

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA LACERDA ARRUDA

FUNÇÕES COGNITIVAS DE PESSOAS IDOSAS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO
DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA EM MUSICOTERAPIA
(ACPIM)

CURITIBA

2022

MARIANA LACERDA ARRUDA

FUNÇÕES COGNITIVAS DE PESSOAS IDOSAS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO
DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA EM MUSICOTERAPIA
(ACPIM)

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Educação do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Gislaine Cristina Vagetti.

CURITIBA

2022

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DO CAMPUS REBOUÇAS

Arruda, Mariana Lacerda.

Funções cognitivas de pessoas idosas : construção e validação de um instrumento de avaliação cognitiva em musicoterapia (ACPIM) / Mariana Lacerda Arruda – Curitiba, 2022.

1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gislaine Cristina Vagetti

1. Educação – Estudo e ensino. 2. Musicoterapia. 3. Distúrbios da cognição em idosos. 4. Envelhecimento. 5. Estudos de avaliação. I. Vagetti, Gislaine Cristina. II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Educação. IV. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO -
40001016001P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação EDUCAÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **MARIANA LACERDA ARRUDA** intitulada: **Funções cognitivas de pessoas idosas: construção e validação de um instrumento de avaliação cognitiva em Musicoterapia (ACPIM)**, sob orientação da Profa. Dra. GISLAINE CRISTINA VAGETTI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora 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, 09 de Dezembro de 2022.

Assinatura Eletrônica
16/12/2022 12:55:39.0
GISLAINE CRISTINA VAGETTI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
16/12/2022 13:16:36.0
CLAUDIA REGINA DE OLIVEIRA ZANINI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS)

Assinatura Eletrônica
16/12/2022 13:06:13.0
FABIO RICARDO HILGENBERG GOMES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE)

Assinatura Eletrônica
16/12/2022 13:00:04.0
VALDOMIRO DE OLIVEIRA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
16/12/2022 13:02:39.0
NOEMI NASCIMENTO ANSAY
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ)

RESUMO

A natureza educacional da musicoterapia tem como desafio a aprendizagem por meio de experiências musicais. Considerando que o envelhecimento populacional tem apresentado aumento significativo a cada ano, propõe-se esta pesquisa. O objetivo desta tese foi construir e validar o instrumento de Avaliação Cognitiva de Pessoas Idosas em Musicoterapia (ACPIM), com enfoque em processo musicoterapêutico em grupo. Foi realizada uma revisão de escopo sobre os instrumentos de avaliação em musicoterapia com a população idosa, e um levantamento teórico que gerou a matriz analítica e proporcionou subsídio para as fases seguintes. Com apoio da psicometria, foram elaborados os itens do instrumento de avaliação e foi realizado um grupo focal, com musicoterapeutas que trabalham na área do envelhecimento, para adequações do instrumento. Foi enviado para um grupo de especialistas, pesquisadores da área da musicoterapia e do envelhecimento, para nova análise e, assim, constituir a validade do conteúdo. Efetuadas as adequações, foi realizado um teste piloto para preenchimento do instrumento com 180 pessoas idosas, para verificação e ajustes. Após, o instrumento em construção e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) foram aplicados em dois momentos, com 180 pessoas idosas participantes de processos musicoterapêuticos, em Instituições de Longa Permanência para Idosos, para análise e validação das questões. A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização da amostra. A amostra apresentou idade média de $79,0 \pm 8,2$ anos e foi composta majoritariamente por mulheres (67,8%), viúvos(as) (41,7%), com ensino fundamental (57,8%), de religião católica (65,6%), e que tinham alguma atividade antes de entrar na instituição (86,7%). O escore total médio do MoCa foi de $15,7 \pm 5,9$ e 93,9% dos participantes apresentaram algum declínio cognitivo. A análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada visando testar e verificar a estrutura fatorial do instrumento proposto. Todos os pressupostos para a realização da AFE foram atingidos com a amostra de 180 participantes (Teste de Bartlett: $\chi^2_{(153)} = 3952,0$, $p < 0,001$; KMO=0,94). A AFE indicou que o instrumento ACPIM apresenta estrutura unidimensional (*eigenvalues* >1) com 12 itens que explicam 82,3% da variância observada e apresentou adequada consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,96). Sobre a reprodutibilidade teste-reteste, todos os coeficientes de correlação intraclassa (CCI) foram superiores a 0,90, indicando alta reprodutibilidade. A regressão linear foi aplicada visando identificar possíveis vieses com a elevação das médias entre as medidas. Nenhum viés foi visualizado ($B = 0,002$, IC95% = -0,017 – 0,022, $p = 0,798$). A validade convergente foi testada identificando a correlação dos escores do ACPIM com os escores obtidos no MoCA. Os instrumentos apresentaram correlação positiva indicando o aumento dos escores do MoCA com aumento nos escores do ACPIM ($r = 0,48$, $p < 0,001$). A curva ROC foi utilizada para identificar o ponto de corte do ACPIM para identificar pessoas idosas sem declínio cognitivo obtido pelo questionário MoCA. O questionário ACPIM tem capacidade adequada de identificar pessoas idosas sem declínio cognitivo (AAC = 0,75, IC95% = 0,55 – 0,95). O ponto de corte ótimo para a identificação de pessoas idosas sem declínio cognitivo foi o de 33 com capacidade de classificar corretamente 77,8% dos casos. Com isso, conclui-se que o ACPIM fica composto por 12 questões e é o primeiro instrumento brasileiro para musicoterapeutas na área do envelhecimento, e está validado para utilização com pessoas idosas moradoras de instituição de longa permanência que estão em processo musicoterapêutico grupal.

Palavras-chave: educação; musicoterapia; instrumento de avaliação; funções cognitivas; pessoa idosa.

ABSTRACT

The educational nature of music therapy challenges learning through musical experiences. Considering that population aging has shown a significant increase each year, this research is proposed. The objective of this thesis was to build and validate the instrument for Cognitive Assessment of Elderly People in Music Therapy (ACPIM), with a focus on the music therapy process in a group. A scope review was carried out on the assessment instruments in music therapy with the elderly population, and a theoretical survey that generated the analytical matrix and provided support for the following phases. Subsequently, the items of the assessment instrument were elaborated and a focus group was held, with music therapists who work in the area of aging, to adapt the instrument. It was sent to a group of specialists, researchers in the field of music therapy and aging for a new analysis, and thus, to establish the validity of the content. Once the adjustments were made, a pilot test was carried out to fill out the instrument with 180 elderly people, for verification and adjustments. Afterwards, the instrument under construction and the Montreal Cognitive Assessment were applied in two moments, with 180 elderly people participating in music therapy processes, in Long Stay Institutions for the Elderly, for analysis and validation of the questions. Descriptive statistics was used to characterize the sample. The sample had a mean age of 79.0 ± 8.2 years and was composed mostly of women (67.8%), widowed (41.7%), with elementary education (57.8%), of religion Catholic (65.6%), and who had some activity before entering the institution (86.7%). The mean total MoCa score was 15.7 ± 5.9 and 93.9% of the participants showed some cognitive decline. Exploratory factor analysis (EFA) was performed to test and verify the factor structure of the proposed instrument. All assumptions for performing the EFA were met with a sample of 180 participants (Bartlett Test: $\chi^2(153) = 3952.0$, $p < 0.001$; KMO=0.94). The AFE indicated that the ACPIM instrument has a unidimensional structure (eigenvalues > 1) with 12 items that explains 82.3% of the observed variance and showed adequate internal consistency (Cronbach's Alpha = 0.96). Regarding test-retest reproducibility, all intraclass correlation coefficients (ICC) were greater than 0.90, indicating high reproducibility. Linear regression was applied to identify possible biases with the increase in the averages between measurements. No bias was seen ($B = 0.002$, 95%CI= -0.017 – 0.022, $p = 0.798$). Convergent validity was tested by identifying the correlation of the ACPIM scores with the scores obtained in the MoCA. The instruments showed a positive correlation indicating an increase in MoCA scores with an increase in ACPIM scores ($r = 0.48$, $p < 0.001$). The ROC curve was used to identify the ACPIM cut-off point to identify elderly people without cognitive decline obtained by the MoCA questionnaire. The ACPIM questionnaire has adequate capacity to identify elderly people without cognitive decline (AAC= 0.75, 95%CI= 0.55 – 0.95). The optimal cut-off point for identifying elderly people without cognitive decline was 33, with the ability to correctly classify 77.8% of cases. With this, it is concluded that the ACPIM is the first Brazilian instrument for music therapists in the area of aging, and is validated for use with elderly people living in long-term care institutions who are in a group music therapy process.

Keywords: education; music therapy; assessment instrument; cognitive functions; elderly.

Ao Pedro Caetano, meu filho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho, pela paciência e pela inspiração no processo da tese.

Agradeço à Profa. Dra. Gislaine Vagetti pela oportunidade de aprofundar meus estudos na área da musicoterapia e envelhecimento.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa em Envelhecimento Humano da UNESPAR pela parceria durante os quatro anos de doutorado, em especial a Profa. Gislaine e os/as colegas: Sheila Beggiato, Lydio Roberto Silva, Hermes Soares e Ana Caroline de Paula.

Agradeço à banca de qualificação e defesa por todos os ensinamentos e dedicação à minha pesquisa: Profa. Noemi Ansay, Profa. Claudia Zanini, Profa. Tania Stoltz, Prof. Valdomiro de Oliveira, Prof. Fabio Gomes e minha orientadora, Profa. Gislaine Vagetti.

Agradeço aos e às musicoterapeutas que colaboraram na coleta de dados: Profa. Dra. Rosemyriam Cunha, Profa. Dra. Lia Rejane Barcellos, Mt. Claudimara Zanchetta, Mt. Maeve Andrade, Mt. Petrus Cuesta, Mt. Marcella Ventola e Mt. Mariangela Sposito. Sem vocês não seria possível concluir esta tese.

Agradeço às instituições de longa permanência para pessoas idosas, bem como seus/suas funcionários/as que gentilmente abriram suas portas e nos acolheram para a execução deste trabalho.

Agradeço às pessoas idosas que aceitaram participar desta pesquisa, dedicando seu tempo para preencher os questionários, e permitiram que acompanhássemos seus processos musicoterapêuticos.

Agradeço à Universidade Estadual do Paraná, que permitiu que eu dedicasse parte de minha carga horária para esta pesquisa, bem como todos e todas colegas que compreenderam minha ausência em momentos necessários, sobretudo o colegiado de musicoterapia.

Agradeço à Giovana Castro, pelo apoio e dedicação de sempre, permitindo minha confiança para dividir o tempo entre o trabalho e a pesquisa. Agradeço à Profa. Rosemeri Rocha, pela parceria no trabalho durante o último ano de doutorado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPR, seus professores e suas professoras, por toda sua dedicação à ciência, incluindo a musicoterapia no seu campo de interesse.

Agradeço às pessoas que estão sempre presentes, em especial, Jaqueline Xavier e Andressa Dias Arndt.

“Viver é partir, voltar e repartir”.

Emicida

*Quem tem um amigo tem tudo
Se o poço devorar, ele busca no fundo
É tão dez que junto todo stress é miúdo
É um ponto pra escorar quando foi absurdo.*

*Quem tem um amigo tem tudo
Se a bala come, mano, ele se põe de escudo
Pronto pro que vier mesmo a qualquer segundo
É um ombro pra chorar depois do fim do mundo.*

EMICIDA

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - 4º TRIMESTRE DE 2015 - POPULAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE (PORCENTAGEM)	29
FIGURA 2 - POPULAÇÃO POR GRUPO DE IDADE (MIL PESSOAS)	30
FIGURA 3 - 4º TRIMESTRE DE 2020 - POPULAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE (PORCENTAGEM)	30
FIGURA 4 - 4º TRIMESTRE DE 2020 - POPULAÇÃO POR GRUPO DE IDADE (MIL PESSOAS)	31
FIGURA 5 - FLUXOGRAMA DAS BUSCAS DA REVISÃO DE ESCOPO	
FIGURA 6 - ETAPAS PARA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	63
FIGURA 7 - FLUXOGRAMA DA COLETA DE DADOS.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - POPULAÇÃO ABSOLUTA E RELATIVA DE PESSOAS IDOSAS DE 60 ANOS OU MAIS, 65 ANOS OU MAIS E 80 ANOS OU MAIS.....	28
GRÁFICO 2 - EVOLUÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS DO PARANÁ.....	31
GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS DO BRASIL.....	32
GRÁFICO 4 - EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DO ESTADO DO PARANÁ E DO BRASIL.....	32
GRÁFICO 5 - EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER DO ESTADO DO PARANÁ.....	33
GRÁFICO 6 - EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER DO BRASIL.....	33
GRÁFICO 7 - MEDIANA DOS ESCORES DE AVALIAÇÃO DO ACPIM NOS QUESITOS DE CLAREZA DE LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA E RELEVÂNCIA TEÓRICA (N= 3).....	77
GRÁFICO 8 - MÉTODO DE BLAND-ALTMAN PARA O TESTE-RETESTE DO ACPIM (N=180)	83
GRÁFICO 9 - ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESCORES DO ACPIM E MoCA.	
GRÁFICO 10 - CURVA ROC PARA A ESTIMATIVA DE PONTOS DE CORTE DO ACPIM.....	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - QUADRO DE REFERÊNCIAS TEÓRICAS.....	27
QUADRO 2 - BATERIA DE TESTES PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO DE PESSOAS IDOSAS.....	48
QUADRO 3 - TIPOS DE ILPI POR REGIÃO BRASILEIRA.....	50
QUADRO 4 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA PARA PESSOAS IDOSAS.....	54
QUADRO 5 - ETAPAS DA PESQUISA.....	64
QUADRO 6 - CONSTRUÇÃO DA MATRIZ ANALÍTICA.....	64
QUADRO 7 - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - POPULAÇÃO ABSOLUTA E RELATIVA DE PESSOAS IDOSAS DE 60 ANOS OU MAIS, 65 ANOS OU MAIS E 80 ANOS OU MAIS.....	29
TABELA 2 - PONTUAÇÃO OBTIDA POR CADA UMA DAS JUÍZAS PARA CADA QUESTÃO DO ACPIM NOS QUESITOS DE CLAREZA DE LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA E RELEVÂNCIA TEÓRICA (n= 3)	77
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES (N=180)	78
TABELA 4 - ESCORES MÉDIOS DO MoCA E CLASSIFICAÇÃO COGNITIVA DOS PARTICIPANTES (N=180)	80
TABELA 5 - CARGA FATORIAL E <i>EINGENVALUES</i> DA AFE DO ACPIM (N=180).....	81
TABELA 6 - <i>ALPHA</i> DE <i>CRONBACH</i> E CORRELAÇÕES ITEM - TOTAL DO QUESTIONÁRIO ACPIM (N=180).....	82
TABELA 7 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO INTRACLASSE PARA TESTE-RETESTE (N=180)	82
TABELA 8 - SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE PARA OS PONTOS DE CORTE DO ACPIM PARA A IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SEM DECLÍNIO COGNITIVO (N=180)	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFMT	Assessment of Functions of Music Therapy
AMTA	American Music Therapy Association
ACPIM	Avaliação Cognitiva da Pessoa Idosa em Musicoterapia
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCI	Coeficientes de Correlação Intraclasse
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
DA	Doença de Alzheimer
ERIC	Education Resources Information Center
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
K-MBECF	Korean Music-Based Evaluation of Cognitive
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LILACS	Literatura- Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAGNET	Music Assessment of Gerontologic Needs and Treatment
MBECF	Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIDAS	Music in Dementia Assessment
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MOT	Music Therapy Orientation Test
MTAPD	Music Therapy for People with Dementia
MTAT	Music Therapy Assessment Tool
MTCL–D	Music Therapy Check List – Dementia
MTED	Music Therapy Engagement Scale for Dementia
OMS	Organização Mundial de Saúde
RMST	Residual Music Skills Test
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	Teste do Desenho do Relógio

TFV

Teste de Fluência Verbal

WFMT

World Federation of Music Therapy

SUMÁRIO

	Apresentação.....	18
1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	JUSTIFICATIVA.....	22
1.2	OBJETIVOS.....	25
1.2.1	Objetivo geral.....	25
1.2.2	Objetivos específicos.....	25
1.3	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	25
1.4	ESTRUTURA DA TESE.....	25
2	LEVANTAMENTO TEÓRICO.....	27
2.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1.1	Envelhecimento.....	28
2.1.2	Gerontologia educacional.....	37
2.1.3	Musicoterapia.....	40
2.1.4	Cognição/Instrumentos de Medida.....	45
2.1.5	Caracterização das instituições de longa permanência para idosos (ILPI)	49
2.2	REVISÃO DE ESCOPO SOBRE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA PARA PESSOAS IDOSAS.....	52
2.2.1	Instrumentos encontrados.....	53
3	MÉTODO.....	62
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	62
3.2	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM).....	63
3.2.1	Construção da matriz analítica.....	64
3.2.2	Grupo focal.....	65
3.2.3	Análise teórica e validade de conteúdo.....	66
3.2.4	Processo de validação.....	67
3.2.5	Coleta de dados.....	67
3.2.5.1	Fatores de inclusão.....	67
3.2.5.2	Fatores de exclusão.....	68
3.2.6	Procedimentos.....	68

3.2.7	Instrumentos para coleta de dados.....	69
3.3	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	70
3.4	TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	70
3.4.1	Análise descritiva.....	70
3.4.2	Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação ACPIM.....	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	73
4.1	GRUPO FOCAL/ANÁLISE DAS JUÍZAS/PILOTO/COLETA.....	73
4.2	AVALIAÇÃO DO ACPIM POR ESPECIALISTAS.....	76
4.3	ESTUDO DE VALIDAÇÃO – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	78
4.4	AVALIAÇÃO COGNITIVA MoCA.....	80
4.5	ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA.....	80
4.6	REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE.....	82
4.7	VALIDADE CONVERGENTE.....	84
4.8	PONTO DE CORTE DO ACPIM.....	84
4.9	MANUAL DO INSTRUMENTO.....	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	93
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	105
	APÊNDICE 2– MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA).....	109
	APÊNDICE 3 - PILOTO - AVALIAÇÃO COGNITIVA DE	
	PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM)	110
	APÊNDICE 4 - ROTEIRO GRUPO FOCAL –	
	MUSICOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM ILPI.....	113
	APÊNDICE 5 - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE	
	CONTEÚDO.....	115
	APÊNDICE 6 - COLETA DE DADOS: AVALIAÇÃO COGNITIVA	
	DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM).....	116
	APÊNDICE 7- VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO:	
	AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM	
	MUSICOTERAPIA (ACPIM).....	119
	ANEXO 1 – TCLE GRUPO FOCAL MUSICOTERAPEUTAS.....	121
	ANEXO 2 – TCLE JUÍZAS DOUTORAS.....	125
	ANEXO 3 – TCLE PESSOAS ENVOLVIDAS COM A ILPI.....	129

APRESENTAÇÃO

A pesquisadora é musicoterapeuta há 17 (dezesete) anos, pela Faculdade de Artes do Paraná, com Especialização em Neuropsicologia pela Faculdade Metropolitana de Curitiba, Especialização em Educação Especial pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão, e Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Paraná, com enfoque no envelhecimento e na Musicoterapia.

Há 15 (quinze) anos trabalha como professora universitária na Faculdade de Artes do Paraná, no curso de Bacharelado em Musicoterapia, onde teve a oportunidade de orientar estágios em diversas áreas, dentre elas, a área do envelhecimento, com a qual se identificou profissionalmente.

No Mestrado, obteve a possibilidade de aprofundar seu conhecimento teórico sobre o tema, bem como realizar uma pesquisa de intervenção para identificar os benefícios do processo musicoterapêutico na percepção de qualidade de vida de pessoas idosas. E junto ao Grupo de Pesquisa e Envelhecimento Humano (GPEH), sob a orientação da Prof Dra. Gislaine Vagetti, escreveu vinte artigos e capítulos de livros.

Com o ingresso no doutorado percebeu a oportunidade de continuar com seus estudos na área da cognição e envelhecimento em Musicoterapia, identificou a ausência de um instrumento de avaliação validado para utilização de pesquisas na área da Musicoterapia e propôs esta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o ritmo do envelhecimento mundial está cada vez mais acelerado. Estima-se que a população com mais de 60 anos que, em 2018, era de 12%, chegará a 22%, até 2050. Atualmente, o número mundial de pessoas idosas é maior do que o número de crianças com menos de 5 anos. Pressupõe-se que 80% das pessoas idosas viverão, em 2050, em países de baixa e média rendas. O mundo precisará adaptar os sistemas sociais e de saúde para adequar essa mudança demográfica com qualidade (OMS, 2018).

No Brasil, embora só tenha começado a se ampliar na década de 1960, o envelhecimento é marcado por uma alta velocidade de expansão (FALLER, 2018). A OMS (2018) considera um país envelhecido quando 10% da sua população tem 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento. Alguns estados brasileiros já atingiram essa marca.

Esse envelhecimento acelerado da população resulta em questões complicadoras, no que tange aos aspectos sociais, econômicos e de saúde pública, exigindo a tomada de ações que possam minimizar, ou até mesmo resolver, esses problemas. Desse modo, ao conhecer particularidades desse público, pode-se contribuir para o desenvolvimento de resoluções efetivas diante desse cenário.

Envelhecer é um processo gradual e inevitável, e a estimulação cognitiva se faz necessária durante toda a vida, para que as funções intelectivas sejam preservadas, ou para que as perdas sejam reduzidas. Por essa razão, é importante encontrar meios para utilizar novos recursos e tecnologias, com inovação e sabedoria, e que sejam, de forma justa, proporcionados para toda a população que mais cresce em nosso país, a idosa (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A população idosa brasileira está em constante crescimento, assim como a expectativa de vida, o que acaba por ampliar o quadro de doenças relacionadas à idade, como o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e a doença de Alzheimer (DA) (GOMES; TERRA, 2015; TOLEDO *et al.*, 2017). O CCL configura-se como um estágio de transição entre o envelhecimento sadio e o patológico. Quando os domínios cognitivos afetam a memória, o CCL é chamado de CCL amnésico, sendo que esse tipo de declínio cognitivo pode evoluir para a DA (ALBERT *et al.*, 2011).

O diagnóstico de demência tem como base a investigação do declínio cognitivo em populações de risco, como a população idosa. Para a atenção à pessoa

idosas são necessários planos de educação e reabilitação de agravos com o propósito de melhorar a qualidade de vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

É imprescindível levar o conhecimento à população, para que essas pessoas sejam cuidadas e respeitadas, e conscientizá-la de que todos passarão pelo envelhecimento e suas dificuldades. A educação na fase idosa tem como objetivo promover conhecimentos que redimensionam aspectos essenciais na qualidade de vida, como autonomia, participação social e interdisciplinaridade (INOUE *et al.*, 2017).

Para Alencar (2002), a educação é responsável pelas mudanças sociais e culturais. Socialmente, as pessoas idosas precisam se preparar para viver positivamente essa fase da vida, pois o processo de envelhecimento é aprendido e requer preparação. A reinserção desses indivíduos no processo educacional provocará novos aprendizados e, conseqüentemente, uma vida com qualidade.

Quando se pensa em processo educacional para pessoas idosas, um dos elementos mais importantes é a cognição, que envolve aspectos como a atenção, a concentração, a linguagem, a memória e as funções executivas. Para que haja aprendizado, é necessário considerar todos esses elementos e aspectos nas etapas do funcionamento cognitivo e da aprendizagem.

A cognição envolve um conjunto de desempenhos e comportamentos nas atividades do cotidiano que sofre alterações no decorrer da vida, sobretudo no envelhecimento. O mais comum é ocorrer um declínio no desempenho, contudo ainda não se sabe os motivos que levam a diferentes modificações em cada indivíduo (NUNES, 2019).

Visando essa compreensão, existem instrumentos de avaliação que verificam o desempenho cognitivo. Alguns desses instrumentos são validados no Brasil, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), e baterias de testes como o Teste do Desenho do Relógio (TDR) e o Teste de Fluência Verbal (TFV).

No entanto, a revisão de escopo apresentada nesta tese mostrou não existir, na área do envelhecimento, nenhum instrumento de avaliação validado no Brasil, e que seja específico da Musicoterapia. Para a realização de pesquisas em Musicoterapia é necessário utilizar-se instrumentos de outras áreas, conforme os instrumentos citados anteriormente, para verificação e análise da cognição.

Em pesquisa de intervenção musical com pessoas com declínio cognitivo realizada por Albuquerque (2012), encontrou-se resultados com efeitos benéficos da música, possibilitando resgate da memória musical, da memória recente e de lembranças relacionadas aos familiares, lugares e situações vivenciadas. Porém, essa pesquisa tinha apenas cinco participantes, motivo pelo qual deve-se realizar novos estudos na área, tanto com pessoas que tenham declínio cognitivo, quanto com pessoas que tenham o cognitivo preservado (ALBUQUERQUE, 2012).

Albuquerque (2012) afirma, ainda, que a utilização da música com esse público é viável porque a memória para a música é o último tipo de memória que as pessoas perdem. O efeito da música é duradouro e melhora sua função cognitiva. E ressalta que a escolha da melodia e do ritmo usados no tratamento dessas pessoas idosas deve ser feita de forma individualizada, considerando as necessidades singulares, assim como o gosto pessoal por determinados estilos musicais (IDEM, 2012). Para entender melhor sobre a intervenção com música, é preciso conhecer um pouco mais sobre a Musicoterapia.

Conforme a World Federation of Music Therapy (WFMT)(2011), Musicoterapia é a utilização da música e dos seus elementos sonoros por um profissional qualificado e com fins terapêuticos. Pode ocorrer em ambientes médicos, educacionais e sociais, individualmente ou em grupo. Seus objetivos são estimular para que sobrevenha uma melhora nas condições físicas, sociais, emocionais e intelectuais, buscando uma melhor qualidade de vida. O trabalho do musicoterapeuta parte da consideração dos aspectos culturais, sociais e políticos.

A Musicoterapia pode proporcionar um momento de reorganização cognitiva para a pessoa com declínio cognitivo, no decorrer da interação com o(a) musicoterapeuta e/ou o grupo, tendo a oportunidade de se expressar e comunicar por meio de sons e canções. Essas atividades levarão ao contato com suas lembranças (memórias) e emoções, conscientizando-se e manifestando-se dentro de suas possibilidades cognitivas atuais (CUNHA, 2007). Além disso, a Musicoterapia pode atuar como uma forma de aprendizado e estímulo cognitivo para pessoas idosas com ou sem declínio cognitivo significativo.

Esta tese de doutorado propõe a construção e validação de um instrumento de avaliação em Musicoterapia, com enfoque na cognição da pessoa idosa participante de um processo grupal musicoterapêutico. A reflexão sobre os objetivos da linha de pesquisa Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, a

percepção de que o envelhecimento populacional tem aumentado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2021a), somadas à motivação pessoal e profissional para contribuir com a pessoa idosa, ensejaram a elaboração deste estudo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Como justificativa pessoal, houve, por parte da autora, a pretensão de colaborar com a sistematização da profissão do musicoterapeuta, em função de sua formação acadêmica e de sua realização profissional.

De acordo com Silva e Silva (2013), a manutenção das habilidades cognitivas é um dos fatores necessários para a manutenção da saúde e da qualidade de vida durante o envelhecimento, de forma que contribui para os domínios físicos e sociais. Pessoas idosas que obtêm resultados satisfatórios em avaliações cognitivas apresentam níveis satisfatórios de autonomia, independência e participação comunitária, configurando o envelhecimento bem-sucedido. Com isso, direciona-se a justificativa científica.

Em uma revisão sistemática realizada por Alcântara-Silva *et al.* (2014), sobre a reabilitação da pessoa idosa com DA e a Musicoterapia, as pesquisadoras encontraram apenas quatro publicações na língua portuguesa, e essas utilizaram a música de forma receptiva para avaliar a influência sobre a fluência verbal, memória, memória autobiográfica e memória musical.

