93$ $-7=86$ $-7=79$ $-7=72$ $-7=65$ _____ 3 pontos
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|---|
- _____ 2 pontos

EVOCAÇÃO

- Perguntar pelas 3 palavras anteriores (**PENTE-RUA-AZUL**) _____ 1 ponto

LINGUAGEM

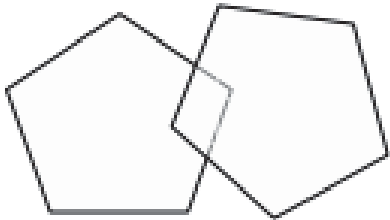
- Identificar lápis e relógio de pulso _____ 3 pontos
- Repetir: “**Nem aqui, nem alí, nem lá**”. _____ 1 ponto
- Seguir o comando de três estágios: “**Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão**”. _____ 1 ponto

LEIA E FAÇA O QUE ESTÁ ESCRITO:

- _____ 1 ponto
- Feche os olhos

➤ Escreva uma frase

Copie este desenho



ANEXO D
QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

Nome _____

Data da avaliação ____ / ____ / ____

Grupo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

PERCEPÇÃO DE SAÚDE

De modo geral, você diria que a sua saúde é:

(1) ruim (2) regular (3) boa (4) excelente

O que é saúde para você?

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
WHOQOL – BREF - Versão em Português

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas**.

***Questão com escore reverso**

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim 1	Ruim 2	Médio 3	Boa 4	Muito boa 5
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.					
3. *Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
4. * O Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
5. O quanto você aproveita a vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
7. O quanto você consegue se concentrar?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas					

coisas nestas últimas duas semanas.					
10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
11. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
13. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
As questões seguintes perguntam sobre o quão bem ou satisfeito(a) você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.					
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim 1	Ruim 2	Médio 3	Bom 4	Muito bom 5
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Médio 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
As questões seguintes referem-se a " com que frequência " você sentiu ou experimentou certas coisas, nas últimas duas semanas.					
26. *Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca 1	Algumas vezes 2	Freqüentemente 3	Muito Freqüentemente 4	Sempre 5

ANEXO E

QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

Nome _____

Data da avaliação ____ / ____ / ____

Grupo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade. Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta. Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

*Questão com escore reverso

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.					
Old_01 - *F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_02 - *F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_03 - F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_04 - F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_05 - F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_06 - *F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_07 - *29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_08 - *F29.4 O quanto você tem medo de morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_09 - *F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.					
Old_010 - *F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por	Nada 1	Muito pouco	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?		2			
Old_11 - F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_12 - F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_13 - F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
Old_14 - F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu <i>satisfeito, feliz ou bem</i> sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.					
Old_15 - F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_16 - F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_17 - F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_18 - F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
Old_19 - F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	Muito Infeliz 1	Infeliz 2	Nem feliz/ Nem infeliz 3	Feliz 4	Muito Feliz 5
Old_20 - F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim/ Nem bom 3	Bom 4	Muito Bom 5
As seguintes questões se referem a qualquer <i>relacionamento íntimo</i> que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.					
Old_21 - F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_22 - F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_23 - F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
Old_24 - F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!