Em revisão sistemática realizada por Zmitrowicz e Moura (2018), do período de 1971 a 2017, foram encontrados dez instrumentos de avaliação na área da Musicoterapia e do envelhecimento, sendo que nenhum deles foi traduzido para o português e validado no Brasil. São eles: *Music in Dementia Assessment* (MIDAS), *Korean Music-Based Evaluation of Cognitive* (K- MBECF), *Music Therapy Assessment*, *Assessmente of Functions of Music Therapy* (AFMT), *Assessment of Active Music Participation* (AAMP), *Music Assesmente os Gerontologic Needs and Treatment* (MAGNET), *Geriatric Music Therapy Clinical Assessment*, *Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (MBECF) *Residual Music Skills Test* (RMST) e *Music Therapy Check List – Dementia* (MTCL–D). Dos instrumentos mencionados, somente cinco deles realizaram pesquisa psicométrica.

A profissão de musicoterapeuta é recente, pós Segunda Guerra Mundial e, no Brasil, início da década de 1970, e há, somente, um pequeno número de programas de pós-graduação de outras áreas que orientam musicoterapeutas no desenvolvimento de novas pesquisas. Para apresentar esse cenário, foi realizada uma revisão de escopo que consiste num mapeamento da literatura, inédito, conforme área de interesse.

Em um levantamento a respeito das publicações, foi feita uma revisão de escopo com os descritores na língua portuguesa (Musicoterapia, cognição, idoso, avaliação de programas e instrumentos de pesquisa) e na língua inglesa (*music therapy, cognition, elderly/aged, evaluation of research programs and tools*), nas bases de dados *PUBMED/Medline, ERIC, PsycInfo, BVS, LILACS, Web of Science, Scopus* e *CAPEs*. Nos periódicos: *American Music Therapy Association, Nordic Journal of Music Therapy – Journal of Music Therapy, British Journal of Music Therapy, Canadian Journal of Music Therapy, New Zealand Journal of Music Therapy, Music Therapy Perspectives, Australian Journal of Music Therapy* e *Voices Journal of Music Therapy*, ocorrida nos últimos 30 anos.

Foram encontrados 15 instrumentos de avaliação em Musicoterapia voltados para pessoas idosas: *Music Therapy Assessment Tool* (GLYNN, 1992), *Residual Musical Skills Test* (YORK, 1994), *Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (LIPE, 1995), *Geriatric Music Therapy Clinical Assessment* (HINTZ, 2000), *Musical Assessment of Gerontologic Needs and Treatment* (ADLER, 2001), *Assessment of Functions of Music Therapy Assessment Of Active Music Participation As An Indication Of Subsequent Music Making Engagement For Persons With Midstage Dementia* (CLAIR, 2005), *Assessment of Functions of Music Therapy* (ROHRBACHER, 2007), *Music Therapy Assessment of Older Adults in Nursing Homes* (NORMAN, 2012), *Music Therapy for People with Dementia* (MITSUDOME, 2013), *Music in Dementia Assessment* (MCDERMOTT, 2014), *Korean Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (KO; MOON, 2014), *Music Therapy Check List Dementia* (RAGLIO et al., 2015), *Evaluation of music engagement in dementia* (LEM, 2015), *Music Therapy Engagement Scale for Dementia* (TAN et al., 2018), e *Music Therapy Orientation test MOT* (BERRUCHON; BRÉARD; MAC NAB, 2020).

Pode-se observar que os instrumentos apresentados são direcionados para pessoas com declínio cognitivo e/ou demência. O instrumento que pretende-se construir e validar atenderá toda a população idosa moradora em Instituição de Longa

Permanência para Idosos (ILPI), independentemente do estado cognitivo. Além disso, nenhum desses instrumentos apresentados está traduzido e validado para a língua portuguesa, com as adaptações socioculturais necessárias para a população brasileira.

Como justificativa social, sabe-se que a população idosa ainda é invisibilizada e há pouco investimento na educação e na capacidade de produção da pessoa idosa, o que pode ser constatado, nas poucas ações para o desenvolvimento de políticas públicas para pessoas idosas no território nacional, bem como no baixo número de pessoas idosas como discentes em universidades públicas.

Como justificativa científica, tem-se que, no campo da educação, há poucos estudos sobre envelhecimento. Na base de dados ERIC foram encontrados 3.495 estudos com o descritor *Older Adults*; já com o descritor *Children*, foram encontrados 62.184, nos últimos 10 anos. O que constata que o potencial de aprendizado nessa faixa etária é pouco considerado.

Com isso, esta pesquisa visa contribuir como embasamento teórico para novas políticas, bem como novas oportunidades para musicoterapeutas que atuam na área do envelhecimento voltadas à elaboração de projetos de educação e saúde para pessoas idosas.

É fundamental a construção e validação de um instrumento de avaliação em Musicoterapia para pessoas idosas na língua portuguesa e adaptado à cultura/sociedade brasileira, ou tradução e validação transcultural de um instrumento de avaliação em Musicoterapia validado em outra língua e cultura/sociedade.

Para a elaboração desta tese, seguiram-se as seguintes questões norteadoras: quais são os principais aspectos da cognição trabalhados no processo musicoterapêutico com pessoas idosas? Quais os instrumentos de avaliação existentes nas áreas de Musicoterapia e envelhecimento? Quais aspectos da pessoa idosa esses instrumentos avaliam? Como elaborar e validar um instrumento de avaliação em Musicoterapia adequado à população brasileira idosa?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Construir e validar um instrumento de avaliação para investigar os aspectos cognitivos de pessoas idosas em processo musicoterapêutico grupal.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Investigar os aspectos cognitivos trabalhados no processo musicoterapêutico com pessoas idosas;
- b) examinar a composição dos itens do instrumento de avaliação em construção;
- c) realizar a validação de conteúdo do instrumento de avaliação;
- d) verificar a estrutura fatorial do instrumento de avaliação;
- e) verificar a consistência interna do instrumento de avaliação;
- f) verificar a reprodutibilidade teste-reteste do instrumento de avaliação;
- g) verificar a validade convergente do instrumento identificando sua relação com indicadores de avaliação cognitiva;
- h) identificar o ponto de corte do escore do instrumento que identifique indivíduos sem declínio cognitivo.
- i) Apresentar a versão final do instrumento de avaliação construído

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo delimita-se a construir e validar um instrumento de avaliação em Musicoterapia com o objetivo de verificar os aspectos cognitivos da pessoa idosa em processo musicoterapêutico grupal.

1.4 ESTRUTURA DA TESE

Cinco seções principais constituem esta tese: Introdução, Levantamento Teórico, Método, Resultados e Discussões, e Considerações Finais. As seções complementares trazem as Referências, os Apêndices e os Anexos.

Na seção 1, a Introdução, são apresentados os principais assuntos desta tese: envelhecimento, população idosa brasileira, educação na fase idosa, cognição, instrumentos de avaliação e Musicoterapia. Em sucessão, as justificativas pessoais, sociais e científicas, e os objetivos geral e específicos.

Na seção 2, abordada-se o Levantamento Teórico realizado para embasamento desta tese. Os temas permeados são: envelhecimento com enfoque na população de 60 anos ou mais, gerontologia educacional na tentativa de informar a população sobre os aspectos da pessoa idosa, cognição e instrumentos de medida no processo de envelhecimento, caracterização das instituições de longa permanência para idosos e a Musicoterapia como uma possibilidade de desenvolvimento pessoal. Para finalizar este capítulo, apresenta-se uma revisão de escopo sobre instrumentos de avaliação e Musicoterapia.

A seção 3 apresenta o Método para construção e validação do instrumento de pesquisa que envolve a matriz analítica para construção das questões; os dados quantitativos e a psicometria, com a coleta de dados e análise estatística; etapas qualitativas com o grupo focal e análise de conteúdo; os fatores de inclusão e exclusão; e, por fim, o projeto piloto e a aprovação do comitê de ética.

A quarta seção traz os Resultados desta pesquisa. Apresentando os dados qualitativos e os dados quantitativos desta tese, inclui-se a apreciação do instrumento de avaliação por especialistas, descrição da amostra, coleta de dados e análise estatística com a pontuação de corte do instrumento de avaliação.

Na seção 5 constam as Discussões de todo o processo de construção e validação do instrumento de avaliação proposto nesta pesquisa. Apresenta-se, também, as limitações do estudo e as adaptações necessárias do instrumento.

A seção 6 traz as Considerações Finais, apontando sugestões de novas aplicações do instrumento de avaliação proposto para novos estudos, em outras populações, ambientes e faixas etárias.

Na sequência, serão contextualizados os referenciais teóricos adotados nesta pesquisa.

2 LEVANTAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se o levantamento teórico realizado para embasamento desta pesquisa. Os temas permeados são: envelhecimento com enfoque na população de 60 anos ou mais; gerontologia educacional na tentativa de informar a população sobre os aspectos da pessoa idosa; cognição e instrumentos de medida no processo de envelhecimento; caracterização das instituições de longa permanência para idosos; e a Musicoterapia como uma possibilidade de desenvolvimento pessoal.

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Como referencial teórico optou-se por selecionar autores(as) com pesquisas atualizadas, bem como clássicos da literatura técnica de interesse desta tese (Quadro 1).

QUADRO 1 – QUADRO DE REFERÊNCIAS TEÓRICAS

ASSUNTO	REFERÊNCIAS
ENVELHECIMENTO	PARENTE <i>et al.</i> (2006); FREITAS; PY (2016); NERI (2008); WITTER; BURITI (2011); BEAUVOIR (1990); IBGE (2018/2022); MAEDA; PETRONI (2020); OPAS/OMS (2015)
GERONTOLOGIA EDUCACIONAL	CACHIONI (2008); VIEIRA (2015); PETERSON, (1970/1990); DELORS (1996); BRASIL(2022); DOLL (2015); JUNIOR <i>et al.</i> (2018)
MUSICOTERAPIA	UBAM (2018); BRUSCIA (2016); LEINIG (1977); DILEO (2016); BARCELLOS (2016); TOMAINO (2014); PFEIFFER; ZAMANI (2017); ZANINI (2007); THAUT; HOEMBERG (2014); JACOBSEN <i>et al.</i> (2015); GOLD <i>et al.</i> (2019)
COGNIÇÃO / INSTRUMENTOS DE MEDIDA	VERAS; LOURENÇO (2010); ROZESTRATEN (1988); LURIA (1981); GONZALEZ (2010); FOLSTEIN (1975); SUNDERLAND <i>et al.</i> (1989); CARAMELLI <i>et al.</i> (2003); PINTO (2019); BERTOLUCCI <i>et al.</i> (1998); THAUT; HOEMBERG (2014); SÉ <i>et al.</i> (2012)
CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	MAEDA; PETRONI (2020); DUARTE <i>et al.</i> (2018); IPARDES (2008); LOURENÇO; SANTOS (2021); ALMEIDA <i>et al.</i> (2017)

FONTE: A Autora (2022).

2.1.1 Envelhecimento

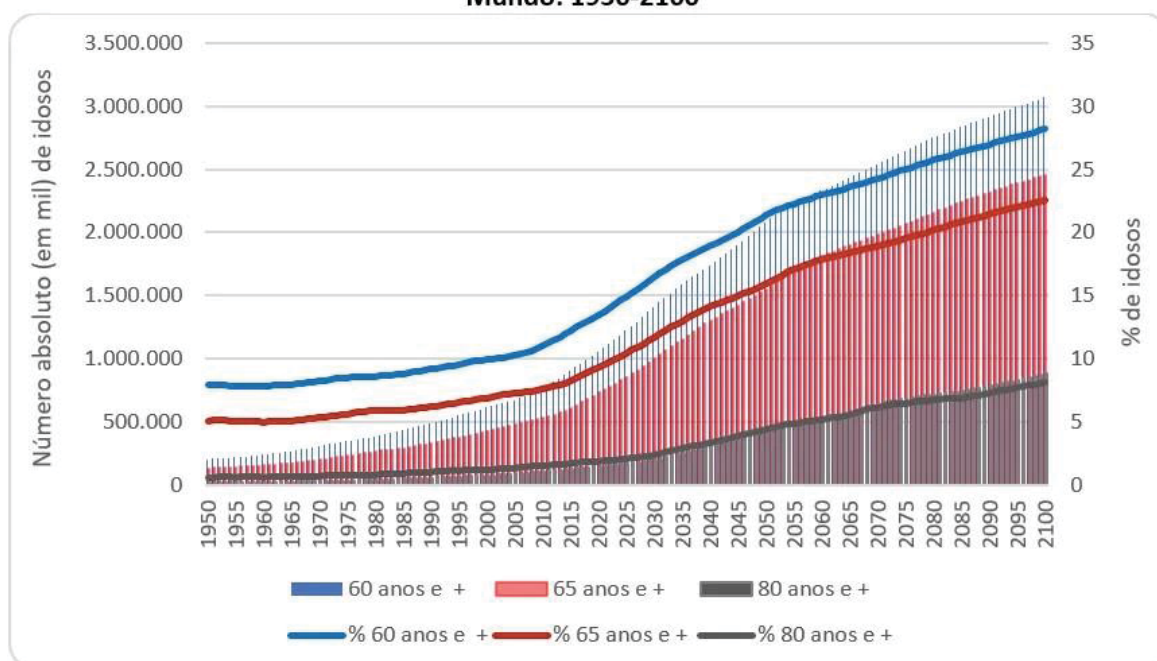
O século XX marcou, definitivamente, a importância do estudo do envelhecimento devido ao aumento do número de pessoas idosas no mundo. A proporção de pessoas idosas no Brasil ultrapassa 13,5% da população, representando em torno de 28 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2021a).

Mesmo o envelhecimento não sendo um processo novo, muitas das suas necessidades específicas ainda estão por ser identificadas e trabalhadas. Esse fenômeno mundial é associado à ausência de um número suficiente de serviços de suporte e estrutura, com a consequência de uma dificuldade crescente no planejamento e na organização dessa conjuntura. Assim, os setores público e privado estão sobrecarregados e pouco preparados para essa população, de forma que gera a falta de serviços para o cuidado adequado da pessoa idosa (MAEDA; PETRONI, 2020).

Para ilustrar o desenvolvimento populacional, apresenta-se o Gráfico 1 e Tabelas e Gráficos subsequentes:

GRÁFICO 1 – POPULAÇÃO ABSOLUTA E RELATIVA DE PESSOAS IDOSAS DE 60 ANOS OU MAIS, 65 ANOS OU MAIS E 80 ANOS OU MAIS

População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais
Mundo: 1950-2100



FONTE: IBGE (2021a).

No Gráfico 1 pode-se observar a ascensão do número de pessoas idosas no mundo, sendo em azul a população com mais de 60 anos (marca da passagem para a velhice nos países em desenvolvimento), em vermelho a população com mais de 65 anos (marca da passagem para a velhice nos países desenvolvidos) e, em cinza, a população com mais de 80 anos, que visivelmente absorvia um pequeno número da população no meio do século passado. Na Tabela 1 é possível visualizar os números com mais precisão:

TABELA 1 - POPULAÇÃO ABSOLUTA E RELATIVA DE PESSOAS IDOSAS DE 60 ANOS OU MAIS, 65 ANOS OU MAIS E 80 ANOS OU MAIS

População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais

Mundo: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil)

Anos	Total	60 anos e +	65 anos e +	80 anos e +	% 60 e +	% 65 e +	% 80 e +
1950	2.538.381	202.157	128.709	14.281	8,0	5,1	0,6
2000	6.145.494	610.886	422.209	71.715	9,9	6,9	1,2
2020	7.796.819	1.049.748	727.606	145.504	13,5	9,3	1,9
2050	9.735.034	2.079.639	1.548.852	426.367	21,4	15,9	4,4
2100	10.874.902	3.069.374	2.456.436	881.008	28,2	22,6	8,1
2100/1950	4,3	15,2	19,1	61,7	3,5	4,5	14,4

UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

FONTE: WPP (2019).

Na Figura 1, apresenta-se a situação do Brasil com relação ao número de pessoas idosas, no 4º trimestre do ano de 2015, considerando população por grupos de idade (porcentagem).

FIGURA 1 - 4º TRIMESTRE DE 2015 - POPULAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE (PORCENTAGEM)

Tabela 5918 - População, por grupos de idade	
Variável - Percentual da população (%)	
Brasil	
Trimestre - 4º trimestre 2015	
Grupo de idade	
Total	60 anos ou mais
100,0	14,3
Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral	

FONTE: IBGE (2021b).

Na Figura 2, apresenta-se a situação do Brasil com relação ao número de pessoas idosas, no 4º trimestre do ano de 2015, considerando população por grupos de idade (mil pessoas).

FIGURA 2 - POPULAÇÃO POR GRUPO DE IDADE (MIL PESSOAS)

Tabela 5918 - População, por grupos de idade	
Variável - População (Mil pessoas)	
Brasil	
Trimestre - 4º trimestre 2015	
Grupo de idade	
Total	60 anos ou mais
203.482	29.076
Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral	

FONTE: IBGE (2021b).

Para comparar com a situação atual, apresenta-se a Figura 3, com os dados do 4º trimestre de 2020, considerando população por grupos de idade (porcentagem).

FIGURA 3 - 4º TRIMESTRE DE 2020 - POPULAÇÃO POR GRUPOS DE IDADE (PORCENTAGEM)

Tabela 5918 - População, por grupos de idade	
Variável - População (Mil pessoas)	
Brasil	
Trimestre - 4º trimestre 2020	
Grupo de idade	
Total	60 anos ou mais
211.652	38.998
Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral	

FONTE: IBGE (2021b).

Na Figura 4, apresenta-se a situação do Brasil com relação ao número de pessoas idosas, no 4º trimestre do ano de 2020, considerando população por grupos de idade (mil pessoas).

FIGURA 4 - 4º TRIMESTRE DE 2020 - POPULAÇÃO POR GRUPO DE IDADE (MIL PESSOAS)

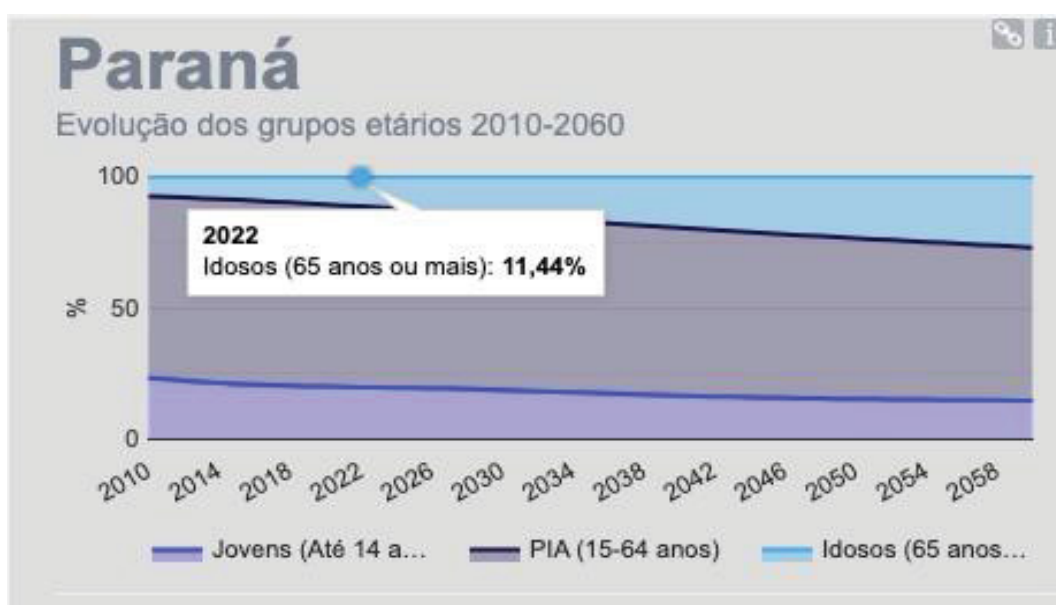
Tabela 5918 - População, por grupos de idade	
Variável - Percentual da população (%)	
Brasil	
Trimestre - 4º trimestre 2020	
Grupo de idade	
Total	60 anos ou mais
100,0	18,4

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral

FONTE: IBGE (2021b).

No Gráfico 2, é possível verificar a evolução dos grupos etários do Estado do Paraná, a partir de 2010, com projeção até 2060, com destaque para o aumento da população idosa em azul claro. No estado do Paraná, em 2022, estimou-se 11,44% da população como idosa (IBGE, 2022).

GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS DO PARANÁ



FONTE: IBGE (2022).

No Gráfico 3 é possível verificar a evolução dos grupos etários do cenário nacional, do ano 2010 com projeção até o ano 2060, com destaque para o aumento da população idosa em amarelo. Em 2022 estimou-se 10,49% da população brasileira como idosa (IBGE, 2022).

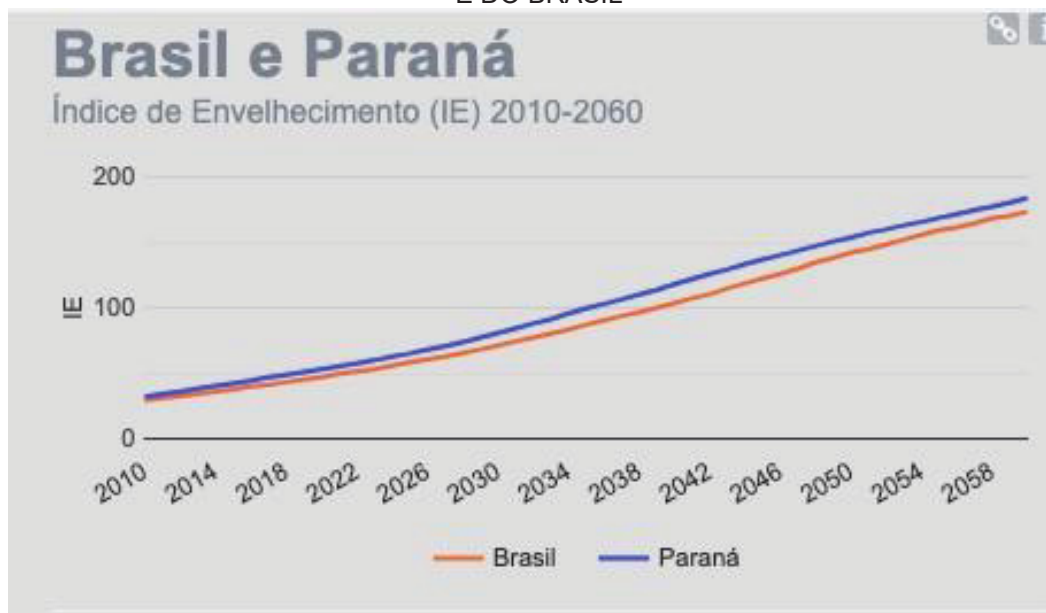
GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS DO BRASIL



FONTE: IBGE (2022).

No Gráfico 4 é possível verificar a evolução do índice do envelhecimento (IS) do Estado do Paraná e do Brasil, do ano 2010 com projeção até o ano 2060, com destaque para o aumento da população idosa em azul claro.

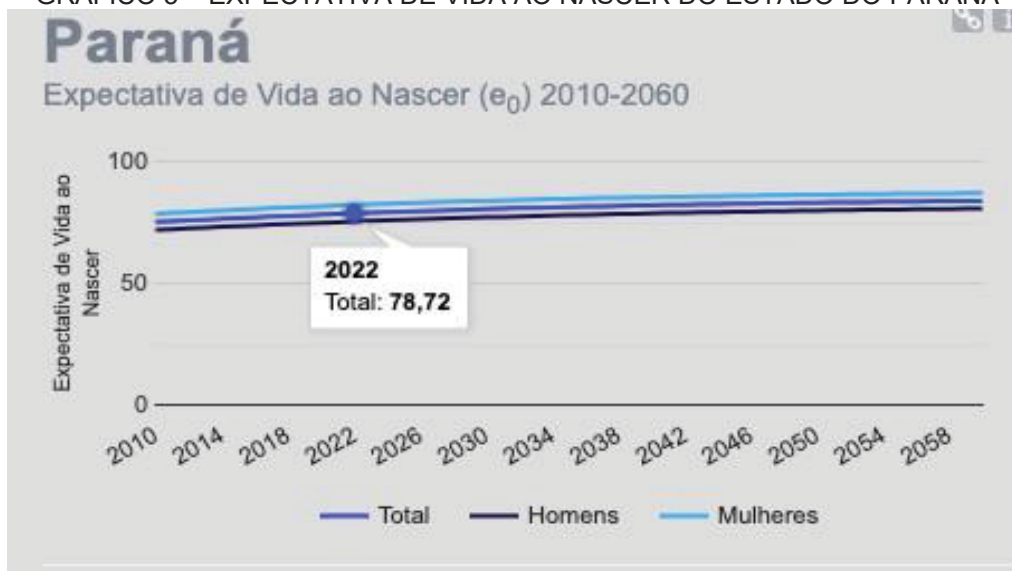
GRÁFICO 4 – EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DO ESTADO DO PARANÁ E DO BRASIL



FONTE: IBGE (2022).

No Gráfico 5, é possível verificar a expectativa de vida ao nascer dos paranaenses, de 2010 com projeção a 2060. Em 2022, a expectativa de vida média no estado do Paraná é de 78 anos (IBGE, 2022).

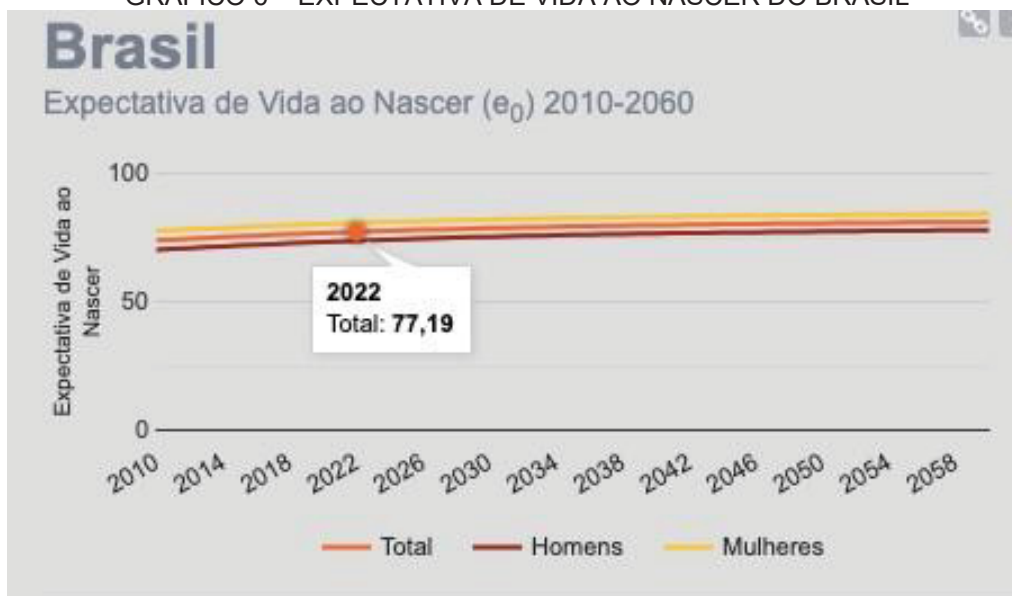
GRÁFICO 5 – EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER DO ESTADO DO PARANÁ



FONTE: IBGE, 2022.

No Gráfico 6 é possível verificar a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros, a partir de 2010, com projeção a 2060. Em 2022, a expectativa de vida média no Brasil é de 77 anos, um ano a menos do que no estado do Paraná (IBGE, 2022).

GRÁFICO 6 – EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER DO BRASIL



FONTE: IBGE (2022).

Com a análise dessas tabelas e gráficos, pode-se afirmar que o aumento da longevidade representa uma conquista do campo da saúde. Contudo, torna-se um desafio às demandas sociais e econômicas, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

O envelhecimento é mais uma das etapas do desenvolvimento humano composto de transformações do organismo, nas suas estruturas físicas, no processo cognitivo, bem como na percepção dessa transformação. Os aspectos multidimensionais abordados nessa percepção sobre o envelhecimento influenciam diretamente na saúde da pessoa idosa e nas mudanças cognitivas que ocorrem nesse período (PARENTE *et al.*, 2006).

São múltiplos os aspectos que caracterizam essa fase, e é imprescindível atenção no campo da saúde, como bem-estar físico e psíquico, no campo social e, conseqüentemente, na qualidade de vida (NETTO, 2016).

Avaliar a qualidade de vida consiste em comparar as condições disponíveis com as desejáveis, ela é passível de comparação mas não há medidas precisas. Envolve o prazer, a satisfação, o bem-estar e a desejabilidade, e sempre é afetada por valores e expectativas individuais e coletivas, de modo que influencia na satisfação com a vida e a perspectiva de futuro. Os principais indicadores para avaliar a qualidade de vida são: saúde percebida, doenças relatadas, consumo de medicamentos, dor e desconforto, alterações percebidas na cognição e senso de auto eficácia nos domínios físico e cognitivo (NERI, 2008).

Camarano e Kanso (2016) ressaltam que ao pensar em velhice, é importante observar além do corpo. É necessário pensar nas perdas progressivas de função e de papéis sociais, adquiridas por meio de capacidades básicas e do meio ambiente. As representações da velhice, a posição social das pessoas idosas na sociedade, são categorias históricas e socialmente determinadas.

O bem-estar na velhice está diretamente associado à capacidade de satisfação da pessoa, à capacidade de acomodação às perdas físicas e cognitivas, e assimilação de informações positivas sobre si. Suas relações familiares, de trabalho, de amizade, bem como a condição da sua sexualidade e espiritualidade influenciarão no seu processo de envelhecimento (NERI, 2008).

A OMS (2015) define o envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na fase idosa. A capacidade funcional, por sua vez, pode ser compreendida como a

associação da capacidade intrínseca da pessoa, características ambientais relevantes e as interações entre ambos. A capacidade intrínseca é a articulação das capacidades físicas e mentais, o que inclui a capacidade psicossocial. As características ambientais consideram o contexto de vida e as relações sociais. A percepção de bem-estar é singular e composto de subjetividades, incluindo sentimentos de realização, satisfação e felicidade.

Em 2020, as Nações Unidas, em Assembleia, declararam o período de 2020 a 2030 como a década do Envelhecimento Saudável. A declaração tem como finalidade alcançar e apoiar ações para a construção de uma sociedade que atende todas as idades, com o esforço da sociedade civil, dos governos, universidades e setor privado, de modo que as pessoas idosas e suas famílias fiquem no foco desse plano e tenham a possibilidade de participação social ativa, cuidados continuados da saúde e apoio político. As ações foram organizadas da seguinte forma (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE(OPAS)/OMS, 2015):

Área de ação I: mudar a forma de pensar, sentir e agir com relação à idade e ao envelhecimento. Mesmo com as contribuições das pessoas idosas no decorrer da vida, quando chega a fase idosa, não é valorizada, de forma que prejudica seu bem-estar. Sendo assim, esta ação visa garantir a independência e a autonomia da pessoa idosa, o consentimento em relação aos dados de sua saúde, acessibilidade, seguridade social e a possibilidade de mobilidade.

Área de ação II: garantir que a comunidade proporcione um ambiente saudável para as pessoas idosas. É importante que as esferas físicas, sociais e econômicas ofereçam possibilidades para as pessoas idosas, com um ambiente agradável para se viver, trabalhar, brincar e envelhecer, atingindo o bem-estar de toda a sociedade, de pessoas de todas as idades. Ou seja, visa garantir a inclusão dos mais vulneráveis, a oportunidade de conectar cidades e comunidades, trocar informações e experiências de forma que facilite o aprendizado em diferentes contextos, criar ferramentas de apoio aos países e instrumentos de avaliação do progresso de criação de ambientes mais amigáveis à pessoa idosa, bem como prioridades e oportunidades de ações coletivas e colaborativas.

Área de ação III: serviços de cuidados integrados e atenção primária de saúde adequado e centrado na pessoa idosa. Assistência de qualidade interligada com os prestadores de serviços à curto e longo prazo, e integrada com os sistemas de saúde e social centrados no envelhecimento. Implantação de serviços voltados à

manutenção e melhoria da capacidade funcional da pessoa idosa para um processo saudável. A capacidade funcional é um atributo ligado à saúde que permite que as pessoas sejam e façam aquilo que valorizam. Envolve todas as capacidades físicas e mentais da pessoa, e a interação desses dois fatores com o ambiente.

Áreas de ação IV: acesso ao cuidado a longo prazo de pessoas idosas vulneráveis. O declínio das habilidades físicas e mentais causa limitações das capacidades das pessoas idosas, incluindo seus cuidados pessoais e sua participação na sociedade. A maioria da população vulnerável é composta por pessoas idosas que necessitam de cuidados de familiares e amigos. O acesso a atendimento de longo prazo de boa qualidade é fundamental para a capacidade funcional e para uma vida digna, bem como é necessário prestar apoio aos cuidadores, para cuidados com sua saúde.

Pessoas idosas saudáveis, com autonomia e independência, contribuem para o bem-estar de sua família e da comunidade, sua participação na sociedade e no campo da saúde não pode ser passiva. Muitas pessoas idosas se encontram numa situação socioeconômica complexa e de incertezas, e somente com ações oportunas será possível contribuir com esse grupo etário para o desenvolvimento social, evitando futuras crises para a estrutura de saúde e assistência social (OPAS/OMS, 2015).

A velhice é marcada pela diminuição da força física, do vigor, da rapidez e da destreza. E a presença de doenças e da incapacidade, que restringem as oportunidades de socialização e afeto na velhice, interferem diretamente no estado de humor da pessoa idosa, bem como no seu interesse por ações e novas atividades ou atividades que simplesmente se afastem do trivial (NERI, 2008).

O envelhecimento é um processo inevitável, multifacetado, e é fundamental que a sociedade, os profissionais da saúde e da educação, o governo e as próprias pessoas idosas entendam que é um fenômeno irreversível, que requer cuidados, mas que não significa finitude, portanto, deve ser experienciado com qualidade (WITTER; BURITI, 2011).

Beauvoir foi uma das primeiras estudiosas sobre a velhice a perceber a dificuldade de conceituar essa fase, na década de 1970. Acabou por caracterizar como uma instituição social, e não apenas biológica. Situou a velhice considerando as diversas sociedades, culturas, e o período histórico, de modo que, ao entender o fenômeno do envelhecimento, propõe a compreensão do todo, por meio dos aspectos biopsicossociais (BEAUVOIR, 1990). Afirma ainda que “o declínio do corpo acarreta o

indivíduo por inteiro” e “uma bela velhice é aquela que tem lentidão da idade, mas sem deficiências” (BEAUVOIR, 1990, p. 136).

Beauvoir apresenta a história da velhice independentemente da cultura ou da época, relacionando com o contexto socioeconômico em questão. As relações estabelecidas entre adultos e pessoas idosas ou crianças e pessoas idosas dependem do projeto de sociedade, sobretudo daqueles que detêm o poder, inobstante sua idade. Tudo isso influenciará na administração da vida pessoal (BEAUVOIR, 1990).

Com essa crítica de Beauvoir (1990), este projeto apresenta a Gerontologia Educacional como uma possibilidade de investimento na pessoa idosa e no processo de envelhecimento.

2.1.2 Gerontologia educacional

Uma das áreas que se dedica ao estudo do envelhecimento é a Gerontologia Educacional. Termo criado em 1970, na Universidade de Michigan, por David Peterson, tem como definição: “campo de estudo e prática de métodos e técnicas de educação com o conhecimento do envelhecer e as necessidades do idoso”. O mesmo autor define, ainda, como uma tentativa de aumentar e aplicar o conhecimento da educação e do envelhecimento, a fim de melhorar a vida das pessoas idosas (CACHIONI, 2008).

A ausência de informações e conhecimento relativos ao envelhecimento é um impedimento para que a população idosa desfrute de forma plena a última fase da vida, que muitas vezes contempla apenas a aposentadoria. É primordial desmistificar esse período caracterizado por perdas, pela proximidade com a morte e a pouca produção. A sociedade brasileira pouco valoriza a sabedoria da pessoa idosa, e a marginalização muitas vezes começa dentro de casa (VIEIRA, 2015).

A mesma autora afirma que as cidades não são urbanizadas de forma que atendam as necessidades de acessibilidade, e os governantes entendem a população idosa como uma grande despesa. Sustenta, também, que a academia científica foca suas pesquisas no binômio saúde-doença e pouco se atém na prevenção e promoção da saúde da população idosa. Assim como os congressos dão preferência a temas ligados à enfermidade, doenças, demências, em detrimento da Gerontologia

Educacional, o que faz com que os estereótipos do envelhecimento sejam reforçados (VIEIRA, 2015).

A Gerontologia Educacional envolve programas educacionais voltados às necessidades das pessoas idosas, considerando suas características, educação para a população geral sobre o envelhecimento, o que permite aos jovens repensar seus conceitos sobre velhice e se preparar para essa fase; e formação de recursos humanos para o trabalho com as pessoas idosas, seja pela capacitação técnica ou pela formação de pesquisadores (CACHIONI, 2008).

Em 1970, Peterson disse que a gerontologia educacional pouco se dedicou à formação da população geral sobre o processo de envelhecimento, bem como a qualificação de profissionais da área. Considerou que o envelhecimento é de interesse de toda a população e de todas as faixas etárias, por entender que o processo ocorre durante toda a vida adulta e, ainda, colocou a importância da convivência entre gerações para trocas entre si (PETERSON, 1970).

Em 1990, Peterson explica que a gerontologia educacional é um trabalho que busca aplicar o conhecimento sobre o envelhecer e a educação com o objetivo de proporcionar anos saudáveis e produtivos e com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Menciona que é necessário pensar numa educação transformadora que permita a criação e a utilização de ferramentas necessárias às pessoas idosas, para participação e intervenção (autonomia) nas tomadas de decisão sobre sua vida, e independência dentro da sociedade (PETERSON, 1990).

Peterson (1990) separa a Gerontologia Educacional em área prática e teórica. Considera a área prática como capaz de prevenir o declínio prematuro, de forma a investir no cognitivo da pessoa idosa. E a área teórica (conhecimento) com o foco nas mudanças intelectuais ao longo da vida, considerando os fatores motivacionais que determinam a participação educacional (IDEM, 1990).

Em 1996, Delors apresenta a Gerontologia Educacional separada em três pilares: educação de pessoas idosas, gerontologia educativa e gerontologia acadêmico-profissional, este último com o objetivo de habilitar acadêmicos a fazerem intervenções de qualidade, a fim de colaborar com as necessidades básicas de aprendizagem, bem como colaborar com a pessoa idosa para que ela aprenda a ser, a saber fazer, a aprender conhecer e viver em sociedade (DELORS, 1996).

Percebe-se uma pequena diferença entre as classificações e divisões de objetivos e áreas, mas fica evidente a preocupação em inserir as pessoas idosas na

sociedade, de forma ativa e saudável, com autonomia e independência. Bem como a importância de conscientizar a população sobre o inevitável processo de envelhecimento e suas consequências.

O artigo 22 do Estatuto da Pessoa Idosa, publicado em 2003 e atualizado em 2022, descreve-se a necessidade de inserir conteúdos voltados ao processo de envelhecimento nos currículos dos diversos níveis do ensino formal, de forma que os conteúdos tratem do respeito e da valorização da pessoa idosa, contribuindo na eliminação do preconceito em relação a essa população, e produzindo conhecimento sobre a área (BRASIL, 2022).

Hoje, sabe-se que a educação e o aprendizado ultrapassam os limites das escolas e outros ambientes formais de ensino. A mídia, a publicidade, o cinema, o teatro, a música, organizações políticas e religiosas, produzem conteúdo sobre o envelhecimento e a pessoa idosa, que operam como dispositivos pedagógicos subjetivando as pessoas e produzindo modos de identificação e compreensão de si e do mundo. As imagens, os sons e os gestos orientam expectativas, valores, percepções e comportamentos de modo que produzam saberes e identidades por meio das intervenções e performances realizadas (DOLL, 2015).

O trabalho educativo pode motivar a desconstrução do estereótipo da velhice como algo vinculado à fragilidade e à vulnerabilidade e produzir novos saberes sobre o processo de envelhecimento. A educação pode estimular o processo de resiliência de pessoas idosas, provocando suas capacidades e facilitando a superação de dificuldades inerentes ao processo educacional e de situações adversas do cotidiano. A educação é um processo contínuo e amplo (DOLL, 2015).

Uma das áreas que pode contribuir com o contexto educacional da pessoa idosa é a Musicoterapia, que pode facilitar o processo de socialização, habilidade que muitas vezes as pessoas idosas perdem após a saída dos filhos de casa, após a perda de seu parceiro de vida. Ainda pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades linguísticas e intelectuais, estímulo da memória, reconhecimento dos sentimentos, de forma que favoreça a possibilidade da pessoa avaliar, criticar e interferir no mundo que vive (JUNIOR *et al.*, 2018).

Após verificar algumas possibilidades da Gerontologia Educacional no processo e na qualidade do envelhecimento, bem como reflexões da Educação em Saúde, este projeto passa a apresentar a Musicoterapia e sua relação com a educação e o envelhecimento.

Para Bruscia (2016), a Musicoterapia inserida no campo da educação pode atuar como meio profilático e reabilitativo, por meio de técnicas específicas utilizadas pelo(a) musicoterapeuta de forma que facilite a aprendizagem e minimize as dificuldades do processo educacional. Por meio das sensações potencializadas pela música, é possível abrir um campo para trabalho que envolva concentração, adequação de comportamento, desenvolvimento das funções intelectuais, além de uma melhora na expressão e comunicação dos sentimentos (BRUSCIA, 2016).

2.1.3 Musicoterapia

Segundo a *National Coalition of Creative Arts Therapies Associations* (NCCATA) (2012) a Musicoterapia é uma profissão que se utiliza da música para construção de uma relação terapêutica com objetivo de atender demandas físicas, emocionais, cognitivas e sociais, de pessoas de todas as idades. Os musicoterapeutas usam de estratégias musicais, sejam instrumentais e/ou vocais, para facilitar o processo de transformação que são de natureza não-musical. Após avaliação, são determinados objetivos terapêuticos e técnicas musicoterapêuticas adequadas, conforme contexto e necessidades do indivíduo.

Segundo a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) (2018):

Musicoterapia é um campo de conhecimento que estuda os efeitos da música e da utilização de experiências musicais, resultantes do encontro entre o/a musicoterapeuta e as pessoas assistidas. A prática da Musicoterapia objetiva favorecer o aumento das possibilidades de existir e agir, seja no trabalho individual, com grupos, nas comunidades, organizações, instituições de saúde e sociedade, nos âmbitos da promoção, prevenção, reabilitação da saúde e de transformação de contextos sociais e comunitários; evitando dessa forma, que haja danos ou diminuição dos processos de desenvolvimento do potencial das pessoas e/ ou comunidades.

Musicoterapeuta é o profissional de nível superior ou especialização, com formação reconhecida pelo MEC e com registro em seu órgão de representação de categoria. Ele(a) é habilitado(a) a exercer a profissão no Brasil. Ele(a) facilita um processo musicoterápico a partir de avaliações específicas, com base na musicalidade e na necessidade de cada pessoa e/ou grupo. Estabelece um plano de cuidado e um processo musicoterápico a partir do vínculo e de avaliações específicas atendendo às premissas de promoção da saúde, da aprendizagem, da habilitação, da reabilitação, do empoderamento, da mudança de contextos sociais e da qualidade de vida das pessoas, grupos e comunidades atendidas. O musicoterapeuta pode atuar em áreas como: Saúde, Educação, Social/Comunitária, Organizacional, entre outras.

A música é procedente dos vários papéis emocionais e sociais que desempenha na vida de uma pessoa e na cultura de uma sociedade. A música recebeu a antiga função de criar e facilitar a associação, integração e organização social de um grupo, de representar simbolicamente crenças e ideias, e de apoiar propósitos educacionais (THAUT; HOEMBERG, 2014).

A Musicoterapia é um processo interativo, com requisitos específicos, e requer ao menos duas pessoas para compartilhar experiências musicais. O processo é metódico e baseado num compromisso mútuo entre musicoterapeuta e participante, com base num corpo teórico e centrado na produção sonora, na criatividade, na beleza e na relação. Um objetivo comum em Musicoterapia, na orientação educacional, biomédica ou psicoterapêutica, é auxiliar o(a) participante a fazer conexões entre suas experiências, vontades, sentimentos e sensações em busca de um todo harmonioso. A pessoa, ao escutar e vivenciar a música, sente vibrações em seu corpo, percebe que ideias e sentimentos se encontram, passado e presente se conectam, e os diferentes aspectos se interligam trazendo sentido e significado para o momento vivido. A música pode potencializar esse processo, com ou sem auxílio verbal (BRUSCIA, 2016).

A Musicoterapia é uma profissão que surgiu de forma sistematizada pós Segunda Guerra Mundial, onde inicialmente a música foi utilizada para combater a dor dos feridos da guerra. O primeiro curso de Musicoterapia foi lançado em 1944, nos Estados Unidos, e a primeira associação de classe foi fundada em 1950, no mesmo país (LEINIG, 1977).

Quando a meta do processo musicoterapêutico é de natureza educacional, o desafio é a aprendizagem por meio de experiências musicais, no qual o trabalho pode permear linguagem, memória, atenção, concentração, percepção, imaginação e associação. As atividades musicais em Musicoterapia exploram as funções cognitivas, desenvolvendo habilidades de planejamento e organização, comunicando experiências internas e explorando as ideias e a imaginação (BRUSCIA, 2016).

As interações, no processo terapêutico, são de extrema importância, assim como as intervenções e estimulações. São ações essenciais para o crescimento e o desenvolvimento do(da) participante. A interação entre musicoterapeuta e participante pode proporcionar diversas modificações na percepção da realidade, por meio da música e dos elementos sonoros, como os sons vocais, corporais e instrumentais. Contudo, o musicoterapeuta deve estar atento para identificar quais são as maneiras

adequadas para esse tipo de ação, para induzir ou promover expressões. O processo musicoterapêutico, para fins didáticos, tem suas etapas bem delimitadas para que, de forma organizada e consciente, possam se estabelecer todas as etapas indispensáveis, do vínculo ao desligamento (BARCELLOS, 2016).

A Musicoterapia é focada na interação entre pessoa idosa e o musicoterapeuta ou grupo, e a escuta do(da) profissional e a música são elementos essenciais nesse processo. A pessoa idosa é incentivada a tocar instrumentos que permitem a expressão rítmica, melódica e harmônica, em momentos de recriação e improvisação (DILEO, 2016).

A ampliação do conhecimento sobre os efeitos da música na consciência, no bem-estar, na excitação fisiológica, na memória e coesão social de pessoas idosas, aponta a Musicoterapia como uma potencial intervenção no envelhecimento (DILEO, 2016).

Segundo Jacobsen *et al.* (2015) as intervenções musicais podem ser benéficas mesmo para pessoas com declínio cognitivo, devido à preservação relativa das áreas cerebrais relevantes para a memória musical. O foco das intervenções muitas vezes está ligado à provocação de respostas emocionais na busca de recuperar memórias do histórico de vida.

Conforme os autores, os processos grupais permitem mecanismos sociais por meio do senso de compartilhamento com a execução de obras musicais com seus pares. Bem como podem proporcionar o encontro com o sentido e o significado existencial, melhorar o humor, e recuperar a orientação, estimular o funcionamento cognitivo e promover qualidade de vida (JACOBSEN *et al.*, 2015).

Um dos princípios da Musicoterapia é a regulação dos afetos por meio da criação ativa e recíproca da música, com o uso do canto e de instrumentos musicais, de modo que facilita a relação entre os(as) participantes do grupo e o(a) musicoterapeuta. Outro princípio é atender as necessidades psicossociais de cada pessoa idosa na tentativa de proporcionar bem-estar social e emocional geral (GOLD *et al.*, 2019).

Ainda segundo Gold *et al.* (2019), a Musicoterapia trabalha o “aqui e agora” respondendo às expressões emocionais imediatas das pessoas idosas, contendo-as e incorporando-as nas manifestações musicais significativas para a evolução terapêutica. Para isso, é imprescindível considerar a formação cultural, a história de

vida, recursos, deficiências e pontos fortes das pessoas em processo musicoterapêutico.

A Musicoterapia tem técnicas¹ com experiências musicais específicas, como as organizadas por Bruscia (2016), em quatro categorias, conforme descritas a seguir:

Técnica de composição – por meio de criação de canções com letras e músicas instrumentais ou, ainda, a construção de paródia conforme a sua capacidade musical e com o apoio do(da) terapeuta. O objetivo é expressar e organizar pensamentos e sentimentos, desenvolver a habilidade de tomar decisões e de integralizar partes de um todo, e promover a exploração de temas terapêuticos.

Técnica de audição - envolve escuta musical, gravação de uma canção ou execução ao vivo, indicada pelo(a) terapeuta ou participante, que tem a oportunidade de responder verbal ou silenciosamente. Os objetivos são: promover a receptividade, evocar respostas corporais relaxantes ou estimulantes, estados e experiências afetivas, explorar ideias e pensamento dos outros, evocar o imaginário e experiências culminantes.

Técnica de recriação - momento de escolha de músicas para interpretar por meio de um instrumento musical ou da voz. Nesse caso, os objetivos buscados são: desenvolver habilidades sensório-motoras, aprimorar a 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.

Barcellos (2016) apresenta a técnica provocativa em Musicoterapia, que consiste na interrupção de uma sequência de sons, ritmos, melodias ou cadências harmônicas, com o objetivo de provocar o participante do processo a completar o que ficou incompleto na sequência apresentada pelo musicoterapeuta. A técnica é realizada de modo que cause surpresa pelo não fechamento, expectativa pelo fechamento e a necessidade de alívio ao completar a iniciativa.

Técnica de improvisação – envolve a exploração de sons, melodias ou ritmos de forma espontânea, individualmente ou em grupo, sem a necessidade de estruturá-los e armazená-los. Os objetivos desta 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,

¹ Na tradução do livro de BRUSCIA (2016) aparece o termo 'método', porém a autora entende que o termo adequado é técnica.

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

Essas são as técnicas mais utilizadas na Musicoterapia de um modo geral e também com pessoas idosas, na prática clínica e nas pesquisas de intervenção, no Brasil. A seguir, serão apresentados alguns trabalhos publicados de Musicoterapia com pessoas idosas.

Tomaino (2014) relata que é sempre marcante a reação de pessoas idosas que perderam a memória recente, ao ter contato com músicas familiares, músicas que fizeram parte do seu histórico de vida. Apresentam manifestações corporais, com destaque às alterações faciais, e frequentemente uma interação imediata com os sons. Afirma, ainda, que a música é capaz de despertar emoções profundas e significativas nas pessoas.

A pessoa idosa, ao contar repetidamente histórias da sua vida, tem como objetivo manter a memória ativada, e a música pode cobrir o mesmo papel, quando escutada, cantada ou apreciada por diversas vezes, no decorrer da vida. Isso torna a música uma forma de resgate das vivências, das dores, das conquistas que constituem o sujeito e permite conhecer e acessar a pessoa que está em processo musicoterapêutico (TOMAINO, 2014).

Para Pfeiffer e Zamani (2017), a música consegue estimular uma série de funções cognitivas da pessoa idosa, como a orientação, a atenção, a concentração, os diferentes tipos de memórias, a capacidade criativa e o funcionamento executivo. E o processo musicoterapêutico pode desenvolver o funcionamento cognitivo, pois envolve atividades complexas que demandam um funcionamento global, dinâmico e articulado do cérebro.

O(A) musicoterapeuta deve estar atento à fala do(da) participante e a relação com a realidade, observar a velocidade do processamento das informações, capacidade e formas de aprendizado, qualidade da atenção e da concentração, capacidade de seguir ordens simples e complexas, além dos diferentes tipos de memória (curto prazo, longo prazo, episódica e imediata) (PFEIFFER; ZAMANI, 2017).

Zanini (2007) ressalta a importância de receber cada participante do processo musicoterapêutico como um sujeito pleno de possibilidades a serem desenvolvidas, descobertas e/ou redescobertas, de modo que a escuta seja direcionada a cada um de forma ímpar, e que todas as pessoas tenham seus potenciais valorizados durante o “fazer musical”.

Conforme explicitado, esta pesquisa transitou pelos campos da cognição, gerontologia educacional, Musicoterapia e a construção e validação de instrumentos de avaliação.

Os(as) pesquisadores(as) que buscam avaliar a Musicoterapia na prática encontram bastante dificuldade, pois a tentativa de capturar a ação com aparelhos de gravação acaba por influenciar o ambiente, prejudicando a autenticidade da situação. Dessa forma, os instrumentos de medição devem ser executados de forma sensível, ajustando para o mais próximo da realidade cotidiana (FACHNER, 2016).

No próximo tópico serão abordados a cognição e seus instrumentos de medida na população idosa.

2.1.4 Cognição/instrumentos de medida

A cognição envolve funções tais como a atenção, percepção, linguagem e memória. A atenção consiste na relação entre o processo limitado de informações controladas cognitivamente e o montante disponível no ambiente externo, capturado pelos sistemas sensoriais, memórias já armazenadas e pensamentos. A atenção inclui processos conscientes e pré-conscientes e abrange toda a informação que o indivíduo está manipulando (VERAS; LOURENÇO, 2010).

A atenção se refere à capacidade de concentração e foco em estímulos específicos. A capacidade de atenção auditiva simples costuma apresentar um declínio ao final da vida; já a atenção seletiva e a atenção dividida costumam apresentar declínio mais cedo, por se tratar de processos mais complexos. A atenção seletiva se trata da capacidade de focar em informações específicas do ambiente, deixando as informações menos importantes de lado. A atenção dividida se trata da capacidade de se concentrar em várias atividades ao mesmo tempo (SILVA, 2020).

A percepção é um processo que está relacionado à atenção. Envolve o processo de interpretar, selecionar e organizar as informações obtidas sensorialmente. Esse é o constructo que propicia sentido, a partir de conhecimentos passados, aos objetos captados pela atenção (ROZESTRATEN, 1988). Segundo Luria (1981), a percepção é um processo ativo que envolve a procura das informações correspondentes, a distinção dos aspectos essenciais de um objeto, a comparação desses aspectos uns com os outros, a formulação de hipóteses apropriadas e a comparação, então, dessas hipóteses com os dados originais.

A linguagem é entendida como um instrumento de mediação simbólica, característica da espécie humana, utilizado nas trocas interpessoais e na internalização dos processos estabelecidos por essas trocas. Uma atividade instrumental essencialmente humana permite organizar ações e operações com a realidade objetiva, elaborações históricas e culturais da sociedade transformando sua própria constituição e conduta, permitindo a mediação entre indivíduos (GONZALEZ, 2010).

A linguagem é um domínio cognitivo complexo, composto de habilidades cognitivas cristalizadas e fluidas. A habilidade geral de linguagem permanece sem grandes alterações durante o envelhecimento. O vocabulário da pessoa idosa permanece estável e até melhora com o tempo. A nomeação de confronto visual, que envolve a capacidade de olhar um objeto comum e nomeá-lo, permanece quase a mesma até os 70 anos, e então costuma diminuir nos anos seguintes (SILVA, 2020).

A memória envolve o processo de aprendizagem de informações novas, seu armazenamento e disponibilidade de acesso a essas informações. Tipos de memória: a memória a longo prazo é responsável pelo armazenamento da informação por um período de tempo mais longo e compreende dois subsistemas: a memória explícita e a memória implícita. A primeira é subdividida em dois subsistemas que compreendem a memória episódica e memória semântica. A memória episódica envolve a memória de vários detalhes de um pensamento integrado, como a memória de uma experiência importante, associados a um tempo e a um lugar. A memória semântica envolve produtos verbais como nome de pessoas, lugares, descrição de acontecimentos e conceitos abstratos. A memória implícita se refere à codificação e armazenamento de informações independentemente da consciência, da intenção e da linguagem, são memórias sem que o indivíduo perceba que está aprendendo (SÉ; QUEROZ; YASSUDA, 2012).

As pessoas vivem três processos: de aquisição de conhecimento ou de aprendizagem, de retenção dos conhecimentos adquiridos, e da capacidade de rememorar as informações armazenadas e retidas para utilização futura. Vários são os fatores responsáveis pela perda da memória, o que causa dificuldade no armazenamento de informações. A deficiência visual e auditiva, independente do grau, dificulta o recebimento de informações e, conseqüentemente, a memorização. Da mesma forma, os fatores psicológicos como tristeza, depressão, solidão, baixa autoestima influenciam no processo cognitivo da memória. A memória visual e olfativa

apresentam um declínio menor do que a memória auditiva e as relações espaço-temporais (CURITIBA, Prefeitura Municipal, 2009).

Quando uma pessoa tem dificuldade de se lembrar, aprender novas informações, se concentrar ou tomar decisões que afetam sua vida, pode ser indício de um comprometimento cognitivo. Esse comprometimento pode ser leve, moderado ou grave. No comprometimento leve nota-se mudanças nas funções cognitivas, mas percebe-se que a pessoa ainda é capaz de realizar atividades diárias. No comprometimento grave, pode-se perceber a perda da capacidade de compreender o significado ou a importância de algo, bem como a capacidade de falar ou escrever, deixando a pessoa dependente de outras. E a tendência, com o aumento da expectativa de vida, é que o número de pessoas com comprometimento aumente muito (SILVA *et al.*, 2020).

As modificações decorrentes do processo cognitivo, durante o envelhecimento, têm sido foco de estudo de profissionais da saúde e da educação. Há uma busca da ciência sobre os motivos do declínio cognitivo, e suas diferenças nas pessoas que estão vivenciando a senescência e, ainda, há uma busca para entender o motivo pelo qual algumas funções cognitivas permanecem e outras melhoram com o tempo.

No início da década de 1990, com o impulso de novas pesquisas sobre música e funções cerebrais, a música mostrou que tem influência sobre processos cognitivos, afetivos e sensorio-motores. Pesquisadores(as) constataram que a música, além de ser uma linguagem auditiva altamente estruturada, tem a capacidade de treinar e reeducar a cognição de pessoas idosas (THAUT; HOEMBERG, 2014).

A música pode acessar processos de controle no cérebro relacionados ao controle do movimento, atenção, produção da fala, aprendizado e memória. É possível a aplicação terapêutica da música para disfunções cognitivas, afetivas, sensoriais, de linguagem e motoras devido a doença ou lesão do sistema nervoso humano (THAUT; HOEMBERG, 2014). Para avaliação do estado cognitivo de pessoas idosas, há uma bateria de testes muito utilizada (Quadro 2):

QUADRO 2 – BATERIA DE TESTES PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO DE PESSOAS IDOSAS

INTRUMENTO	AUTOR	OBJETIVO
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	Folstein (1975)	avaliação cognitiva: orientação temporoespacial, memória, cálculo, nomeação, atenção, linguagem e habilidades construtivas
Teste do Desenho do Relógio (TDR)	Sunderland <i>et al.</i> , 1989	avalia orientação temporoespacial, memória, cálculo, linguagem e habilidades construtivas
Teste de Fluência Verbal (TFV)	Caramelli <i>et al.</i> , 2003	avalia a produção espontânea do maior número possível de itens de determinada categoria semântica ou fonêmica
<i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MoCA)	Nasreddine (2005)	avalia as funções visuoespaciais/executivas, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, orientação
Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD)	Bertolucci <i>et al.</i> (1998)	avaliação cognitiva para identificar demência, em especial a doença de Alzheimer

FONTE: A Autora (2022).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein (1975), é um dos instrumentos de rastreio mais utilizados, para pessoas idosas, para avaliação cognitiva (LAKS *et al.*, 2003). É um teste simples, que leva em torno de 5 a 7 minutos para ser aplicado, que avalia orientação temporoespacial, memória, cálculo, linguagem, nomeação, atenção e habilidades construtivas.

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) (Sunderland *et al.*, 1989) é um teste de fácil aplicação que reflete o funcionamento frontal e temporoparietal e avalia as habilidades visuoespaciais e construcionais. Consiste em solicitar que a pessoa desenhe um relógio, com um horário específico, e todos os detalhes presentes num relógio analógico: ordem numérica, um ponteiro maior para os minutos, e um ponteiro menor para as horas.

O Teste de Fluência Verbal (TFV) avalia a produção espontânea do maior número possível de itens de determinada categoria semântica (animais, frutas, vegetais, lista de supermercado) ou fonêmica (palavras iniciadas por determinada letra) durante um espaço determinado de tempo (em geral um minuto), e o escore se dá pelo número de respostas corretas obtidas (Caramelli *et al.*, 2003).

Montreal Cognitive Assessment (MoCA), desenvolvido por Nasreddine (2005) e traduzido por Pinto (2019), é um instrumento que avalia as funções visuoespaciais/executivas, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, orientação, como forma de triagem para identificação precoce de comprometimento cognitivo, sendo mais sensível do que o MEEM, seu tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos. Sua nota de corte, na versão brasileira, é de $\geq 24/30$ pontos, abaixo disso, o resultado indica um leve declínio cognitivo. Há ainda uma correlação com a escolaridade, para análise dos resultados.

Um dos instrumentos de avaliação cognitiva para identificar demência, em especial a DA e seu nível de comprometimento, é o *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*. No Brasil, o CERAD foi validado por Bertolucci *et al.* (1998), em um estudo comparativo do desempenho de 80 pessoas idosas da comunidade e de 21 pessoas idosas diagnosticadas com DA em fase inicial.

Existem outros testes e instrumentos, contudo os retromencionados têm maior reincidência na literatura da geriatria e da gerontologia, quando se trata de avaliação da cognição. E como citado anteriormente, ainda não há um instrumento voltado para o envelhecimento, validado no Brasil, na área da Musicoterapia.

Para contextualizar os aspectos cognitivos das pessoas idosas pesquisadas nesta tese, no próximo item será apresentada a caracterização das ILPI.

2.1.5 Caracterização das instituições de longa permanência para idosos

A expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foi iniciada em comissões especializadas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), baseada no termo *Long Term Care Institution*. A ILPI é a modalidade residencial mais antiga de atenção à pessoa idosa em muitos países. Surgiu como um serviço para abrigar pessoas idosas pobres e sem família ou rede de apoio (MAEDA; PETRONI, 2020).

As ILPI são divididas em três modalidades: instituição destinada a pessoas idosas independentes para Atividades da Vida Diária (AVD); instituição destinada a pessoas idosas dependentes e independentes que necessitem de cuidado especializado e acompanhamento adequado de profissionais da saúde; e instituição destinada a pessoas idosas dependentes de assistência total, que necessitem de uma equipe interdisciplinar em saúde.

No Paraná, há um levantamento de 236 ILPI, sendo 126 em Curitiba. No Quadro 3 é possível verificar o número de instituições por região brasileira (DUARTE *et al.*, 2018):

QUADRO 3 - TIPOS DE ILPI POR REGIÃO BRASILEIRA

Região	ILPIs Cadastradas	ILPIs Visitadas	ILPIs com até 14 residentes
Norte	35	27	8 (22,8%)
Nordeste	180	156	39 (21,7%)
Centro-Oeste	158	142	33 (20,9%)
Sul	242	234	34 (14,0%)
Sudeste	836	711	64 (7,7%)
Total	1451	1270	178

FONTE: DUARTE *et al.* (2018).

As ILPI são organizações governamentais ou não governamentais, juridicamente constituídas, com o objetivo de proporcionar atendimento integral ou com serviços especializados que buscam a proteção social, a promoção de saúde e bem-estar por meio de cuidados físicos e emocionais. Atendendo aos Direitos Humanos, as ILPI devem oferecer bem-estar aos moradores, por meio da garantia dos seus direitos. No entanto, é um desafio para as instituições proporcionar um ambiente de valor à vida e de dignidade à pessoa idosa (IPARDES, 2008).

A ILPI é uma instituição de cuidados prolongados, porém é fundamental que se mantenham as características de uma residência, onde a autonomia e a independência da pessoa idosa sejam respeitadas, bem como sua história, sua personalidade, seus sonhos e desejos. Com isso, é primordial adaptar o espaço físico, adquirir equipamentos de apoio e organizar o plano de trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais envolvidos (IPARDES, 2008).

As ILPI são um desafio para atender a demanda das pessoas idosas, pois mantêm um quadro de profissionais de diversas áreas assistenciais, administrativas e sociais. Por mais que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reconheça seu caráter residencial, com um papel social, esses ambientes necessitam de cuidados especializados (LOURENÇO; SANTOS, 2021).

Ainda há uma escassez de profissionais especializados na área do envelhecimento, e a carência de recursos humanos e a necessidade de aperfeiçoamento afetam diretamente o cuidado sistematizado e individualizado (LOURENÇO; SANTOS, 2021).

Os principais motivos para a procura de ILPI se deve ao fato de muitas pessoas idosas não terem familiares próximos ou um cuidador na família, e apresentarem alguma doença que dificulte sua independência ou autonomia. Inclui-se alcoolismo, demência e Acidente Vascular Cerebral ou Encefálico (IPARDES, 2008).

Em pesquisa realizada por Pascotini e Fedosse (2018), profissionais pertencentes a uma ILPI relataram os seguintes aspectos positivos para a institucionalização para pessoa idosa: apoio, segurança, interação e socialização entre as pessoas idosas, além da assistência física, por meio dos cuidados especializados e acessibilidade nos espaços, permitindo maior independência, com destaque nos aspectos emocionais.

Em pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2017), profissionais ligados ao trabalho de ILPI relataram os seguintes aspectos negativos para os residentes: afastamento do convívio familiar e, conseqüentemente, fragilidade, tristeza e isolamento provocados por essa distância.

Entretanto, as ILPI são consideradas um local adequado para o acolhimento de pessoas idosas, proporcionando os cuidados necessário para essa fase de vida, de modo que estejam melhor assistidos do que seria possível na residência dos seus familiares (LOURENÇO; SANTOS, 2021).

O protocolo de qualidade de vida em ILPI apresenta fatores que influenciam no processo cognitivo da memória como: abuso de álcool e outras drogas, medicamentos para dormir, informações que não foram atribuídos sentidos, e acontecimentos desagradáveis, que por defesa podem ser inconscientemente esquecidos (PMC, 2009).

No trabalho em ILPI é possível observar que a pessoa idosa muitas vezes tem a capacidade de recordar de detalhes do passado e não lembrar de situações ocorridas no dia anterior. As pessoas idosas são capazes de conservar sua capacidade de aprendizado e adquirir novos conhecimentos, mas é preciso adaptação e flexibilidade com relação ao tempo. Percebe-se que, muitas vezes, a aprendizagem depende mais da motivação do que da memória (PMC, 2009).

2.2 REVISÃO DE ESCOPO SOBRE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA PARA PESSOAS IDOSAS

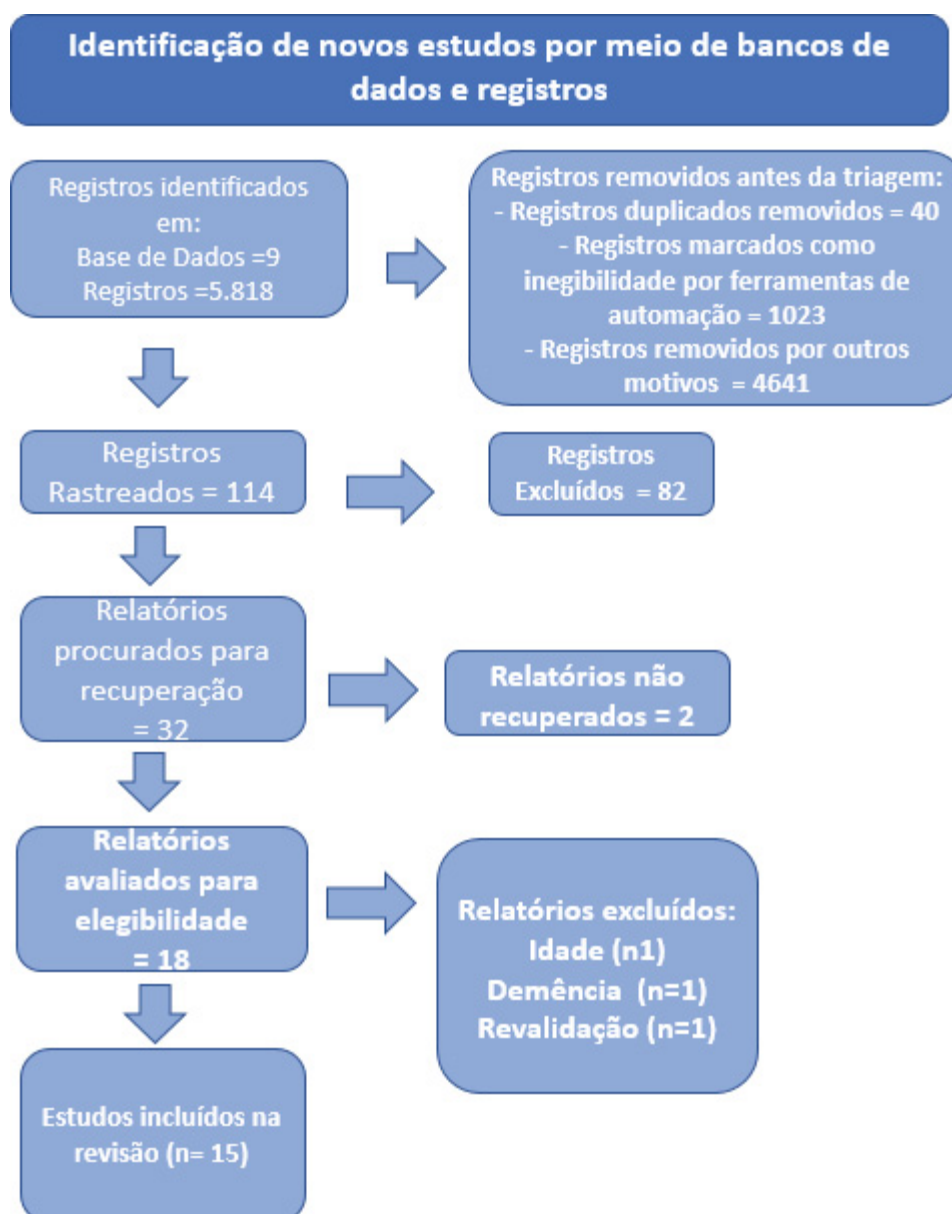
Foi realizada uma revisão de escopo (TRICCO *et al.*, 2018; PETERS *et al.*, 2015) que consiste em um mapeamento da literatura, inédito, conforme área de interesse. Como estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), proposta por Peters (2015), estabeleceu-se: pessoas idosas como população, instrumento de avaliação como conceito e pessoas em processo musicoterapêutico como contexto.

As perguntas norteadoras foram: 1) Quais instrumentos de avaliação da Musicoterapia são utilizados com a população de pessoas idosas? 2) Quais são os aspectos levantados nesses instrumentos? 3) Como são realizadas as análises de dados?

Os descritores utilizados na língua portuguesa foram: Musicoterapia, idoso, avaliação de programas e instrumentos de pesquisa; e na língua inglesa: *music therapy, elderly/aged, evaluation of research programs and tools*. O operador booleano utilizado: AND. As bases de dados utilizadas foram: PUBMED/Medline, ERIC, PsycInfo, BVS, LILACS, Web of Science, Scopus e CAPES. Também foi realizada uma busca nos seguintes periódicos: *American Music Therapy Association, Nordic Journal of Music Therapy – Journal of Music Therapy, British Journal of Music Therapy, Canadian Journal of Music Therapy, New Zealand Journal of Music Therapy, Music Therapy Perspectives, Australian Journal of Music Therapy e Voices Journal of Music Therapy*.

O período de recorte estipulado foi de 1992 a 2022. Foram incluídos estudos de construção e validação de instrumentos de avaliação em Musicoterapia com pessoas idosas saudáveis, com declínio cognitivo leve e demência, com 60 anos ou mais, publicados na língua portuguesa e na língua inglesa, na modalidade de artigos (Figura 5).

FIGURA 5 - FLUXOGRAMA DAS BUSCAS DA REVISÃO DE ESCOPO



FONTE: TRICCO *et al.*, 2018; PETERS *et al.*, 2015, baseado no PRISMA (2020).

2.2.1 Instrumentos encontrados

Foram idealizadas três fases distintas para a meta de seleção de documentos: (1) a fase de busca, em que foram coletados os estudos nas bases indexadas; (2) a fase de seleção, que tem por objetivo filtrar os achados, considerando os critérios de inclusão e duplicidades apuradas; e (3) a fase de eleição, na qual são definidos os estudos para a composição dos quadros de análise.

Com isso, foram encontrados 15 instrumentos de avaliação em Musicoterapia para pessoas idosas: *A Music Therapy Assessment Tool* (GLYNN, 1992), *Residual*

Musical Skills Test (YORK, 1994), *O Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (LIPE, 1995), *Geriatric Music Therapy Clinical Assessment* (HINTZ, 2000), *Musical Assessment of Gerontologic Needs and Treatment* (ADLER, 2001), *Assessment of Functions of Music Therapy Assessment Of Active Music Participation As An Indication Of Subsequent Music Making Engagement For Persons With Midstage Dementia* (CLAIR, 2005), *Assessment of Functions of Music Therapy* (ROHRBACHER, 2007), *Music Therapy Assessment of Older Adults in Nursing Homes* (NORMAN, 2012), *Music Therapy for People with Dementia* (MITSUDOME, 2013), *O Music in Dementia Assessment* (MCDERMOTT, 2014), *Korean Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (KO; MOON, 2014), *Music Therapy Check List Dementia* (RAGLIO et al., 2015), *Evaluation of music engagement in dementia* (LEM, 2015), *Music Therapy Engagement Scale for Dementia* (TAN et al., 2018), e *Music Therapy Orientation test MOT* (BERRUCHON; BRÉARD; MACNAB, 2020). Pode-se perceber que nenhum instrumento é em língua portuguesa e adaptado para o contexto sociocultural brasileiro.

A análise qualitativa dos materiais foi elaborada considerando o nome do instrumento, autor, país, objetivo do instrumento, perfil dos participantes e ano (Quadro 4).

QUADRO 4 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM MUSICOTERAPIA PARA PESSOAS IDOSAS
(Continua)

INSTRUMENTO	AUTOR E PAÍS	OBJETIVO DO INSTRUMENTO	PERFIL DOS PARTICIPANTES	ANO
1 - Music Therapy Assessment Tool	Nahama J. Glynn (Estados Unidos)	Avaliar os efeitos da Musicoterapia no comportamento de pessoas idosas	Pessoas com Doença de Alzheimer	1992
2 - Residual Music Skills Test (RMST)	Elizabeth York (Estados Unidos)	Investigar reações e respostas musicais de pessoas com demência durante tarefas musicais	Pessoas com demência	1994
3 - Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning (MBECF)	Anne Lipe (Estados Unidos)	Avaliar o funcionamento cognitivo e investigar reações e respostas musicais durante tarefas musicais	Pessoas com demência	1995
4 - Geriatric Music Therapy Clínica Assessment	Michelle Hintz (Estados Unidos)	Avaliar a situação geral e prescrever um tratamento musicoterapêutico	Pessoas idosas	2000

INSTRUMENTO	AUTOR E PAÍS	OBJETIVO DO INSTRUMENTO	PERFIL DOS PARTICIPANTES	ANO
5 - Musical Assessment of Gerontologic Needs and Treatment (MAGNET)	Roberta S. Adler (Estados Unidos)	Avaliar o nível de funcionamento de um examinando e planejar intervenções terapêuticas apropriadas	Pessoas idosas que residem em instituições de cuidado	2001
6 - Assessment of Active Music Participation as An Indication of Subsequent Music Making Engagement for Persons with Midstage Dementia	Alicia Ann Clair, R Mark Mathews, Karl Kosloski (Estados Unidos)	Avaliar nível de interação durante atividades musicais (executando ritmo, exercitando com música e cantando)	Pessoas com demência	2005
7- Assessment of Functions of Music Therapy (AFMT)	Rohrbacher (Estados Unidos)	Avaliar grupos de intervenção musicoterapêutica	Pessoas com Doença de Alzheimer e distúrbios relacionados	2007
8- Music Therapy Assessment Of Older Adults In Nursing Homes	Norman (Estados Unidos)	Avaliar os pacientes de forma holística e musical	Moradores de Instituição de Longa Permanência para Idosos	2012
9- Music Therapy for People with Dementia	Mitsudome (Estados Unidos)	Avaliar o comportamento durante a interação musical	Pessoas com demência	2013
10 – Music in Dementia Assessment (MIDAS)	Orii McDermott, Marti n Orrell, Hanne Mette Ridder (Dinamarca)	Avaliar interação musical significativa em Musicoterapia	Pessoas com demência	2014
11 - Korean Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning	Seongmook Moon, Bum-Suk Ko (Coreia)	Avaliar função Cognitiva em Musicoterapia	Pessoas com demência	2014
12 - Music Therapy Check List Dementia (MTCL-D)	Alfredo Raglio, Daniele Bellandi, Paola Baiardi, Marta Gianotti, Maria Chiara Ubezio, Elisa Zancchi, Enrico Granieri, Marcello Imbriani, Marco Stramba-Badiale (Itália)	Avaliar os efeitos da Musicoterapia ativa e da escuta musical individualizada nos sintomas comportamentais e psicológicos	Pessoas com demência	2015
13 - Evaluation of music engagement in dementia	Alan Lem (Austrália)	Avaliar o engajamento musical	Pessoas com demência	2015
14 - Music Therapy Engagement Scale for Dementia	Jane Tan, Shiou-Liang Wee, Pei Shi Yeo Juliet Choo, Michele Ritholz e Philip Yap (Malásia)	Avaliar o engajamento de pessoas na Musicoterapia	Pessoas com demência	2018
15 - Music Therapy Orientation test MOT	Stephane Berruchon, Bernard McNab e Vianey Breard (França)	Detectar distúrbio de habilidades cognitivas musicais	Pacientes que sofrem de doença de Alzheimer	2020

FONTE: A Autora (2022).

1) *A Music Therapy Assessment Tool (MTAT)*

A ferramenta de avaliação MTAT foi projetada e desenvolvida para avaliar os efeitos da Musicoterapia nos padrões de comportamento de pessoas com DA. Considera também os aspectos fisiológicos, psicológicos e psicossociais. No estudo de validação da ferramenta, a proposta de intervenção continha músicas familiares para facilitar a comunicação e a socialização, música étnica para estimular a reminiscência, assim como melodias com diferentes padrões rítmicos para melhorar o movimento e alteração do comportamento (GLYNN, 1992).

2) *Residual Musical Skills Test (RMST)*

O RMST foi construído para avaliar o conhecimento musical adquirido ao longo da vida sem considerar o aprendizado formal em música. O teste quantitativo foi elaborado para ser aplicado por um(uma) musicoterapeuta treinado(a) com o intuito de obter qualidade no processo de coleta de dados e avaliação. É composto por onze itens musicais com tarefas ativas e receptivas, que podem ser desenvolvidas em atendimentos de Musicoterapia com pessoas idosas. São elas: memória musical remota, identificação de instrumentos, discriminação de altura, memória musical recente, linguagem musical e ritmo. Este instrumento de medida é direcionado para habilidades musicais residuais, como canto, discriminação auditiva e habilidades rítmicas, para pessoas com provável diagnóstico de DA (YORK, 1994).

3) *O Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning (MBECF)*

O MBECF é uma ferramenta para avaliar a função cognitiva em pessoas idosas com demência, por um(uma) musicoterapeuta, por meio de diversas atividades musicais. A ferramenta é composta por 19 questões divididas em duas partes: experiências e preferências musicais; e trabalho com linguagem, melodia, canto e ritmo (LIPE, 1995).

4) *Geriatric Music Therapy Clínica Assessment*

É um método de pontuação para avaliação e indicação de intervenções apropriadas de Musicoterapia. Por meio de atividades musicais, como cantar e identificar ritmos e variações de dinâmica, observa-se aspectos comportamentais, psicossociais, coordenação motora e habilidade cognitivas, sobretudo de memória. O autor sugere a avaliação em diferentes horas do dia, em grupo e individual (HINTZ, 2000).

5) *Musical Assessment of Gerontologic Needs and Treatment (MAGNET)*

A MAGNET buscou atender aos padrões da American Music Therapy Association (AMTA) para avaliação em Musicoterapia de pessoas idosas que residem em instituições. Trata-se da combinação de 19 ferramentas de avaliação. Pretende-se uma avaliação completa, com uma entrevista inicial para reunir informações sobre a formação social e as experiências musicais do residente, em seguida, a observação do residente em atendimentos de Musicoterapia individual e em grupo, para planejamento de intervenções. O instrumento avalia a cognição, o estado emocional, habilidades motoras, dor, e processamento sensorial (ADLER, 2001).

6) *Assessment of Functions of Music Therapy Assessment of Active Music Participation as An Indication of Subsequent Music Making Engagement for Persons with Midstage Dementia*

Instrumento de avaliação direcionado para pessoas com demência, em estágio intermediário, e que necessitam de cuidados especializados. O instrumento avalia o nível de envolvimento com três tipos de atividades musicais: rítmica, canto e exercícios musicais (CLAIR, 2005).

7) *Assessment of Functions of Music Therapy (AFMT)*

Instrumento de avaliação com o objetivo de verificar as funções da Musicoterapia para pessoas com DA e comorbidades (ROHRBACHER, 2007). O trabalho na íntegra não foi encontrado disponível na internet, contudo, pelo baixo

número de instrumentos de avaliação na área, entende-se que seja importante citá-lo nesta revisão de escopo.

8) *Music Therapy Assessment of Older Adults in Nursing Homes*

Tem como proposta uma avaliação global da pessoa idosa que reside em instituições, para planejamento das intervenções e do processo musicoterapêutico. Tem como objetivo descrever (avaliar), indicar para o processo musicoterapêutico e prescrever (intervenções), com o intuito de contribuir para a melhora do quadro geral de funcionamento do residente (NORMAN, 2012).

9) *Music Therapy for People with Dementia (MTAPD)*

A MTAPD é uma medida desenvolvida para avaliar comportamento e resposta de pessoas com demência durante o canto ou vocalização, improvisação instrumental e em domínios não musicais. Com o objetivo de desenvolver itens de verificação, o(a) pesquisador(a), por meio de gravação audiovisual dos atendimentos, extrai e identifica elementos essenciais dos comportamentos com relação à música e respostas dos(das) participantes, de forma que possa examinar a confiabilidade da Musicoterapia (MITSUDOME, 2013).

10) *O Music in Dementia Assessment (MIDAS)*

O MIDAS foi desenvolvido para verificar o envolvimento musical de pessoas com demência moderada ou avançada, que podem ter suas habilidades verbais limitadas para comunicação. O instrumento deve ser preenchido pelo(a) musicoterapeuta e outro(a) profissional da equipe que tenha contato diário com a pessoa investigada, de forma que a avaliação permita identificar mudanças durante os atendimentos de Musicoterapia e no decorrer do dia, em outras atividades ou situações (MCDERMOTT, 2014).

11) *Korean Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning*

Trata-se da versão coreana do instrumento de avaliação *Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning* (LIPE, 1995), já citado anteriormente. Refere-se a uma versão bem mais recente do que a versão original, da qual originaram-se novas pesquisas e publicações (KO; MOON, 2014).

12) *Music Therapy Check List Dementia (MTCL-D)*

Essa lista de checagem tem o objetivo de avaliar os efeitos da Musicoterapia ativa e da escuta individualizada de música no comportamento e no psicológico da pessoa com demência (RAGLIO *et al.*, 2015).

13) *Evaluation of music engagement in dementia*

Trata-se de um protocolo de avaliação para participantes de Musicoterapia, com o objetivo de observar o envolvimento de pessoas com demência no processo musicoterapêutico, inicialmente, em relação à criatividade, duração, energia e assertividade, diferenciando-se de outros instrumentos que avaliam habilidades cognitivas e comportamentos. E, num segundo momento, visa mensurar a autoavaliação da qualidade de vida em relação ao envolvimento musical no processo (LEM, 2015). O autor considera que uma abordagem mais intuitiva dos(das) musicoterapeutas, experiências musicais desafiadoras e menos rigidez e estruturação dos atendimentos, podem beneficiar o processo de avaliação e desempenho musicoterapêutico.

14) *Music Therapy Engagement Scale for Dementia (MTED)*

A MTED é uma escala com cinco itens, que avalia a relação da pessoa idosa com a música e os elementos não-musicais. A consistência interna e a confiabilidade entre avaliadores foram verificadas em 120 sessões de Musicoterapia. A MTED foi validada em comparação à Ferramenta de Observação do Bem-estar de Cincinnati, a Escala de Comunicação de Holden e a lista de verificação de observações do

envolvimento das pessoas participantes das sessões de Musicoterapia (TAN *et al.*, 2018).

15) *Music Therapy Orientation test* (MOT)

O MOT é um instrumento de avaliação destinado a avaliar as habilidades cognitivas musicais de pessoas idosas e busca orientar o planejamento do processo musicoterapêutico (BERRUCHON; BRÉARD; MACNAB, 2020).

Nos resultados obtidos, fica evidente a importância de avaliação de pessoas idosas com disfunções neurológicas. No entanto, há poucas avaliações que poderiam ser utilizadas com pessoas idosas ativas. Percebe-se um foco maior no processo de adoecimento presente no envelhecimento do que na avaliação de parâmetros que indiquem caminhos para intervenções a serem realizadas com pessoas idosas para a reflexão sobre o que é ser idoso(a) hoje.

Na mesma perspectiva, observa-se também que, dos instrumentos listados, o *Geriatric Music Therapy Clínica Assessment* e o *Musical Assessment of Gerontologic Needs and Treatment* parecem atender a uma maior gama de avaliações de respostas musicais e indicações para intervenções de Musicoterapia, sem ocupar-se obrigatoriamente de uma perspectiva patogênica.

De forma complementar, o *Music Therapy Orientation test*, parece centrar-se mais especificamente na questão da cognição musical, aspecto este que pode oferecer informações para o planejamento e avaliação das próprias intervenções musicoterapêuticas com as pessoas idosas.

Já o *Residual Musical Skills Test*, ainda que elaborado para verificar as habilidades musicais adquiridas ao longo da vida de forma tácita, não formal, parece abrir uma lacuna de possibilidades para que se explore o universo da musicalidade da pessoa idosa, de forma que se possa investigar o perfil da cognição musical e suas possíveis relações com outras dimensões da realidade do processo de envelhecimento. Isto é, pelo viés da Musicoterapia, avaliar as potencialidades musicais do(da) idoso(a) em relação às suas preferências cognitivas, suas relações com as perspectivas socioculturais e, sobretudo, uma possível autoavaliação sobre sua qualidade de vida.

Pelo exposto, a lacuna que existe está na avaliação da pessoa idosa em processo musicoterapêutico, considerando as condições neuropsicológicas,

socioculturais, bem como o meio em que está vivendo, isto é, se o ambiente em que vive é estimulador, seja do ponto de vista das proposições das atividades ou da condução do lugar em que a pessoa idosa habita. Essas informações podem ou não determinar um significativo nível de respostas prévias à implementação da Musicoterapia.

Destaque-se que o foco dessa possível lacuna não está na proposição de avaliar o ambiente, mas o quanto, para efeitos de avaliação, isso pode incidir no melhor desenvolvimento da pessoa idosa.

Foram encontrados 15 instrumentos de avaliação em Musicoterapia para pessoas idosas. Nenhum deles do Brasil ou traduzido para o português brasileiro e com adaptação sociocultural. Sugere-se que seja realizado um levantamento em outras bases de dados e em outras línguas, como o espanhol, para novos resultados. Sugere-se o espanhol, pois a Musicoterapia é uma profissão forte na América Latina e na Espanha.

Pelo levantamento do perfil dos participantes e objetivos dos instrumentos foi percebido que grande parte deles são destinados a avaliar pessoas idosas já comprometidas em seus estados de saúde, ou seja, já possuem alguma patologia, como a demência, ou declínio cognitivo. Provavelmente, isto se deve ao fato de que o entendimento do que seja o envelhecimento esteja vinculado a perdas de funções diversas, que comprometem o funcionamento do organismo.

Ainda são poucas as instituições nacionais que entendem o envelhecimento como apenas mais uma fase da vida, e que investem na promoção de saúde, como apresentado na introdução deste estudo. Bem como, são poucas as iniciativas políticas direcionadas ao envelhecimento saudável e à qualidade de vida da população.

3 MÉTODO

Nesta seção, são apresentados os procedimentos adotados para a realização da pesquisa. Em cada etapa estão descritos os participantes, procedimentos e o tratamento dos dados utilizados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo que tem sua inserção na psicometria, uma vez que busca construir e validar um instrumento de avaliação (SZEREMETA, 2018) para investigar o estado cognitivo de pessoas idosas que estão em processo musicoterapêutico.

Psicometria representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada nas áreas da Psicologia e da Educação. Ela se fundamenta na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, do método quantitativo que tem como principal característica e vantagem o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALE, 2009).

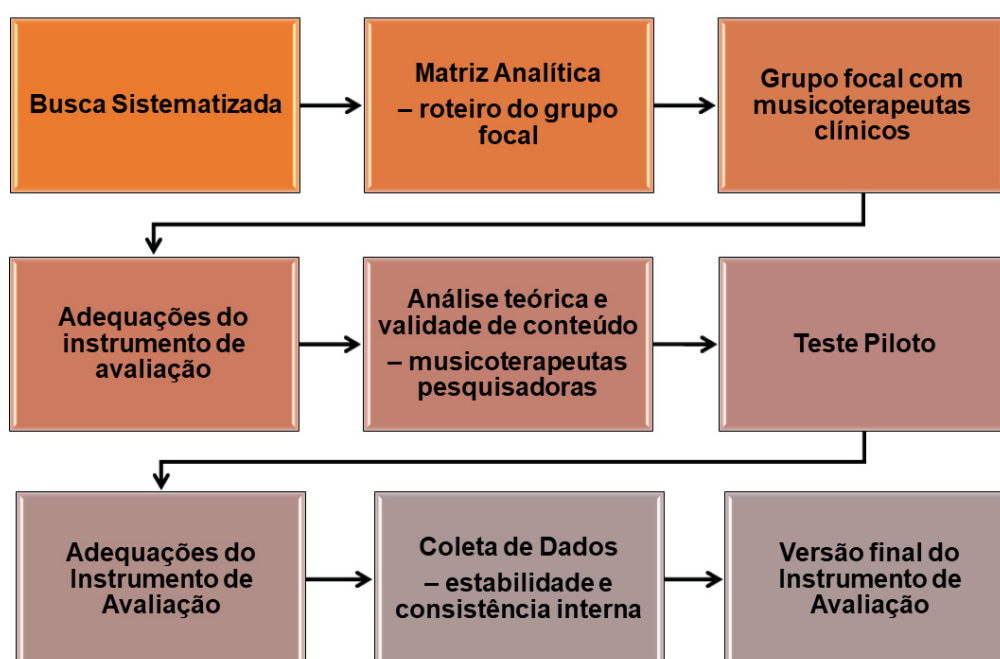
Para construir o instrumento, foram utilizados procedimentos tanto com dados quantitativos, quanto com dados qualitativos. Para a construção dos dados quantitativos foi realizada a observação das pessoas idosas em processo musicoterapêutico pelos(as) musicoterapeutas em dois momentos, com uma semana de diferença, e foi aplicado um questionário sociodemográfico e o instrumento de cognição MoCA com as mesmas pessoas idosas, paralelamente. Foram selecionadas ILPI que continham musicoterapeutas no seu grupo de funcionários, e todas as pessoas idosas dessas instituições foram convidadas a participar. Para a construção dos dados qualitativos foi realizado um grupo focal com musicoterapeutas e análise de conteúdo de juízas pesquisadoras na área da Musicoterapia e envelhecimento.

Hair *et al.* (2009) recomendam um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de questões a serem avaliadas. Para definição da amostra, com margem de segurança, foi estabelecido o critério de 10 participantes multiplicado pelo número de questões iniciais do ACPIM. No caso, a proposta inicial contemplou 18 questões, então foi necessário encontrar 180 voluntários.

3.2 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM)

A construção e validação do instrumento de Avaliação Cognitiva de Pessoas Idosas em Musicoterapia (ACPIM) foi desenvolvido para o preenchimento após a observação de musicoterapeutas que trabalham com pessoas idosas em ILPI, com 60 anos ou mais. O instrumento inicialmente contou com 18 questões, com escala *Likert*, que avaliam os aspectos cognitivos, como: atenção, concentração, aprendizagem, linguagem e memória. As etapas do processo de construção e validação estão descritas na Figura 6, fluxograma desenvolvido para compreensão da cronologia da pesquisa, e o Quadro 5 apresenta as etapas da pesquisa.

FIGURA 6 – ETAPAS PARA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO



FONTE: A Autora (2022)

QUADRO 5 – ETAPAS DA PESQUISA

OBJETIVO	INSTRUMENTOS	ANÁLISE
Realizou-se uma revisão de escopo para construção da matriz analítica	Base de dados: PUBMED/Medline, ERIC, PsycInfo, BVS, LILACS, Web of Science, Scopus e CAPES.	Levantamento dos instrumentos de avaliação existentes e análise qualitativa dos mesmos
Realizou-se um estudo de grupo focal para identificar a composição dos itens do instrumento	Matriz analítica e roteiro para grupo focal	Análise dos dados necessários e complementares à pesquisa
Realizou-se a validação de conteúdo do instrumento	Avaliação da clareza de linguagem, relevância teórica e pertinência prática foi realizada por meio de uma escala <i>Likert</i>	Análise qualitativa dos resultados
Verificou-se a consistência interna das categorias dos instrumentos	Aplicação do ACPIM em um grupo de 180 pessoas com 60 anos ou mais, moradoras de ILPI	Discussão com 5 musicoterapeutas para verificação da compreensão e adequação das perguntas
Verificou-se a estabilidade temporal do instrumento	Aplicação do ACPIM em 2 momentos com 180 pessoas e uma semana de diferença	Psicometria e análise quantitativa

FONTE: A Autora (2022).

3.2.1 Construção da matriz analítica

A proposta está baseada na revisão de escopo para auxiliar na composição da matriz analítica, essa estrutura servirá de base tanto para elaborar os itens que vão compor o instrumento de avaliação, como para o roteiro do grupo focal. A matriz analítica foi composta de três seções: perguntas norteadoras, categorias de análise da pesquisa e objetivos musicoterapêuticos das categorias (Quadro 6).

QUADRO 6 – CONSTRUÇÃO DA MATRIZ ANALÍTICA

(Continua)

PERGUNTAS NORTEADORAS	CATEGORIAS DE ANÁLISE	OBJETIVOS MUSICOTERAPÊUTICOS
Quais os principais aspectos da cognição são possíveis de serem trabalhados no processo musicoterapêutico?	Atenção, linguagem, memória, aprendizagem e funções executivas.	Estímulos, prevenção e desenvolvimento.
Quais os principais elementos musicais utilizados no processo musicoterapêutico?	Melodia, ritmo, harmonia, intensidade, métrica, duração e timbre.	Atenção, evocação, e manifestação.

PERGUNTAS NORTEADORAS	CATEGORIAS DE ANÁLISE	OBJETIVOS MUSICOTERAPÊUTICOS
Quais elementos linguísticos atrelados à música e utilizados no processo musicoterapêutico?	Letra de canções; Sentidos e significados	Expressão de ideias e sentimentos; reflexões.
Quais técnicas da Musicoterapia são mais utilizadas no processo musicoterapêutico com pessoas idosas?	Baseadas em Bruscia (2016): composição, improvisação, recriação e audição; e Barcellos (2016): provocativa.	Expressar e organizar pensamentos e sentimentos; evocar respostas corporais relaxantes ou estimulantes, estados e experiências afetivas, explorar ideias e pensamento dos outros; desenvolver habilidades sensório-motoras, aprimorar atenção à realidade, ampliar a capacidade de memória; estabelecer comunicação não-verbal e uma ponte para a comunicação verbal.

FONTE: A Autora (2022).

3.2.2 Grupo focal

Segundo Minayo (2000), o grupo focal é de caráter qualitativo e baseia-se na interação entre pessoas, para obter dados necessários e complementares à pesquisa. Conforme os objetivos do estudo e o roteiro pré-estabelecido, cabe ao(a) pesquisador(a) proporcionar um ambiente favorável ao debate, que permita aos(as) participantes manifestar suas percepções e opiniões. As discussões em grupo geram ideias e incentivam as ações entre os(as) participantes.

O grupo focal foi formado com cinco musicoterapeutas que atuam em ILPI, na cidade de Curitiba e Região Metropolitana, e que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(Anexo 1), com o intuito de adequar o instrumento de avaliação à experiência prática de profissionais da área. A duração foi de duas horas, o encontro foi gravado com o consentimento dos(das) participantes e foram realizadas anotações para análise futura.

Devido à pandemia Covid-19, o grupo focal foi realizado de forma remota, pela plataforma *Google Meet*. Todos(as) foram consultados(as) quanto à acessibilidade de equipamento tecnológico, bem como domínio do mesmo.

3.2.3 Análise teórica e validade de conteúdo

Após adequações, buscou-se atender ao padrão ouro, que consiste no processo de busca pelas melhores práticas existentes, numa determinada área, que conduzem a um desempenho superior, especialmente quando confrontado com a impossibilidade de medidas precisas. Baseia-se em modelos experimentais que foram exaustivamente testados e apresentam dados confiáveis (CARDOSO *et al.*, 2014).

O instrumento de avaliação foi enviado a três musicoterapeutas pesquisadoras, doutoras, de instituições públicas do ensino superior, formados em Musicoterapia, para preenchimento do formulário de análise de conteúdo. O documento envolveu a verificação semântica das questões, a partir dos seguintes critérios: clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica, além de um campo de observações gerais, para constituir a validade de conteúdo. A avaliação da clareza de linguagem, relevância teórica e pertinência prática foi realizada por meio de uma escala tipo *Likert* de frequência.

A escala *Likert* é uma escala psicométrica, unidimensional, utilizada para coletar atitudes. Apresenta um conjunto de opções de respostas numéricas ou verbais que cobrem uma série de opiniões sobre um assunto. Os itens devem ter duas opções extremas, bem como itens intermediários que possibilitem graduações entre os extremos. É comum que disponibilizem cinco opções de respostas para uma maior precisão da representação da realidade (KESZEI, 2010).

A proposição original foi elaborada por Likert, em 1932, de forma simples e objetiva, com o intuito de mensurar o sentido e a intensidade da atitude para atender ao constructo desejado. Dessa forma, se aproximou das técnicas de estatística e apresentou maior credibilidade ao processo científico de mensuração. A escala apresenta afirmações favoráveis e desfavoráveis acerca de um determinado assunto, de modo que a pessoa assinale o quanto concorda com o que é questionado (LUCIAN, 2015).

A avaliação das doutoras (juízas) foi realizada via email. Todas foram consultadas quanto à acessibilidade de equipamento tecnológico, bem como domínio do mesmo. As pesquisadoras ficaram à disposição para esclarecimentos durante todo o processo.

3.2.4. Processo de validação

Após os ajustes sugeridos pelas juízas especialistas, foi realizado o teste piloto com 180 pessoas idosas, com idade de $79,0 \pm 8,2$ anos, moradoras de ILPI, para verificação da aplicabilidade, fidedignidade (consistência interna) e exequibilidade do instrumento.

Foram aplicados o questionário Sociodemográfico (IPARDES, 2008 – *adaptado*)(Apêndice 1), o MoCA (NASREDDINE *et al.*, 2005) (Apêndice 2) e o instrumento de Avaliação Cognitiva de Pessoas Idosas em Musicoterapia (ACPIM – *instrumento em construção*)(Apêndice 7).

Foi realizado um contato prévio com as ILPI e com os(as) musicoterapeutas atuantes nas mesmas para explicar os procedimentos necessários e consultá-los(las) quanto ao interesse e à disponibilidade. Também foi necessário que concordassem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética (Anexos 1 e 3).

Por meio do estudo piloto, foi possível verificar o tempo médio para o preenchimento do instrumento (Apêndice 3), 15 minutos. E também foi possível verificar dúvidas com relação aos itens do instrumento (análise semântica).

O processo foi realizado via *google formulário* pelos(as) cinco musicoterapeutas das ILPI, com suporte e orientações das pesquisadoras, gerando uma planilha no *Excel*. Todos(as) foram consultados(as) quanto à acessibilidade de equipamento tecnológico, bem como domínio do mesmo.

Com isso, os(as) musicoterapeutas envolvidos(as) foram questionados(as) com relação ao entendimento dos itens do instrumento de avaliação.

3.2.5 Coleta de dados

3.2.5.1 Fatores de inclusão

Para a seleção dos(as) participantes da coleta de dados, foram convidadas pessoas idosas com 60 anos ou mais, moradoras de ILPI, que estivessem em processo musicoterapêutico grupal, e que a instituição de origem concordasse com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(Anexo 3).

3.2.5.2 Fatores de exclusão

Foram excluídas pessoas com 59 anos ou menos, pessoas e/ou instituições que não concordaram com o TCLE (Anexo 3) e participantes que apresentaram déficit auditivo e/ou visual, segundo o prontuário das instituições, que os impediam de realizar o MoCA.

3.2.6 Procedimentos

Com a versão revisada do instrumento de avaliação (Apêndice 7), o mesmo foi aplicado em 180 pessoas idosas, com $79,0 \pm 8,2$ anos, moradoras de ILPI, que participavam de processo musicoterapêutico em grupo, em dois momentos, com intervalo de uma semana. Paralelamente, foi aplicado o instrumento *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Apêndice 2), para comparação dos resultados, que foi criado por Nasreddine e colaboradores (2005), e tem se mostrado um dos instrumentos mais sensíveis para avaliação cognitiva (FREITAS *et al.*, 2010).

As coletas foram realizadas por meio do preenchimento dos questionários (Apêndices 1 e 6) pelos(as) musicoterapeutas, com a observação dos(as) participantes de processos musicoterapêuticos, em dois momentos com uma semana de diferença. As coletas foram realizadas em doze ILPI, públicas e privadas, que concordaram com o termo de aceite, e estão localizadas na cidade de Curitiba e Região Metropolitana.

Os(as) musicoterapeutas foram recrutados(as) por intermédio da rede profissional da pesquisadora. Os critérios de inclusão para musicoterapeutas foram: ser graduados em Musicoterapia e trabalhar em ILPI em Curitiba e/ou Região Metropolitana.

3.2.7 Instrumentos para coleta de dados

No quadro 7 são apresentados os instrumentos utilizados na coleta de dados, bem como a classificação das variáveis, componentes e descrição das categorias e avaliações.

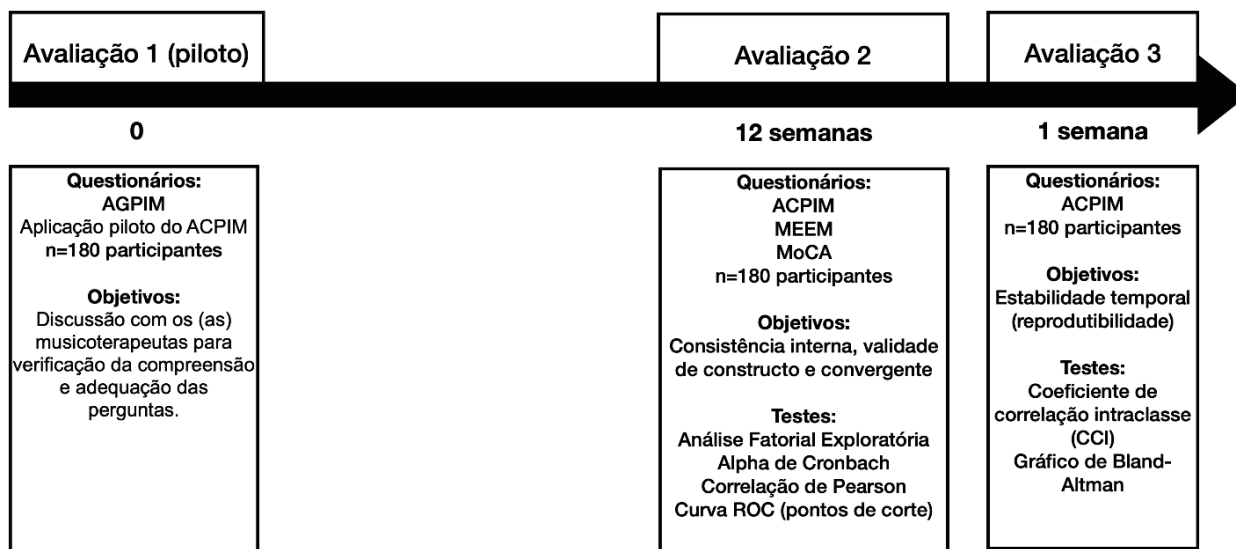
QUADRO 7 - INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS	COMPONENTES	TESTES/ REFERÊNCIA	DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS E AVALIAÇÕES
Controle	Perfil Sociodemográfico	IPARDES (Governo do Paraná, 2008)	Levantamento de dados sobre o perfil dos participantes: sexo, idade, estado civil, escolaridade, informações sobre a saúde física e emocional, e atividades da vida diária.
Dependente	Cognição	MoCA (NASRED DINE <i>et al.</i> , 2005)	Avaliação da funções executivas, habilidades visuo- espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação.
Dependente	Cognição Musicoterapia	ACPIM (ARRUDA; VAGETTI, 2022)	Avaliação da atenção, percepção, memória, concentração, e linguagem.

FONTE: A Autora (2022).

A coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos, conforme demonstra a Figura 7.

FIGURA 7 – FLUXOGRAMA DA COLETA DE DADOS



FONTE: A Autora (2022)

Na primeira avaliação, foi aplicado o MoCA com as pessoas idosas, e os(as) musicoterapeutas preencheram o ACPIM por meio da observação das duas últimas semanas de atendimentos, com o intuito de obtenção dos dados para a avaliação da consistência interna e validade de constructo e convergente do ACPIM.

Na segunda avaliação, realizada uma semana após a primeira, foi aplicado novamente o MoCA com as pessoas idosas, e os(as) musicoterapeutas preencheram novamente o ACPIM, para verificar a estabilidade temporal (reprodutibilidade) desse instrumento.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Paraná, sob nº 40718520.0.0000.9247, com o parecer nº 4.446.933. A participação no estudo foi voluntária e todos os nomes presentes serão preservados. Nesta pesquisa, os riscos mínimos que puderam ocorrer referem-se ao cansaço visual e desconforto pelo tempo da avaliação cognitiva.

Nenhum benefício direto foi oferecido às pessoas participantes, entretanto, espera-se que a pesquisa proporcione uma possibilidade de avaliação de pessoas idosas participantes de processo musicoterapêutico.

Os modelos dos TCLE (musicoterapeutas e juízas pesquisadoras) e Termos de Aceite (instituições) constam nos Anexos 1 a 3. A coleta só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

3.4.1 Análise descritiva

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização da amostra. Variáveis de característica contínua tiveram sua normalidade testada mediante o teste de Shapiro-Wilk e análise visual do histograma de distribuição dos dados. As variáveis contínuas tiveram sua tendência central apresentada por valores médios e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram representadas por medidas de frequência absoluta e relativa. Todas as análises foram realizadas no software STATA MP 14.1 (*StataCorp, College Station, TX, EUA*).

3.4.2 Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação ACPIM

Foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE) objetivando identificar a validade de constructo do instrumento ACPIM e a adesão das questões a cada fator (constructo) proposto pelo instrumento. Foram utilizados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de Bartlett para determinar o nível de confiança obtido pela aplicação da AFE nos dados coletados. Resultados acima de 0,5 para o KMO e valores de $p < 0,10$ para o teste de Bartlett indicaram a adequação da aplicação da AFE. Para a extração dos fatores, foi utilizada a análise paralela de Horn (Componentes principais) (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004) e fatores que apresentaram autovalores $> 1,0$, cargas fatoriais $> 0,4$ e $KMO > 0,5$ foram mantidas no instrumento (SCHUMACKER; LOMAX, 2016). O alpha de Cronbach foi utilizado para a verificação da consistência interna do instrumento. Valores acima de 0,70 foram considerados aceitáveis (STREINER, 2003).

Para a verificação da reprodutibilidade, foram utilizados coeficientes de correlação intraclasse (CCI) entre as duas medidas do instrumento ACPIM (Avaliação 1 x Avaliação 2). $CCI \geq 0,70$ indicaram reprodutibilidade adequada (CICCHETTI, 1994).

O gráfico de Bland-Altman foi usado para verificar a concordância das diferenças entre as aplicações do ACPIM (ACPIM 1 + ACPIM 2) e a média das duas avaliações (ACPIM1 + ACPIM 2/2). A regressão linear foi utilizada visando identificar possíveis vieses de medida utilizando como variável dependente as diferenças entre as aplicações do ACPIM e independente a média das duas avaliações, adotando como nível de significância o valor de $p < 0,05$.

Coefficientes de regressão significativos apontam para aumentos (coeficiente positivo (+)) ou reduções (coeficiente negativo (-)) das diferenças entre avaliações com o aumento da média das duas medidas.

O instrumento ACPIM teve sua validade convergente testada contra os escores do instrumento MoCA. Para isso, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson pretendendo identificar a associação dos resultados dos dois instrumentos, adotando como nível de significância o valor de $p < 0,05$.

A identificação de pontos de corte dos escores obtidos pelo questionário ACPIM para a identificação de participantes sem declínio cognitivo (obtido pelo questionário MoCA) foi realizada por Curva Característica de Operação do Receptor

(ROC). Área abaixo da curva (AAC) superior a 50 foi utilizada como indicador de capacidade discriminante o ACPIM. O índice de *Youden* (índice de *Youden* = Sensibilidade (%) + Especificidade (%) – 100) foi utilizado para a identificação do ponto de corte com melhor sensibilidade, especificidade e capacidade de classificação de indivíduos sem declínio cognitivo. O maior valor do índice de *Youden* indicou o ponto de corte ótimo dos escores do ACPIM para a identificação de participantes sem declínio cognitivo (AKOBENG, 2007).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, são apresentados os resultados da pesquisa, bem como sua discussão e análise, em cada uma das etapas: Grupo focal, Análise das Juízas, Teste Piloto e Coleta de Dados.

Na revisão de literatura, foi possível observar um destaque maior para a preocupação com a memória. Possivelmente esse fato se dá pela Doença de Alzheimer, que apresenta, como um dos principais sintomas, a dificuldade na memória e, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer, cerca de 1 milhão e 200 mil pessoas vivem com alguma demência e 100 mil novos casos são diagnosticados por ano, no país. No mundo, o número chega a 50 milhões de pessoas. Segundo projeção da *Alzheimer's Disease International*, os números poderão chegar a 74,7 milhões, em 2030, e a 131,5 milhões, em 2050, devido ao envelhecimento da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Contudo, aspectos da cognição como atenção, percepção e linguagem também têm destaque na literatura e permitiram sustentação ao instrumento de avaliação criado (BECKERT *et al.*, 2012).

Com a revisão de escopo, foi possível constatar não haver um instrumento de avaliação nas áreas do envelhecimento e da Musicoterapia validado para a população brasileira, e que o objetivo dos instrumentos estrangeiros é avaliar pessoas com demência. O instrumento criado neste estudo atende a população idosa independentemente do estado cognitivo.

4.1 GRUPO FOCAL

O grupo focal teve como objetivo levantar os principais aspectos da cognição trabalhados nos processos musicoterapêuticos, bem como os elementos musicais e as principais técnicas musicoterápicas utilizadas com esse fim. As perguntas realizadas foram: Quais os principais objetivos da Musicoterapia para estimulação cognitiva de pessoas idosas? Quais elementos musicais mais utilizados no processo musicoterapêutico com pessoas idosas? Quais experiências musicais necessárias para atingir os objetivos musicoterapêuticos com pessoas idosas, com foco na cognição?

Na condução do grupo, os aspectos cognitivos levantados foram: atenção, concentração, linguagem, aprendizagem, memória e funções executivas. Sobre os elementos musicais, o destaque ficou para melodia e ritmo. Os elementos linguísticos também ganharam destaque, pois o uso de canções é muito frequente em processo musicoterapêutico em grupo, em ILPI.

Sobre as experiências musicais em Musicoterapia, as técnicas de destaque foram **recriação** e **provocativa** devido ao uso frequente de canções e exploração sonora com instrumentos de percussão com foco em células rítmicas. As técnicas de composição, improvisação e audição são utilizadas em menor frequência devido às seguintes situações: composição e improvisação exigem maior desenvoltura musical, criatividade e protagonismo; e a audição acaba com pouca participação ativa das pessoas idosas e provocando a desatenção do grupo.

Sobre as técnicas musicoterapêuticas utilizadas, constatou-se que a recriação é importante para estimular a memória, a improvisação é relevante por provocar a intenção de executar, a provocativa permite maior interação entre musicoterapeuta e participantes e a paródia (composição), para explorar e presentificar o momento. Foram usadas, também, histórias cantadas para estimular a atenção e o pensamento dos(as) participantes por meio de perguntas sobre a história, ao final da mesma.

As atividades de dupla-tarefa como cantar e tocar ao mesmo tempo se mostraram instigantes durante o processo, pois, no início, houve uma dificuldade pela falta de intimidade com os instrumentos musicais, mas, no decurso, deixando de ser novidade, as pessoas se permitiram tentar as duas ações aos mesmo tempo.

A importância da atualização de repertório musical para acolhimento da vontade de todas as pessoas envolvidas foi enfatizada, pois muitas das canções citadas têm mais de 50 anos e são de diferentes regiões do país. Em alguns casos, foi crucial o recurso de *streaming* para atender a solicitação em um momento significativo do processo.

Foram oferecidas figuras de artistas, cantoras(es), bandas e grupos musicais para facilitar a identificação e a comunicação com pessoas que têm dificuldade com a verbalização. Essas figuras também podem ser um recurso para uma atividade de identificação do artista quando se tem apenas o recuso auditivo, de forma que a memória seja estimulada.

As(os) musicoterapeutas perceberam um declínio cognitivo significativo das pessoas idosas com o isolamento social da Covid-19. Pessoas que tinham autonomia

e independência passaram a ter dificuldade para se alimentar, comunicar verbalmente e se locomover. O desempenho durante o processo musicoterapêutico foi diretamente afetado devido à impossibilidade de convivência com familiares e comunidade.

Também ressaltaram as consequências da rotatividade, mudanças de instituição, tanto das pessoas idosas quanto dos profissionais, dificultando o desenvolvimento do processo a longo prazo e exigindo um replanejamento das ações, constantemente. Além da influência das medicações, dores físicas e alterações no humor, a cada semana.

A interferência de outros(as) profissionais durante os atendimentos de Musicoterapia foram evidenciados. Sobretudo das cuidadoras, que acabavam por responder no lugar da pessoa idosa, não dando o tempo necessário que essa pessoa precisaria para conseguir se manifestar. De mesmo modo, a utilização do celular com volume alto no decorrer dos atendimentos, com conteúdo fora de contexto.

Verificou-se que a heterogeneidade do grupo foi um desafio constante, por tratar-se de pessoas com diferentes contextos e vivências, com diferença de idade de até 40 anos, com processamentos cognitivos diferentes, muitas das pessoas com declínio cognitivo severo, dificuldade motora e auditiva e, em algumas instituições, com a participação de dois gêneros, feminino e masculino. Contudo, depreendeu-se que a Musicoterapia é capaz de integrar o grupo por meio do vínculo e da música ou manifestações musicais. Por um momento, todas as pessoas envolvidas encontram-se emocionalmente e interagem com respeito e acolhimento.

Sobre o trabalho direto da Musicoterapia, as(os) entrevistadas(os) perceberam que o ganho terapêutico maior ocorre no dia de atendimento. Notaram uma diferença significativa entre o início e fim do atendimento. Exemplificaram que, no início, o grupo geralmente se encontrava apático, na sala de TV, com pouquíssima interação e, no decorrer do atendimento, apresentaram melhora na sua atenção, orientação, comunicação e socialização. No entanto, identificaram a necessidade de recomeçar os ganhos a cada atendimento.

Para a condução do trabalho, acreditam que seja necessário caminhar pelo espaço físico e se aproximar corporalmente de cada pessoa idosa, de modo que estimule um momento de mais atenção e interação individualizada até que consigam se conectar com os(as) demais membros do grupo. Cada pessoa tem seu momento para escolha de uma música e desenvolver sua comunicação verbal ou não-verbal.

Foi percebido que canções com letras extensas prejudicam o desempenho da atividade, de forma que, quando essas canções foram indicadas por uma participante, foi priorizado o início da canção e o refrão, para evitar o desgaste e a desatenção pelo cansaço. Da mesma forma, quando houve alguma sugestão, a prioridade ficou para as partes mais conhecidas da canção.

Ressaltou-se que o processo de aprendizagem ocorre durante o processo musicoterapêutico, com novas experiências musicais, oportunidade de identificar e explorar instrumentos musicais e o canto, novas músicas e canções, debate sobre as letras, sobre gêneros musicais, sobre a história social que envolve as canções e a oportunidade de escutar os(as) demais membros do grupo.

Considerou-se o relato do grupo focal de que as(os) musicoterapeutas contratadas(os) possuem uma alta carga de trabalho, percorrendo diversas instituições de longa permanência para idosos durante a semana, de modo que obtêm pouco tempo para dedicar na avaliação das pessoas atendidas. Dessa forma, o instrumento de avaliação foi elaborado de forma sucinta e com cálculos simples para verificação de pontuação, para que ele seja de real possibilidade e utilidade na prática do(a) profissional musicoterapeuta brasileiro(a).

A partir da revisão de literatura, da revisão de escopo e grupo focal, foi possível elaborar as questões do instrumento de avaliação e encaminhar para as juízas pesquisadoras das áreas do envelhecimento e da Musicoterapia, para uma análise de conteúdo criteriosa dos termos utilizados, dos constructos propostos, e objetivo de cada questão.

4.2 AVALIAÇÃO DO ACPIM POR ESPECIALISTAS

Nesta etapa o instrumento ACPIM estava com 15 questões e foi avaliado, por três juízas especialistas na área da Musicoterapia e do envelhecimento, nos quesitos de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica em uma escala de 1 a 5.

A Tabela 2 apresenta a pontuação obtida por cada uma das juízas para cada questão do ACPIM. A Gráfico 7 mostra o resumo dessa avaliação por meio da mediana dos escores obtidos por cada critério, em cada questão e no total. Para todas as questões e quesitos as medianas dos escores foram iguais ou maiores que 4, indicando muita clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

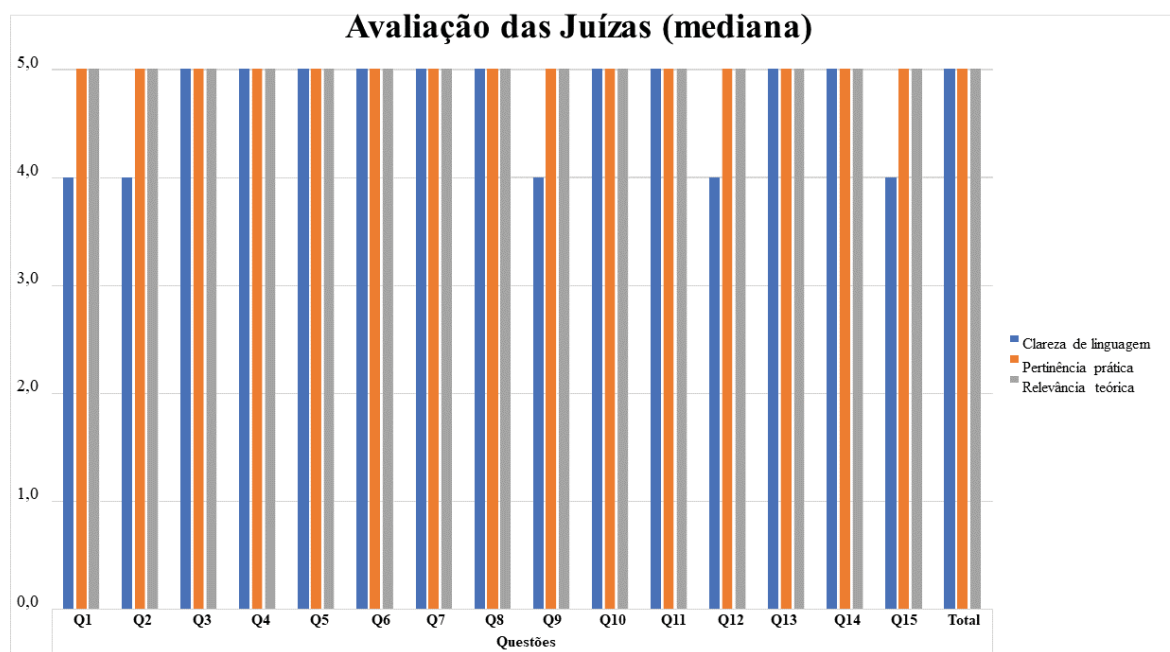
TABELA 2 - PONTUAÇÃO OBTIDA POR CADA UMA DAS JUÍZAS PARA CADA QUESTÃO DO ACPIM NOS QUESITOS DE CLAREZA DE LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA E RELEVÂNCIA TEÓRICA (n= 3)

		QUESTÕES														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Clareza de linguagem	Juíza 1	5	4	4	5	4	3	5	4	4	4	5	4	3	5	4
	Juíza 2	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
	Juíza 3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
	Pertinência prática															
Juíza 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Juíza 2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Juíza 3	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Relevância teórica																
Juíza 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Juíza 2	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Juíza 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Fonte: A Autora (2022).

Nota: Juíza 1: Formação: Musicoterapia com Doutorado em Educação.
 Juíza 2: Formação: Música e Musicoterapia com Doutorado em Música.
 Juíza 3: Formação: Musicoterapia com Doutorado em Saúde.

GRÁFICO 7 - MEDIANA DOS ESCORES DE AVALIAÇÃO DO ACPIM NOS QUESITOS DE CLAREZA DE LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA E RELEVÂNCIA TEÓRICA (N= 3)



FONTE: A Autora (2022).

As principais sugestões das juízas se referiram ao cuidado com os verbos utilizados, para evitar mais de uma interpretação das questões, bem como a revisão das preposições e manter a flexão de gênero durante todo o instrumento. Apontaram, também, a necessidade da construção de um manual de utilização do instrumento de avaliação, pois muitas questões envolvem situações subjetivas e de difícil julgamento. As juízas sugeriram desmembrar 3 questões, o que deixou o instrumento com um total de 18 questões.

Na Musicoterapia, cada conquista é valorizada, por isso as juízas entendem que é relevante detalhar cada questão no manual de utilização, pois a execução musical no processo musicoterapêutico é rica de detalhes que envolvem muito mais do que a obra musical em si, a forma e a intensidade que são apresentadas, a letra das canções, o manuseio dos instrumentos, a escuta e o desempenho a partir de comparações da própria pessoa, em mais de um momento, são alguns dos pontos relevantes durante o atendimento de Musicoterapia.

Também foi sugerida a revisão de questões que envolviam autonomia e independência, deixando clara a diferença de significados, bem como o nível de exigência ao pontuar as questões, pois podem ser considerados: murmúrios, direção do olhar, balbucio e outras manifestações corporais, conforme as limitações da pessoa idosa a ser avaliada.

Algumas vezes, a pessoa não tem independência para executar, mas sinaliza sua vontade. Pode verbalizar pensamentos elucidados pela música, com uma linguagem estruturada e sem conexão aparente com a música. Ou, pode se referir à música escutada, mas com linguagem confusa, desestruturada. Nesse caso, a reflexão foi coerente com a música, mas a linguagem está prejudicada.

O instrumento de avaliação foi aplicado baseado na observação de 180 pessoas idosas em dois momentos, para verificar a reprodutibilidade teste-reteste e verificar a consistência interna do instrumento. Todos(as) participantes da pesquisa estavam em processo grupal musicoterapêutico, que é a realidade da maioria das ILPI da cidade de Curitiba e Região Metropolitana. Os(as) musicoterapeutas são contratados para algumas horas semanais para atendimentos em pequenos ou grandes grupos, segundo dados levantados no grupo focal.

4.3 ESTUDO DE VALIDAÇÃO - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A Tabela 3 apresenta as características da amostra estudada. A amostra apresentou idade média de $79,0 \pm 8,2$ anos e foi composta majoritariamente por mulheres (67,8%), viúvos(as) (41,7%), com ensino fundamental (57,8%), de religião católica (65,6%), tinham alguma atividade antes de entrar na instituição (86,7%) e apresentavam percepção de saúde boa ou muito boa (59,4%).

TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES (N=180)

	Média	DP
Idade	79,0	8,2
	n	%
Sexo (feminino)	122	67,8
Estado civil		
Solteiro	51	28,3
Casado	9	5,0
Viúvo	75	41,7
Desquitado	45	25,0
Sabe ler e escrever (Sim)	158	87,8
Escolaridade		
Analfabeto	16	8,9
Ensino Fundamental	104	57,8
Ensino Médio	34	18,9
Ensino Técnico	15	8,3
Graduação	10	5,6
Especialização	1	0,5
Mestrado e/ou Doutorado	0	0,0
Religião		
Nenhuma	13	7,3
Católica	118	65,6
Evangélica	42	23,3
Espírita	5	2,8
Budismo	1	0,5
Outra	1	0,5
Atividade antes e entrar na instituição (Sim)	156	86,7
Como avalia sua saúde		
Muito boa	12	6,7
Boa	95	52,7
Regular	59	32,8
Ruim	14	7,8
Com quem morava antes?		
Sozinho	122	67,9
Companheiro (a)	30	16,7
Filhos	10	5,6
Irmãos	7	3,9
Convento	7	3,9
Mãe	1	0,5
Instituição de acolhimento	1	0,5
Morador em situação de rua	1	0,5
Outros familiares	1	0,5
Quem o colocou na instituição?		
Foi colocado (a)	150	83,3
Por opção própria	30	16,7

FONTE: A Autora (2022).

A maioria dos participantes morava sozinho antes de ingressar na instituição (67,9%), foi colocado na instituição por outras pessoas (83,3%) e os motivos mais reportados por estar na instituição foram ser sozinho e estar doente (33,3%) e ser sozinho (28,3%). Cerca de 35% estão na instituição há menos de 1 ano e 16,1% estão na instituição há 4 anos ou mais. As atividades mais reportadas pelos participantes para passar o tempo na instituição foram assistir TV (36,7%) e ouvir rádio (27,8%).

Com relação à família dos participantes, 88,3% apresentavam parentes vivos, sendo 28,9% composta pelos irmãos e 24,5% pelos filhos. Dentre os que recebem visitas (65,5%), a maioria recebe visitas de filhos (32,2%) e irmãos (27,1%) e as visitas ocorrem, em sua maioria, em datas especiais (38,1%) ou mensalmente (32,2%).

O perfil deste estudo é de pessoas institucionalizadas, e ficou evidente nos resultados que a grande maioria possui declínio cognitivo, e os dados mostram que esse é um dos principais motivos pela busca de uma instituição para morar e ser cuidado, associado ao fato de que as pessoas moravam sozinhas e não tinham um familiar próximo para exercer o papel de cuidador.

4.4 AVALIAÇÃO COGNITIVA MoCA

A Tabela 4 apresenta os escores médios e a classificação cognitiva dos participantes estudados. O escore total médio do MoCA foi de $15,7 \pm 5,9$ e 93,9% dos participantes apresentaram algum declínio cognitivo.

TABELA 4 - ESCORES MÉDIOS DO MoCA E CLASSIFICAÇÃO COGNITIVA DOS PARTICIPANTES (N=180)

	Média	DP
MoCA (escore total)	15,7	5,9
Visuoespacial/executiva	2,5	1,1
Nomeação	2,0	0,8
Atenção	2,9	1,5
Linguagem	1,6	0,9
Abstração	0,7	0,8
Memória/Evocação tardia	2,2	1,4
Orientação	3,8	1,6
	n	%
MoCA (escore total) <26	169	93,9

FONTE: A Autora (2022).

4.5 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi realizada visando testar a estrutura fatorial do ACPIM. Todos os pressupostos para a realização da AFE foram atingidos com a amostra de 180 participantes (Teste de Bartlett: $\chi^2(153)= 3952,0$, $p<0,001$; KMO=0,94). A Tabela 5 apresenta os resultados da AFE para o instrumento. A AFE indicou que o instrumento ACPIM apresenta estrutura unidimensional (*eigenvalues* >1) com 12 itens que explica 71,9% da variância observada e apresentou adequada consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,96). Correlações item-total acima de 0,70 (Tabela 6).

TABELA 5 - CARGA FATORIAL E *EINGENVALUES* DA AFE DO ACPIM (N=180).

ITEM	CARGA FATORIAL	
	FATOR 1	FATOR 2
Q1	0,95	
Q2	0,91	
Q3	0,87	
Q4	0,67	
Q5	0,73	
Q6	0,71	
Q7	0,87	
Q8	0,74	
Q9	0,84	
Q10	0,56	
Q17	0,78	
Q18	0,86	
Q11*	0,45	0,51
Q12		0,68
Q13		0,93
Q14		0,88
Q15*	0,42	0,48
Q16		0,89
<i>Eigenvalues</i> *	11,48	0,92
Variância %	71,9	6,9
Variância acumulada %	71,9	78,8

FONTE: Ajustado via análise paralela de Horn (HAYTON, 2004)

NOTA: * Itens deletados por pertencerem a mais de um fator. Cargas fatoriais inferiores a 0,4 foram omitidas.

TABELA 6 - ALPHA DE CRONBACH E CORRELAÇÕES ITEM - TOTAL DO QUESTIONÁRIO ACPIM (N=180).

Item	Correlação Item-total	Alpha se o item for deletado
Q1	0,87	0,959
Q2	0,87	0,959
Q3	0,91	0,958
Q4	0,87	0,959
Q5	0,81	0,961
Q6	0,73	0,963
Q7	0,88	0,959
Q8	0,74	0,958
Q9	0,90	0,958
Q10	0,84	0,960
Q17	0,77	0,962
Q18	0,78	0,962
Alpha total		0,963

FONTE: A Autora (2022).

4.6 REPRODUTIBILIDADE TESTE-RETESTE

A Tabela 7 apresenta os coeficientes de correlação intraclassa (CCI) para o teste-reteste do instrumento para cada questão e para o escore total. Todos os CCIs foram superiores a 0,90, indicando alta reprodutibilidade.

TABELA 7 - COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO INTRACLASSE PARA TESTE-RETESTE (N=180)
(Continua)

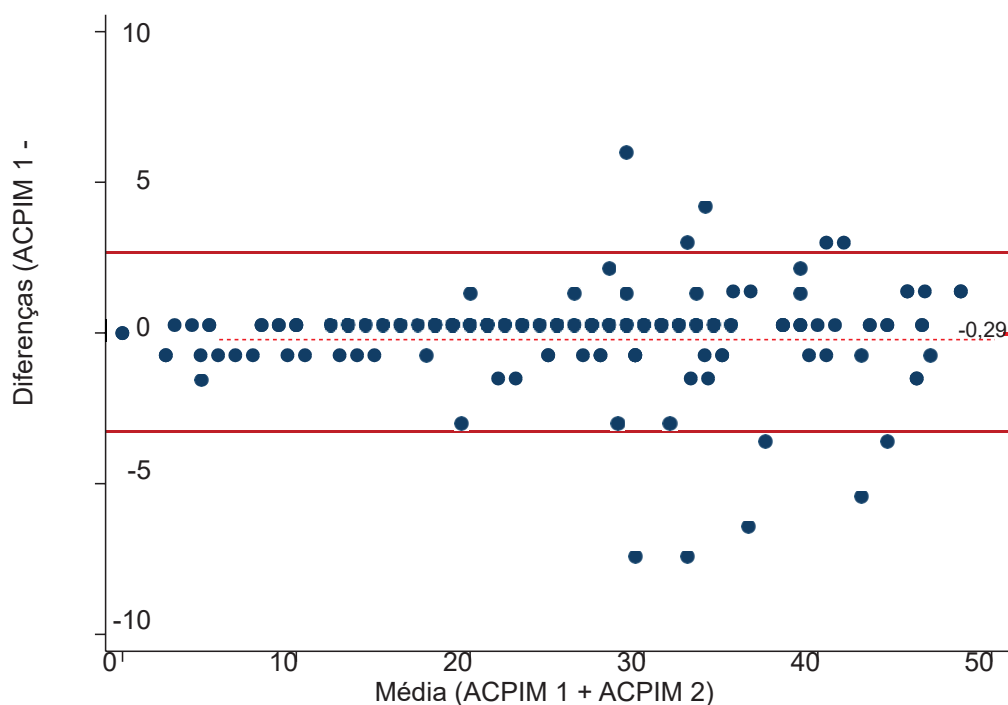
Questões	Avaliação 1 Média ± DP	Avaliação 2 Média ± DP	CCI	(IC95%)
Q1	2,47 ± 1,01	2,48 ± 1,00	0,94	0,92 - 0,96
Q2	2,22 ± 1,05	2,25 ± 1,03	0,94	0,92 - 0,96
Q3	2,28 ± 1,14	2,27 ± 1,10	0,95	0,94 - 0,96
Q4	2,09 ± 1,18	2,15 ± 1,16	0,93	0,91 - 0,95
Q5	1,90 ± 1,12	1,93 ± 1,10	0,95	0,94 - 0,96
Q6	1,34 ± 1,07	1,37 ± 1,07	0,94	0,92 - 0,96
Q7	2,12 ± 1,26	2,14 ± 1,24	0,96	0,95 - 0,97

Questões	Avaliação 1 Média ± DP	Avaliação 2 Média ± DP	CCI	(IC95%)
Q8	2,18 ± 1,12	2,22 ± 1,11	0,98	0,97 - 0,99
Q9	2,30 ± 1,08	2,33 ± 1,08	0,95	0,94 - 0,96
Q10	2,19 ± 1,12	2,16 ± 1,10	0,97	0,96 - 0,98
Q11	2,14 ± 1,11	2,19 ± 1,12	0,95	0,94 - 0,96
Q12	1,74 ± 1,16	1,80 ± 1,20	0,94	0,93 - 0,95
ACPIM score total	24,99 ± 11,35	25,28 ± 11,32	0,99	0,98 - 0,99

FONTE: A Autora (2022).

O Gráfico 8 apresenta o método de Bland-Altman para o teste-reteste do questionário ACPIM. A diferença média visualizada foi de $-0,29 \pm 1,51$ (IC95% = $-3,26 - 2,68$). A regressão linear foi aplicada visando identificar possíveis vieses com a elevação das médias entre as medidas. Nenhum viés foi visualizado ($B = 0,002$, IC95% = $-0,017 - 0,022$, $p = 0,798$).

GRÁFICO 8 – MÉTODO DE BLAND-ALTMAN PARA O TESTE-RETESTE DO ACPIM (N=180).



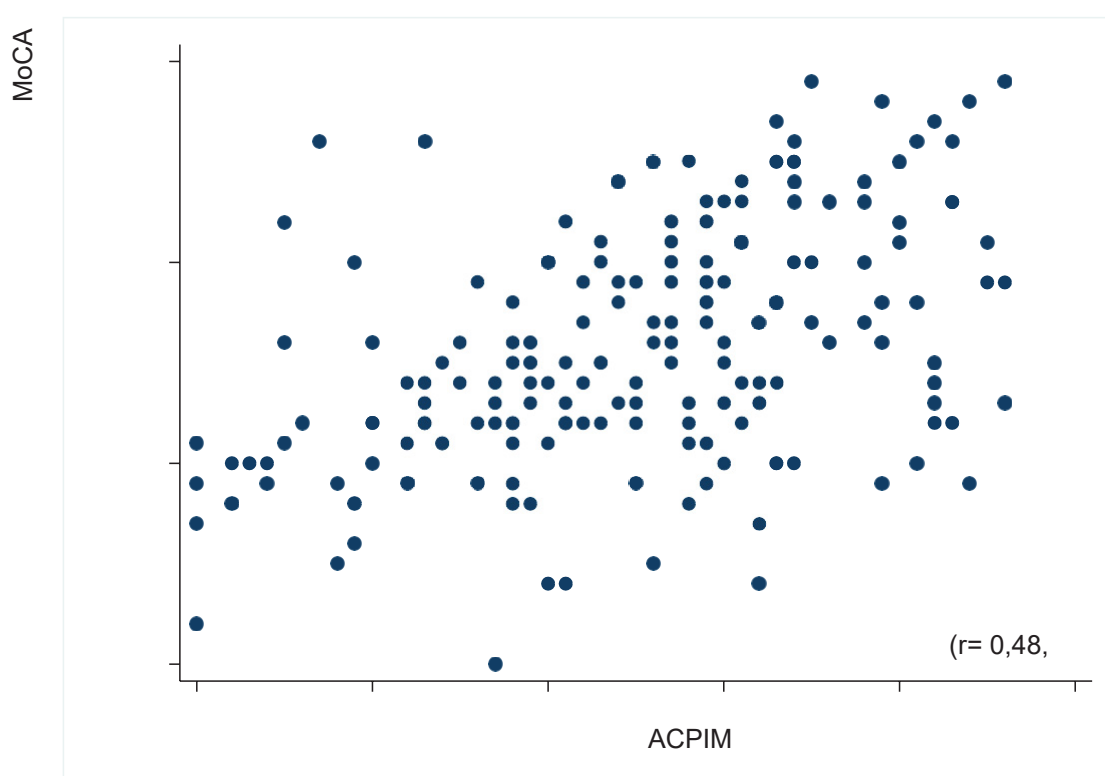
FONTE: A Autora (2022).

NOTAS: Linhas sólidas em vermelho representam o intervalo de confiança de 95% (IC95%).
Linha tracejada representa diferença média.

4.7 VALIDADE CONVERGENTE

A validade convergente foi testada identificando a correlação dos escores do ACPIM com os escores obtidos no MoCA. O Gráfico 9 demonstra a dispersão da associação entre os escores do ACPIM e os escores do MoCA. Os instrumentos apresentaram correlação positiva indicando o aumento dos escores do MoCA com aumento nos escores do ACPIM ($r=0,48$, $p<0,001$).

GRÁFICO 9 - ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESCORES DO ACPIM E MoCA.

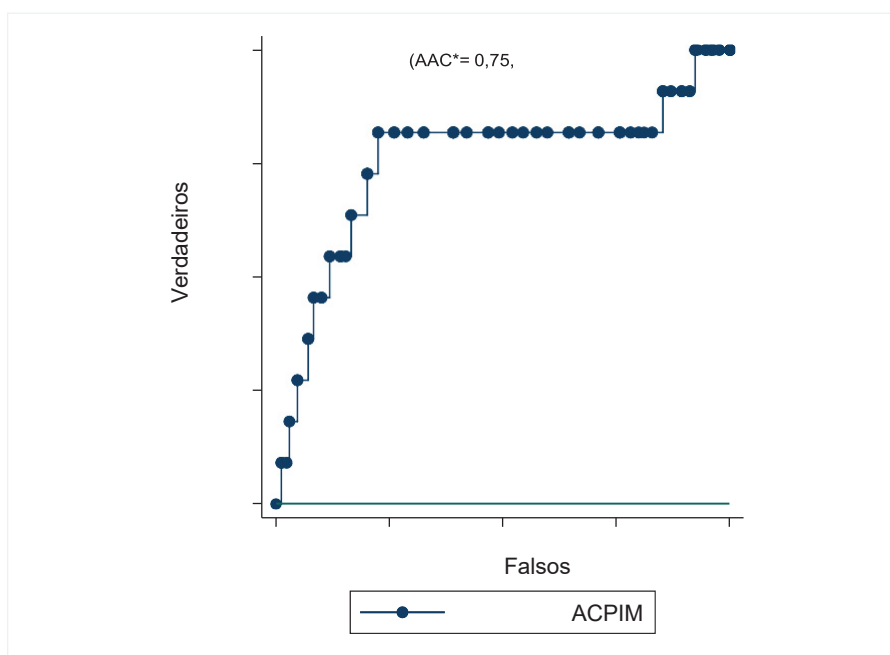


FONTE: A Autora (2022).

4.8 PONTO DE CORTE DO ACPIM

A curva ROC foi utilizada para identificar o ponto de corte do ACPIM para identificar pessoas idosas sem declínio cognitivo obtido pelo questionário MoCA (Gráfico 10). O questionário ACPIM tem capacidade adequada de identificar pessoas idosas sem declínio cognitivo (AAC= 0,75, IC95%= 0,55 – 0,95).

GRÁFICO 10 - CURVA ROC PARA A ESTIMATIVA DE PONTOS DE CORTE DO ACPIM



FONTE: A Autora (2022).

NOTA: AAC*- Área abaixo da curva.

O ponto de corte ótimo para a identificação de pessoas idosas sem declínio cognitivo foi o de 33, com capacidade de classificar corretamente 77,8% dos casos (Sensibilidade = 81,8%; Especificidade = 77,5% , Youden index= 159,3) (Tabela 8).

TABELA 8 - SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE PARA OS PONTOS DE CORTE DO ACPIM PARA A IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SEM DECLÍNIO COGNITIVO (N=180)

(Continua)

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Classificação correta	Índice de Youden
(>= 0)	100,0%	0,0%	6,1%	100,0
(>= 2)	100,0%	2,4%	8,3%	102,4
(>= 3)	100,0%	3,6%	9,4%	103,6
(>= 4)	100,0%	4,1%	10,0%	104,1
(>= 5)	100,0%	5,3%	11,1%	105,3
(>= 6)	100,0%	7,1%	12,8%	107,1
(>= 7)	100,0%	7,7%	13,3%	107,7
(>= 8)	90,9%	7,7%	12,8%	98,6
(>= 9)	90,9%	8,9%	13,9%	99,8
(>= 10)	90,9%	10,7%	15,6%	101,6
(>= 12)	90,9%	13,0%	17,8%	103,9
(>= 13)	90,9%	14,8%	19,4%	105,7
(>= 14)	81,8%	17,2%	21,1%	99,0
(>= 15)	81,8%	18,9%	22,8%	100,8
(>= 16)	81,8%	20,1%	23,9%	101,9
(>= 17)	81,8%	21,9%	25,6%	103,7

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Classificação correta	Índice de Youden
(>= 18)	81,8%	24,3%	27,8%	106,1
(>= 19)	81,8%	29,0%	32,2%	110,8
(>= 20)	81,8%	33,1%	36,1%	115,0
(>= 21)	81,8%	35,5%	38,3%	117,3
(>= 22)	81,8%	40,2%	42,8%	122,1
(>= 23)	81,8%	42,6%	45,0%	124,4
(>= 24)	81,8%	45,6%	47,8%	127,4
(>= 25)	81,8%	47,9%	50,0%	129,8
(>= 26)	81,8%	50,9%	52,8%	132,7
(>= 27)	81,8%	53,3%	55,0%	135,1
(>= 28)	81,8%	58,0%	59,4%	139,8
(>= 29)	81,8%	61,0%	62,2%	142,8
(>= 30)	81,8%	67,5%	68,3%	149,3
(>= 31)	81,8%	71,0%	71,7%	152,8
(>= 32)	81,8%	74,0%	74,4%	155,8
(>= 33)	81,8%	77,5%	77,8%	159,3
(>= 34)	72,7%	79,9%	79,4%	152,6
(>= 35)	63,6%	83,4%	82,2%	147,1
(>= 36)	54,6%	84,6%	82,8%	139,2
(>= 38)	54,6%	85,8%	83,9%	140,4
(>= 39)	54,6%	88,2%	86,1%	142,7
(>= 40)	45,5%	89,9%	87,2%	135,4
(>= 41)	45,5%	91,7%	88,9%	137,2
(>= 42)	36,4%	92,9%	89,4%	129,3
(>= 43)	27,3%	95,3%	91,1%	122,5
(>= 44)	18,2%	97,0%	92,2%	115,2
(>= 45)	9,1%	97,6%	92,2%	106,7
(>= 46)	9,1%	98,8%	93,3%	107,9
(>= 47)	0,0%	100,0%	93,9%	100,0

FONTE: A Autora (2022).

Com esta pesquisa foi possível validar o instrumento de avaliação proposto, para utilização dos profissionais da Musicoterapia do Brasil e direcionado para pessoas com e sem declínio cognitivo.

Para facilitar o acesso ao instrumento de avaliação e ao manual de utilização foi criado o site <https://sites.google.com/view/acpim>. Nele é possível encontrar o instrumento de avaliação em três formatos para aplicação: excel (Microsoft), Google formulário e PDF.

4.9 MANUAL DO INSTRUMENTO AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM)

Este é o manual para preenchimento do Instrumento de Avaliação Cognitiva de Pessoas Idosas em Musicoterapia (ACPIM). O instrumento é validado para pessoas idosas que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos e participam de processo musicoterapêutico em grupo. O instrumento avalia: atenção, percepção, memória, concentração, e linguagem no processo musicoterapêutico.

O preenchimento do instrumento deve ser realizado pela (o) musicoterapeuta que acompanha a pessoa idosa, após no mínimo, duas semanas de atendimento. O objetivo deste instrumento é avaliar a cognição de pessoas idosas que frequentam a Musicoterapia, e preenche-lo conforme a disponibilidade do musicoterapeuta e a dinâmica da instituição, para comparação. A (O) musicoterapeuta deve ler todo o manual do instrumento antes de realizar os atendimentos para realizar a observação de forma adequada.

Considera-se, no processo musicoterapêutico com pessoas idosas, a influência do seu estado cognitivo, doenças, demências, dificuldades de mobilidade, uso de medicação, dores físicas e outros fatores de interferência. E ressalta-se a importância de avaliar e validar cada movimento conquistado a partir do encontro inicial entre musicoterapeuta e participante.

O instrumento contém 12 questões e cinco possibilidades de resposta em uma escala *likert*. A pontuação é organizada da seguinte forma: (0) nunca (1) raramente (2) ocasionalmente (3) frequentemente (4) sempre. Os pontos das 12 questões devem ser somados de forma simples. A pontuação máxima a ser atingida é de 48 pontos. O ponto de corte para identificação de declínio cognitivo é de 33 pontos, ou seja, com 33 pontos ou mais, não é identificado declínio cognitivo na pessoa idosa em processo musicoterapêutico, com 32 pontos ou menos é identificado declínio cognitivo na pessoa idosa em processo musicoterapêutico.

INÍCIO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO:

Nome da(o) participante:

Data de nascimento:

Musicoterapeuta:

Data da avaliação:

() primeira avaliação () segunda avaliação () outra: _____

Tempo que a(o) participante frequenta a Musicoterapia:

() 0 a 3 meses () 4 a 7 meses () 8 a 12 meses () 1 ano ou mais

Considerando as duas últimas semanas:

QUESTÃO	INSTRUÇÕES	ASPECTOS COGNITIVOS
1) A/O participante se mostra interessada(o) pelas atividades musicais propostas	Quando o (a) participante apresenta motivação	Atenção
2) A/O participante mantém-se concentrada(o) nas atividades musicais propostas	Quando a (o) participante se mostra envolvido com as atividades.	Atenção
3) A/O participante apresenta vontade para tocar um instrumento musical ou cantar durante as atividades propostas	Quando a (o) participante se mostra interessada (o) em tocar um instrumento musical ou cantar, está envolvida (o) com as atividades propostas	Atenção e volição
4) A/O participante apresenta iniciativa para tocar um instrumento musical ou cantar durante as atividades propostas	Quando a (o) participante demonstra capacidade expressiva e ação.	Atenção e volição
5) A/O participante propõe músicas, canções ou manifestações sonoro-musicais durante os atendimentos	Quando a (o) participante toma iniciativa ou responde com sugestões a partir de provocações do musicoterapeuta ou de um membro do grupo.	Volição
6) A/O participante consegue executar na íntegra as canções propostas por ela(ele) mesmo	Quando a (o) participante solicita e executa integralmente a canção citada. Considere suas limitações.	Memória

7) A/O participante consegue executar trechos das canções propostas por ela(ele) mesmo	Quando a (o) participante solicita e executa musicalmente, trechos da canção citada. Considere suas limitações.	Memória
8) A/O participante acompanha musicalmente (conforme suas possibilidades) as canções propostas por outros membros do grupo	Quando a(o) participante interage musicalmente com as canções propostas pelo grupo. As limitações físicas e cognitivas devem ser consideradas.	Atenção e memória
9) A/O participante acompanha musicalmente as canções propostas pelo(a) musicoterapeuta	Quando a(o) participante interage musicalmente com as canções propostas pelo musicoterapeuta, demonstrando vontade.	Atenção e memória
10) A/O participante consegue pronunciar as palavras das letras das canções propostas durante as atividades	Quando a(o) participante consegue articular e cantar as canções propostas, demonstrando domínio de linguagem.	Memória e linguagem
11) A/O participante demonstra capacidade de verbalizar o que pensa ou sente após as atividades musicais	Quando a(o) participante conta o que sente após as atividades musicais, e há uma aparente coerência entre sua fala e a situação.	Pensamento e linguagem
12) A/O participante realiza uma análise com crítica verbal após as atividades musicais	Quando a(o) participante apresenta questionamentos ou constatações sobre as atividades musicais, demonstra presença e reflexões.	Percepção e linguagem

OPÇÕES DE RESPOSTAS:

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

FIM DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo central a construção e validação de um instrumento de avaliação cognitiva de pessoa idosa em processo grupal musicoterapêutico, capaz de identificar um ponto de corte relacionado ao declínio cognitivo. Foi desenvolvido com a intenção de facilitar a utilização de um instrumento dessa competência por um(a) musicoterapeuta brasileiro(a), profissional que ainda não dispunha de um instrumento de avaliação validado para essa população e na língua portuguesa.

Após a construção e o processo de validação, com a análise estatística dos dados, foi possível verificar a validade convergente do instrumento, caracterizando sua relação com indicadores de avaliação cognitiva, e definir o ponto de corte do score do instrumento que identifique indivíduos sem declínio cognitivo, pontuação de 33/48 ou mais no ACPIM.

Com base neste estudo, pode-se construir e validar o instrumento Avaliação Cognitiva de Pessoas Idosas em Musicoterapia para observar e avaliar pessoas participantes de processo musicoterapêutico grupal e moradoras de Instituições de Longa Permanência para Idosos. O instrumento é independente e autossuficiente, não será necessária a aplicação do MoCA na avaliação da prática clínica.

Neste trabalho foram levantados dados a partir da coleta com pessoas do sexo feminino e masculino, de qualquer gênero, diferentes tempos de frequência na Musicoterapia, faixa etária ampla, estados cognitivos distintos, histórico socioeconômico e histórico escolar diferenciados, viabilizando a reprodutibilidade, indispensável para o fortalecimento dos resultados.

Recomenda-se novos estudos com a reaplicação do ACPIM em outras populações, como: pessoas idosas não-institucionalizadas, maior número de pessoas idosas (participantes) sem declínio cognitivo, pessoas idosas que frequentam centros-dia ou outras modalidades de convivência, pessoas idosas em processo individual de Musicoterapia, com outra faixa etária e outros profissionais envolvidos, para validação do instrumento de avaliação em outros contextos de presença e envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ADLER, R. S. **Musical assessment of gerontologic needs and treatment: the magnet survey**. St. Louis: Mmb Music, Inc, 2001. 48 p.
- AKOBENG, A. Understanding systematic reviews and meta-analysis. **Archives Of Disease In Childhood**, [S.l.], v. 90, n. 8, p. 845-848, 1 ago. 2005. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.058230>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1720526/pdf/v090p00845.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- AKOBENG, A. K. Understanding diagnostic tests 3: Receiver operating characteristic curves. **Acta Paediatrica**, v. 96, p. 644–647, 2007. DOI:10.1111/j.1651-2227.2006.00178.x.
- ALBERT, M. S. *et al.* The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer'S & Dementia**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 270-279, 22 abr. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>.
- ALBUQUERQUE, M. C. *et al.* Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 404-13, 30 jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12532>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/12532/11637>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- ALCÂNTARA-SILVA, T. R. *et al.* Musicoterapia, reabilitação cognitiva e doença de Alzheimer: revisão sistemática. **UBAM: União Brasileira das Associações de Musicoterapia**, [S.l.], n. 17, p. 56-68, dez. 2014. Disponível em: <http://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/216/195>. Acesso em: 9 set. 2022.
- ALMEIDA, C. A. P. L. *et al.* Significados atribuídos por profissionais de saúde ao processo de envelhecimento de idosos institucionalizados. **Rev. Rene**. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/30830/71492>. Acesso em: 17 out. 2022.
- ARNDT, A. D.; CUNHA, R.; VOLPI, S. Aspectos da prática musicoterapêutica: contexto social. Recife, **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 387-395, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4sqmqK54YDF8xTvqvjbZnJd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2022.
- ARRUDA, M. L.; CUNHA, R.; GOMES, G.; OLIVEIRA, V.; VAGETTI, G. A influência do processo musicoterapêutico na percepção da qualidade de vida de mulheres idosas. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia – BIUS**, v. 13, n. 7, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/6500>. Acesso em: 21 set. 2022.

BARCELLOS, L. R. M. **Quaternos de musicoterapia e coda**. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

Baker, F. A. *et al.* Clinical effectiveness of music interventions for dementia and depression in elderly care (MIDDEL): Australian cohort of an international pragmatic cluster-randomised controlled trial. **Lancet Healthy Longev.** 2022. DOI: 10.1016/S2666-7568(22)00027-7.

BEAUVOIR, S. DE. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins, 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BECKERT, M.; IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [online], v. 29, n. 2, 2012, p. 155-162. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200001>>.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. *In: Seminário internacional envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século, 1.*, 1996, Brasília. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996. p. 16-34.

BERRUCHON, S. *et al.* Évaluation des capacités cognitives musicales chez les malades Alzheimer: le test d'orientation en musicothérapie. **Gériatrie Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 19-24, 2020.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S. l.], v. 59, n. 3, p. 532-536, set. 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2001000400009>.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). **Revista de Psiquiatria Clínica**, [S. l.], v. 25, p. 80-83. 1998.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Alterado pela Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. 3. ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

CACHIONI, M. Gerontologia educacional/educação gerontológica. *In: NERI, A. L. (Org.). Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea, 2008. p.92-94.

CACHIONI, M; NERI, A. L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. **RBCEH: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 99-115, 29 abr. 2006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/49/56>. Acesso em: 11 ago. 2021.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira. Uma contribuição demográfica. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 133-152.

CARAMELLI, P. *et al.* Teste de fluência verbal no diagnóstico da doença de Alzheimer leve: notas de corte em função da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.l.], v. 61, n. 2, p. 32, nov. 2003.

CARDOSO, J. R.; PEREIRA, L. M.; IVERSEN, M. D.; RAMOS, A. L. What is gold standard and what is ground truth? **Dental Press J Orthod.**, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 27-30, 2014. DOI: 10.1590/2176-9451.19.5.027-030.ebo.

CICCHETTI, D. V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. **Psychological Assessment**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 284-290, dez. 1994. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>.

CLAIR, A. A. *et al.* Assessment of active music participation as an indication of subsequent music making engagement for persons with midstage dementia. **American Journal Of Alzheimer'S Disease & Other Dementiasr**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 37-40, jan. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/153331750502000105>.

CUNHA, R. Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer. **R.Cient./Fap**, Curitiba, v. 2, p. 213-228, jan. 2007. Disponível em: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/revistacientifica/article/view/1717/1062>. Acesso em: 06 set. 2018.

CUNHA, R. R. DOS S.; BEGGIATO, S. M. O. **Definição de Musicoterapia**. Disponível em: <https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/definicao/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

CURITIBA. PREFEITURA MUNICIPAL. **Protocolo qualidade em instituições de longa permanência para idosos – PQILPIS**, 2009. Disponível em: <https://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=111>. Acesso em: 29 out. 2022.

D'ALENCAR, R. S. Ensinar a viver, ensinar a envelhecer: desafios para a educação de idosos. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, [S.l.], v. 4, p. 61-83, 23 jun. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.22456/2316-2171.4719>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4719/2645>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DELORS, J. **La educación encierra un tesoro**. Madrid: Unesco: Santillana, 1996. 46 p. Disponível em: <https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/%5BSPA%5D%20%E6%95%99%E8%82%B2.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DILEO, C. (Ed.) **Vislumbrando o Futuro da Musicoterapia**. Filadélfia: Temple University Arts & Quality of Life Research Center. 2016. Disponível em:

<https://scholarshare.temple.edu/handle/20.500.12613/6287>. Acesso em: 13 set. 2022.

DOLL, J. *et al.* Apresentação - educação e envelhecimento. **Educação & Realidade**, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 9-15, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623652407>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/WrPpB3Wb7CDYjccZJVYRB8z/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2021.

DOWNS, S. H.; 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 & Community Health**, [S.l.], v. 52, n. 6, p. 377-384, 1 jun. 1998. BMJ. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.6.377>.

DUARTE, Y.; WATANABE, H. W.; GIACOMIN, K.; LEBRÃO, L. **Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em ILPIs registradas no Censo SUAS**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 2018.

ELM, E. V. *et al.* Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, [S.l.], v. 335, p. 806-808, oct. 2007. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>.

FACHNER, J. O futuro da pesquisa em musicoterapia em neurociência. *In*: DILEO, C. (Ed.) **Preveno o futuro da musicoterapia**. Filadélfia: Temple University, 2016. p. 139-147. Disponível em: <https://scholarshare.temple.edu/bitstream/handle/20.500.12613/6287/Dileo-Monograph-2016.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 set. 2022.

FALLER, J. W. *et al.* Estrutura conceptual do envelhecimento em diferentes etnias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-9, 23 jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.66144>.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021, v. 26, n. 01, p. 77-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.

FOLSTEIN, M. F. *et al.* "Mini-mental state". **Journal Of Psychiatric Research**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 189-198, nov. 1975. Elsevier BV. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

FREITAS, S. *et al.* Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 345-357, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002&lng=pt&nrm=iso. acessos em 13 out. 2022.

GLYNN, N. J. The music therapy assessment tool in Alzheimer's patients. **Journal Of Gerontological Nursing**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 3-9, jan. 1992. DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-19920101-03>.

GOLD, C. *et al.* Music interventions for dementia and depression in elderly care (MIDDEL): protocol and statistical analysis plan for a multinational cluster-randomised trial. **BMJ Open**. 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023436.

GOMES, I.; TERRA, N. Doença de Alzheimer. *In*: IZQUIERDO, I. *et al.* **Envelhecimento, memória e doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Edipucrs, 2015.

HAIR, J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Multivariate data analysis**. 7. ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2009.

HAYTON, J. C.; ALLEN, D. G.; SCARPELLO, V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. **Organizational Research Methods**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 191-207, 2004. DOI: 10.1177/1094428104263675.

HINTZ, M. R. Geriatric music therapy clinical assessment: assessment of music skills and related behaviors. **Music Therapy Perspectives**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 31-40, 1 jan. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/mtp/18.1.31>.

IPARDES. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Caracterização e condições de atendimento em abrigos e Instituições de Longa Permanência para Idosos no Paraná. **Manual de instrução do pesquisador**. Governo do Paraná, 2008. Disponível em https://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/RP_manual_instrucao_inst_idosos_2008.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2021a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua trimestral**. 2021b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5918>. Acesso em: 15 ago. 2021.

IBGE. **Pesquisa mensal de serviços - junho 2021**. 2021c. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>. Acesso em: 15 ago. 2021.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 21 out. 2022.

INOUYE, K. *et al.* Efeito da universidade aberta à terceira idade sobre a qualidade de vida do idoso. **Educação e Pesquisa**, [S.l.], v. 44, p. 1-19, 21 ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-4634201708142931>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/hSMPNNYwdW8yZrmWT9yDkvG/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.

JACOBSEN, J. H. *et al.* Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's Disease. **Epub**, [S.l.], v. 138, n. 8, p. 438-50. DOI: 10.1093/brain/aww135. 2015.

KESZEI AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res.**, [S.l.], v. 68, n. 4, p. 319-23, 2010.

LAKS, J. *et al.* O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.l.], v. 61, n. 3, p. 782-785, set. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/jrXSd6dvq6hknYwNkW4MSCn/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

LEINIG, C. E. **Tratado de Musicoterapia**. Curitiba: Seta, 1977.

LEM, A. The evaluation of musical engagement in dementia: Implications for self-reported quality of life. **Australian Journal of Music Therapy**, [S.l.], v. 26, p.30-51, 2015. Disponível em: <https://www.austmta.org.au/public/151/files/AJMT/2015/3%20The%20evaluation%20of%20musical%20engagement%20in%20dementia%20Implications%20for%20self%20reported%20quality%20of%20life.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

LIPE, A. W. The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with dementia. **Journal of Music Therapy**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 137-151. 1995. DOI: 10.1093/JMT/32.3.137.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. [S.l.], v. 22, n. 140, p. 44-53, 1932. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1933-01885-001>. Acesso em: 15 set. 2022.

LOURENÇO, L. DE F. L.; SANTOS, S. M. A. DOS. Institucionalização de idosos e cuidado familiar: perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. **Cogitare enferm**. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.69459>.

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de atitude: proposição de um protocolo de elaboração de escalas. **RAC**, Rio de Janeiro, v. 19, 2. ed.especial, art. 3, p. 157-177, Agosto 2015. DOI: 10.1590/1982-7849rac20151559.

LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Rio de Janeiro: Ed. da Universidade de São Paulo, 1981. Disponível em: <http://fisio2.icb.usp.br:4882/wp-content/uploads/2016/02/LURIA-A-R-Fundamentos-de-Neuropsicologia.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MAEDA, A. P.; PETRONI, T. N. **As instituições de longa permanência para idosos pelo Brasil**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2020. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/as-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-no-brasil/>. Acesso em: 21 out. 2022.

MCDERMOTT, O.; ORRELL, M.; RIDDER, H. M. The development of music in dementia assessment scales (MiDAS). *Nord J Music Ther.*, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 232-251, jul. 2015 DOI: 10.1080/08098131.2014.907333.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conhecer a demência, conhecer o Alzheimer**: o poder do conhecimento. Biblioteca Virtual da Saúde. 2021. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/conhecer-a-demencia-conhecer-o-alzheimer-o-poder-do-conhecimento-setembro-mes-mundial-do-alzheimer/#:~:text=No%20Brasil%2C%20cerca%20de%201,a%2050%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas>. Acesso em: 27 set. 2022.

MITSUDOME, Y. **Development and Reliability of a Music Therapy Assessment Tool for People with Dementia**. 2013. 137 f. Dissertation (Doctorate Degree) - Philosophy, Temple University, Philadelphia, 2013. Disponível em: https://scholarshare.temple.edu/bitstream/handle/20.500.12613/1937/Mitsudome_temple_0225E_11407.pdf?sequence=1. Acesso em: 11 ago. 2021.

MOON, S.; KO, B. The Validity and Reliability of the Korean version of the Music-Based Evaluation of Cognitive Functioning. *Korean Journal of Music Therapy*, [S.l.], v. 16, p. 49-63, 2014. DOI: 10.21330/KJMT.2014.16.1.49

MUNN, Z. *et al.* Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **Bmc Medical Research Methodology**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 1-7, 19 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>. Acesso em: 27 out. 2020.

NASREDDINE, Z. S. *et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 695-699, abr. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>.

NERI, A. L. **Palavras-Chave Em Gerontologia**. 3. ed. São Paulo: Alinea, 2008.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem-sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. 4. ed. São Paulo: Papirus, 2012.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e temas básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 62-75.

NOGUEIRA, J. *et al.* Escala de avaliação da doença de Alzheimer - subescala cognitiva (ADAS-Cog): dados normativos para a população portuguesa. **Acta Médica Portuguesa**, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 94-100, 28 fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.8859>. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/8859>.

Acesso em: 17 set. 2018.

NORMAN, R. Music Therapy Assessment of Older Adults in Nursing Homes. **Music Therapy Perspectives**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 8-16, 1 jan. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/mtp/30.1.8>.

NUNES, M. V. R. Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. **Cadernos de Saúde**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 19-29, jun. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9880>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015a. Disponível em: »<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 13 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=89A1776163E002B2E7F0C9FDBE1AE610?sequence=6. Acesso em 13 ago 2021.

PAGE, M. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, [S.l.], v. 372, n. 71, p. 1-9, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, [S.l.], v. 18, n. 42, p. 384-411, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/15174522-018004221>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzKc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

PARENTE, M. A. P. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASCOTINI, F. DOS S.; FEDOSSE, E. Percepção de estagiários da área da saúde e trabalhadores de instituições de longa permanência de idosos sobre a institucionalização. **ABCS Health Sciences**. 2018. DOI: <http://doi.org/10.7322/abcs.hs.v43i2.1026>.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.l.], v. 43, n. p. 992-999, dez. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2020.

PETERSON, D. A. Educational gerontology: the state of the art. **Educational Gerontology**, v. 1, p. 61- 73, 1976. DOI: <https://doi.org/10.1080/03601277.1976.12049517>.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 141-146, Sept. 2015. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050.

PETERSON, D. A. A history of the education of older learners. *In*: SHERRON, R. M.; LUMSDEM, D. B. (Eds.). **Introduction to educational gerontology**. Washington, Dc: Hemisphere Publishing Corporation, 1990. p. 1-19.

PFEIFFER, C; ZAMANI, C. **Explorando el cerebro musical**: musicoterapia, música y neurociencias. Buenos Aires: Kier, 2017.

PINTO, T. C. **Proposição da versão brasileira da bateria Montreal Cognitive Assessment (MoCA-BR) como teste de escolha para rastreio de comprometimento cognitivo em idosos**: um estudo da acurácia, das propriedades psicométricas e dos pontos de corte da moca-br. 2019. 135 f. Tese (Doutorado) - Curso de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33117>. Acesso em: 13 ago. 2021.

RAGLIO, A.; BELLANDI, D.; BAIARDI, P.; GIANOTTI, M.; UBEZIO, M. C.; ZANACCHI, E. *et al.* Effect of active music therapy and individualized listening to music on dementia: a multicenter randomized controlled trial. **J Am Geriatr Soc**. [S.l.], v. 63, n. 8, p.1534-9, 2015.

RIBEIRO, P. C. C. *et al.* Desempenho de idosos na bateria cognitiva CERAD: relações com variáveis sociodemográficas e saúde percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 102-109, abr. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722010000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/GLhy8spZ9KfKbzs9LzTsf4y/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2019.

RIABZEV, A.; DASSA, A.; BODNER, E. "My voice is who I am" - vocal improvisation group work with healthy community-dwelling older adults. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, [S.l.], v. 22, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15845/voices.v22i1.3125>

ROHRBACHER, M. J. **Functions of music therapy for persons with Alzheimer's disease & related disorders**: model demonstration program in adult day healthcare. Washington, Dc: Administration On Aging, Department Of Health And Human Services, 2007.

ROZESTRATEN, R. J. A. **Psicologia do trânsito**: conceitos e processos básicos. São Paulo: Epu/Edusp, 1998.

SANTOS JÚNIOR, P. J. *et al.* Os efeitos benéficos da musicoterapia no contexto educacional/The beneficial effects of music therapy in the educational context. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 2687-2699, out. 2018. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/96/241>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SCHUMACKER, E. E.; LOMAX, R. G. **A beginners guide to structural equation modeling**. 4. ed. New York: Routledge, 2016.

SÉ, E. V. G.; QUEROZ, N. C.; YASSUDA, M. S. O envelhecimento do cérebro e a memória. *In*: NERI, A. L.; YASSUDA M. S. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Porto Alegre: Papirus, 2012.

SILVA, H; SILVA, T. Saúde cognitiva e promoção do envelhecimento cognitivo bem-sucedido. *In*: SANTOS, F. S. *et al* (Org.). **Estimulação cognitiva para idosos: ênfase em memória**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

SILVA, R.; SANTOS, J.; VINÃ, S. **A cognição no idoso**. Brasil, 2020.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal Of Personality Assessment**, [S.l.], v. 80, n. 3, p. 217-222, jun. 2003. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa8003_01.

STROBE, S. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. **Strobe checklists**: version 4. Berna: University of Bern; 2007. Disponível em: <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists> . Acesso em 13 ago 2021.

SUNDERLAND, T. *et al*. Clock drawing in Alzheimer's disease. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.l.], v. 37, n. 8, p. 725-729, ago. 1989. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb02233.x>.

SZEREMETA, T. DO P. **Construção e validação de um instrumento de avaliação da trajetória esportiva sob a ótica do modelo bioecológico**. 2018. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/59712>. Acesso em: 13 ago. 2021.

TAN, J; *et al*. A new music therapy engagement scale for persons with dementia. **International Psychogeriatrics**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 49-58, 25 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1041610218000509>.

The Joanna Briggs Institute. **Methodology for JBI Scoping Reviews**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015. 24 p. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

THAUT, M.; HOEMBERG, V. **Handbook of neurologic music therapy**. Oxford: Oxford University Press, 2014.

TOLEDO, C. M. *et al*. Analysis of macrolinguistic aspects of narratives from individuals with Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and no cognitive impairment. **Alzheimer'S & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 31-40, 18 set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dadm.2017.08.005>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675715/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

TOMAINO, C. M. **Musicoterapia neurológica: evocando as vozes do silêncio.**

São Leopoldo: Est, 2014. Disponível em:

<http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SIFE/821>. Acesso em: 12 ago. 2021.

TRICCO, A. et al. Extensão PRISMA para scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist e explicação. **Ann Intern Med.**, [S.l.], v. 7, n. 169, p. 467-473, 2018. DOI:

<http://dx.doi.org/10.7326/M18-0850>.

UBAM. União Brasileira das Associações de Musicoterapia. **Definição de Musicoterapia.** CUNHA, R.R.S.; BEGGIATO, S.M.O. (Orgs.). 2018. Disponível em:

<https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/definicao/>. Acesso em: 3 out. 2022.

VAGETTI, G. C. *et al.* Associação entre aptidão funcional e qualidade de vida de idosas participantes de um programa de atividade física de Curitiba, Brasil. **J. Phys. Educ.**, Curitiba, v. 31, n. 3115, p. 1-15, 2020. DOI: 10.4025/jphyseduc.v31i1.3115.

VENANCIO, R. C. P. *et al.* Efeitos da prática de Dança Sênior nos aspectos funcionais de adultos e idosos. *In: Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.*

São Carlos, v. 26, n. 3, p. 668-679, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1111>.

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

VERAS, R. P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/snwTVYw5HkZyVc3MBmp3vdc/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2018.

VIEIRA, T. R. L. Gerontologia educacional: que?? **Anais... CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, IV**, Campina Grande: Realize Editora, 2015. Disponível em:

<<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/12412>>. Acesso em: 8 out. 2022.

WITTER, C; BURITI, M. (Orgs.). **Envelhecimento e contingências de vida.**

Campinas: Alínea, 2011.

WFMT. WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. **World federation of music therapy.** Disponível em: <https://wfmt.info/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

World Health Organization. **World report on ageing and health.** Geneva: WHO, 2015. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=AB648DB5CF2680DC835747667343B6BE?sequence=1. Acesso em: 2 mar. 2021.

YORK, E. F. The development of a quantitative music skills test for patients with Alzheimer' s disease. **Journal of Music Therapy**, [S.l.], v. 32, p. 280-296, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmt/31.4.280>.

ZANINI, C. Coro Terapêutico: um olhar do musicoterapeuta para o idosos no novo milênio. *In*: BARCELLOS, L. R. (Org.). **Voices da Musicoterapia Brasileira**. São Paulo: Apontamentos, 2007.

ZMITROWICZ, J; MOURA, R. Instrumentos de avaliação em musicoterapia: uma revisão. **UBAM: Revista Brasileira de Musicoterapia**, [S.l.], v. 1, n. 24, p. 114-135, jun. 2018. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/46/40>. Acesso em: 12 ago. 2021.

10. Qual é a composição de sua família?

- | | |
|----------------|----------------------|
| 01. Esposo(a) | 05. Tios(as) |
| 02. Filhos(as) | 06. Sobrinhos(as) |
| 03. Netos(as) | 07. Outra (descreva) |

04. Irmãos(ãs)

11. Possui alguma religião?

- 01. Sim
- 02. Não. Passe para a questão 13

12. Qual é sua religião?

- | | |
|----------------|----------------------|
| 01. Católica | 03. Espírita |
| 02. Evangélica | 04. Outra (descreva) |

RELAÇÃO DO IDOSO COM A INSTITUIÇÃO**13. Como utiliza maior parte do seu tempo?**

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 01. Não faz nada | 06. Jogos |
| 02. Realiza atividades domésticas | 07. Ouve rádio |
| 03. Realiza trabalhos manuais | 08. Leitura de livros |
| 04. Assiste TV | 09. Dança/ baile |
| 10. Outro: | |

14. O(A) Sr.(a) recebe visitas?

- 01. Sim
- 02. Não. Passe para a questão 17

15. Quem visita o(a) Sr.(a) na instituição?

- 01. Companheiro(a)
- 02. Filhos(a)
- 03. Netos(as)
- 04. Irmãos(ãs)
- 05. Amigos(as)
- 06. Pessoas da Comunidade
- 07. Sobrinhos(as)
- 08. Tios(as)

09 Outro:

16. Qual a frequência da visita?

- 01 - Semanal
- 02 - Quinzenal
- 03 - Mensal
- 04 - Anual
- 05 - Datas especiais
- 06 – Outro:

17. Por que o(a) Sr(a). está nesta instituição?

- 01. Foi colocado (a)
- 02. Por opção própria

18. Qual o principal motivo do(a) Sr.(a) morar na instituição?

- 01. É sozinho(a)
- 02. Estava doente
- 03. É sozinho(a) e estava doente
- 04. Sem cuidador na família
- 05. Família sem condições financeiras de cuidar
- 06. Dificuldade de relacionamento familiar
- 07. Não sabe
- 08. Outros motivos (descreva):

19. Com quem morava antes de vir para a instituição?

- 01. Sozinho (a)
- 02. Esposo (a)
- 03. Filhos(as)
- 04. Irmãos(as)
- 05. Netos(a)
- 06. Agregados (as)
- 07. Outros (descreva):

20. Há quanto tempo está na instituição?

(meses ou anos)

21. Como o(a) Sr.(a) avalia a sua saúde?

01. Muito boa

02. Boa

03. Regular

04. Ruim

ENCERRE A ENTREVISTA

APÊNDICE 2 – MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Versão Experimental Brasileira Escolaridade: _____ Data de avaliação: ___/___/___
 Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA							Pontos																	
		Copiar o cubo Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)					<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Ponteiros <u> </u> /5																	
NOMEAÇÃO							Pontos																	
							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u> </u> /3																	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Rosto</td> <td style="text-align: center;">Veludo</td> <td style="text-align: center;">Igreja</td> <td style="text-align: center;">Margarida</td> <td style="text-align: center;">Vermelho</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">1ª tentativa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">2ª tentativa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	1ª tentativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2ª tentativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Sem Pontuação
	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho																			
1ª tentativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
2ª tentativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
ATENÇÃO	Leia a seqüência de números (1 número por segundo)	O sujeito deve repetir a seqüência em ordem direta <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a seqüência em ordem indireta <input type="checkbox"/> 7 4 2					<input type="checkbox"/> <u> </u> /2																	
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					<input type="checkbox"/> <u> </u> /1																	
Subtração de 7 começando pelo 100		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65				<u> </u> /3																		
LINGUAGEM	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.	<input type="checkbox"/> O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala.					<input type="checkbox"/> <u> </u> /2																	
Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto).		<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palavras)					<input type="checkbox"/> <u> </u> /1																	
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta	<input type="checkbox"/> trem - bicicleta <input type="checkbox"/> relógio - régua					<input type="checkbox"/> <u> </u> /2																	
EVOCAÇÃO TARDIA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Rosto</td> <td style="text-align: center;">Veludo</td> <td style="text-align: center;">Igreja</td> <td style="text-align: center;">Margarida</td> <td style="text-align: center;">Vermelho</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS <input type="checkbox"/> <u> </u> /5								
Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
OPCIONAL	Pista de categoria Pista de múltipla escolha																							
ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Dia do mês <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Cidade					<input type="checkbox"/> <u> </u> /6																		
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)						TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade <u> </u> /30																		

APÊNDICE 3 - PILOTO - AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM)

Nome da(o) participante:

Data de nascimento:

Musicoterapeuta:

Data da avaliação:

() primeira avaliação () segunda avaliação

Tempo que a(o) participante frequenta a Musicoterapia:

() 0 a 3 meses () 4 a 7 meses () 8 a 12 meses () 1 ano ou mais

Considerando as duas últimas semanas:

1) A/O participante se mostra interessada(o) pelas atividades musicais propostas

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

2) A/O participante mantém-se concentrada(o) nas atividades musicais propostas

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

3) A/O participante apresenta vontade (autonomia) para tocar um instrumento musical ou cantar durante as atividades propostas

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

4) A/O participante apresenta iniciativa (independência) para tocar um instrumento musical ou cantar durante as atividades propostas

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

5) A/O participante propõe músicas, canções ou manifestações sonoro-musicais durante os atendimentos

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

6) A/O participante consegue executar na íntegra as canções propostas por ela (ele) mesmo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

7) A/O participante consegue executar trechos das canções propostas por ela (ele) mesmo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

8) A/O participante acompanha musicalmente (conforme suas possibilidades) as canções propostas por outros membros do grupo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

9) A/O participante acompanha musicalmente as canções propostas pelo(a) musicoterapeuta

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

10) A/O participante consegue pronunciar as palavras das letras das canções propostas durante as atividades

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

11) A/O participante consegue memorizar trechos das letras das canções propostas durante as atividades

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

12) A/O participante consegue reproduzir (repetir) melodias simples solicitadas pela (o) musicoterapeuta

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

13) A/O participante consegue reproduzir (repetir) seqüências rítmicas solicitadas pela (o) musicoterapeuta

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

14) A/O participante consegue realizar atividades de “dupla tarefa” como cantar e tocar ao mesmo tempo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

15) A/O participante verbaliza reflexões coerentes após escutar uma música ou canção executada em um aparelho de som

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

16) A/O participante demonstra intenção (desejo) ao improvisar musicalmente com um instrumento musical

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

17) A/O participante demonstra capacidade de verbalizar o que sente após as atividades musicais

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

18) A/O participante demonstra capacidade de crítica verbal após as atividades musicais

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

APÊNDICE 4 - ROTEIRO GRUPO FOCAL – MUSICOTERAPEUTAS QUE ATUAM EM ILPI

TEMA 1: Avaliação cognitiva

Categorias:

- Atenção
- Concentração
- Linguagem
- Aprendizagem
- Memória
- Funções Executivas

TEMA 2: Elementos da música

- melodia
- ritmo
- harmonia

TEMA 3: Elementos linguísticos

- letra de canções

TEMA 4: Experiências musicais em Musicoterapia

- Recriação (BRUSCIA, 2016)
- Composição (BRUSCIA, 2016)
- Audição (BRUSCIA, 2016)
- Improvisação (BRUSCIA, 2016)
- Exploração sonora (BARCELLOS, 2016)
- Provocativa (BARCELLOS, 2016)

Questões norteadoras:**Processo musicoterapêutico**

Quais os principais objetivos da Musicoterapia para estimulação cognitiva de pessoas idosas?

Quais elementos musicais mais utilizados no processo musicoterapêutico com pessoas idosas?

Quais experiências musicais necessárias para atingir os objetivos musicoterapêuticos com pessoas idosas, com foco na cognição?

APÊNDICE 5 - FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO

(3 musicoterapeutas pesquisadores da área do envelhecimento)

Nome:

Formação base:

Maior titulação e área:

Local de trabalho:

Apresentação e Orientações

O instrumento Avaliação Cognitiva da Pessoa Idosa em Musicoterapia (ACPIM) tem como objetivo avaliar a cognição de pessoas idosas, com 60anos ou mais, que passam pelo processo musicoterapêutico, com duraçãomínimo de 3 (três) meses.

Cada item do instrumento deverá ser avaliado de forma quantitativa, nosseguintes aspectos: clareza de linguagem, sua pertinência prática, e relevânciateórica. Sendo que:

Clareza de Linguagem: considera a linguagem utilizada em cada um dositens, clareza e compreensão para população de interesse

Pertinência prática: verifica-se a importância de cada item para o instrumento de avaliação, considerando a prática musicoterapêutica.

Relevância teórica: verifica-se a adequação de cada item com a teoria do envelhecimento e da Musicoterapia.

Considerando o exposto acima, classifique as questões com relação à Clarezade Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica. Sendo de 1 a 5, emque 1= “pouquíssima”, 2= “pouca”, 3= “média”, 4= “muita” e 5= “muitíssima”. Por favor, para os itens que receberem pontuação menor que 4, deixe sugestões para alterações. Assegure-se da avaliação de todos os itens e também, que os tenha classificado uma única vez em cada categoria.

APÊNDICE 6 - COLETA DE DADOS: AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM)

Nome da(o) participante:

Data de nascimento:

Musicoterapeuta:

Data da avaliação:

() primeira avaliação () segunda avaliação

Tempo que a(o) participante frequenta a Musicoterapia:

() 0 a 3 meses () 4 a 7 meses () 8 a 12 meses () 1 ano ou mais

Considerando as duas últimas semanas:

1) A/O participante se mostra interessada(o) pelas atividades musicais propostas () nunca
() raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre () não se aplica

2) A/O participante mantém-se concentrada(o) nas atividades musicais propostas
() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre () não se aplica

3) A/O participante apresenta vontade (autonomia) para tocar um instrumento musical
ou cantar durante as atividades propostas
() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre ()
não se aplica

4) A/O participante apresenta iniciativa para tocar um instrumento musical ou cantar
durante as atividades propostas
() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre ()
) não se aplica

5) A/O participante propõe músicas, canções ou manifestações sonoro-musicais durante
os atendimentos

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

6) A/O participante consegue executar na íntegra as canções propostas por ela(ele)
mesmo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

7) A/O participante consegue executar trechos das canções propostas por ela (ele)
mesmo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

8) A/O participante acompanha musicalmente (conforme suas possibilidades) as
canções propostas por outros membros do grupo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

9) A/O participante acompanha musicalmente as canções propostas pelo(a)
musicoterapeuta

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

10) A/O participante consegue pronunciar as palavras das letras das cançõespropostas
durante as atividades

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

11) A/O participante consegue memorizar e executar trechos das letras das canções
propostas durante as atividades

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

12) A/O participante consegue reproduzir (repetir) melodias simples solicitadaspela (o)
musicoterapeuta

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

13) A/O participante consegue reproduzir (repetir) sequências rítmicas solicitadas pela (o) musicoterapeuta

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

14) A/O participante consegue realizar atividades de “dupla tarefa” como cantar e tocar ao mesmo tempo

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

15) A/O participante verbaliza reflexões relacionadas à escuta de uma música ou canção

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente () sempre
() não se aplica

16) A/O participante demonstra intenção ao improvisar musicalmente com um instrumento musical

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

17) A/O participante demonstra capacidade de verbalizar o que sente após as atividades musicais

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

18) A/O participante realiza uma análise crítica verbal após as atividades musicais

() nunca () raramente () ocasionalmente () frequentemente ()
sempre() não se aplica

APÊNDICE 7- VERSÃO FINAL DO INSTRUMENTO: AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS EM MUSICOTERAPIA (ACPIM)

Nome da(o) participante:

Data de nascimento:

Musicoterapeuta:

Data da avaliação:

() primeira avaliação () segunda avaliação () _____

Tempo que a(o) participante frequenta a Musicoterapia:

() 0 a 3 meses () 4 a 7 meses () 8 a 12 meses () 1 ano ou mais

Considerando as duas últimas semanas:

1) A/O participante se mostra interessada(o) pelas atividades musicais propostas
() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

2) A/O participante mantém-se concentrada(o) nas atividades musicais propostas
() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

3) A/O participante apresenta vontade (autonomia) para tocar um instrumentomusical ou cantar durante as atividades propostas
() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

4) A/O participante apresenta iniciativa para tocar um instrumento musical ou cantar durante as atividades propostas
() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

5) A/O participante propõe músicas, canções ou manifestações sonoro-musicais durante os atendimentos
() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

6) A/O participante consegue executar na íntegra as canções propostas por ela(ele) mesmo

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

7) A/O participante consegue executar trechos das canções propostas por ela(ele) mesmo

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

8) A/O participante acompanha musicalmente (conforme suas possibilidades) as canções propostas por outros membros do grupo

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

9) A/O participante acompanha musicalmente as canções propostas pelo(a) musicoterapeuta

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

10) A/O participante consegue pronunciar as palavras das letras das canções propostas durante as atividades

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

11) A/O participante demonstra capacidade de verbalizar o que pensa ou sente após as atividades musicais

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

12) A/O participante realiza uma análise crítica verbal após as atividades musicais

() nunca⁰ () raramente¹ () ocasionalmente² () frequentemente³ () sempre⁴

ANEXO 1 – TCLE GRUPO FOCAL MUSICOTERAPEUTAS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

Credenciada pelo Decreto Estadual n.º 9.538, de 05/12/2013

Rede credenciamento pelo Decreto n.º 2.374, de 14/08/2019 CNPJ: 05012896/0001-42

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UNESPAR



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Grupo focal Musicoterapeutas

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **A construção e validação de instrumento de avaliação: Musicoterapia, cognição e envelhecimento**, que faz parte do curso do Programa de Doutorado em Educação da UFPR, sob a responsabilidade de **Gislaine Cristina Vagetti** da instituição da **Universidade Federal do Paraná** que irá construir e validar um instrumento de avaliação para verificar o estado cognitivo de pessoas idosas que participam de um processo musicoterapêutico.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP UNESPAR.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP UNESPAR.

Número do parecer: (inserir após aprovação do projeto pelo CEP, para entregar ao participante).

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: A sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: com a participação em uma discussão organizada pelos pesquisadores, em forma de grupo focal. Essa discussão terá seu áudio e vídeo gravados, e será composta

por perguntas com o objetivo de investigar sua atuação no processo musicoterapêutico com pessoas idosas moradoras de instituições de longa permanência a fim de complementar ou alterar o instrumento Avaliação Cognitiva da Pessoa Idosa em Musicoterapia. Para tanto você deverá comparecer uma única vez na plataforma *Google Meet*, no dia _____, às _____ h, no link _____, para participar do grupo focal com duração aproximada de uma hora e meia.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: as pessoas podem ter dificuldade para interpretar alguma questão, e se sentirem constrangidas por isso. Como forma preventiva, as pesquisadoras explicarão que as informações coletadas são sigilosas e que não há resposta ou colocação errada, todas as opiniões serão respeitadas, e as dúvidas são necessárias para aperfeiçoamento do instrumento de avaliação.

3. Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

4. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados são que: as instituições poderão verificar o desempenho do trabalho da Musicoterapia com pessoas idosas. As musicoterapeuta terão a oportunidade de refletir sobre a dinâmica e avaliação de seus trabalhos.

5. CONFIDENCIALIDADE: Informamos ainda que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O material gravado será utilizado apenas pelas pesquisadoras, para análise das respostas sobre o questionário. Em nenhum momento seu nome será divulgado. Além disso, os dados a serem coletados só serão utilizados para fins de publicações científicas, num período de até cinco anos, contados a partir do ano de 2022. Após este período os dados serão descartados.

6. ESCLARECIMENTOS: Caso você tenha mais dúvidas ou necessite esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNESPAR, cujo endereço consta deste documento.

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a **pesquisadora responsável**, conforme o endereço abaixo:

Nome do pesquisador responsável: Gislaine Cristina Vagetti
Endereço: Rua dos Funcionários, 1357 – Cabral – Curitiba/PR-
Telefone para contato: +55 41 99956-2673
E-mail: gislainevagetti@hotmail.com
Horário de atendimento: horário comercial

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da UNESPAR, no endereço abaixo:

CEP UNESPAR

Universidade Estadual do Paraná.

Avenida Rio Grande do Norte, 1.525 – Centro, Paranavaí-PR

CEP: 87.701-020

Telefone: (44) 3482-3212

E-mail: cep@unespar.edu.br

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CUSTOS: Foi esclarecido de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação na pesquisa, tendo em vista que sua participação é voluntária

9. PREENCHIMENTO DO TERMO: Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você), como garantia do acesso ao documento completo.

TERMO 1

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo(a) pesquisador(a), ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Cidade, ____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica

TERMO 2

Eu, _____ (nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Cidade, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 2 – TCLE JUÍZAS DOUTORAS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

Credenciada pelo Decreto Estadual n.º 9.538, de 05/12/2013

Redeenciamento pelo Decreto nº 2.374, de 14/08/2019 CNPJ: 05012896/0001-42

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UNESPAR



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Juízas Doutoras

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **A construção e validação de instrumento de avaliação: Musicoterapia, cognição e envelhecimento**, que faz parte do curso do Programa de Doutorado em Educação da UFPR, sob a responsabilidade de **Gislaine Cristina Vagetti** da instituição da **Universidade Federal do Paraná** que irá construir e validar um instrumento de avaliação para verificar o estado cognitivo de pessoas idosas que participam de um processo musicoterapêutico.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP UNESPAR.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP UNESPAR.

Número do parecer: (inserir após aprovação do projeto pelo CEP, para entregar ao participante).

Data da relatoria: ____ / ____ / 202 ____.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: A sua participação é muito importante, e ela se dará da seguinte forma: receberá por email o instrumento de avaliação em construção e um questionário com escala likert para avaliar a qualidade, clareza e semântica das questões,

com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento Avaliação Cognitiva da Pessoa Idosa em Musicoterapia. Para tanto você deverá responder as questões que serão enviadas em __, e devolve-las em 7 dias para as pesquisadoras, via email.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Informamos que poderão ocorrer os riscos/desconfortos a seguir: pode ter dificuldade para interpretar alguma questão, e se sentir constrangida por isso. Como forma preventiva, as pesquisadoras ficarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário via telefone, email ou videochamada.

3. Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

4. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados são que: as instituições poderão verificar o desempenho do trabalho da Musicoterapia com pessoas idosas. As musicoterapeutas terão a oportunidade de refletir sobre a avaliação do trabalho musicoterapêutico com pessoas idosas, bem como as pesquisas na área.

5. CONFIDENCIALIDADE: Informamos ainda que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O material recebido será utilizado apenas pelas pesquisadoras, para análise das respostas sobre o questionário. Em nenhum momento seu nome será divulgado. Além disso, os dados a serem coletados só serão utilizados para fins de publicações científicas, num período de até cinco anos, contados a partir do ano de 2022. Após este período os dados serão descartados.

6. ESCLARECIMENTOS: Caso você tenha mais dúvidas ou necessite esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNESPAR, cujo endereço consta deste documento.

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a **pesquisadora responsável**, conforme o endereço abaixo:

Nome do pesquisador responsável: Gislaine Cristina Vagetti
Endereço: Rua dos Funcionários, 1357 – Cabral – Curitiba/PR-
Telefone para contato: +55 41 99956-2673
E-mail: gislainevagetti@hotmail.com
Horário de atendimento: horário comercial

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da UNESPAR, no endereço abaixo:

CEP UNESPAR**Universidade Estadual do Paraná.**

Avenida Rio Grande do Norte, 1.525 – Centro, Paranavaí-PR

CEP: 87.701-020

Telefone: (44) 3482-3212

E-mail: cep@unespar.edu.br

7. **RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.
8. **CUSTOS:** Foi esclarecido de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação na pesquisa, tendo em vista que sua participação é voluntária
9. **PREENCHIMENTO DO TERMO:** Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.
10. Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você), como garantia do acesso ao documento completo.

TERMO 1

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo (a) pesquisador(a), ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmaseu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica

TERMO 2

Eu___ (nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Cidade, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 3 – TCLE PESSOAS ENVOLVIDAS COM A ILPI



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

Credenciada pelo Decreto Estadual n.º 9.538, de 05/12/2013

Recredenciamento pelo Decreto nº 2.374, de 14/08/2019 CNPJ: 05012896/0001-42

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UNESPAR



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pessoas envolvidas com a ILPI

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **A construção validação de instrumento de avaliação: Musicoterapia, cognição e envelhecimento**, que faz parte do curso do Programa de Doutorado em Educação da UFPR, sob a responsabilidade de **Gislaine Cristina Vagetti** da instituição da **Universidade Federal do Paraná** que irá construir e validar uma instrumento de avaliação para verificar o estado cognitivo de pessoas idosas que participam de um processo musicoterapêutico.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP UNESPAR.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP UNESPAR.

Número do parecer: (inserir após aprovação do projeto pelo CEP, para entregar ao participante).

Data da relatoria: ____/____/202____.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: A sua participação é muito importante, e ela sedaria da seguinte forma: você deverá responder as questões que serão coletadas em três datas de 2022, presentes no questionário Sociodemográfico, MoCA e Avaliação Cognitiva de Pessoas Idosas em Musicoterapia (ACPIM). São questões referentes ao trabalho realizado no

processo musicoterapêutico o qual você participa, além de questões que avaliam questões cognitivas gerais como atenção, concentração, cálculo, escrita e memória. O preenchimento dos três instrumentos levam em torno de 25 minutos.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: pode haver um desconforto ao serem observados, contudo, como forma preventiva as pesquisadoras informam que deve-se seguir com as participações nas atividades normalmente, e que a observação é para auxiliar o bom desempenho do processo musicoterapêutico.

3. Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

4. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados são que: as instituições poderão verificar o desempenho do trabalho da Musicoterapia com pessoas idosas. As pessoas idosas participarão de um trabalho que reflete sobre seu desempenho e investe nas suas potencialidades.

5. CONFIDENCIALIDADE: Informamos ainda que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O material coletado será utilizado apenas pelas pesquisadoras, para análise das respostas sobre o questionário. Em nenhum momento seu nome será divulgado. Além disso, os dados a serem coletados só serão utilizados para fins de publicações científicas, num período de até cinco anos, contados a partir do ano de 2022. Após este período os dados serão descartados.

6. ESCLARECIMENTOS: Caso você tenha mais dúvidas ou necessite esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNESPAR, cujo endereço consta deste documento.

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a **pesquisadora responsável**, conforme o endereço abaixo:

Nome do pesquisador responsável: Gislaine Cristina Vagetti
Endereço: Rua dos Funcionários, 1357 – Cabral – Curitiba/PR-
Telefone para contato: +55 41 99956-2673
E-mail: gislainevagetti@hotmail.com
Horário de atendimento: horário comercial

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da UNESPAR, no endereço abaixo:

CEP UNESPAR

Universidade Estadual do Paraná.

Avenida Rio Grande do Norte, 1.525 – Centro, Paranavaí-PR

CEP: 87.701-020

Telefone: (44) 3482-3212

E-mail: cep@unespar.edu.br

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CUSTOS: Foi esclarecido de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação na pesquisa, tendo em vista que sua participação é voluntária

9. PREENCHIMENTO DO TERMO: Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você), como garantia do acesso ao documento completo.

TERMO 1

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo (a) pesquisador(a), ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmaseu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica

TERMO 2

Eu___ (nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Cidade, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador