

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**RECURSOS MUSICOTERÁPICOS PARA IDOSOS: UMA INTERVENÇÃO
NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPINAS-SP**

Autor: PATRICIA GATTI

Orientador: PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

Este exemplar corresponde à redação final da
Dissertação defendida por PATRICIA GATTI e
aprovada pela Comissão Julgadora

Data: ____/____/____

Orientador:.....

Comissão Julgadora:

2005

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/ UNICAMP**

G229r	Gatti, Patricia. Recursos musicoterápicos para idosos: uma intervenção numa unidade básica de saúde em Campinas – SP / Patricia Gatti. -- Campinas, SP : [s.n.], 2005. Orientador : Paulo Dalgarrondo. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. 1. Idosos. 2. Musicoterapia. 3. Identidade. 4. Bem-estar. 5. Saúde pública. I. Dalgarrondo, Paulo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título. 05-0167/BFE
-------	--

Keywords: Elderly; Musictherapy; Identity; Well-being; Public health

Área de concentração: Pós-Graduação em Gerontologia

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora: Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Profa Dr. Joel Sales Giglio

Data da defesa : 30/05/2005

Para meu pai,
exemplo de boa velhice

...” A terapêutica musical é o contrário da terapêutica de origem física. Se nesta aos doentes insensíveis aumenta-se a dose, na musical aos insensíveis deve-se diminuir a dose, músicas mais fáceis, sem grande complexidade, de mais modestas exigências estéticas. A música é equiparável aos medicamentos que se utilizam, como agentes terapêuticos, dos elementos vibratórios, luz, calor, raios X, e portanto, como se dá com estes e principalmente com a eletricidade, a dosificação tem de a princípio tatear terreno e deverá ser estabelecida para cada caso em particular.”

Mário de Andrade, “Namoros com a Medicina”, 1980, p. 51.

...”O rádio pode representar uma ajuda tremenda para a pessoa enferma (...). Pode-se utilizar os variados programas para o crescimento pessoal. Por outro lado, ficar sujeito, quando doente, a um programa escolhido pelo técnico situado no porão do hospital é ser “ocupado” e impedido de descobrir a si próprio ou de crescer”.

Donald Winnicott, sobre o livro de Adrian Hill,

“Art Versus Illness”, 1994b, p. 422.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao grupo de idosos, protagonistas do estudo, que compartilharam suas lembranças, músicas e afetos.

Ao prof^o Dr^o Paulo Dalgalarrodo pelo incentivo, entusiasmo e preciosa orientação durante todo o processo.

Aos meus amores queridos, Galdino, companheiro da vida e minha luz Amadeo pela compreensão, ajuda e carinho.

A minha irmã Daniela por todo apoio em todas as horas.

A minha querida Teté por toda ajuda e carinho na minha vida inteira.

À prof^a Dr^a Anita Neri, pela generosidade, acolhimento e valiosas sugestões.

À querida amiga, de tantos e tantos momentos, Renata Ferramola pela amizade, apoio e revisão do texto.

À prof^a Dr^a Olga R. de Moraes Von Simson pela colaboração e indicação bibliográfica. Ao prof^o Dr^o Joel S. Giglio e a prof^a Dr^a Meire Cachioni pelos temas com os quais contribuíram.

À querida amiga Andrea Fortes pela amizade e auxílio técnico.

À equipe profissional do Centro de Saúde do Jd. Vista Alegre, por ter me recebido e apoiado a realização deste estudo. Em especial ao coordenador Dr. Daniel G. Rigotti, a médica generalista Dra. Priscila Elaine F. Franchini e às terapeutas ocupacionais Tereza Cristina Tavares e Maureen Russell.

À CAPES que incentivou, por meio de bolsa de estudos, meu aprimoramento profissional.

Aos meus amigos do grupo Anima, do Laboratório de Saúde Mental e Cultura, e às amigas Wanda Patrocínio e Sílvia M. Azevedo dos Santos pelo incentivo. E a todos os funcionários e professores do PPG da FE – UNICAMP.

SUMÁRIO

RESUMO	xv
ABSTRACT	xvii
Capítulo 1. INTRODUÇÃO	1
1.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE MEMÓRIA	9
1.1.1. A MEMÓRIA AFETIVA.....	10
1.1.2. ALTERAÇÕES COGNITIVAS LEVES (ACL) EM IDOSOS	12
1.2. MÚSICA: A ARTE DE QUE A ALMA SE SERVE PARA AGIR SOBRE AS OUTRAS ALMAS	15
1.2.1.O USO DA MÚSICA COMO TERAPIA: BREVE HISTÓRICO	19
1.2.2. USO TERAPÊUTICO DA MÚSICA NO PERÍODO CONTEMPORÂNEO.....	23
1.3. RECURSOS MUSICOTERÁPICOS E IDOSOS.....	25
1.4. MEMÓRIA MUSICAL	29
1.5. BEM-ESTAR SUBJETIVO COMO INDICADOR DE SAÚDE MENTAL.....	31
1.6 OBJETIVOS	35
Capítulo 2 - MÉTODO	37
2.1. LOCAL DE IMPLANTAÇÃO	39
2.2. MONTAGEM DO GRUPO.....	42
2.3. SUJEITOS	45
2.4. INSTRUMENTOS.....	46
2.5. ESTRUTURA GERAL DA INTERVENÇÃO.....	51
2.5.1. MODELO DE INTERVENÇÃO	53
2.6. MANUAL DE RECURSOS MUSICOTERÁPICOS	54
2.7. ADESÃO DO GRUPO	71
2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	72
Capítulo 3 - RESULTADOS	79
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	81
3.2. ANÁLISES ESTATÍSTICAS COMPARATIVAS RELACIONADAS AO BEM-ESTAR.....	93
Capítulo 4 - DISCUSSÃO.....	97
4.1. SOBRE OS RESULTADOS DESCRITIVOS ESPECÍFICOS	100
4.1.1. RELIGIÃO	104
4.1.2. A MUSICALIDADE NO CATOLICISMO POPULAR.....	105
4.1.3. MÚSICA CAPIRA.....	107
4.2. SOBRE OS RESULTADOS CRUZADOS DE DIMENSÕES DE BEM-ESTAR SUBJETIVO E DEMAIS VARIÁVEIS.....	110
4.3. VIVÊNCIAS SONORAS DA INFÂNCIA.....	111
4.4. CONCLUSÕES	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	126

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da população por idade detalhada e sexo segundo residência no Distrito sudoeste 2004 - ambos os sexos	42
Tabela 2 - Caracterização da Amostra.....	85
Tabela 3 - Análise descritiva - Receptividade e Antecedentes Musicais	89
Tabela 4 – Análise descritiva experiência musical passiva.....	90
Tabela 5 - Análise do Instrumento destinado á avaliação do Bem-Estar Promovido – demais emissões	92
Tabela 6 – Comparação nível de escolaridade com categorias de bem-estar	93
Tabela 7- Comparações Religião e categorias de bem-estar	94
Tabela 8 - Comparações Assiste TV e categorias de bem-estar	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão dos Departamentos Regionais	40
Figura 2 - Unidade de Saúde Jd. Vista Alegre	41
Figura 3 – Idosos participando de atividade com instrumentos percussivos	77
Figura 4 - Distribuição da amostra por critério de gênero	81
Figura 5 - Distribuição da amostra por critério de vínculo matrimonial	83
Figura 6 - Distribuição da amostra por critério de Escolaridade	83
Figura 7 - Distribuição da amostra por critério de atividade profissional no passado.....	85
Figura 8 - Idosa na atividade de "Reminiscências"	87
Figura 9 - Análise do Instrumento destinado à avaliação do Bem-Estar Promovido – considerando respostas da primeira emissão, classificadas nas 3 categorias de bem-estar subjetivo	91

LISTA DE ABREVIATURAS

ACL	ALTERAÇÕES COGNITIVAS LEVES / MCI (mild cognitive impairment)
TCL	TRANSTORNO COGNITIVO LEVE / MCD (mild cognitive disorder)
MEEM	MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
IEM	INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS MUSICAIS
CID 10	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - MEEM	127
ANEXO 2 - DISCOGRAFIA UTILIZADA	128
ANEXO 3 - VALIDAÇÃO DE JUÍZES	128
ANEXO 4 - CADERNO DE POEMAS, QUADRAS E VERSOS	131
ANEXO 5 - ANÁLISES COMPARATIVAS COM CATEGORIAS DE BEM-ESTAR PROMOVIDO	135

RESUMO

O presente estudo descreve o planejamento, implantação e avaliação de uma proposta de intervenção com recursos musicoterápicos num grupo de idosos, usuários de uma unidade básica de saúde, da periferia de Campinas. O critério de seleção foi de idosos com queixas de memória, mas não demenciados, com alterações cognitivas leves. O estudo teve prosseguimento, com duração aproximadamente por 6 meses, consistindo da coleta de dados individuais, do desenvolvimento da intervenção em grupo e da verificação dos efeitos na promoção de bem-estar subjetivo mediante os auto-relatos. Participaram do estudo 24 sujeitos, com idade entre 57 a 86 anos, de ambos os sexos, encaminhados por profissionais de saúde da unidade.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada denominada Inventário de Experiências Musicais (IEM), compreendendo: dados sócio-demográficos, preferências, receptividade e antecedentes musicais. A partir dos tipos e das frequências de respostas definiu-se um repertório musical para o desenvolvimento das práticas musicoterápicas. Buscou-se assim uma intervenção sensível e adequada às características e identidades culturais desse grupo. Além disso, fez-se para cada sujeito, uma avaliação da cognição através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

A intervenção visou a otimização da esfera cognitiva, promoveu a oportunidade de convívio e de participação social e cultural aos idosos. O conjunto das práticas foi compilado em um manual descritivo apresentando os vários recursos sonoro-rítmico-musicais utilizados. Estes visaram proporcionar estímulos à linguagem, memória, percepção auditiva e esquema corporal.

Por fim, verificou-se através dos relatos, os efeitos no bem-estar subjetivo dos idosos que puderam ser categorizados em três domínios: afetos positivos, evocações e interação social. O resultado mostrou que a atividade musicoterápica culturalmente sensível é um instrumento bem aceito e benéfico para a promoção de bem-estar para idosos com queixas de memória e de baixo nível socio-econômico, num contexto de unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: idosos; música, musicoterapia; identidade sonora-musical; bem-estar subjetivo; Saúde Pública

ABSTRACT

The current study describes the planning, implementation and assessment of a proposal for an intervention with music therapy resources on an elderly group, users of a basic health center in the peripheral suburbs of Campinas. The selection criteria were the elderly with light cognitive modification, non-demented people, and with complaints about memory. The study, which lasted 6 months, comprised the following phases: 1) data gathering individually, 2) intervention on group and 3) checking of the effects on subjective well-being promotion through self-reports. There were 24 subjects, aged 57-86 years, both sexes, referred by professionals from the center.

The data were gathered through a semi-structured interview entitled *musical experience inventory* comprising: socio-demographic data, preferences, music background and receptivity. According to the frequency of the answers, a musical collection was defined for the development of music therapy practices, sensitive and adequate to the cultural features and identities of this group and also administered with Folstein's Mini Mental State Examination (MMSE, 1975).

The intervention aimed at the optimization of cognitive sphere, opportunity of social contact and cultural participation of the elderly. The practices were compiled in a descriptive manual showing several sound rhythm musical resources used which aim at providing incentive to the language, memory, audio perception and body schema.

At last, the effects in the subjective well-being of the elderly were verified, categorized in three domains: positive affects, social interaction and evocations. The result showed that the music therapy activity, culturally sensitive, is a helpful instrument to provide well-being for the elderly, in a context of basic health centers.

Keywords: music therapy; elderly; sound identity; subjective well-being; Public Health

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, novas formulações, interpretações e métodos têm focalizado os desafios do envelhecimento humano, tanto no que concerne ao estudo de diferentes dimensões psico-sociais, como de intervenções em saúde e educação. Isto tem repercussões nas crenças, nos valores individuais e sociais e nas práticas institucionais e de grupos informais voltadas para a promoção do lazer, da atividade, da saúde, da participação social, da informação e da educação de idosos, em diferentes contextos sócio-culturais. (NERI & CACHIONI, 1999).

O estudo do envelhecimento demonstra que a velhice é uma experiência heterogênea no curso de vida de cada indivíduo, sendo influenciada por uma diversidade de fatores e de circunstâncias histórico-culturais, condições educacionais, estilos de vida, ambiente físico, gêneros, etnias, classes sociais, saúde, fatores genéticos e histórias pessoais de cada um. (PAPALÉO NETTO, 1996).

Focalizar a natureza multideterminada desses fenômenos contribui para o desenvolvimento de uma nova sensibilidade social para a velhice e abre espaço para novas ações e pesquisas.

Dentre os pressupostos teóricos mais relevantes para esta pesquisa, o paradigma *life span*, descrito por Baltes (1987), refere-se ao envelhecimento e desenvolvimento humano, ao longo do curso de vida, como um processo *multidirecional*, que significa não ser caracterizado por processos isolados de crescimento e declínio, com relação a habilidades e funções e é *multidimensional* nos âmbitos da aquisição, manutenção, aperfeiçoamento e extinção de comportamentos sociais e cognitivos, resultantes da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, independência econômica, integração social e suporte familiar. Portanto, o desenvolvimento e

envelhecimento são processos afetados por uma complexa combinação de fatores, que diferem em termos de início, duração e término e operam ao longo de toda a vida. Este paradigma pressupõe que, mesmo na presença das limitações de origem biológica, no envelhecimento os processos psicológicos se mantêm e, se o ambiente cultural for propício, pode ocorrer desenvolvimento na velhice (NERI, 2004).

Sob essa ótica, envelhecer satisfatoriamente depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, que possibilita lidar com graus de eficácia, preservando o potencial individual, com as perdas inevitáveis e com os limites da plasticidade de cada um (NERI, 1995). Tanto o desenvolvimento quanto o envelhecimento são processos adaptativos caracterizados pela ocorrência conjunta de ganhos, perdas e manutenções das capacidades e potenciais individuais determinados sob diferentes fatores. Novas posturas de atendimento e atividades para os idosos são elaboradas e buscadas, oferecendo oportunidades de convívio, participação em atividades físicas, culturais e sociais (PASCHOAL, 2002), pois a velhice é um momento da vida que pode ser vivida de forma prazerosa, com satisfação e realização pessoal.

Nesse contexto, estão sendo discutidos diferentes conceitos e propostas em saúde mental que abrem perspectivas enriquecedoras de práticas interdisciplinares. Tais práticas são orientadas em diversas áreas do saber e em campos aplicados de conhecimento e áreas de atuação como serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, educação física, arte-terapia, fonoaudiologia, musicoterapia entre outros. Em vários contextos elas integram há mais ou menos tempo, as modernas equipes multiprofissionais de saúde mental.

Entende-se, no presente trabalho, que saúde mental é um campo de estudo que não se restringe apenas à concepção do sofrimento psíquico como doença localizada no corpo. Ela constitui-se de ampla visão do homem num equilíbrio dinâmico da interação do indivíduo nos seus aspectos sociais, relacionamentos entre as pessoas, aspectos biológicos, aspectos psicológicos,

a história do desenvolvimento do indivíduo e a cultura onde as pessoas estão inseridas (OMS)¹. Em conceitos abrangentes de saúde mental, propostos pela OMS e OPAS estão incluídos o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa, ressaltando-se seus diferentes aspectos e perspectivas transculturais. Na prevenção e promoção da saúde mental de idosos, novas diretrizes se configuram para que estes possam usufruir a ampliação dos anos de vida de forma autônoma e saudável, pois um dos possíveis fatores das doenças psicológicas associadas à velhice é o retraimento social que se dá pelo declínio do funcionamento físico e mental, da diminuição dos papéis sociais e das práticas culturais (WOLFE, MORROW E FREDERICKSON, 1996).

A participação em atividades é um meio eficaz na abertura de espaços de interação e expressão. Tal participação pode ser benéfica, pois satisfaz os diferentes níveis de necessidades de atividade social que permanecem nos idosos, mesmo resistindo às mudanças, inerentes ao envelhecimento (SIQUEIRA, 2002). Quanto maior e melhor o envolvimento dos idosos em atividades sociais e culturais, maior a satisfação e o bem-estar. O senso de bem-estar, segundo Neri (2001), resulta da avaliação que o indivíduo faz da sua vida em geral ou de seus domínios, tendo por base seus próprios padrões, valores e crenças. Ele é um componente importante da qualidade de vida e do envelhecimento satisfatório.

De um modo geral, as intervenções de curto-prazo com atividades artísticas, como por exemplo os cursos de música, a formação de corais ou de grupos instrumentais, as vivências musicoterápicas, dança, teatro e artes visuais oferecem oportunidades de convívio e participação social e cultural que mobilizam as capacidades de comunicação e expressão numa integração dinâmica do indivíduo consigo mesmo e com seu grupo (MILLER, 1984;

¹ Organização Mundial de Saúde – Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre Saúde Mental no Mundo 2001: Saúde Mental – nova concepção, nova esperança.

FORTUNA, 2000; SOUZA, 2002). Estudos recentes, com diferentes métodos de intervenção, sugerem benefícios na promoção de saúde e no bem-estar dos idosos com enfoques em ações não tradicionais (WARR, BUTCHER & ROBERTSON, 2004). Noice, Noice & Staines (2004) mostrou a eficácia de uma intervenção com indivíduos idosos, utilizando três condições comparadas com recursos de teatro, artes visuais e grupo controle. Apontou que essas intervenções foram benéficas sob vários aspectos no funcionamento cognitivo e afetivo dos idosos. Segundo Todaro (2001) em pesquisa realizada no Brasil avaliou os efeitos de um programa de dança, considerada como atividade física e de expressão, sobre o estado funcional e o bem-estar físico, psicológico e social de idosos sedentários. O estudo concluiu que a dança produziu benefícios físicos, psicológicos e sociais nos idosos, melhorando sua qualidade de vida. A pesquisa de Leão (2004) realizada na cidade de Taubaté, sobre um modelo de oficina de revisão de vida e bem-estar subjetivo em mulheres idosas, mobilizando intencionalmente as suas lembranças, indicou que as participantes foram afetadas positivamente em termos de estado de ânimo e de satisfação com a vida.

Nesse contexto, as atividades musicoterápicas que utilizam recursos sonoro-musicais e que incentivam as lembranças, reminiscências, são postuladas como particularmente úteis para promover a socialização, manter a auto-estima e reforçar o senso de identidade (KATZMAN, 1986). Através dos recursos da musicoterapia pode-se verificar o fascínio e a singularidade da música em evocar ou realçar as imagens, estimular tensão ou relaxamento, despertar estados de ânimo e afetar as emoções (RUUD, 1991). O valor da música reside na sua capacidade para simbolizar nossos diferentes tipos de reações afetivas e sentimentos (GIGLIO & GIGLIO, 1980). Atividades que envolvem o cultivar lembranças possibilitam acesso às informações importantes e únicas, guardadas na memória individual, favorecendo a afirmação da identidade, proporcionando uma expansão das fronteiras do próprio valor por meio da memória compartilhada entre outros membros do grupo (GIGLIO & SIMSON, 2001).

O presente trabalho enfoca a descrição e análise da utilização de recursos musicoterápicos, através de uma intervenção de curto-prazo, no bem-estar subjetivo de idosos de baixo poder aquisitivo usuários de uma Unidade Básica de Saúde² da periferia de Campinas. A intervenção proposta parte das lembranças sonoras e musicais pessoais, compondo dessa forma o levantamento da identidade sonora dos indivíduos. Buscou-se nas recordações das festas, nas sensações vividas e experimentadas em outros tempos, as vivências musicais ativas e passivas de cada um dos idosos participantes. O valor da rememoração como instrumento da trajetória vivida reassegura ao indivíduo a noção de identidade e pertinência ao seu grupo de origem (BRANDÃO, 1999) atua e contribui nos mecanismos afetivos desses idosos. Os relatos dos eventos sócio-históricos e culturais funcionam como vias de acesso das trajetórias pessoais e sociais podendo contribuir para reviver experiências prazerosas e possibilitar a continuidade da herança cultural.

Nas palavras de Vera Brandão (1999, p. 46).

“A memória dos fatos vividos no passado, chamados por um estímulo e que se mostram no presente vêm recompostos e trabalhados por mecanismos sócio-históricos e psicológicos, e traz um significado profundo para o homem, pois amplia o próprio conhecimento sobre a cultura e na manutenção da identidade”.

Apesar dos atributos significativos da rememoração, a imagem de idosos memoriosos traz muitas vezes uma conotação negativa associando-o a aquele que gosta de viver do passado e ignora o presente (FORTES, 2005). Contudo como sugere Brandão (1999, p. 51),

“Recordar para o idoso não é doloroso e nem deve ser visto como uma fuga da realidade atual. Ao contrário, rememorar possibilita a ressignificação, unindo o passado, presente e futuro”.

² Unidade Básica de Saúde é a atual denominação dos antigos postos e centros de Saúde do município, responsáveis pela atenção básica ou primária dando acesso universal a toda população de territórios definidos.

As questões relativas à memória no idoso têm sido objeto de estudo de diferentes campos científicos e abordagens sociais, que buscam compreender desde os mecanismos afetivos da memória até os processos de declínio e alterações cognitivas. Estes temas serão apresentados no decorrer deste capítulo, bem como algumas reflexões acerca dos efeitos da música e dos sons como vias de acesso ao sentido, aos sentimentos e às emoções, como potencializadores da codificação e recuperação de determinados registros mnêmicos.

A ativação de aspectos positivos e afetivos, a partir da retomada dos registros mnêmicos e vivências musicais pode funcionar como um componente prazeroso nas experiências dos idosos, o que sugere a manifestação de bem-estar subjetivo. As questões relacionadas ao bem-estar no envelhecimento serão tratadas ainda neste capítulo.

O **capítulo II** será dedicado aos métodos utilizados, à exposição do delineamento da pesquisa empírica, principalmente no que diz respeito aos procedimentos adotados. Também neste capítulo, apresenta-se o manual descritivo detalhado das práticas musicoterápicas vivenciadas ao longo da intervenção com o grupo de idosos.

O **capítulo III** apresenta os resultados trazendo os dados mais significativos da pesquisa realizada.

O **capítulo IV** traça a discussão contextualizando os resultados obtidos perante algumas questões teóricas e conceituais presentes na literatura disponível. Também analisa tópicos relacionados ao perfil e à identidade sonora-musical do grupo. As conclusões são apresentadas no final.

1.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE MEMÓRIA

A memória é a habilidade que possuímos de receber, armazenar e recordar informações e conhecimentos sobre nós mesmos e sobre o mundo que nos cerca. As memórias provêm das experiências, quantas forem possíveis, sendo responsáveis por garantir a nossa identidade, ou seja, somos aquilo que recordamos. Nas palavras de Izquierdo (2004, p.12),

“... nossa forma de agir, de planejar e de realizar o futuro depende estritamente daquilo que sabemos, ou seja, daquilo que lembramos. Aquilo que nunca aprendemos, ou aquilo que esquecemos, não nos pertence.”

O tema da memória, quando abordado, aparece usualmente associado à dois aspectos, o primeiro de um ponto de vista biológico, que traz as informações dos mecanismos de formação e evocação da memória, das diversas formas e as modulações que os sistemas celulares e bioquímicos fazem e, ainda, relativo à perda ou enfraquecimento e doenças degenerativas (YASSUDA, 2002). O segundo aspecto, com uma visão social, que trabalha os mecanismos sócio-históricos e psicológicos, traz a visão de memória como conteúdo de significados culturais, que este estudo procura enfocar.

As lembranças vivem pelas imagens reconstruídas subjetivamente, a partir das solicitações da realidade, como também das dimensões emocionais e simbólicas dos conteúdos inconscientes da memória dos sonhos ou onírica (GiGLIO, 1987).

O estado afetivo e intelectual no presente, evocados por uma solicitação externa, opera uma síntese entre, uma representação permeada com a afetividade presente, de um lado, e de outro, sua afetividade existencial de origem do sujeito, de modo que a sensibilidade serve de mediadora entre as imagens, a memória e as lembranças, assegurando ao sujeito um ressignificado

à sua existência. Porém, cada memória individual é um ponto de vista da memória coletiva.

Para Halbwachs (1990), a memória dos fatos vividos tem profundas raízes na vida coletiva, e que são resgatadas e reasseguradas pelo indivíduo:

“Quando dizemos que o indivíduo se conduz com a ajuda da memória do grupo, é necessário entender que essa ajuda não implica na presença atual de um ou vários de seus membros. Com efeito, continuo a sofrer a influência de uma sociedade ainda que tenha me distanciado dela: basta que carregue comigo em meu espírito tudo o que me capacite para me posicionar do ponto de vista de seus membros, de me envolver em meio e em seu próprio tempo, e de me sentir no coração do grupo.” (HALBWACHS, 1990, op.cit, p. 121)

1.1.1. A MEMÓRIA AFETIVA

A memória daquilo que foi vivido e compartilhado, chamado por algum estímulo, e que aparece no tempo presente, vêm composto e retrabalhado por mecanismos psicológicos e afetivos. Daí o conceito de memória afetiva.³ (BRANDÃO, 1999). Os fatos lembrados são trechos de uma história singular do indivíduo, trazendo um tempo, um espaço e emoções vividas. Lembrar de eventos e experiências, independente de seu grau de intencionalidade e de envolvimento emocional, podem atender a necessidades de auto-regulação da personalidade (NERI, 2000). A própria etimologia do verbo RECORDAR significa a ação de colocar (de novo) no coração⁴. O processo de rememorar se faz motivado e inclui o fator da emoção. Segundo Izquierdo (2004), as memórias são gravadas juntamente com a emoção que as acompanha e da qual consistem. “*Gravamos melhor, e temos muito menos tendência a*

³ BRANDÃO, Vera. Os fios da memória na trama da cultura. In: revista *Kairós*, S. Paulo (2), ago, 1999, p. 45-53.

⁴ Definição presente no artigo *Memória e ficção* de Adélia Bezerra de Menezes, 1991, p. 15, publicado na revista *Resgate* do Centro de Memória – Unicamp.

esquecer, as memórias de alto conteúdo emocional “ (IZQUIERDO, 2004, p. 37).

A memória pode ser elaboração ou conservação do passado do indivíduo, porém, ela é trabalhada e subordina-se à subjetividade dessas vivências, muitas vezes adequando-a na forma que é mais apropriada ao indivíduo. Nesse processo de rememorar o indivíduo pode descartar o que é indiferente, modificar o indesejável e desagradável e simplificar aquilo que era confuso (BOSI, 2003).

O recordar para o idoso é um mecanismo de revisão, compreensão e reafirmação da própria identidade, numa atitude de reconstrução da vida vivida (FORTES, 2005). Este processo de revisão da identidade oferece benefícios positivos de restauração do equilíbrio psíquico, bem como manutenção e melhora do senso de integridade dos idosos. Na literatura psicológica, Jung (1991), faz referência ao processo de revisão de vida, como uma necessidade interna de auto-conhecimento e como função de restaurar o equilíbrio psicológico quando a pessoa reconhece a sua própria finitude.

Os idosos geralmente preferem lembrar das coisas mais antigas, dos tempos que eram jovens. Lembrar de fatos muito antigos em detalhes pelos idosos, na visão de Izquierdo (2004), tem pelo menos três razões. A primeira, é que muitas vezes os fatos antigos são acompanhados de uma forte carga emocional e por isso são mais fortemente lembrados. A segunda razão é que, de algum modo, as lembranças são repetidas e usadas muitas vezes, reforçando seu armazenamento. A terceira razão, é que se observa em pessoas idosas a preservação das memórias antigas em detrimento das mais recentes pela predileção de um tempo passado em que se tinha um futuro pela frente, saúde, e outros laços afetivos.

1.1.2. ALTERAÇÕES COGNITIVAS LEVES (ACL) EM IDOSOS

Algumas das memórias são adquiridas em segundos, outras em semanas, ou levam anos, umas são mais motoras outras mais visuais, ou olfativas, umas são prazerosas outras não, portanto existem mecanismos distintos de cada uma dessas memórias. A evocação, que é a capacidade de recuperar, lembrar ou recordar e atualizar os conteúdos da memória é o oposto do *esquecimento* que é a denominação que se dá à impossibilidade de evocar e recordar (DALGALARRONDO, 2000). Segundo Guerreiro & Rodrigues (2002), o esquecimento é um mecanismo fisiológico de eliminação de informações irrelevantes, através do qual elimina-se os conteúdos que não tenham um importante significado afetivo ou de pouca utilização, sem o que sobrecarregaríamos o sistema desnecessariamente. Esse mecanismo se inicia na própria percepção, pois o que é mais facilmente registrado é a informação que faz sentido e se afina com as próprias necessidades de vida. A queixa de *esquecimento* normalmente é a causa da procura do clínico pelo paciente. Várias doenças que são acompanhadas de alterações emocionais, como ansiedade, estresses, mudanças do estado de ânimo, depressão e nas doenças crônicas, possivelmente podem alterar a memória, refletindo uma desadaptação entre o indivíduo e o momento que está vivendo e que acaba por desaparecer quando este é solucionado.

Com o envelhecimento, alguns aspectos da memória, mesmo na ausência de patologias graves apresentam um declínio gradual. Porém, as mudanças não ocorrem de maneira uniforme e variam muito de indivíduo para indivíduo, em função de diferentes combinações de fatores tais como saúde, estilo de vida, alimentação, atividade físicas, hábitos intelectuais, atividade, motivação e personalidade. De um modo geral, no processo de envelhecimento

a memória fica mais lenta e seletiva, e os estados de tensão e estresse, depressão e alcoolismo podem afetá-la negativamente (YASSUDA, 2004).

O desempenho cognitivo⁵ em adultos idosos varia em função dos vários fatores próprios ao sujeito, como seu nível de escolaridade, sua motivação, sua saúde, sua personalidade, suas dificuldades e das condições de realização de tarefas cotidianas (a velocidade e o modo de apresentação, as condições de recuperação, etc.). De outro lado, a ineficácia das funções mnésicas para o idoso pode representar a possibilidade de quebra da sua identidade pessoal, da capacidade de interagir com eficácia no mundo, de gerir sua própria vida e ser a expressão de um adoecimento no plano físico e/ou mental e/ou emocional.

O termo Alterações Cognitivas Leves (ACL) foi proposto para se referir a indivíduos não-demenciados⁶, portadores de um leve deficit cognitivo que se expressa em queixas de memória. A ACL, segundo Canineu & Bastos (2002) representa uma zona de transição entre o estágio assintomático e uma possível demência inicial diagnosticável. Os autores apresentam uma diferenciação entre Transtorno Cognitivo Leve (MCD, mild cognitive disorder) e Alteração Cognitiva Leve (MCI, mild cognitive impairment). O Transtorno Cognitivo Leve apresenta na Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID 10), de 2000, entre os critérios de diagnóstico, a presença de uma deteriorização cognitiva que precede, sucede ou acompanha transtorno cerebral e não está associado especificamente ao envelhecimento, podendo apresentar fator de risco para o desenvolvimento de demência, usualmente acompanhado de anormalidades em testes objetivos, mas sem preencher critérios diagnósticos

⁵ O conceito de cognição se refere a todos os processos pelos quais a entrada sensorial é transformada, reduzida, elaborada, armazenada, recuperada e utilizada. Inclui entidades como a percepção, as imagens mentais, a memória, o aprendizado, o conhecimento, a consciência, a inteligência, o pensamento, a imaginação, dentre outras.

⁶ Demência é o termo médico utilizado para denominar as disfunções cognitivas globais, (orientação, linguagem, julgamento, função social e habilidades de realizar tarefas motoras), podendo ocorrer em várias afecções diferentes (AISEN, P. et al, 2001).

para demência, síndrome amnésica orgânica, delirium ou outros transtornos psiquiátricos.

Os critérios para o diagnóstico da Alteração Cognitiva Leve, são encontrados na população idosa, expressas em alterações de memória, déficit de memória indicado por leve rebaixamento na pontuação de testes, como o Mini-Exame do Estado Mental - MEEM (Folstein & Mchugh, 1975), com escore de pelo menos 24 pontos (desempenho de aproximadamente 1,5 desvio padrão abaixo da média de controles normais da mesma idade e escolaridade), permanecendo normais as funções cognitivas gerais, assim como as atividades sócio-ocupacionais, e principalmente se percebe ausência de demência.

A identificação das alterações cognitivas em idosos é uma tarefa complexa e ainda não bem sistematizada. Para avaliar o estado mental, inúmeros testes têm sido propostos, observando pontos de corte apropriados, uma vez que os resultados podem variar em diferentes populações e de acordo com a faixa etária, escolaridade, ocupação, condições de saúde, estilo de vida e estimulação do ambiente.

Embora as queixas subjetivas de falhas de memória sejam extremamente comuns entre os idosos e a presença de uma série de fatores possa contribuir para um desempenho ineficaz, é a minoria de indivíduos – cerca de 15% acima de 65 anos – que apresenta algum tipo de demência em evolução. Uma boa performance cognitiva constitui-se num importante fator para a promoção e a manutenção da autonomia e qualidade de vida ao longo do envelhecimento.

As necessidades de programas que fortaleçam as capacidades de reserva do indivíduo por meio de atividades educacionais, motivacionais e relativas à saúde, além de fortalecer a formação e a manutenção de laços sócioafetivos (FREIRE, 2000) são desafios das políticas de saúde contemporâneas, para se chegar a uma velhice satisfatória. Nesse sentido, Neri & Cachioni (1999) alertam que o elemento essencial do conceito de velhice

bem-sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a idéia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo. Isso, dentro dos limites individuais estabelecidos por condições de saúde, estilo de vida e educação. Na perspectiva de proporcionar práticas de estimulação cognitiva para idosos, as intervenções com base nas reminiscências, associando música, canto e memórias orais, segundo Thompson (1992), podem promover a mudança das atitudes de inúmeras maneiras e possibilitar a reflexão e restabelecimento da auto-identidade.

Para Brandão (1999, p. 51) explorar as reminiscências partindo de projetos participativos pode

“ ajudar as pessoas a reconhecer e valorizar as experiências que foram silenciadas, ou a enfrentar aspectos difíceis e dolorosos de suas vidas (...) trazendo a ressignificação de seus projetos de vida com melhoria no bem-estar e redefinição da identidade, pois um passado, presente e futuro que se harmonizam, reforçando a idéia de pertinência a um grupo de origem e a um destino.”

1.2. MÚSICA: “A ARTE DE QUE A ALMA SE SERVE PARA AGIR SOBRE AS OUTRAS ALMAS”

A música é a nossa mais antiga forma de expressão, mais antiga do que a linguagem ou arte; começa com a voz e com a nossa necessidade preponderante de nos dar aos outros...(MENUHIN & CURTIS, 1979, p.1)

Esta citação do livro “*A música do homem*”, do músico Yehudi Menuhin, indica, de uma forma poética, a essência do envolvente e vasto tema que é a música. Nessa passagem aparecem alguns dos objetos de estudo da música, que têm sido tratados sob diversos pontos de vista, tais como linguagem, fato musical, nas relações com seu tempo, na sua cronologia, espaço e cultura, e finalmente sob o ângulo dos efeitos que produz no homem - *sensações, emoções, sentimentos*, ou idéias que pode evocar.

Têm-se estudado os efeitos da música sobre os homens principalmente considerando-se a influência que o som exerce na formação do nosso aparelho psíquico (ALVIN, 1967). Diversas escolas de pensamento, filósofos, médicos e músicos, tratam de explicar os possíveis mecanismos de influência da música sobre a mente humana (MENUHIN & DAVIS, 1981). Alguns acreditam que a música afetaria primordialmente as emoções e despertaria estados de ânimo que por sua vez atuariam sobre o corpo. Outros pensam que o processo seria inverso: do fisiológico ao psicológico (GATTI, 1997).

Postula-se que a música seria um veículo de acesso mental universal e teria, de modo geral, uma influência muito grande na experiência e comportamento humano (STRALIOTTO, 1998).

Este estudo não pretende focar questões neurofisiológicas por se tratar de uma investigação de caráter observativo do comportamento. No entanto, é importante compreender alguns pontos sobre o processamento musical cerebral.

Um dos avanços na investigação científica da música foi o desenvolvimento da noção de que ela seria percebida através da parte do cérebro que recebe o estímulo das emoções, sensações e sentimentos, sem ser primeiro submetida aos centros do cérebro que envolvem a razão e a inteligência (SCHULLIAN & SCHOEN, 1948).

A música, que não dependeria do cérebro superior para penetrar no organismo poderia estimular através do tálamo - a estação intermediária, o núcleo de retransmissão de emoções, sensações e sentimentos. E uma vez que o estímulo seja capaz de atingir o tálamo, o cérebro superior seria automaticamente invadido, criando um estreito contato entre o cérebro superior e o mundo. Portanto, a música é percebida e apreciada sem necessariamente ser interpretada pelos mais altos centros do cérebro, os quais envolvem a razão e o discernimento, e não se encontraria em uma parte única ou compartimentalizada do cérebro. Desse modo, assim como o corpo todo "sente

as vibrações”, o cérebro todo “ouve”. (SCHULLIAN & SCHOEN, 1948, p. 270 - 271).

A música se constrói de sons e, entre os sentidos culturais dos sons, eles acontecem e remetem às várias dimensões de tempo, o tempo sucessivo e linear e a um outro tempo ausente e virtual. Invisível e impalpável, a música diferentemente da linguagem verbal não é constituída e nem produz referências a significados, não nomeia coisas, mas a sua ação toca em pontos de ligação do mental, corporal, intelectual e afetivo.

Comumente os sentidos da visão e tato identificam a materialidade dos corpos e “sustentam” a realidade, diferentemente a audição musical identifica uma outra ordem, é o elo do mundo material com o invisível espiritual. Na significativa referência apontada pelo musicólogo Wisnik⁷ da obra *Estética* de Hegel, da parte dedicada à música, este ponto é tratado por Hegel da seguinte forma:

“Graças ao som, a música desliga-se da forma exterior e da sua perceptível visibilidade e tem necessidade, para a concepção das suas produções, de um órgão especial, o ouvido, que, como a vista, faz parte não dos sentidos práticos, mas dos teóricos, e é mesmo mais ideal que a vista. Porque, dado que a contemplação calma e desinteressada das obras de arte, longe de procurar suprimir os objetos os deixa, pelo contrário, subsistir tal qual são e onde estão, o que é concebido pela vista não é em si ideal, mas preserva, pelo contrário, a sua existência sensível. O ouvido, sem praticamente exigir a menor alteração dos corpos, percebe o resultado desta vibração interior do corpo pela qual se manifesta e revela, não a calma figura material, mas uma primeira idealidade da alma. Como, por outro lado, a negatividade na qual entra a matéria vibrante constitui uma supressão do estado espacial, a qual é por sua vez suprimida pela reação do corpo, a exterioridade desta dupla negação, o som, é uma exteriorização que se destrói a si mesma e no próprio momento que nasce. Por esta dupla negação da exterioridade, inerente ao princípio do som, este corresponde à subjetividade; a sonoridade, que é já por si mesma qualquer coisa de mais ideal que a corporeidade real, renuncia até a esta existência ideal e torna-se

⁷ WISNIK, José Miguel (1989), *O som e o sentido*. O texto que o autor se refere é HEGEL - *Estética – Pintura e música* (trad. Álvaro Ribeiro, Lisboa, Guimarães & Cia, 1974, p.181-2)

assim um modo de expressão da interioridade pura (...) Ela (a música) dirige-se à mais profunda interioridade subjetiva; É A ARTE DE QUE A ALMA SE SERVE PARA AGIR SOBRE AS OUTRAS ALMAS.” (Hegel, Estética, 1821)

Segundo Stralio (1998), as frequências sonoras ao penetrarem na mente de uma pessoa desencadeiam mecanismos cerebrais capazes de projetar no nível consciente (e possivelmente também na esfera inconsciente), imagens, recordações, histórias vividas ou ouvidas, sensações táteis, gustativas, olfativas. A música traz à tona a bagagem de informações armazenadas na memória que foram gravadas juntamente com uma experiência sonora musical no passado. Um som pode ter diferentes interpretações dependendo das associações realizadas anteriormente pela pessoa.

Não somente as características inerentes à música, como ritmo, resoluções melódicas ou harmônicas são relevantes na capacidade de desencadear emoções ou provocar alterações nos estados subjetivos, mas também pode-se identificar outras variáveis, como tempo de audição e o significado das palavras (letras das músicas), que estimulam a evocação dos sentimentos que tenham associação com conteúdos líricos expressos.

Além disso, deve-se ressaltar que a experiência musical estabelece um elo fundamental entre os movimentos afetivos e emocionais do indivíduo com o mundo (LANGER,1951). A música tem implicações vivenciais marcantes dos sentimentos e das emoções, e contribui de forma significativa para a conformação da nossa vida mental, social e cultural (NEWTON FILHO,1958).

A música é um fenômeno humano universal, presente nas mais diversas culturas, mas contempla as especificidades de cada uma. A compreensão da natureza da música associada a contextos próprios, passa pela investigação de produções musicais em momentos e ambientes específicos, e sua relação com os contextos sociais, biológicos, físicos e culturais. Na visão do semiótico Jean Molin (1970), “*Não há, pois, uma música, mas músicas. Não há a música, mas um fato musical. Este fato musical é um fato social total*” (apud IAZZETA,

2001). Portanto, a música transmite uma atitude emocional conforme seu material singular, dentro de parâmetros culturalmente definidos.

Érico Veríssimo em artigo⁸ sobre suas venturas e aventuras no mundo da música diz:

“Seria uma tolice poética imaginar que as pessoas se possam comunicar cotidianamente por meio da música, mas creio, isso sim, que quando a palavra e as frases por passadas, ocas ou inexpressivas, não conseguem descrever estados de alma demasiadamente sutis – essa é a hora de recorrer a música”.

1.2.1.O USO DA MÚSICA COMO TERAPIA: BREVE HISTÓRICO

O conceito de uma força terapêutica ou harmonizadora da música esteve presente e influenciou a prática musical desde o mundo antigo. Da mesma forma na história da medicina pode-se verificar tentativas de empregá-la como elemento de cura ou melhora de enfermidades (ANDRADE, 1980).

Na Grécia antiga, a prática de entoar canções enquanto se administrava remédios aos doentes incorporava a música para o alívio de sofrimento, para se acalmar a mente e produzir sono profundo. Hipócrates, (460 a.C. – 377 a.C.), expoente de maior importância para a história da medicina, afirmou que as doenças não estavam filiadas a origens sobrenaturais, e, sim a causas naturais. Preconizou medidas médicas e recursos de cura dispensando as práticas místicas, deixando a seus discípulos uma obra de notável relevância, coleção de cerca de 70 livros contidas no tratado “*Corpus Hippocraticum*”, datado dos séculos V e IV a.C. Apesar de naturalista não deixou de reconhecer a música como recurso terapêutico no tratamento dos transtornos da saúde.

⁸ Artigo publicado por Érico Veríssimo, no prefácio do livro “Elementos da Linguagem Musical” de Bruno Kiefer em 1923, pela editora Movimento.

Outra figura de destaque no desenvolvimento do uso terapêutico da música foi Pitágoras (571 a.C. - 496 a.C.), que acreditava em uma lei universal de harmonia baseada em relações numéricas controlando os movimentos dos corpos celestes, as leis da música e o mundo interior, tanto físico quanto mental dos seres humanos (McCLELLAN, 1994).

A civilização romana incorporou tanto a música como as práticas curativas dos gregos. Assim, Cornelius Celsus (CA 45 a.C.- ca 25 d.C.), conhecido como o Hipócrates Latino, conhecedor profundo da medicina de seu tempo, recorre seguidamente à música e aos ruídos, aconselhando o seu uso no tratamento dos “loucos”, em sua obra “*De arte Medica III*”, que compõe o “*Corpus medicorum Latinorum*”. Sorano de Efeso (sec. II d.C.) reconhece o forte poder da música, porém adverte que este poderia ocasionalmente ser dirigido em sentido contrário ao desejado causando males ao doente. Claudios Galeno (130 d.C. - 210 d.C.) médico de Pérgamo, que exerceu a profissão em Roma, acrescentou conhecimentos sobre o sistema nervoso e também reconheceu os poderes curativos da música, em “*Claudii Galeni opera omnia*”. (RIBAS, 1957, passim)

Na Idade Média, o poder da igreja se superpôs à tradição antiga e acabou por sufocar os estudos médicos, determinando um período de certa estagnação científica. Os tratamentos passaram a ser realizados dentro de conventos e mosteiros, e, principalmente os de natureza mental, percebidos como decorrentes de influências demoníacas. Assim, a música à sombra do cristianismo deixa de ser utilizada como prática médica, permanecendo principalmente como prática religiosa. Torna-se a linguagem de elevação e de purificação espiritual, que não só seria capaz de abrir um canal de comunicação com o divino, mas também agiria sobre o comportamento ético, moral e sobre a conduta humana (RIBAS, 1957).

Com o renascimento, a medicina volta a trilhar rumos científicas. A cultura grega clássica é reavivada, integrando-se também a medicina à

tendências metafísicas e filosóficas, à música e à astrologia. Como sugere o espanhol Bartolomeo Ramos de Pareja (1440 – 1522) na obra “*Música Prática*” de 1482, haveria uma associação entre os temperamentos humanos, os planetas e a música. Marsilio Ficino (1433 - 1499), em 1489, publica o tratado “*De vita triplici*”, um manual de higiene que atribui à música grande importância e propõe explicações físicas para os seus efeitos. Trata especialmente do tratamento da melancolia, que sob efeito da música acalmaria e equilibraria a natureza atormentada do indivíduo (STAROBINSKI, 1962).

Nos séculos XVI e XVII, uma grande quantidade de teses e tratados se esforçaram para provar que as vibrações musicais tinham a capacidade de afetar e atingir as esferas “pré-intelectuais” da mente (RUUD, 1990). Essas formulações foram sendo elaboradas e alinhadas com crenças médicas e filosóficas existentes.

Em 1650, o padre Athanasius Kircher (1601-1680) publica o tratado “*Musurgia Universalis*”, no livro IX, dedicando um extenso capítulo ao poder de cura da música. Na sua obra “*Ars Magnésia*”, 1631, recomenda o uso da música para a cura do tarantismo, síndrome nervosa provocada pela picada de tarântula. Aconselha doentes a dançar ao compasso de música estimulante facilitando a sudorese e conseqüentemente a eliminação do veneno⁹. Constatou-se posteriormente que a tarântula era inofensiva. O tarantismo não seria uma forma de intoxicação, mas um exemplo de epidemia coreiforme da época, sendo melhor concebida como uma expressão de histeria coletiva.

A filosofia racionalista de Rene Descartes (1596-1650), no século XVII foi combinada com as bases da “Doutrina dos Afetos”, uma teoria estética do período barroco. Como princípio básico, admitia que a música reproduzia as emoções e afetos humanos mais importantes, na obra “*Compendium Musicae*”, 1618. Essa utilização de Descartes da “Doutrina dos Afetos” gerou uma

⁹ O ritmo violento criado para curar o tarantismo recebeu o nome de Tarantela.

concepção *sui generis*, a saber, que os intervalos musicais (terças maiores e menores, trítone, etc.) podiam expandir ou contrair o “*spiritus animale*” do corpo, influenciando de maneira direta o estado da mente (GATTI, 1997).

A partir do século XVIII, surge um número maior de obras sobre a ação da música nos tratamentos e práticas médicas. Objetivando a cura de doentes melancólicos alguns médicos sistematizaram o emprego terapêutico da música nos hospitais de alienados. François Nicolas Marquet (1687-1759), descreve tal prática na obra “*Nouvelle méthode facile et curieuse, pour connoître le pouls par les notes de la musique*”, 1769.¹⁰

Louis Roger (1769 - ?), médico e músico, publica em 1784 a obra (em duas partes), “*Traité des affets de la musique sur le corps humain*”, que discute a natureza dos corpos sonoros e as questões acerca da capacidade da música de afetar os seres humanos. Na sua visão, como o fluido nervoso é presumivelmente aéreo, ele também é afetado pelo som exatamente como o ar. A vibração dos nervos, dos quais os da audição e do tato são suscetíveis à música, produz efeitos sobre o próprio corpo e transmite sensações para a mente (MEINECKE, 1948).

Outros médicos também deram suas contribuições como: Pierre-Joseph Buchoz (1731-1807) na obra “*Mémoire sur la manière de guérir la mélancolie par la musique*”, de 1769 e Joseph Mason Cox (1762-1822), “*Observations on Insanity*”, 1804.

Na França, Philippe Pinel (1745 -1826) e Jean Martin Charcot (1825 - 1893), no hospital La Salpêtrière, em Paris, incentivaram os pacientes internos a constituírem pequenas orquestras e outros experimentos com criação musical.

¹⁰ Trata-se da 2ª edição ampliada, com observações e reflexões críticas, por P. J. Buchoz, Amsterdam, 1769.

No século XIX, no início da psiquiatria moderna, as experiências de tratamento em relação aos alienados mentais, de Jean Esquirol (1772 - 1840), discípulo de Pinel, por meio dos valores morais de doçura, paciência, compreensão e da utilização de distrações e recreações sob todos os aspectos, também lançou meios da música para aliviar os enfermos. Porém, nos seus relatos “*Des maladies mentales*”, vol II, de 1838 apresenta uma concepção divergente quanto ao poder de cura da música, atribuindo apenas aos seus efeitos benéficos a produção de alívio e distração.

Assim, na história da medicina a música é um bom exemplo de como um “remédio” na sua essência sempre igual, pode ter interpretações de seu valor curativo variando segundo as crenças e práticas. Em cada época e cultura, diferentes abordagens acerca dos efeitos que os sons e os ritmos exercem sobre os indivíduos foram elaborados e postos em prática (STAROBINSKI, 1962).

1.2.2. USO TERAPÊUTICO DA MÚSICA NO PERÍODO CONTEMPORÂNEO

O uso terapêutico da música de uma forma experimental e controlada cientificamente é um tanto recente, tendo seu desenvolvimento se acelerado após a 2ª Guerra Mundial, a princípio em hospitais para reabilitação dos feridos de guerra, nos Estados Unidos. Para esta prática designou-se o termo Musicoterapia, que como outras formas de arte-terapia demonstrou-se um excelente recurso para explorar o universo afetivo e emocional dos indivíduos (GUILHOT & LECOURT, 1979).

Segundo Benenzon (1988) a Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) para facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão,

organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais dos indivíduos e, conseqüentemente, alcançar uma melhor qualidade de vida. A prática musicoterápica abrange a produção sonora do canto, da improvisação, das audições, composições, músicas que emergem explorando as várias fontes sonoras (corpo, ambiente, objetos, natureza); a utilização dos instrumentos musicais; jogos, experiências musicais; movimentos corporais e as várias formas de expressão, que aplicadas às técnicas e recursos sonoro-ritmico-musicais, contribuem para promoção da saúde, seja física, mental e psíquica do ser humano (BRUSCIA, 2000).

O ponto de partida para as práticas musicoterápicas são as experiências musicais passadas dos sujeitos, suas necessidades e os efeitos potenciais que estas poderão lhes trazer. Segundo Benenzon (1981) o processo musicoterápico parte do princípio que cada indivíduo possui uma **identidade sonora-musical**, denominado pelo referido autor, de **ISO** (identidade). O princípio de ISO baseia-se na existência de representações internas de vivências sonoro-musicais que caracterizam e fazem parte de cada indivíduo, que reflete suas experiências culturais auditivas, seu ambiente existencial-musical desde a infância. A identificação do ISO de um sujeito deve ser feita nos primeiros encontros, através de um protocolo de coleta de dados e dos efeitos emocionais e vivenciais. É a partir da identificação e compreensão desse referencial individual, que se pode ampliar o conhecimento dos fenômenos sonoros de um grupo. Este procedimento permite constituir um ISO grupal, que se refere à **identidade sonora de um grupo social**.

A idéia de identidade e identificação, na visão antropológica, indica o modo pela qual os sujeitos de uma etnia ou de um outro grupo social atribuem significados a si e ao seu próprio grupo. É a forma de reconhecimento pelo qual os mesmos sujeitos atribuem, por contrastes ou por oposição a um outro grupo social significados identificadores. (BRANDÃO,1985). A identidade baseada na cultura, e nas experiências das pessoas, relacionado a atributos culturais que

tem prioridade sobre outras fontes de significado, é um processo de construção dos significados. Pode-se dizer que há pluralidade de identidades. Identidade sonora é a fonte do significado e experiências sonoras e musicais das pessoas. É um processo de construção dos significados baseado na cultura.

Segundo Benenzon (1981), após o reconhecimento da identidade sonora-musical do grupo, ou ISO grupal, o passo seguinte a fim de utilizar a música terapeuticamente é a montagem criteriosa de um repertório musical a ser utilizado, de modo adequado e sensível à identidade do grupo buscando desenvolver a experiência musicoterápica.

Mais do que representar a vida sonoro-cultural dos sujeitos, o repertório musical escolhido é o fio sonoro que possibilita evocar sentimentos, emoções, histórias vividas, elaboradas e reconstruídas no foco do presente (SOUZA, 2002). Estabelece-se a partir do repertório definido, a seleção planejada da intervenção, buscando-se adequar cuidadosamente às necessidades do grupo. O trabalho é dinâmico e se dá por um sistema em que se ativam processos da memória social e da identidade sonora e musical individual e grupal. A partir desse levantamento estabelecem-se trocas de experiências, o cantar, o dançar, o confronto das diferenças individuais, utilizando-se recursos musicais com vínculos afetivos relacionados às histórias narradas desse grupo específico, observando-se as habilidades, as potencialidades e o desenvolvimento de cada um.

1.3. RECURSOS MUSICOTERÁPICOS E IDOSOS

Existem várias propostas de métodos e diferentes técnicas a serviço da musicoterapia. De um modo geral, os métodos da aplicação do processo musicoterapêutico para idosos, implicam em três procedimentos básicos:

- a) Produção de um estado regressivo que abre os canais de comunicação, utilizando a bagagem musical que o indivíduo experimenta no decorrer da sua vida (SOUZA et al, 1988). Através da elaboração de entrevistas semi-estruturadas, que estabelecem um primeiro contato com o paciente. Busca-se a descrição do envolvimento musical, a receptividade à música, e identidade sonora-musical;
- b) Estado de comunicação verbal e não verbal dentro do grupo, através das práticas de escuta e sensibilização musical. Traçam-se propostas temáticas para conduzir as expressões verbais em consonância com o repertório musical estabelecido;
- c) Fase de integração, quando se desfruta de vivências no contexto social combinando múltiplos fatores no desenho de cada encontro ou sessão, adequando-os sempre ao perfil e experiências de cada membro do grupo utilizando-se de recursos sonoros-musicais variados.

Os programas terapêuticos para idosos, baseados na música, apresentam melhora dos aspectos emocionais e comportamentais, humor, agressividade e agitação. Além de estimular a sociabilização e interação através da prática em grupo (BRIGHT,1993).

Os benefícios que a prática musicoterápica pode produzir para indivíduos idosos de acordo com Clair (1996) envolve:

- a) Respostas físicas, através das qualidades sedativas ou estimulantes, que afetam respostas fisiológicas como pressão arterial, frequência cardíaca e respiração;
- b) Alterações nos estados de ânimo e nos afetos;

- c) Integração social, ao promover oportunidades para experiências comuns;
- d) Abertura de canais de comunicação, principalmente para idosos que têm problemas de comunicação verbal e pela música conseguem interagir significativamente com os outros;
- e) Expressão emocional, pois utiliza a comunicação não-verbal, a gestualidade, facilitando a expressão de emoções também por idosos que possuam falta de habilidades verbais;
- f) Afastamento da inatividade mediante do uso do tempo com atividades envolvendo música;
- g) Espaço de reminiscências, evocando emoções ou sensações guardadas na memória (geralmente remota).

Prickett (1991) sugere que, de modo geral, intervenções musicoterápicas promovem bem-estar e fortalecem a auto-estima do idoso. Fornecendo estimulação sensorial adequada, bem como experiências sociais nas quais os idosos podem cantar e dançar, criando geralmente possibilidades de um espaço de reminiscências das canções familiares e de integração social.

A terapêutica utilizando-se da música pode contribuir para o aumento da independência e da autonomia dos idosos (CURTO,1995). A consciência da independência pode melhorar a auto-estima dos sujeitos. O uso de recursos musicoterápicos pode ser usado para prevenção, tratamento e reabilitação de idosos, especialmente os que requerem cuidados especiais (BROTONS,1996).

No caso de idosos com perdas cognitivas avançadas, como na Doença de Alzheimer, na literatura internacional, estudos tem verificado efeitos benéficos, a partir de estímulos e recursos musicoterápicos, em amplos aspectos da cognição, nas respostas de comportamento e interação social desses indivíduos (MILLARD & SMITH, 1989; PRICKETT & MOORE, 1991;

POLLACK & NAMAZI, 1992; GROENE, 1993; YORK, 1994; BROTONS, 1996; ASHIDA 2000; KOGER & BROTONS, 2000; LIPE, 2004; NOICE & NOICE & STAINES, 2004; SHERRATT, THONTON & HATTON, 2004). Na Doença de Parkinson verificou-se efeitos sobre a compreensão do discurso dos pacientes com perdas cognitivas, a partir da aplicação de técnicas vocais (HANEISHI, 2001).

As técnicas musicoterápicas podem desenvolver trabalhos com o movimento (BROTONS & COOPER, 1994). A música apropriada pode incentivar os idosos a dançar e exercitar atividades físicas (MIRANDA & GODELI, 2003), e no acompanhamento dos exercícios aeróbicos possibilitando efeitos sobre os estados de ânimo (MIRANDA, GODELI & OKUMA, 1996), como também na área da reabilitação física acompanhada de música para idosos (JOHNSON G, OTTO D, & CLAIR, 2001).

Todos os estímulos do ritmo, da harmonia, das melodias familiares e do uso de instrumentos percussivos são forças motivadoras e incentivam a pessoa idosa a mover-se com a música (HANSON, GFELLER, WOODWORTH, SWANSON & GARAND, 1996), além disso, a terapia da música em um indivíduo ou num grupo de idosos com perdas cognitivas avançadas, pode fornecer estimulação sensorial, manter habilidades existentes e melhorar a qualidade de vida (DAVIS et all, 1999; MIRANDA, M.L.J .& GODELI, M.R.C.S, 2003).

As diversas propostas existentes de práticas musicoterápicas para idosos partem de abordagens e interesses variados, procurando dar atenção às dificuldades físicas, sociais e emocionais. Busca-se compreender as atitudes culturais à quem são dirigidas. O desafio do trabalho musicoterápico para idosos é considerar a longa bagagem cultural que o idoso carrega, o que significa que para o musicoterapeuta há necessidade dele próprio ampliar suas vivências e conhecimentos musicais.

1.4. MEMÓRIA MUSICAL

Para a etnomusicóloga Angela Luhnig, no estudo sobre a memória musical no Candomblé (2001), é possível, em termos gerais, diferenciar dois tipos de memória musical: uma que se demonstra através de objetos concretos ou representações simbólicas, muitas vezes veiculada pela escrita, que se representaria por meios de partituras, objetos como instrumentos musicais e documentação musical; e outro tipo mais abstrato, menos concreto, como os processos que codificam experiências, vivências corporais e sensoriais.

Quanto ao tipo da memória musical que se caracteriza pela via da transmissão encontrada nas partituras, escritos, gravações e objetos musicais, que de certa forma auxiliam na reativação da memória, apenas representam uma parte dessa memória musical. No caso específico da memória musical brasileira, uma outra grande parte da criação musical se baseia até hoje na transmissão oral. Por tratar-se de transmissão oral, não existem registros escritos, mas se vinculam à memória individual e à memória coletiva. Segundo Halbwachs (1990, p. 53), *“a memória coletiva envolve as memórias individuais, mas não se confunde com elas, e não poderíamos compreendê-la como uma soma de memórias individuais”*.

Os idosos, lembrando a trajetória cultural e familiar, reconstroem nas lembranças, suas vidas e estabelecem a representação do passado da família e das suas relações internas com olhos e elaborações atuais. É nesse sentido que Halbwachs, fala da lembrança como reconstrução do passado, realizada com a ajuda de dados tomados do presente e elaborados em outros “lugares”, em outras circunstâncias, por outras reconstruções feitas em épocas anteriores, nas quais a imagem do tempo antigo já é algo bem alterado. Mais do que as etapas de formação da lembrança, Halbwachs fala do grupo social como “lugar” em que se desenvolvem as memórias coletivas e que fazem delas algo vivo e passível de transformação pelo desenrolar das mudanças do grupo. A música é

também um desses “lugares”, onde subsiste singularismos e símbolos de identidade coletiva. Assim, os idosos ao reconstruírem suas recordações, estabelecem os contornos da sua identidade cultural.¹¹

Quanto ao outro aspecto da memória musical mais abstrata, na visão de Brandon, 1993 (apud LUHNING (2001, p. 115),

“Os movimentos de dança, gestos, cantigas, ritmos, objetos simbólicos e simbolismos de cores resultam em imagens mentais que se referem à visão de mundo daquela cultura e são memorizados e lembrados”.

A nossa memória sonora está interligada com a memória visual, a memória olfativa, a memória tátil e a memória gustativa, e essa complexa interligação entre as memórias dos sentidos compõe a rede de associações e informações. Segundo Stralio (1998), a memorização musical será mais fácil se a associação dela for com temas familiares, já armazenados na memória, principalmente se tiverem sido memorizados com um componente emocional forte, ou se expressarem um significado lógico de fácil visualização pela nossa imaginação.

No artigo de Halbwachs (1990, p. 187) dedicado à memória dos músicos¹² ressalta-se a distinção entre lembranças das palavras e dos sons naturais ou musicais.

“Para assegurar a conservação e a lembrança das obras musicais, não podemos fazer apelo, como no caso do teatro, a imagens e idéias, quer dizer, à significação, já que uma tal sequência de sons não tem outra significação senão ela mesma.

A música é, para dizer a verdade, a única arte em que se impõe essa condição, porque se desenvolve totalmente no tempo, porque

¹¹ HALBWACHS, op. cit.

¹² O livro póstumo *Memória Coletiva*, de Halbwachs, foi publicado em 1950. Somente na sua 2ª edição em 1968, foi feito um acréscimo de um artigo dedicado a “Memória Coletiva dos Músicos”, incluído no texto anexo e que já havia sido publicado pelo autor em vida, na *Revue Philosophique* (1939, nº 34).

não se prende a nada que dura, e porque, para retomá-la, é preciso recriá-la sempre. É porque não há exemplo onde percebemos mais claramente que não é possível reter uma massa de lembranças em todas as suas sutilezas e nos mais preciosos detalhes, a não ser com a condição de colocar em ação todos os recursos da memória coletiva.”

1.5. BEM-ESTAR SUBJETIVO COMO INDICADOR DE SAÚDE MENTAL

A maioria das pessoas avalia o que está acontecendo com elas como bom ou mau, de forma que normalmente são capazes de oferecer um julgamento sobre suas vidas, e experimentam humores e emoções que têm um componente prazeroso, evocando uma reação positiva, ou um componente desagradável, que evoca uma reação negativa.

O bem-estar subjetivo é uma noção por meio da qual se busca entender as avaliações das pessoas sobre as suas vidas. Compreende variáveis como satisfação com a própria vida e satisfação específica em determinados aspectos da vida, levando-se em conta valores e expectativas pessoais em termos cognitivos, experiência emocional e das variáveis sociais (CAMPBELL, CONVERSE & RODGERS, 1976).

A literatura sobre bem-estar subjetivo refere-se a como e porque as pessoas vivenciam suas vidas de maneira positiva. Sob essa ótica, o bem-estar subjetivo é um dos componentes de um construto mais amplo – a qualidade de vida. Dentre os inúmeros estudos sobre qualidade de vida, Lawton (1983 e 1991) construiu um modelo que apresenta o conceito de *bem-estar subjetivo* como um dos domínios da qualidade de vida na velhice. São quatro os domínios que se inter-relacionam refletindo: as condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo, este último indicando a avaliação pessoal sobre o conjunto e sobre a

dinâmica das relações entre os outros três domínios. Logo, o bem-estar subjetivo pertence ao âmbito da experiência particular, é experiência interna, à qual se tem acesso pelo auto-relato do indivíduo, que nem sempre é afetado por condições de saúde, conforto e riqueza, sendo mediado pelos antecedentes pessoais (históricos, biológicos e sócio-culturais). A influência destes aspectos depende dos valores e expectativas do indivíduo, do grupo a que pertence e da sociedade.

Para Veehofen (1984, *apud* NERI, 2002), o bem-estar subjetivo é o grau em que o indivíduo julga favoravelmente a qualidade de sua vida como um todo, a partir de elementos cognitivos e afetivos. Os elementos cognitivos indicam a percepção do sujeito dos níveis de aspiração e suas possibilidades de realização e são relativos ao grau de satisfação do sujeito. Os elementos afetivos, avaliam os níveis de prazer experimentados, os sentimentos, emoções e os estados de humor. Diener & Suh (1997) avaliaram o bem-estar subjetivo entre idosos no âmbito da satisfação com a vida, concluindo que tais domínios tendem a não declinar com a idade.

A avaliação que o indivíduo idoso faz da sua vida em geral ou de seus domínios, tendo por base seus próprios padrões, valores e crenças, é um componente importante do envelhecimento satisfatório e está associado à capacidade do indivíduo idoso adaptar-se às perdas ligadas ao processo de envelhecimento e à sua capacidade de reserva para recuperar-se de eventos estressantes ao longo do curso de vida. Sobre a satisfação com a vida, Ryff (1995) propôs um modelo multidimensional de bem-estar que compreende seis dimensões do funcionamento psicológico positivo: a auto-aceitação, relação positiva com as pessoas, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

Capitanini (2004) estudo realizado no Brasil, em 2000, com 20 mulheres de 61 a 84 anos que moravam sozinhas numa estância hidromineral, com a finalidade de descrever as relações entre as condições de vida, os sentimentos

de isolamento e o bem-estar subjetivo, a partir da análise das entrevistas, identificou sete temas constantes sobre o significado que os sujeitos atribuíam ao bem-estar:

Autonomia- autodeterminação, independência, auto-avaliação com padrões próprios;

Auto-aceitação - atitude positiva quanto ao passado e sentimento de crescimento e expansão, senso de identidade;

Altruísmo - ações e sentimentos de ajuda aos outros;

Relações Positivas - relações calorosas e de confiança, ser bem-tratada, aproveitar as coisas boas da vida, ter amigos, rede de contato social;

Estados Afetivos - emoções positivas e negativas, pré disposições emocionais positivas;

Funcionalidade Física - capacidade física e senso de competência para gerenciar as necessidades pessoais;

Espiritualidade - associação entre significado da existência e elementos que transcendem a vida material.

As dimensões apontadas do funcionamento psicológico positivo sugerem que as experiências de bem-estar subjetivo são fortemente influenciadas por mecanismos de auto-regulação da personalidade e por variáveis sócio-cognitivas, contrariando estereótipos de que os idosos são infelizes, sós, abandonados e doentes.

As pesquisas sobre o *bem-estar subjetivo* se baseiam em instrumentos auto-descritivos utilizando inventários específicos ou de múltiplos itens dependendo das especificidades e das características da amostra.

A presença de *bem-estar-subjetivo* não é condição suficiente para garantir a saúde mental e psicológica dos indivíduos, são necessários outros aspectos importantes, a saber, o domínio ambiental, o crescimento pessoal e o objetivo na vida (STINGEL, 2003). Entretanto o domínio do bem-estar é necessário para saúde mental, porque uma pessoa não pode estar funcionando bem se ela está deprimida por longo período ou sofre de ansiedade debilitante.

Assim sendo, para este estudo, o critério-chave adotado é o do bem-estar subjetivo evidenciado pelos auto-relatos dos sujeitos participantes do procedimento musicoterápico proposto.

1.6 OBJETIVOS

1. Descrever o planejamento, a implantação, o desenvolvimento e a avaliação sob a ótica dos participantes, de uma intervenção com recursos musicoterápicos para idosos de baixo nível sócio-econômico com queixas de memória, em uma unidade básica de saúde.
2. Verificar de forma aberta, os efeitos dessa atividade, no curto prazo, da aceitação da intervenção com recursos musicoterápicos e da promoção de bem-estar subjetivo dos idosos, mediante os auto-relatos.

Capítulo 2 - MÉTODO

Por tratar-se de um estudo descritivo de atividade aplicada, este compreendeu as seguintes etapas:

1. descrição do processo de planejamento, implantação, montagem e seleção dos sujeitos participantes da atividade musicoterápica em uma unidade básica de saúde do município de Campinas/SP.
2. pesquisa da história pessoal e história da experiência musical dos idosos participantes.
3. A partir disto, fez-se a elaboração do repertório musical adequado e descrição de um conjunto de práticas musicoterápicas que proporcionam estímulos no âmbito cognitivo, compilados em um manual descritivo.
4. verificação da aceitação e dos efeitos na promoção de bem-estar subjetivo mediante os auto-relatos.

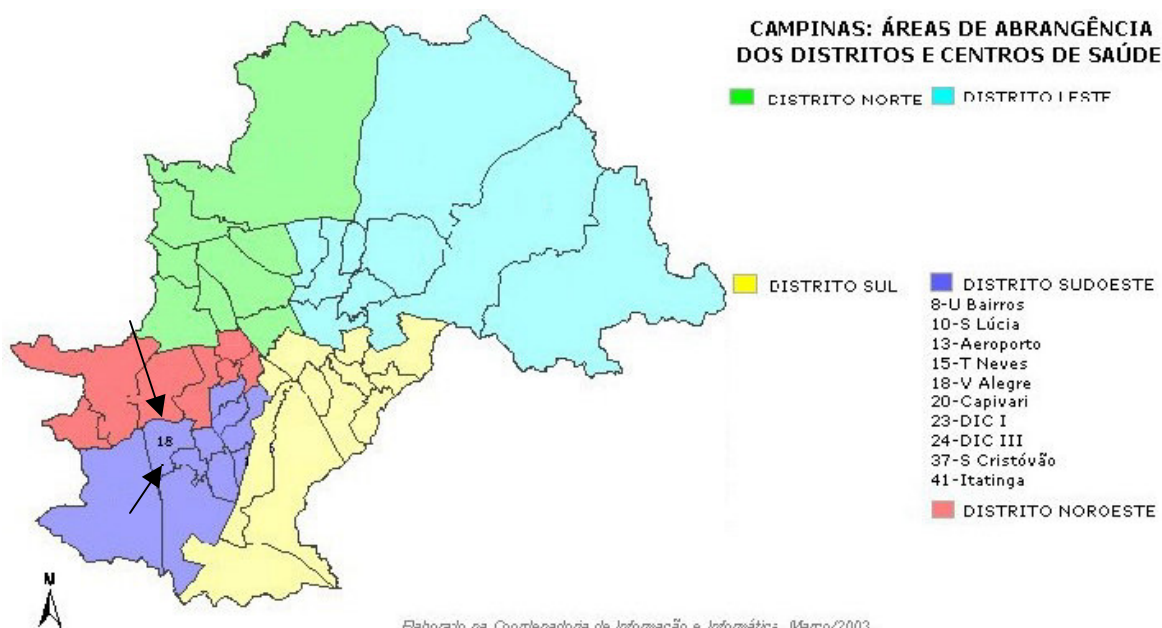
2.1. LOCAL DE IMPLANTAÇÃO

O estudo realizou-se em 2003/2004, na sala de reuniões do Centro de Saúde do Jd Vista Alegre, no bairro Vista Alegre, da cidade de Campinas /SP.

O centro de saúde do Jd Vista Alegre, pertence a região sudoeste do município de Campinas, distante cerca de 25 Km do centro da cidade, com área de abrangência de moradores dos seguintes bairros: Jardim Aeroporto de Viracopos, Núcleo Residencial Parque Dom Pedro II, Fazenda Estiva, Fazenda

Friburgo, Jardim Marajó, Jardim Maria Helena, Ocupação Mauro Marcondes, Residencial Mauro Marcondes, Jardim Mercedes, Sítio Morada dos Pinheiros, Núcleo Residencial Novo Parque, Favela Novo Sol, Fazenda Possas, Favela Santa Isabel, Fazenda São Francisco, Residencial São José, Jardim Shangai, Ocupação Jardim Shangai, Recanto do Sol I, Ocupação Recanto do Sol II, Recanto do Sol II, Ocupação Três Estrelas / Mandioccal, União da Vitória, Favela Parque Universitário, Ocupação Universitário, Parque Universitário de Viracopos, Conjunto Habitacional Vida Nova, Chácara Vista Alegre, Jardim Vista Alegre, Favela Vista Nova, Ocupação Vila Vitória I e Ocupação Vila Vitória II.

Figura 1 - Divisão dos Departamentos Regionais



O distrito sudoeste compreende 10 Centros de Saúde, 2 CAPS (Centro de Atenção Psico-Social), 1 Laboratório de Análises Clínicas, o Ambulatório de Especialidades Ouro Verde e Pronto Atendimento Ouro Verde. A população idosa descrita a partir do Censo 2000 e projetada para 2004, indicou uma população idosa de 15.951 que integra o distrito, sem distinção de sexos.



Figura 2 - Unidade de Saúde Jd. Vista Alegre

Tabela 1 - Descrição da população por idade detalhada e sexo segundo residência no Distrito sudoeste 2004 - ambos os sexos

Faixa Etária	2004
55 a 59	5.231
60 a 64	3.817
65 a 69	2.784
70 a 74	1.930
75 a 79	1.185
80 e mais	1.004
Total	15.951

2.2. MONTAGEM DO GRUPO

A implantação da intervenção musicoterápica para idosos na unidade básica de saúde do Jd Vista Alegre constituiu-se de um processo lento e com inúmeras dificuldades nas diversas fases do processo. Desde a aceitação e permissão para montagem do grupo pela equipe e coordenação da unidade, à

disponibilidade de horários na sala mais adequada existente, a sistemática de encaminhamento dos pacientes, até a adesão e manutenção dos pacientes para permanecerem em todo processo. Foram necessários sucessivos encontros com a coordenação e profissionais de saúde da unidade - médicos, agentes de saúde, enfermeiras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, bem como contatos preliminares com grupos de idosos frequentes ao local.

O processo que antecedeu a intervenção musicoterápica propriamente dita, demorou aproximadamente 5 meses, face ao ritmo lento e tipo de gerenciamento que uma unidade de saúde pública dispõe.

Verificou-se que a implantação de uma atividade musicoterapêutica no Centro de Saúde do Jd Vista Alegre de Campinas seria uma proposta viável por estar compatível com práticas já existentes na unidade. Este centro de saúde promove grupos de práticas físicas para idosos e também dispõe de um Centro de Convivência no bairro do Parque Universitário (área próxima), gerido pelos profissionais da área de saúde onde são desenvolvidos programas culturais e de promoção de saúde como tear manual e ensino de artes.

A apresentação do processo de preparação da montagem do grupo permite compreender as dificuldades enfrentadas nos procedimentos de entrada no campo do estudo.

O primeiro contato estabelecido, com a terapeuta ocupacional da unidade, possibilitou marcar a primeira reunião no Centro de Saúde do Jd Vista Alegre, junto à coordenação e equipe para apresentação da proposta de formação de um grupo com idosos com alterações cognitivas leves. A reunião realizada com vários profissionais da unidade - médicos, agentes de saúde, enfermeiras, psicólogos e terapeutas ocupacionais permitiu que estes profissionais se manifestassem. A pediatra argumentou que na sua área a incidência de idosos é grande, pois muitas avós são responsáveis pelo acompanhamento das crianças nas consultas, e que a incidência de idosos com alterações cognitivas é grande. A médica de família e os agentes de saúde que fazem as visitas domiciliares, solicitaram uma nova exposição mais detalhada sobre o tema Alterações Cognitivas Leves, para o possível encaminhamento de pacientes

para integrar o grupo musicoterapêutico.

A proposta de formação do grupo foi novamente apresentada na unidade para os profissionais de saúde que compõem uma equipe de referência, que se responsabiliza por um percentual de usuários da unidade. A convite da terapeuta ocupacional realizou-se uma visita para um primeiro contato com grupo já existente da área de Saúde Mental, de idosos com depressão, sob a responsabilidade do psiquiatra e da terapeuta ocupacional em uma atividade social envolvendo a culinária.

Em nova reunião com uma das equipes de referência, cujo objetivo era expor com maior detalhamento a proposta da atividade, a intervenção musicoterápica foi avaliada positivamente pela coordenação. Decidiu-se abrir para participação de idosos de todas as equipes de referência do serviço. Foi solicitado mais uma apresentação formal do projeto de intervenção musicoterápica, com os profissionais das demais equipes da unidade.

Nesta reunião geral, com todas as equipes de referência do Centro de Saúde do Jd Vista Alegre, realizada no salão paroquial da Igreja Sta. Inês, Parque Universitário, local mais amplo disponível na comunidade foi feita apresentação do projeto da intervenção musicoterápica para idosos. A reunião contou com aproximadamente 50 participantes profissionais de saúde da unidade. Organizou-se a sistemática para os encaminhamentos dos pacientes pelos profissionais.

A permissão oficial da coordenação para inclusão da atividade musicoterápica na unidade foi consignada em ata. Definiu-se um prazo para encaminhamento de pacientes idosos, principalmente com queixas de perdas memória frequentes, dificuldades de continuidade nas tarefas cotidianas e desânimo. Ficou estabelecido que as agentes de saúde encaminhariam os idosos com este perfil, inicialmente para avaliação do psiquiatra e/ou médica generalista, para posterior encaminhamento ao grupo em formação.

Os agentes de saúde, e outros profissionais da unidade, se envolveram no processo de encaminhamento dos idosos e a médica generalista da unidade, foi interlocutora principal no processo de encaminhamento de pacientes. Forneceu o número do prontuário médico, o telefone e o endereço dos idosos encaminhados. Para os pacientes sem telefone foram disponibilizados agentes de saúde que iam até a residência do paciente para o agendamento do primeiro contato da entrevista individual. Iniciou-se, paralelamente a este processo, um estudo e levantamento das fichas médicas para conhecimento do histórico dos pacientes encaminhados. Em outra visita ao bairro foi feito contato com outro grupo existente de idosos da comunidade que realiza práticas de Atividades Físicas sob a coordenação da médica de família e terapeuta ocupacional nas dependências do salão Paroquial Sta Inês.

2.3. SUJEITOS

A dinâmica de encaminhamento dos idosos para formação do grupo se deu pelos profissionais de saúde da unidade envolvidos com o projeto, tendo como critério de seleção os diagnósticos de alterações cognitivas leves. A interlocução da médica generalista da unidade foi fundamental para viabilização da implantação da atividade musicoterápica. Foram encaminhados inicialmente 35 idosos com queixas de memória, dos quais 30 se disponibilizaram às entrevistas individuais e aceitaram participar do estudo. No decorrer da atividade quatro idosos desistiram por dificuldades de acesso e transporte, ou por tratamentos e fisioterapias agendadas no período, ou ainda, pela responsabilidade de cuidar de netos ou cônjuges adoecidos. Outros dois idosos encaminhados para o grupo, que apesar de frequentaram toda a atividade, foram descartados da amostra por apresentarem características distintas do grupo (uma idosa com deficit cognitivo avançado e um idoso sem deficit cognitivo, usuário da unidade que demonstrou muito interesse no grupo por adorar música).

Este estudo foi, assim, finalmente composto de 24 idosos, de ambos os sexos, dentro da faixa etária de 57 a 86 anos, com baixa escolaridade e baixa renda. Trata-se de uma amostra de conveniência, com um grupo composto por idosos com alterações cognitivas leves, se referindo a indivíduos não demenciados, portadores de um leve deficit cognitivo, apresentando para os profissionais de saúde da unidade, queixas recentes de perda de memória, evidências de pequenas alterações na vida diária, desânimo e com as atividades sócio-ocupacionais normais.

Cada idoso encaminhado, foi contactado pelos agentes de saúde e agendado um primeiro encontro individual para realização das entrevistas. Estas demoravam, aproximadamente uma hora, o que permitia o atendimento de 6 idosos por semana, entre manhã e tarde em um dia determinado. Desta forma, levou-se 6 semanas para completar a fase das entrevistas individuais e com a concordância dos idosos em participar da atividade, o trabalho pode, então, iniciar-se.

2.4. INSTRUMENTOS

A coleta de dados da pesquisa compreendeu três instrumentos distintos.

Na 1ª fase da proposta, para cada sujeito selecionado houve a aplicação do instrumento MINI-MENTAL (Mini exame do estado mental - MEEM (Folstein et al, 1975).

Trata-se de um instrumento padronizado e validado no Brasil pelo Dr. Bertolucci et al. (1994) que avalia globalmente a função cognitiva atual. É um instrumento de rastreamento de perdas cognitivas e demência com escore máximo de 30 pontos. O MEEM (ANEXO 1) foi utilizado como um dos critérios de inclusão dos indivíduos no estudo, evitando contrastes na amostra.

Também na 1ª fase do estudo propôs-se a realização de uma entrevista semi-estruturada, denominada de “*Inventário de Experiências Musicais*” (IEM) aplicado a cada participante individualmente. O IEM visava coletar dados sócio-demográficos, evocação da memória musical do indivíduo, o significado que o sujeito atribui aos sons, ritmos e músicas que compõe sua identidade sonora, assim como um histórico das experiências musicais ativas e passivas (BENZON, 1981). O inventário foi montado com um conjunto de variáveis divididas em três segmentos:

1ª) Variáveis sócio-demográficas: foram solicitadas informações de idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão, região de origem, religião e religiosidade.

2ª) Receptividade à música e antecedentes musicais: Através de 22 itens, focando o gosto musical, vivências e memórias sonoras desde a infância.

3ª) Experiência musical ativa e passiva: em 16 itens, levantando informações sobre às experiências ativa e passiva em relação à escuta música, artes, dança e literatura.

O tempo médio de resposta do inventário foi de 40 minutos. Os registros dessas informações, feitos através da anotação das respostas, procurou registrar ocorrências objetivas, num esforço de captar os sentimentos e as experiências vivenciadas pelos sujeitos. É a partir da compreensão desse referencial individual que se amplia a leitura dos fenômenos sonoros para o grupo, o que determinou a montagem criteriosa do repertório musical para o processo de intervenção. A dimensão simbólica da entrevista permite rastrear as trajetórias inconscientes das lembranças e associações de lembranças, o que permite, compreender os diversos significados que indivíduos e grupos sociais conferem às experiências que têm (AMADO, 1995).

Quanto maior número de frequências ou repetições de respostas de cada um do grupo, melhores serão os indicadores do ISO grupal (identidade sonora do grupo), o que favorece a elaboração do uso planejado da música e dos estímulos sonoros adequados às características desse grupo específico.

INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS MUSICAIS (IEM)

Data:

Local:

IDENTIDADE

1.1 Nome:

Gênero: () Masc () Fem

1.2 Data de nascimento:

1.3 Local de nascimento:

Até quando viveu lá:

Para onde se mudou logo após:

Quando chegou em Campinas:

1.4 Endereço:

1.5 Escolaridade (anos de estudo com sucesso):

1.6 Estado civil:

Filhos:

1.7 Profissão:

Atividade Profissional no passado:

Atividade profissional no momento:

1.8 Religião: 1)Prática: x por semana:

2)Você se considera uma pessoa: () muito religiosa

() religiosa

() pouco religiosa

1.9 Queixas de saúde:

1.10 Responsável da área de saúde pelo encaminhamento do paciente:

RECEPTIVIDADE À MÚSICA

2.1 A Sra. (Sr.) gosta de música:

() adora () gosta muito () gosta () gosta pouco () não gosta

2.2 Que tipo de música gosta mais:

2.3 Não gosta de algum tipo de música:

2.4 Qual o instrumento musical preferido:

2.5 Qual instrumento ou tipo de som não gosta:

ANTECEDENTES MUSICAIS

3.1 Região de nascimento dos pais:

3.2 Do que você lembra qual a preferência de música dos seus pais :

3.3 Você se lembra de um som ou uma música particular na sua casa:

3.4 Seus pais tocavam algum instrumento ou cantavam:

3.5 Como era o gosto musical dos irmãos:

3.6 Vivências sonoras: você se recorda dos sons, músicas ou canções de sua infância:

3.7 Qual a reação a algum som ou música particular na infância:

3.8 Algum som especial do seu passado ficou em sua memória:

4. EXPERIÊNCIA MUSICAL ATIVA

4.1 Gosta ou gostava de cantar: () sozinha/o () c/ outros

Caso sim; em que situação:

Que tipo de canção:

Já cantou em coral:

Canta/cantou na igreja:

4.2 Qual foi o 1º contato com um instrumento musical

4.3 Tem estudo de instrumento musical: () sim () não

Em caso, sim, qual instrumento aprendeu:

4.4 Como foi a escolha do instrumento :

4.5 Como foi o desenvolvimento do estudo:

Quanto tempo:

Tocou em grupo:

Como foi:

4.6 Que tipo de música mais gostava de tocar:

5. EXPERIÊNCIA MUSICAL PASSIVA

5.1 Você escuta rádio:

Quantas horas/dia:

Que tipo de programa:

Gosta de ouvir música no rádio:

Que tipo de música mais gosta de ouvir no rádio:

5.2 Quantas horas por dia vê tv:

Que tipo de programa mais gosta de assistir:

5.3 Você já viu um show ou um concerto ao vivo:

5.4 Quais os cantores que mais gosta?

5.5 Quais compositores que mais gosta, porque?

5.6 O que você não gostaria de escutar:

5.7 Além da música: Você gosta de artes, desenho, artesanato:

Quais tipos:

5.8 e de ler, poesia, ouvir histórias (relação literária):

5.9 E de dançar (relação com a dança):

Que tipo de música prefere dançar:

5.10 Já participou de alguma atividade terapêutica como paciente, ou participa de algum grupo de convivência ?

5.11 O que você pensa da utilização da música para desenvolver uma atividade em grupo?

5.12 Você gostou de responder o questionário:

Comentários:

Ao término das entrevistas individuais, os idosos eram convidados a participar do segundo momento do processo de intervenção em grupo. Ficou definido que o contato seria estabelecido pelos agentes de saúde da unidade avisando o início da atividade musicoterápica em grupo.

A intervenção realizou-se uma vez por semana, no período da tarde (das 14 às 15 h). Foram previamente agendados 18 encontros semanais consecutivos para a realização da atividade. Cada idoso, portanto, submeteu-se a 19 encontros, um individual com a aplicação das entrevistas e mais 18 encontros na intervenção em grupo, sendo que o último encontro foi destinado à avaliação final do processo.

Com base no material levantado, a partir das entrevistas individuais (IEM), traçou-se uma criteriosa seleção musical, pesquisando uma discografia (ANEXO 3) apropriada para esse grupo de idosos, com gravações de qualidade, de conteúdo significativo para o grupo. Procurou-se nessas gravações qualidade nas texturas e timbres e boa interpretação musical e quando se utilizou de música com letra, aprofundou-se o texto literário. Além das músicas familiares aos sujeitos procurou-se outros exemplos musicais, que permitissem a ampliação do repertório dos encontros.

2.5. ESTRUTURA GERAL DA INTERVENÇÃO

A intervenção musicoterápica proposta à idosos com queixas de memória, com base numa abordagem de otimização cognitiva compreende um conjunto de estratégias que utiliza recursos sonoro-rítmico-musicais, com vistas a estimular e otimizar a atividade cognitiva. Segundo Abreu & Tamai (2002), tradicionalmente a cognição tem sido vista como uma função cortical que tem a capacidade de processar, organizar e integrar informações com experiências anteriores, podendo ser dividida em subdivisões distintas, como atenção,

orientação, memória, organização visual-motora, raciocínio, função executiva, planejamento e solução de problemas. A metodologia aplicada procurou se utilizar de recursos sonoro-rítmicos-musicais, compreendendo uma estrutura que objetiva estimular algumas das habilidades mentais como linguagem, orientação, atividades sensoriais, esquema corporal, memória, gestualidade.

O conjunto de técnicas e exercícios propostos foram organizados a partir de sensibilização auditiva e motora, estímulos nos níveis de atenção, concentração, comunicação verbal, ritmo e coordenação, esquema corporal e expressão dos sentimentos, utilizando estratégias simples e motivadoras envolvendo o canto, exercícios rítmicos e melódicos e prática com instrumental de fácil manuseio para desenvolvimento das atividades em grupo.

A abordagem musicoterápica nesta intervenção é motivada pela reminiscência, que constitui-se das recordações sistemáticas e de memórias antigas. Os estímulos adequados às reminiscências tem de estar adaptados a cultura, estilo de vida e a experiência vivida pelos sujeitos, conduzindo a uma melhor autonomia pessoal e afetando positivamente no bem-estar subjetivo dos indivíduos. Os recursos utilizados visam explorar as reminiscências musicais, identificando a riqueza cultural guardada na memória individual, buscando atribuir um caráter psicologicamente positivo e recompensador à afirmação da própria identidade cultural dos sujeitos envolvidos.

Este estudo não compreende medidas avaliativas do impacto da intervenção na capacidade cognitiva dos sujeitos. Não se trata, portanto, de uma pesquisa neuropsicológica com idosos. A cognição foi abordada enfatizando a percepção subjetiva dos idosos sobre suas falhas e capacidades. Isto porque se considera que propostas de atividades que estimulem a atividade mental e as funções cognitivas são contribuições importantes, pois fortalecem o registro da informação e a organização dos dados na memória, ajudando a compensar o declínio cognitivo e retardando o desenvolvimento de doenças.

2.5.1. MODELO DE INTERVENÇÃO

Para cada encontro foram propostos séries de exercícios, através de vários recursos sonoro-rítmicos-musicais, seguindo um planejamento básico:

1º) PREPARAÇÃO OU AQUECIMENTO – introduzir a sessão utilizando-se de recursos sonoros como plano de fundo: exercícios respiratórios reeducativos e reexpansivos; coordenação motora para ganhar e manter a mobilidade articular de todas as articulações com exercícios de flexibilidade; orientações posturais gerais, evitando posições compressivas e prolongadas; eliminar e evitar retrações musculares; marchas e exercícios ativos; dinâmicas de memorização dos nomes dos participantes; exercícios de linguagem; vocalizes (aquecimento vocal); relaxamento enfatizando a atividade respiratória; descontração e escuta musical.

2º) DESENVOLVIMENTO – diz respeito ao momento que se propõe a temática que os participantes se envolvem em discussão verbal (*grupo de discussão*) e nos estímulos sonoros-rítmicos-musicais. O conteúdo de cada tema motivador proposto estava em consonância com argumentos de letras de músicas previamente escolhidas para o desenvolvimento de cada encontro. O repertório das músicas selecionadas (ANEXO 3) montadas após levantamento do Inventário das Experiências Musicais, possibilitou um espaço de reflexão das experiência de vida dos sujeitos participantes do estudo.

3º) FECHAMENTO – é a etapa na qual são apresentadas as conclusões do dia e momento de ativamento de memória repassando tudo que foi realizado no encontro e propondo alguma reflexão ou tarefa para a semana.

O conjunto de propostas práticas e exercícios que foram concebidos procurando incrementar a autonomia pessoal e melhorar o bem-estar dos idosos, foram compilados em um manual apresentado a seguir. Estabeleceu-se para cada encontro uma rotina de práticas de pelo menos um exercício de cada tópico selecionado, levando em conta as habilidades cognitivas, como Linguagem, Orientação, Atividade Sensorial, Memória, Esquema Corporal e Gestualidade,

O conjunto das práticas no curso da intervenção são norteadas por uma seleção musical consonante com esse grupo de idosos.

2.6. MANUAL DE RECURSOS MUSICOTERÁPICOS

A organização geral da atividade enfoca os seguintes segmentos:

1. **Linguagem** - ativação de linguagem a partir de estímulos verbais, levando em conta: emissão, vocabulário, dicção, canto, imagem vocal, ritmo das palavras. Enfoque na Linguagem oral (estímulos a partir de: letras de músicas, versos, discurso, narração, repetição, “grupo de discussão” (conversa), vocalizes, canto coral).
2. **Orientação** - reforçar dados de espaço e tempo. Relato de dados biográficos, informação do passado e do presente, seguindo sucessão de fatos e episódios (através de estímulos de canções familiarizadas desde a infância até a escuta atual).
3. **Atividades Sensoriais** com enfoque na Audição; Atenção/Concentração. A partir de estímulos rítmicos - manipulação de instrumentos percussivos, atividade motora, palmas rítmicas e marcações com pés. Enfoque no sistema perceptivo da audição (reconhecer sons e canções).

4. **Esquema corporal** - percepção do corpo, enfocando consciência corporal; Ação motora das articulações; Movimento corporal (com música); Respiração / relaxamento.
5. **Memória** - estímulo de recordações pessoais e sociais, por canções culturalmente experimentadas, enfocando os tipos de memórias de acordo com o seu conteúdo: a) Episódica que se refere a memória de eventos específicos, recordação de fatos reais, são autobiográficas; b) Semântica: refere-se ao aprendizado das palavras e seu significado, são as de conhecimentos gerais.
6. **Gestualidade** - percepção e manipulação de coordenadas espaciais. Desenvolvimento de Marchas; Danças ; Abstração e representação mental do gesto.

GRUPO DE DISCUSSÃO

O objetivo dessa atividade é proporcionar um ambiente de reflexão nas questões de valores, aspirações, prazeres e preocupações, estimulando a conversa e participação verbal abordando temas de interesse do grupo. Todos os temas propostos são reforçados posteriormente com a escuta de músicas pré escolhidas seguindo critérios de identidade cultural do grupo.

Temas escolhidos	Músicas
Como avalia sua vida hoje em relação à que tinha no passado?	<i>Recordações</i> (Palmeira/Mario Zan) Interp: Irmãs Galvão
Consegue nomear os sentimentos que marcaram a tua vida?	<i>Chitãozinho e Chororó</i> (Serrinha/Athos Campos) Int: Tonico& Tinoco
Relaciona-se bem com qualquer pessoa?	<i>Ferreirinha</i> (Carreirinho) Int: Tonico&Tinoc
Como você avalia as questões relacionadas ao amor, namoro e sexo?	<i>Casinha Pequeninha</i> (modinha) Int: Cascatinha & Inhana
O quanto está satisfeito com sua vida?	<i>Luar do Sertão</i> (João Pernambuco e Catulo da Paixão Cearense)
O que significa Bem-Estar para você?	<i>Índia</i> (J. Flores & Zé Fortuna) Int: Passoca
Lembranças afetivas	<i>Juazeiro</i> (Luiz Gonzaga)

EXERCÍCIOS

1. REPETIÇÃO DE FRASES LONGAS DE LETRAS DE MÚSICA

O objetivo do exercício é permitir valorizar a capacidade verbal, podendo repetir uma frase mais longa corretamente se utilizando de letras de músicas familiarizadas.

Exemplos:

O rio de Piracicaba vai jogar água prá fora, quando chegar a água dos olhos de alguém que chora...

No rancho fundo bem prá lá do fim do mundo onde a dor e a saudade contam coisas da cidade....

Toda vez que eu viajava pela estrada de Ouro Fino, de longe eu avistava a figura de um menino...

2. REPETIÇÃO DE FRASES CURTAS DE LETRAS DE MÚSICA

O objetivo é permitir a repetição de frases curtas com 3 ou 4 elementos em sequências mais dinâmicas.

Exemplos:

E a fonte a cantá...

E as “água” a corrê...

Sem a sua, companhia...

Daquela palhoça.... Cabocla cheirosa....

3. COMPREENSÃO DE HISTÓRIAS CONTADAS ATRAVÉS DE GRAVAÇÃO

O objetivo é favorecer a compreensão verbal através da escuta de histórias narradas por meio de gravação (com boa dicção e músicas complementares).

Exemplo: Narração de Elba Ramalho e canto de Solange Maria e Antonio Nóbrega (CD *Brincadeiras de Roda, Estórias e Canções de ninar*). Foi utilizada a narração da história da Figueira.

4. COMPREENSÃO DAS PALAVRAS DAS CANÇÕES

Objetivo de estimular narrações descritivas e de valorizar o vocabulário a partir do conteúdo de letras de músicas.

5. VOCALIZES SILÁBICOS

A partir das repetições de sílabas entoadas em I/II/III/IV/V (pentacorde maior ascendente e descendente)

* Pentacorde é um série de 5 notas que sobem e descem, seguindo a escala diatônica (escala ocidental, seguindo uma convenção de sons conjuntos). As monossílabas são sugeridas seguindo as iniciais dos nomes dos participantes.

ma	pe	ti	se
du	ta	me	la
ro	pi	na	je

6. VOCALIZES VOGAIS

Repetições de Vogais entoadas em tríades maiores I/III/V (arpejo Maior, ascendente e descendente).

a o u o a

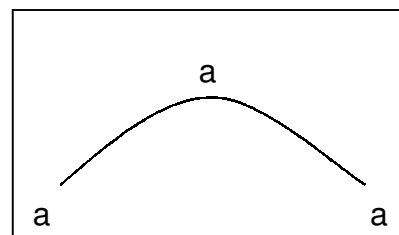
a ê i ê a

* Tríade é o acorde de três tons compreendendo a primeira, terceira e quinta notas de uma escala diatônica.

7. VOCALIZES VOGAIS COM EXTENSÃO DE ALTURA

EM 8ª (intervalo de oitavas)

Inicia-se o vocalize com a entoação de uma vogal na região grave e encaminha-se a voz para 8ª acima, fazendo exercício de extensão vocal (como som de sirene).



8. PRÁTICA CORAL

Explorar o repertório musical e desenvolver linguagem através do canto promovendo espaço de integração em grupo. O repertório é selecionado com músicas escolhidas pela esquisadora e outras sugeridas pelos participantes.

Peixe Vivo
Asa Branca
Casinha Pequenina
Chitãozinho e Xororó
Rio de lágrimas
Vai de roda
Folias de Reis
Juazeiro

8. EXERCÍCIO DE ARTICULAÇÃO DE SONS

À partir da evocação de “Ditos Populares” ou provérbios, articular as palavras com articulações rítmicas, acompanhadas de palmas em marcações de semínimas, colcheias e semicolcheias.

Água Mole em Pedra dura,
tanto bate até que fura...

Articular ritmicamente em:



9. EXERCÍCIO DE CRIAÇÃO MELÓDICA

Improvisar melodias simples utilizando-se da evocação dos “Ditos Populares” ou provérbios como referencial de letra.

10. EXERCÍCIOS DE VIBRAÇÕES DE LÁBIOS E LÍNGUA

Exercícios básicos de treinamento de relaxamento bucal.

ORIENTAÇÃO

1. ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Com o objetivo de reforçar a capacidade de orientação pessoal e biográfica estimular evocações sobre aspectos relacionados ao tempo.

Temas estimulados: Tempo de colheita, trabalho na roça, pesca, carnaval, entre outros, propiciando um espaço de recordações de músicas e canções de trabalho e comemorações.

2. COMEMORAÇÃO DOS ANIVERSARIANTES DO MÊS

Construir um calendário com as datas dos aniversários dos participantes, espaço de socialização.

3. PLANIFICAÇÃO DIÁRIA

Relatar as atividades diárias e planificar tarefas e exercícios que deverão ser desenvolvidos na semana.

ATIVIDADES SENSORIAIS, ATENÇÃO /CONCENTRAÇÃO

1. ATENÇÃO AUDITIVA SELETIVA (timbres de instrumentos musicais)

À partir de exemplos musicais gravados com sons de instrumentos musicais familiarizados, solicitar individualmente, que faça a discriminação sonora levando em conta o timbre dos instrumentos.

2. ATENÇÃO AUDITIVA SELETIVA COM INSTRUMENTOS PERCUSSIVOS

Primeiramente são dispostos vários instrumentos de percussão de fácil manipulação e, um a um, podem ser percutidos para reconhecimento dos sons produzidos pelos vários instrumentos de percussão. Chama-se um participante que deve permanecer de olhos fechados. Escolhe um outro participante que deve escolher um instrumento, para percutir ou agitar e voltar ao lugar, para que o outro participante possa ao abrir os olhos reconhecer qual instrumento foi escolhido.

3. ATENÇÃO AUDITIVA SELETIVA COM INSTRUMENTOS PERCUSSIVOS / GESTO

Após reconhecimento dos timbres de todos os instrumentos percussivos disponíveis, escolhe-se um instrumento. Todos deverão ficar de olhos fechados, e ouvirão sons de vários instrumentos sem fazer nenhum movimento, porém ao ouvir o instrumento escolhido deverão levantar o braço.

4. PALMAS OSTINATOS

Ostinatos são marcações rítmicas constantes. Após indicação de uma série rítmica com palmas, o grupo deverá executar a série proposta e manter as batidas constantes de palmas acompanhando músicas.



5. ECO-RÍTMICO

Objetivo de desenvolvimento motriz utilizando as palmas. Propõe-se que um participante crie uma estrutura rítmica com palmas e todo grupo repete, motivando a criação rítmica com todos os participantes.

Também poderá ser realizado com o uso de marcação rítmica de palavras, e todos repetem. E com utilização de instrumentos percussivos.

ESQUEMA CORPORAL

1. CONSCIENTIZAÇÃO CORPORAL

Difere de ginástica uma vez que se considera o movimento como meio de expressão e comunicação. Tem o objetivo de evocar cada parte do corpo por meio de práticas de movimento progressivos. A música como fundo acompanha todo o processo se utilizando de canções do universo cultural dos participantes.

CABEÇA: inclinação; giro; torção; rotação (direita e esquerda); avanço e retrocesso (frente e trás)

ARTICULAÇÕES E EXTREMIDADES: dobrar e esticar, flexões; rotações; circulares

OMBROS E BRAÇOS: levantar e abaixar; frente e trás; mover em rotação; sacudir; impulsos frente e trás; ondulantes. Realiza-se Simultaneamente e alternadamente

PÉS: esticar, contrair; levantar e apoiar
MÃOS: abrir e fechar; separar e juntar em várias combinações

COLUNA VERTEBRAL: mobilizar região baixa (sacro), região central (vértebras lombaris) e região alta (vértebras dorsais e cervicais)

2. RESPIRAÇÃO

Objetiva desenvolver exercícios respiratórios reeducativos e reexpansivos, procurando exercitar uma respiração rítmica e calma que ajuda no equilíbrio do sistema nervoso autônomo.

Exercícios Básicos: Inspiração e Expiração lenta:

- 1) Respiração “Fole”: (sentado, para o abdômen e o peito)
- 2) Respiração do balão “ffff” (soltando do som na expiração)
- 3) Soprando a vela
- 4) Cobra Sibilante “ssss”

3. RELAXAMENTO

Tem o objetivo de recondicionamento psico-fisiológico, através de técnicas de descontração, tranquilização, buscando recoordenação e normalização das tensões musculares e respiração. Com acompanhamento de música de fundo, previamente selecionada, mantendo o estilo cultural que se identifica com o grupo, com características de sonoridade calma e andamento lento.

4. MASSAGEM

A partir de pressão dos dedos e movimentos rítmicos propiciando efeitos de relaxamento e melhora postural. Utiliza-se as mãos sobre as superfícies corporais realizando as técnicas básicas de massagem como, Deslizamento, Amassamento, Tapotagem, Pressão e Tamburilamento (utilizando as pontas dos dedos).

Proposta:

Auto –massagem
Em pares
Fila indiana circular

1. EXERCÍCIO 1 DE MEMORIZAÇÃO DOS NOMES (Circulante)

Em círculo, com acompanhamento de batidas de tambor marcando o pulso, o primeiro participante apresenta o seu nome, que é repetido pelo vizinho, assim por diante. O mesmo nome é mantido enquanto percorre o círculo todo até voltar ao primeiro. Todos dizem seus nomes um a um, sendo repetidos por todos do círculo mantendo a pulsação.

2. EXERCÍCIO 2 DE MEMORIZAÇÃO DOS NOMES (Acumulativo Grupo)

Em círculo, o primeiro diz o nome que deve ser repetido por todos juntos. O segundo diz o nome, e o grupo repete o primeiro nome e acrescenta o segundo. Em seguida o terceiro fala o nome e o grupo repete o primeiro, o segundo e o terceiro, e assim por diante.

3. EXERCÍCIO 3 DE MEMORIZAÇÃO DOS NOMES (Acumulativo Individual)

O primeiro fala o nome, o vizinho repete o nome do primeiro e depois deverá falar o seu nome, o terceiro fala o nome do primeiro, do segundo e depois acrescenta o seu nome, e assim sucessivamente acrescentando um a um.

4. EXERCÍCIO DE MEMÓRIA EPISÓDICA DE FESTAS TRADICIONAIS

Motivar as recordações de festividades e celebrações pessoais, familiares e sociais a partir de formulações de questões objetivas.

São formuladas perguntas sobre as datas concretas de cada festividade e sobre a maneira que eram celebradas. Quais eram os preparativos e ornamentos dos festejos. Principalmente estimular lembranças das músicas e cantorias dos festas promovendo espaço para cantar.

Temas mais explorados:

Bailes na Roça;
São João;
Folia de Reis;
Carnaval

5. EXERCÍCIO DE RECORDAÇÃO DE MÚSICAS COM INDICAÇÃO DE IMAGEM

À partir de estímulos visuais (fotos, recortes, desenhos), buscar recordações de letras de canções conhecidas, possibilitando o canto.

6. EVOCAÇÃO DE VERSOS / QUADRAS/ POEMAS

Possibilitar a declamação de versos, quadras e poemas, assim como letras de músicas. À partir das evocações construir um caderno de versos do grupo.

7. OBJETOS DE IMPORTÂNCIA AFETIVA

Exercício de reminiscência onde é sugerido que cada participante traga ao encontro um objeto de importância afetiva.

Ex: Este exercício foi realizado após escuta da música “*Recordações*” de autoria de Palmeira & Mario Zan, (1954/55) e interpretada pelas Irmãs Galvão.

“RECORDAÇÕES”

Todos nós temos na vida
Saudades, Recordações
Em nossas almas escondidas.
Que nos aperta o coração.

No peito ficou gravado
Com sinal de uma cicatriz,
Doces momentos de um
passado,
Em que a gente já foi feliz.

Um lenço branco e um medalha,
Um retratinho já desbotado,
Nossa memória que nunca falha,
Em tudo isso lembra um
passado.

Uma vitrola e um disco antigo,
A serenata de um trovador,
Não há no mundo maior castigo
Do que a saudade de um grande
amor...

8. EVOCAÇÕES DE PROVÉRBIOS E DITOS POPULARES

Estimular a recordação de provérbios, ditos e saberes populares. Procurar a compreensão das narrativas solicitando de cada participante apresente o que pôde compreender sobre o provérbio ou dito apresentado. Ex.: *Quem faz um cesto faz um cento; Casa de ferreiro espeto de pau.* Improvisar melodias com as letras dos provérbios.

9. SOM E MOVIMENTO

SOM	MOVIMENTO
RA-----	braço no alto
GI-----	bate palma
OHHH----	giro de mão

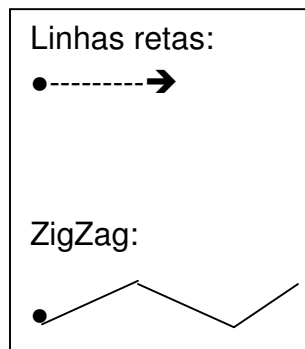
Criar um gesto para cada som de sílabas ou sons onomatopéicos. Ativar a memória dos participantes sugerindo os gestos já programados para que eles realizem os sons correspondentes.

10. MEMORIZAR SEQÜÊNCIAS DE GESTOS E RITMOS

O instrutor deve estar sentado de frente para o grupo, de forma que todos possam vê-lo; a seguir alternadamente irão criar seqüências de movimentos para serem imediatamente reproduzidas. O tamanho das seqüências deverá ser aumentado paulatinamente de modo a atrair a atenção de todos e ampliar o grau de dificuldade. Exemplo: Uma batida com o pé direito no chão, duas batidas com o pé esquerdo, um toque no joelho direito com a mão esquerda, uma batida com o cotovelo direito da cintura estando o braço dobrado, etc.. Posteriormente, incorpora-se ao exercício instrumentos musicais de fácil manuseio.

1. ATIVIDADES LOCOMOTORAS

Exercício fundamental de locomoção e percepção da forma de caminhar e do equilíbrio – CAMINHAR – em várias direções, com acompanhamento musical, observando a mecânica do movimento. São traçados desenhos no chão, enquanto se move pela linha estimula-se o senso rítmico com marcação do pulso da música com palmas.



2. MOBILIZAÇÃO ATRAVÉS DE PASSOS DE DANÇAS

Através de passos básicos relacionando-os com ritmos de músicas

POLCA SIMPLES (Binária): Se realiza passo lateral direito e junta; alterna os pés direito/esquerdo (♩ ♩ ♩)

VALSA (Ternária): Passo lateral e junta no 1º tempo; alterna as pontas do pés esquerdo/direito nos 2º e 3º tempos (♩ ♩ ♩)

3. EXERCÍCIOS DE PALMAS E SAPATEADOS

Através da escuta de músicas de “CATIRA”, procurar desenvolver o sapateado básico acompanhando com o palmeado seguindo o roteiro da canção.

A “Catira” é uma dança popular acompanhada ao som de viola e do cantador. Os dançarinos formam 2 colunas e batem palmas ou executam o “pateio” (fortes batidas dos pés contra o solo).

2.7. ADESÃO DO GRUPO

Um ponto considerável na constituição de projetos com intervenção é o âmbito da permanência do grupo num programa de extensa duração com uma população idosa. Para a manutenção da atividade foram criadas algumas práticas sistemáticas, que avaliou-se pertinentes e necessárias como medida interacional. A prática semanal consistia em convidar um dia antes do encontro, por via telefônica, sempre estabelecendo uma rotina de horário para as ligações, todos os pacientes participantes. No caso de integrantes sem telefone era solicitado para o vizinho ou membro da família que convidasse o idoso para o encontro. Este contato telefônico semanal oportunizou a criação de vínculos e a abertura de comunicação entre os participantes e entre estes de uma família. Segundo Bosi (2003, p. 37) o principal esteio de um método de abordagem é a

“formação de um vínculo de amizade e confiança com os recordadores. Esse vínculo não traduz apenas uma simpatia espontânea que se foi desenvolvendo durante a pesquisa, mas resulta de um amadurecimento de quem deseja compreender a própria vida revelada do sujeito”.

A outra prática motivadora de alguns encontros, foi a de comemorar os aniversários dos pacientes com bolos e café. Também foram realizadas visitas domiciliares, agendadas criteriosamente, o que se formou mais um espaço de convivência e aproximação, permitindo conhecer a realidade vivida pelos sujeitos.

A terceira fase do estudo realizada ao término da implementação da intervenção, ficou para o último encontro. Neste, propôs-se verificar, de forma aberta, os efeitos significativos dessa atividade musicoterápica no bem-estar dos indivíduos. Com agendamento individual, destinando cerca de 15 minutos para cada participante, formulou-se a questão: *O que o(a) senhor(a) achou de participar dessa atividade musicoterápica?*

Como todo o material verbal foi anotado com as informações das sensações expressadas, o procedimento foi realizado em 2 sessões para atender todos os participantes. Através da análise de conteúdo, buscou-se indicativos dos efeitos significativos da atividade.

2.8. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa produziu dois tipos de dados para análise. As informações obtidas através dos instrumentos de avaliação foram submetidas a análise estatística.

O primeiro conjunto de dados caracterizou o grupo estudado a partir das variáveis definidas no “Inventário de Experiências Musicais” (IEM), procurando levantar os dados sócio-demográficos, a frequência das preferências e vivências sonoras e receptividade à música dos sujeitos, para possibilitar a escolha do repertório musical e desenvolver a intervenção adequando-se à identidade sonora do grupo.

Realizada a análise descritiva através de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e tabelas de frequências para variáveis categóricas, optou-se para comparação de proporções, o teste QUI-QUADRADO e o teste EXATO DE FISHER, capazes de determinar as medidas contínuas ou ordenáveis entre duas.

O segundo conjunto de dados, formado a partir da organização dos discursos anotados das respostas relativas ao *bem-estar* promovido pela intervenção, foi analisado utilizando-se o teste de MANN-WHITNEY. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Após leitura e análise do conteúdo dos relatos, procurou-se assinalar nos discursos dos sujeitos, as primeiras emissões principais ou unidades semânticas, consideradas as palavras mais significativas¹³ que se referiam à dimensão de bem-estar promovido. Suprimiu-se do conteúdo verbal as demais expressões que compõem a construção das ligações das frases, dentre as quais, artigos, preposições, pronomes advérbios e conjunções.

Verificou-se no conjunto da análise das respostas, através das emissões principais, que todos os 24 participantes atribuíram significados positivos, de bem-estar promovido pela intervenção, porém, essas palavras-chave, portadoras de sentido e significado refletiam motivações, necessidades e emoções diferenciadas entre si.

O passo seguinte no procedimento de análise, identificou no conjunto dessas emissões os significados atribuídos dessas motivações distintas, buscando o que era comum a mais de um sujeito. A partir desse desmembramento, possibilitou-se criar reagrupamentos das significações manifestas em categorias. Esse sistema de análise categorial determinou três categorias agrupadas de acordo com o que era comum dos discursos. São elas: INTERAÇÃO SOCIAL, AFETOS POSITIVOS e EVOCAÇÕES (senso de identidade).

¹³ “as palavras não significam por e em si mesmas, mas por quem fala, ou pelos lugares que os sujeitos falantes ocupam no jogo discursivo. Daí a necessidade de ler por trás das palavras, no subtexto, no intertexto, procurando entender o movimento de produção de sentido. (...) seus múltiplos sentidos circulam à medida em que os processos de significação transcendem as palavras” (SMOLKA, 1992, apud CINTRA, 1998, p.43)

As emissões principais dos discursos dos sujeitos na entrevista individual ao final da intervenção revelados nos enunciados como: *Nesse grupo conheci pessoas; Fiz novas amizades; Sinto menos solidão*; possibilitou formular a categoria que denominou-se, INTERAÇÃO SOCIAL. Essa categoria diz respeito a importância dos idosos estabelecerem novas redes de contatos evitando o isolamento social. Para formulação desta partiu-se da compreensão de um dos temas abordados por Capitanini (2000) sobre a afirmação do bem-estar subjetivo a partir das relações positivas construídas pelos idosos. A integração social proporcionada pela construção de redes de relações sociais, a importância de ter amigos e construir relações calorosas e de confiança são um dos atributos do bem-estar. Os relacionamentos entre idosos são particularmente benéficos porque facilitam a troca de significados comuns.

A segunda categoria formulada ligada ao bem-estar subjetivo foram os AFETOS POSITIVOS, que tem uma relação direta com sentimentos experimentados, estados afetivos ou pré-disposições emocionais prazerosas. Os exemplos de respostas indicativas para a construção dessa categoria foram: *Este grupo trouxe alegria; Melhora o ânimo; Afasta a tristeza*.

Das emissões atribuídas: *Trouxe muitas recordações alegres; Lembrei de coisas do fundo baú; Lembrar do passado sinto bem*, estão ligadas às reminiscências que conferem um caráter psicologicamente positivo e compensador ao idoso.

À terceira categoria construída, denominou-se EVOCAÇÕES, como sendo o benefício de senso de identidade, que está ligada ao conceito de *bem-estar*, na medida em que na velhice lembrar é um mecanismo psicológico importante diante de tantas perdas experimentadas. Reportando-se ao passado, os sujeitos o reconstróem através da lembrança dos eventos marcados pelo tempo. Por meio dos relatos das lembranças, a pessoa expressa aspectos de suas crenças, valores, expectativas, sua individualidade, seus papéis sociais ao longo da vida. Atitudes positivas em relação ao passado e às experiências e sentimentos associados à trajetória de vida individual, encontram

significados para as manifestações que ocorrem no momento presente e à projeção que fazem para o futuro.

Para a formulação desta categoria considerou-se as emissões positivas subjetivas que veicularam idealização, saudosismo e felicidade com as experiências afetivas da época de infância e juventude. Este aspecto pode ser observado no estudo de Sé (2003) sobre a estrutura do discursos de idosas. Preti (1991); Shenk; Davis; Peacock & Moore (2002) sugerem, ainda, que indivíduos idosos reconstroem suas histórias de vida baseados em seus valores culturais, sociais e estados afetivos, valendo-se das suas narrativas autobiográficas para a definição da própria identidade.

Após observação das primeiras emissões relativas ao bem-estar promovido foram classificadas as segundas emissões, identificadas no conteúdo dos relatos, ampliando o conjunto de respostas categorizadas no domínio do bem-estar subjetivo.

A montagem da classificação das emissões e a formulação das categorias foi submetida a avaliação de dois juízes (profissionais da área de gerontologia), seguindo os critérios de confiabilidade das observações (ANEXO 3).

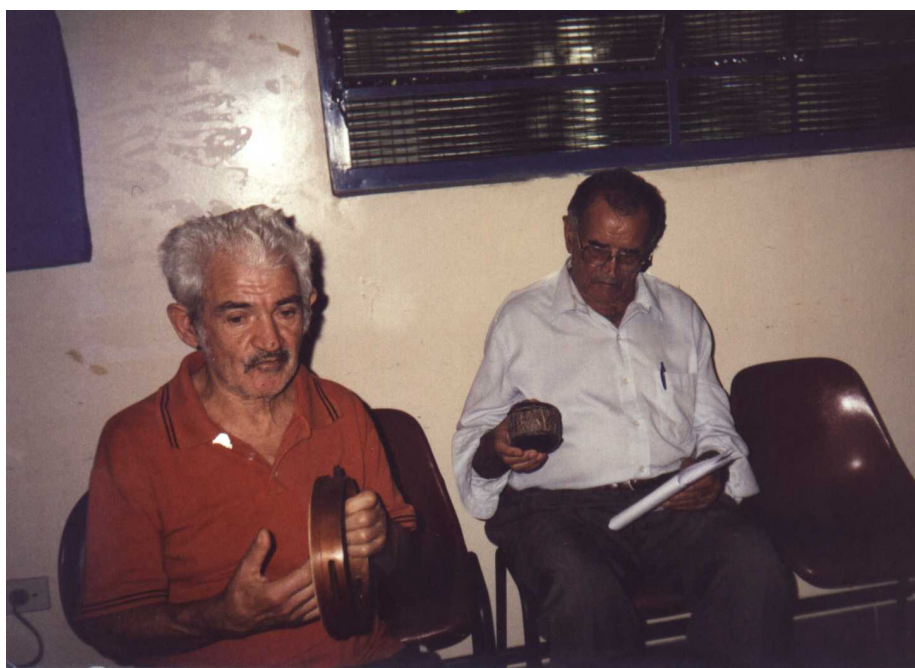


Figura 3 – Idosos participando de atividade com instrumentos percussivos

Capítulo 3 - RESULTADOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Inicialmente serão apresentados os resultados que caracterizam a amostra do estudo, através das variáveis sócio-demográficas, obtidas através do instrumento Inventário de Experiências Musicais (IEM).

A distribuição da variável idade dos sujeitos foi homogênea no estudo. Verificou-se que a idade média dos idosos foi de 71,2 anos e o desvio-padrão de 8,4; os valores extremos foram de 57 e 85 anos respectivamente.

Os resultados gerais estão apresentados nos gráficos 1 a 4 e na Tabela 2. A análise das variáveis descritivas será realizada através da distribuição das tabelas e gráficos de frequências.

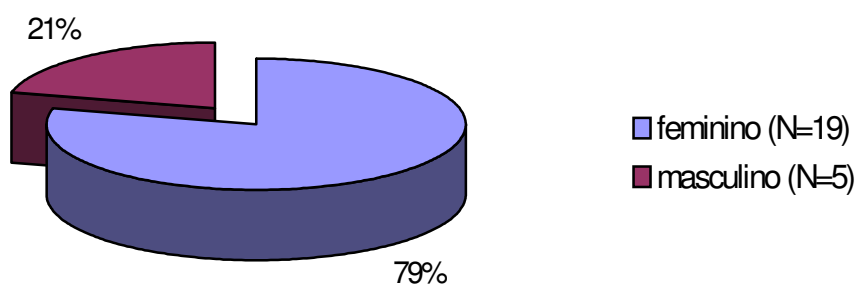


Figura 4 - Distribuição da amostra por critério de gênero

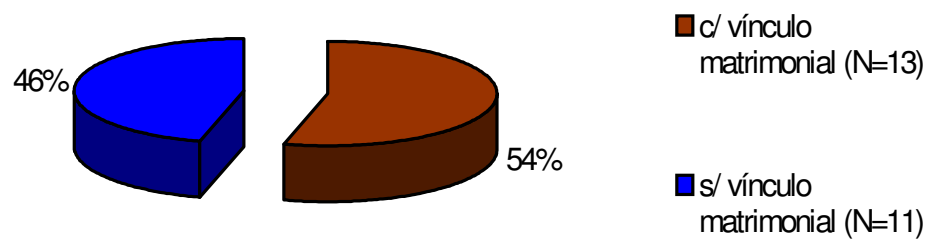


Figura 5 - Distribuição da amostra por critÉrio de vínculo matrimonial

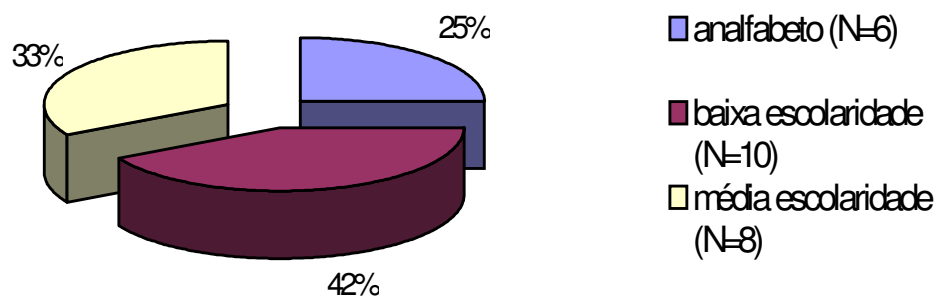


Figura 6 - Distribuição da amostra por critÉrio de Escolaridade

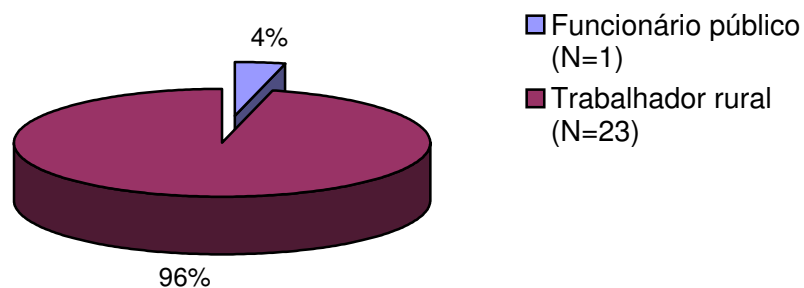


Figura 7 - Distribuição da amostra por critério de atividade profissional no passado

Tabela 2 - Caracterização da Amostra

Variáveis	Total		
Idade	Média	71.2	DP 8.4
Local de Nascimento			
Estado de SP	8	33,3%	
Outros Estados	16	66,7%	
Religião			
Evangélica	6	25,0%	
Católica	18	75,0%	
Religiosidade			
Muito religioso/a	20	83,3%	
Religioso/a	4	16,7%	

O resultado do instrumento Mini-Exame do Estado mental (MEEM) destinado a pontuação em teste de memória apresenta dados significativos da composição do grupo proposto com alterações cognitivas leves, pontuando na média 21,5, com desvio padrão 3,6, num grupo predominantemente com baixa escolaridade.



Figura 8 - Idosa na atividade de "Reminiscências"

Os dados referentes à análise descritiva Receptividade e Antecedentes Musicais, estão descritos na Tabela 3, apresentando dados a partir do IEM, agrupando as respostas equivalentes.

Tabela 3 - Análise descritiva - Receptividade e Antecedentes Musicais

Estilo musical preferido			
	Religiosa	5	20,8%
	Sertaneja/caipira	19	79,2%
Instrumento Musical preferido			
	Sanfona	17	70,8%
	Violão/viola	7	29,2%
Música que não aprecia			
	Barulhenta/moderna	20	83,4%
	Não lembra	2	8,3%
	Sentimental triste	2	8,3%
Cantor preferido			
	Duplas sertanejas antigas	17	70,8%
	Romântico/popular	7	29,2%
Cantar			
	Cantava / cantava muito	19	79,2%
	Cantava pouco	5	20,8%
Vivências sonoras na infância			
	Festas/Canções	17	70,8%
	som do rádio/outros objetos	7	29,2%
Relação musical dos pais			
	Cantava/ouvia	15	62,5%
	Não cantava e não tocava	3	12,5%
	tocava instrumentos	6	25,0%
Sons na memória			
	Festejos/ritmos de dança	6	25,0%
	dupla Tonico e Tinoco	4	12,5%
	Canção específica/instrumento musical	14	58,3%

Tabela 4 – Análise descritiva experiência musical passiva

Escuta rádio		
Escuta regularmente	11	45,8%
Pouco/muito pouco	13	54,2%
Assiste TV		
Muito pouco/não assiste	10	41,7%
Pouco	11	45,8%
Regularmente	3	12,5%
Programação		
Novela/jornal/musicais	16	66,7%
Não assiste	2	8,3%
Religiosos	6	25,0%

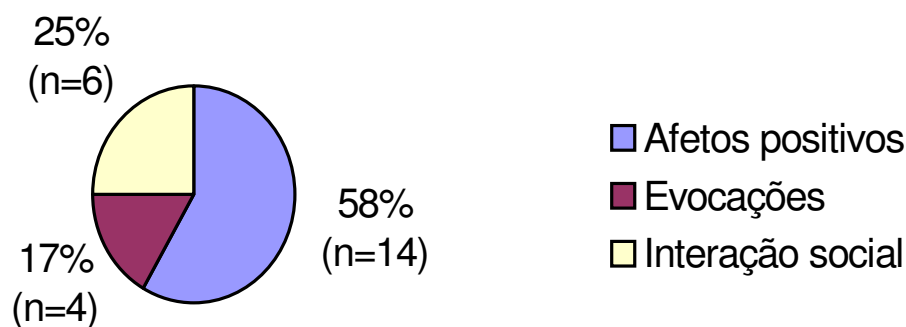


Figura 9 - Análise do Instrumento destinado à avaliação do Bem-Estar Promovido – considerando respostas da primeira emissão, classificadas nas 3 categorias de bem-estar subjetivo

Pode-se observar que a totalidade do grupo apresentou nas respostas citadas vivências positivas dentro do domínio do *bem-estar*. As três categorias construídas de respostas referem-se ao âmbito do bem-estar subjetivo sendo um importante regulador da motivação, demonstrando bom envolvimento e sensações prazerosas experimentadas pelo grupo na atividade musicoterápica.

Como descrito no método, ao final da intervenção foi formulada uma questão com intuito de verificar de forma aberta os efeitos da atividade realizada.

Todos os participantes do grupo ao responder essa questão expressaram palavras que refletiam a avaliação do indivíduo tendo por base seus próprios padrões, os sentimentos, as percepções acerca das experiências vivenciadas na atividade. Observando o conjunto das respostas observou-se a similaridade das palavras orientadas em três domínios distintos da dimensão do bem-estar subjetivo, possibilitando a categorização de análise das respostas, conforme já apresentada no método. Desse modo, observou-se que a totalidade do grupo avaliou positivamente o programa musicoterápico, levando em conta os diferentes aspectos do bem-estar promovido.

Os resultados da porcentagem de idosos que responderam quanto ao bem-estar promovido, referente a categoria AFETOS POSITIVOS, com enunciados como: *Fiquei feliz; Sinto menos desânimo, Trouxe alegria; Espairece e espanta a tristeza*, foi de 58%. Outro grupo de 16% apresentou a categoria EVOCAÇÕES (lembrar como senso de identidade), como mais significativo da intervenção. Respostas como: *Traz recordações; É bom lembrar das coisas; Quantas recordações dos antigos*. E outro grupo de 25% referiu-se a categoria INTERAÇÃO SOCIAL, citando respostas como *Conheci pessoas diferentes; Encontro com outros; Fiz novas amizades*. Esta categoria refere-se ao bem-estar proporcionado à partir da construção de novos laços sociais.

Na análise das segundas e demais emissões referindo-se à continuidade do relato, os resultados da Tabela 5 (abaixo), apresentam que 96% expressaram afetos positivos, ao referir-se ao bem-estar promovido pela intervenção, 50%, se referiu às reminiscências e 42% à interação social. É importante ressaltar, que tanto nas 1^{as} emissões, quanto nas 2^{as} e demais emissões que se referiram ao bem-estar promovido pela atividade, continuaram a apresentar respostas correspondendo à análise das três categorias propostas, interação social, afetos positivos e evocações.

Tabela 5 - Análise do Instrumento destinado à avaliação do Bem-Estar Promovido – demais emissões

Afetos positivos - 2^a e 3^a emissão			
Sim	23	95,8%	
Não	1	4,2%	
Evocações – 2^a e 3^a emissão			
Sim	12	50%	
Não	12	50%	
Interação social - 2^a e 3^a emissão			
Sim	10	41,7%	
Não	14	58,3%	

3.2. ANÁLISES ESTATÍSTICAS COMPARATIVAS RELACIONADAS AO BEM-ESTAR

O nível de escolaridade associado ao bem-estar promovido, conforme Tabela 6, apresentou-se estatisticamente significativo ($p=0.0118$). Nos dados comparados do nível de escolaridade e as respostas categorizadas da 1ª emissão do bem-estar, destacou-se que 67% do grupo dos analfabetos apresentaram a categoria INTERAÇÃO SOCIAL como domínio de bem-estar predominante. Os sujeitos com baixa escolaridade apresentaram respostas referindo-se a AFETOS POSITIVOS $n=7$ (29%) e EVOCAÇÕES $n=3$ (12,5%). Os sujeitos com média escolaridade pontuaram mais nas respostas categorizadas dos AFETOS POSITIVOS $n=6$ (25%), como apresentados na tabela abaixo.

Tabela 6 – Comparação nível de escolaridade com categorias de bem-estar

	Afetos Positivos	Evocações	Interação Social
Analfabetos	1 (4,2%)	1 4,2%)	4 (16,7%)
Baixa Esc	7 (29,2%)	3 12,5%)	0 (0,0%)
Média Esc	6 (25,0%)	0 (0,0%)	2 (8,3%)
Total	14 (58,3%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)

$p=0.0118$

A associação dos dados entre a religião e as categorias de bem-estar, Tabela 7, apresentou dados significativos ($p=0.0369$) referindo-se a 75% dos evangélicos determinaram às EVOCAÇÕES, como domínio do bem-estar atribuído enquanto que os católicos pontuaram mais na categoria AFETOS POSITIVOS. Os resultados significativos obtidos também mostram na associação das variáveis INTERAÇÃO SOCIAL e a influência de assistir TV - Tabela 8. Os que assistem TV regularmente, se referiram a categoria INTERAÇÃO SOCIAL como domínio do bem-estar (8%), enquanto que os que assistem muito pouco TV pontuaram mais (37,5%) na categoria AFETOS POSITIVOS.

Tabela 7- Comparações Religião e categorias de bem-estar

	Afetos Positivos	Evocações	Interação Social
Evangélica	3 (12,5%)	3 (12,5%)	0 (0,0%)
Católica	11 (45,8%)	1 (4,2%)	6 (25,0%)
Total	14 (58,3%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)

$p=0.0369$

Tabela 8 - Comparações Assiste TV e categorias de bem-estar

	Afetos Positivos	Evocações	Interação Social
TV assiste muito pouco	9 (37,5%)	0 (0,0%)	1 (4,2%)
Pouco	5 (20,8%)	3 (12,5%)	3 (12,5%)
Regularmente	0 (0,0%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)
Total	14 (58,3%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)

$p=0.0223$

As comparações entre as variáveis sexo, idade, estado civil, estado de origem e demais variáveis constadas nas tabelas 2 (p. 72), 3 (p. 74) e 4 (p. 75), não apresentaram dados estatisticamente significativos em relação as respostas categorizadas do bem-estar promovido. No anexo 5 são apresentados estes resultados obtidos das análises comparativas relacionadas ao bem-estar.

Capítulo 4 - DISCUSSÃO

O programa de intervenção utilizando recursos musicoterápicos, ao longo de seis meses, foi capaz de proporcionar um espaço de reminiscências musicais, culturais e de reflexão que foi revitalizador. Verificou-se que este programa contribuiu para o bem-estar do grupo de idosos que tem experimentado perdas cognitivas sutis, que, de alguma forma, parecem imprimir mudanças na atitude, nos sentimentos e na avaliação que fazem de si mesmos.

“A memória aproxima, faz mover/retroceder o tempo. É o campo do irreduzível, é o que permite ao passado se aproximar. Enquanto há o que recordar, o passado se enlaça no atual e conserva a vivacidade cambiante que significa uma ausência em presença” (LEFEBVRE, 1953, p. 63).

Os sujeitos participantes deste estudo apresentaram efeitos significativos relacionados aos vários domínios do bem-estar subjetivo proporcionados pela atividade musicoterápica, descrevendo nas suas avaliações INTERAÇÃO SOCIAL, como promoção de novas redes de amizades. AFETOS POSITIVOS, como prazeres e sentimentos de alegria e EVOCAÇÕES, se referindo ao *bem-estar* sentido pelas reminiscências. Demonstrou-se que a atividade musicoterápica proposta para idosos foi um instrumento benéfico e eficaz na abertura de espaços de interação, expressão e de bem-estar.

A caracterização da identidade sonora de cada um dos indivíduos apontou as afinidades musicais latentes do grupo, possibilitando traçar a escolha de um repertório musical sensível às memórias culturais do grupo. Segundo, Fregtman (1986), *as músicas “são e soam” em relação com o contexto que as totaliza*. Nesse processo de caracterização da identidade musical ou sonora de outros indivíduos deve-se suprimir todo preconceito ou prejulgamento com respeito à classificação musical ou a valores estéticos rígidos. Conhecer, respeitar e divulgar a cultura, do que é representativo da história de cada um, exige uma postura contra etnocentrismos e arrogâncias

culturais e faz reforçar os vínculos de sociabilidade e pertencimento que a experiência musical implica.

Como elemento fundamental na identidade cultural de um grupo, a reminiscência constitui um sistema seletivo e referencial, que irá localizar no presente os códigos de experiências culturais vividas. A memória individual ou coletiva é um sistema onde se cruzam estruturas culturais, políticas e econômicas, enquanto códigos de representação do passado e do presente e as idealizações do futuro, conferindo ao indivíduo identidade cultural e grupal.

4.1. SOBRE OS RESULTADOS DESCRITIVOS ESPECÍFICOS

Os dados coletados a partir do IEM, instrumento criado com o objetivo de verificar como se compõe a identidade sonora-musical de cada um dos participantes, assim como um histórico das experiências musicais ativas e passivas, pôde revelar as experiências culturais do grupo e possibilitou a montagem do repertório musical e a abordagem da atividade musicoterápica.

O levantamento e a identificação do perfil dos sujeitos indicou as motivações, atitudes, valores e tendências culturais, e com isto possibilitou estabelecer o aprofundamento necessário para a construção das práticas musicoterápicas e cognitivas empregadas.

Os sujeitos da amostra tem idade média de 71 anos e são predominantemente (79%) do gênero feminino.

A feminização da velhice é um fenômeno sóciodemográfico a se considerar. Segundo Neri (2001) esse fenômeno não somente se atribui à maior presença relativa de mulheres na população, ou também pelo aspecto da longevidade da mulher, mas à crescente integração das mulheres idosas em diversas esferas da vida social, inclusive nos serviços de saúde.

Ao examinar a distribuição de estado civil, observou-se que 54% do grupo permanece com vínculos matrimoniais, enquanto 45% é formado por grupo de viúvos, separados ou solteiros. Assim, cerca de metade de nossos sujeitos viviam um certo “isolamento” na esfera matrimonial.

Em relação a escolaridade observou-se a predominância de idosos com baixa escolaridade. Aqueles que fizeram apenas os primeiros anos do chamado “primário” e os analfabetos somam 67%. Pode-se relacionar à essa situação de baixa escolaridade a persistência de uma cultura mais oralizada que escrita, manifesta na valorização do ato da declamação de versos e poemas aprendidos ainda na infância e guardados na memória, que com orgulho e satisfação alguns participantes compartilharam com o grupo. No ANEXO 4 são listados alguns dos versos, quadras e poemas declamados pelos idosos ao longo da intervenção.

Quanto à origem social da nossa amostra, 96% dos idosos tinham sua origem na área rural (“roça”). O grupo foi composto por migrantes de outros estados do Brasil (67%), tanto do Nordeste quanto do Sul/Sudeste e do interior do Estado de São Paulo (33%), que chegaram ao município de Campinas a partir dos anos 60. Essa composição do grupo naturalmente influenciou no perfil do repertório musical elaborado que procurou referências no universo de significados próprios do “mundo rural”. A profissão exercida no passado por 96% do grupo era de trabalhadores rurais. Portanto, esta “origem rural” relacionou-se claramente com o perfil das vivências musicais concretas desses sujeitos, a trajetória, os gostos musicais e as expressões culturais.

Estas “vivências musicais passadas” ou este conjunto de experiências e memórias devem ser entendidas como elementos dentro de um contexto cultural mais amplo. Segundo Geertz (1978, p. 61), a cultura é muito mais que

“simples expressões, instrumentalidade ou correlatos de nossa existência biológica, psicológica e social: eles são seus pré-requisitos. Sem os homens certamente não haveria cultura, mas de forma semelhante e muito mais significativamente, sem cultura não haveria homens”.

Compreender as expressões de um grupo constituído de uma população de baixa escolaridade e renda que habitou o espaço rural, vívido de relações e experiências próprias, situando-o como expressão de uma realidade sociocultural, remete a valores da cultura e da música popular.

O conceito de cultura popular é amplo, são muitas as concepções e significados atribuídos e não cabe neste estudo traçar uma reflexão em profundidade sobre este tema. Porém, a adoção do termo na pesquisa possibilita estabelecer relações com as crenças e valores que o próprio pesquisador manifesta, constituindo-se das referências simbólicas ou na relação da “imagem”, estabelecida pelo pesquisador com o grupo pesquisado. De toda forma, deve-se destacar que a importância do significado atribuído a noção de “Cultura Popular” orientou o conjunto dos princípios e de práticas desenvolvidas neste estudo.

Na visão de Canclini (1997), pelo menos quatro posturas científicas e políticas contextualizam a noção de cultura popular: os românticos, os folcloristas, o populismo de esquerda e os gerentes dos meios de comunicação. A trajetória das concepções, românticas e folcloristas ocorreram entre os séculos XVIII e XIX. Os românticos colocaram-se como questionadores da formalidade técnica estabelecida pelas Academias de Belas Artes e de Literatura, propondo idealizar aspectos informais da cultura buscando interesse na criatividade, espontaneidade, nos aspectos considerados simplórios e rudimentares. Para os folcloristas, as culturas populares eram manifestações, conjunto de objetos, práticas ou concepções sobretudo religiosas e estéticas consideradas tradicionais que podiam ser encontradas no presente, mas que guardavam com o passado sua identificação de origem. A noção de sobrevivência foi a contribuição do pensamento folclórico à definição de cultura popular, concebendo as manifestações tradicionais como resíduo da cultura “culta” de outras épocas. Na visão dos populistas de esquerda, o popular deveria representar uma cultura crítica e capaz de impulsionar processos de transformação social. Neste sentido, o entretenimento, o tradicional e o lúdico

faziam parte de uma cultura popular alienada e ingênua. A relação das culturas populares com os meios de comunicação aparece a partir da década de 80 na compreensão que os gerentes dos canais de televisão ou os pesquisadores de mercado transformam o popular em sinônimo de popularidade. Desse modo, o popular aparece representado estatisticamente como índices de audiência e de venda.

Tendo-se em conta o caráter polissêmico do construto “cultura popular” entende-se neste estudo o termo cultura popular como a soma dos valores tradicionais de um povo, expressos em forma artística, ou nas crenças e costumes gerais. Não se trata de um tecido linear, que basta ir seqüencialmente desvelando, tendo como esteio uma metodologia bem traçada, mas sim de uma trama complexa para a qual é preciso construir um olhar que possibilite uma leitura e uma escuta intercultural. Falar em cultura popular significa considerar necessariamente a produção cultural desenvolvida das camadas da população que habitaram o espaço rural, e que muitas vezes expressam a trajetória comum das pessoas que migraram do interior. Estes sujeitos de origem rural se debatem entre duas lógicas: a da metrópole, que transforma a cultura em produto para consumo e a do “tradicional” como espaço mítico de fruição de uma cultura que, de certa forma, vem reforçar vínculos de sociabilidade e pertencimento. Além disso, deve-se lembrar que não existem blocos estanques de culturas que coexistem aleatoriamente no contexto social, sem intercomunicação. Na visão de Alfredo Bosi (1992, p. 7),

“...não existe uma cultura brasileira homogênea, matriz dos nossos comportamentos e dos nossos discursos. Ao contrário: a admissão do seu caráter plural é um passo decisivo para compreendê-la como um “efeito de sentido”, resultado de um processo de múltiplas interações e oposições no tempo e no espaço.”

4.1.1. RELIGIÃO

A religiosidade é um fenômeno importante a se considerar no processo de envelhecimento, por influenciar as percepções da vida e do mundo. Os dados sobre a religião neste estudo são pertinentes, pois no campo religioso as influências das práticas, nos traços e na ordem de seus símbolos, na memória (inclusive a musical) dos rituais, crenças e saberes amplia-se revelando a percepção das experiências culturais do grupo. Segundo Brandão (1986), “*talvez a melhor maneira de se compreender a cultura popular seja estudar a religião, envolvida e significada pelos valores do sagrado*”. (1986: *passim*)

A composição da amostra quanto a este aspecto foi de 75% de Católicos e 25% de Evangélicos. Na sua maioria, os idosos se consideram muito religiosos (83%), destinando de 3 a 5 dias da semana para obrigações religiosas como participar de grupos de orações, visitas a doentes e membros da igreja, missas ou cultos e trabalhos pastorais. O estudo de Brandão (1986) sobre a religião popular, revela que os camponeses caipiras do passado foram quase sempre católicos. Porém, a capacidade de criação de formas religiosas novas, determinada pela chegada do protestantismo pentecostal, incorpora outros grupos e formas religiosas e oferece novas alternativas de afiliação. A fala da Sra. A, durante uma intervenção é reveladora,... *Hoje em dia todo mundo virou crente, ninguém mais canta as Folias, é muito triste...*, demonstra a força transformadora dos outros grupos religiosos, impondo modificações nas experiências culturais vividas no passado. Como católica, oriunda do catolicismo popular e rural, a Sra. A representa a maior parte dos sujeitos deste estudo no que concerne à experiência religiosa.

4.1.2. A MUSICALIDADE NO CATOLICISMO POPULAR

A Folia é um ritual dos mais significativos do catolicismo popular predominantemente rural, sem a necessidade de qualquer tipo de presença de sacerdotes da Igreja, (BRANDÃO, 1985). Existentes em quase todo o país, as Falias podem ser melhor contadas pelo violeiro e escritor Paulo Freire, 2000¹⁴:

“ ...Do dia 25 de dezembro a 6 de janeiro, quem andar pelo sertão vai encontrar diversas. Cada Folia é formada por oito, dez, doze ou mais foliões, que seriam os próprios Reis Magos. Eles caminham com seus instrumentos, cantando de casa em casa, dando a boa nova do nascimento do menino Jesus. Essa caminhada representa a viagem dos três Reis Magos, que saíram do Oriente e foram a Jerusalém adorar o filho de Deus. Os foliões só andam de noite, pois os Reis assim faziam, orientando-se pela estrela-guia, assim como os Reis Magos. Chegam na casa da pessoas e fazem diversos cantos, para anunciar a vinda do Menino-Deus, para saudar o dono da casa, para agradecer a acolhida e outros. Depois desses cantos acontecem as brincadeiras: lundus, quatros, ponteados de viola, que só terminam no amanhecer... (FREIRE, P. 2000, p.11)

A folia leva à frente a bandeira, carregada pelo alferes, o símbolo do sagrado, um ícone da natividade ou dos três reis. Os instrumentos musicais utilizados são: caixa, viola, violão, cavaquinho, pandeiro, rabeca, bandolim e sanfona, variando, contudo, de região para região. Os cantos principais são os de chegada, de saudação à lapinha e de despedida. O canto é iniciado em solo pelo folião-guia, ou capitão, ou embaixador, ou ainda folião-mestre. Os outros foliões respondem em coro, e em um agudo bem prolongado. É comum encontrar na folia os mascarados, sobre os quais existem várias interpretações simbólicas. Podem ser espias de Herodes, ou os próprios magos disfarçados.

¹⁴ FREIRE, Paulo (2000). Lambe-Lambe. São Paulo, Casa Amarela Ed. O autor “Paulo Freire” citado aqui não é o educador, humanista e revolucionário de Pedagogia do Oprimido, mas do músico, musicólogo e brilhante violeiro autor de vários CD’s e livros.

Os mascarados são chamados, também, palhaços, malungos, bastião e catirinas ou pastorinhos. É a parte lúdica da folia e muito citada nas narrativas dos participantes da intervenção musicoterápica proposta.

A partir dos vários estímulos verbais, musicais e sonoros possibilitou-se no transcurso da intervenção, anotar a estrutura e funcionamento da Folia narrada com entusiasmo e detalhes pelos sujeitos e também alguns exemplos de cantorias guardadas na memória dos participantes.

Um canto de “saudação” lembrado dos Foliões da região de Pernambuco, para saudar o dono da casa:

*“Ô de casa, Ô de fora,
Mãe Jerona, Vai ver quem é,
É o cravo é uma rosa,
Com a sucena no pé”...*

Canto de Folia, norte de Minas, para saudação do dono da casa:

*Boa noite, meu senhor,
Que eu aqui cheguei cantando,
São José, e Nossa Senhora,
Quando foi cantar dos Reis
Cantaremos nós também*

Canto de Folia, Sul de Minas, para saudação do dono da casa:

*Boa noite, meu senhor,
Virgem mãe de Deus,
Eu aqui cheguei cantando,
Oh Virgem Mãe de Deus,
Cantei, Cantei, oh virgem mãe de Deus....*

Canto de Folia, de agradecimento de acolhida, Bahia:

*Senhora dona da casa,
Santo Reis aqui chegou,
Deus lhe pague a boa esmola,
Que vós deste com alegria...*

4.1.3. MÚSICA CAIPIRA

Analisando os dados descritivos do instrumento IEM, observa-se que cerca de 80% da amostra tinha uma clara preferência pelo estilo de música sertaneja/caipira. O ponto de partida para a construção do repertório musical que foi utilizado na intervenção passou pela observação direta e a compreensão desse universo sonoro que tem uma dimensão e um significado para a identidade do grupo.

A preferência musical dos participantes embora se refira a expressão “música sertaneja” indistintamente à expressão “música caipira”, remete-se, de um modo geral, à cultura caipira e todas as suas ressonâncias musicais e não musicais.

A música caipira surge de uma mistura de influências das cantigas portuguesas e da música e danças indígenas. Entre as palavras do Brasil colonial surgidas do tupi e da mistura do idioma indígena com o português, segundo Silveira Bueno (1978), "caipira" é a junção de caa (mato) com pir (que corta), resultando em "cortador de mato". Da influência da fusão musical portuguesa e indígena surgiram gêneros entre tantos ritmos e estilos formados a partir das toadas, cantigas, viras, canas-verdes, valsinhas e modinhas, que se enraizaram especialmente na região sudeste, depois no sul e centro-oeste do país. A migração aos centros maiores do sul/sudeste nas décadas de 60 e 70, trouxe consigo levas de artistas caipiras e nordestinos. Assim, emboladas, cocos e baião, maxixes, guarânias, rasgueados, chamamés, boleros, baladas e rancheiras, eram as preferências musicais que se podia ouvir no rádio nos anos 50 e nas fronteiras do país. Todas essas matrizes sonoras formaram, com os gêneros caipiras tradicionais, o que passou a ser reconhecido à partir dos anos 70, na terminologia do mercado fonográfico, como música "sertaneja" que passa para um outro padrão musical.

Assim, se distinguem duas fases da cultura caipira na indústria fonográfica, a primeira entre os anos 30, 40 e 50 difundida nas rádios, ainda marcada por influências da cultura oral, mais artesanal, onde os músicos participavam de todas as fases do processo artístico e a interpretação. No livro de José Ramos Tinhorão, *Pequena História da Música Popular* (s/d), relata-se que as primeiras duplas caipiras de São Paulo a gravarem suas composições em discos foram financiadas pelo estudioso da vida rural Cornélio Pires, em 1929, pela gravadora Columbia. Estrearam nesse contexto duplas autênticas que conservavam fielmente o espírito da região de onde provinham. Seguiu-se a este movimento uma série de gravadoras lançando artistas não apenas na região centro-sul, mas por todo Brasil. A segunda fase, a partir dos anos 60, 70 e 80, se refere a um outro padrão de criação artística, denominada pela indústria fonográfica como Música Sertaneja, com uma nova estrutura mais profissionalizada e comercial. Esta nova estrutura passa por produtores, arranjadores, músicos profissionais que se agregam ao músicos principais, com arranjos pops, instrumentos eletrônicos, etc.

Outra questão a considerar é o processo de urbanização que acompanha evidentemente o perfil de consumo e circulação da cultura. Nos anos 50, a população estava na área rural. A partir dos anos 60, o fluxo migratório num movimento contínuo de alterações da dinâmica social, gerou uma outra cultura de consumo incorporando novos valores. Todo esse conjunto de influências sócio-culturais fez parte da trajetória da vida desses idosos. A reconstituição dessa trajetória através das experiências musicais e musicoterapêuticas certamente fez emergir pontos significativos em suas existências.

Concretamente, em relação aos idosos estudados, o instrumento musical preferido do grupo, com frequência de 71%, foi a sanfona e 29% à viola/violão. Entretanto, a maioria dos participantes que se referiu à sanfona complementava o relato incluindo a viola caipira como instrumento de segunda preferência. Isto

caracteriza, quase na totalidade, os sons da viola caipira e da sanfona como gosto instrumental preferencial do grupo.

A sanfona ou acordeão ficou popular mais para o final do século XIX, trazida para o Brasil principalmente pelos imigrantes italianos e alemães. Durante a Guerra do Paraguai, na segunda metade da década de 1860, chegou ao norte do país e foi então muito difundida.

É um instrumento acompanhador do canto e de várias danças folclóricas. A sanfona é encontrada por todo Brasil, e recebe diferentes nomes conforme a região do país. No Nordeste é conhecido como “sanfona” e no sul como “gaita-harmônica” e gaita-de-fole, ou simplesmente “gaita”. No meio rural, os acordeonistas ou sanfoneiros e violeiros animavam bailes indo de vilarejo em vilarejo, uma prática comum em todo Brasil, tanto no norte quanto no sul.

A viola, viola sertaneja ou viola caipira, entre outras denominações foi trazida ao Brasil por colonos oriundos de diferentes regiões de Portugal. Esse instrumento musical, no período da colonização, a partir da região litorânea, foi adentrando e espalhou-se por todo país.

A frequência de 71% mostrou a predileção de duplas caipiras/sertanejas antigas, sendo referenciado principalmente a dupla Tonico e Tinoco. As duplas caipiras tiveram seu apogeu nos anos 50. Inúmeras formações de duplas, especialmente do interior de São Paulo, tiveram espaço nobre nas gravadoras e emissoras de rádio. O estilo caipira abrigou, nessa época, as serenatas de amor e modas de viola de Tonico e Tinoco, paulistas da região de Botucatu, as guarânias de Cascatinha e Inhana, as rancheiras mexicanas de Pedro Bento e Zé da Estrada, entre outros. Do norte de Minas, Tião Carreiro, cria o pagode caipira, uma mistura de samba, coco e calango de roda. Entre os anos 60 e 70, aparecem Sérgio Reis e Renato Teixeira, participantes dos festivais do mundo caipira. A música inspirada em ritmos rurais contava com poucas oportunidades no início da década de 60. Somente na década de 80, numa rede complexa que envolve a tradição rural e uma “vanguarda” (TINHORÃO,

s/d), a influência do nacional e o estrangeiro, as duplas sertanejas reproduzem-se dentro do contexto da indústria cultural e da redundância mercadológica.

A distribuição da variável *música que não aprecia* apresentou na amostra 83% que se referiu às músicas barulhentas, agitadas ou modernas, 8,3% indicava a música triste, por desencadear sentimentos de tristeza e lembranças de pesar. Segundo Mário de Andrade (1980) a música tem força biológica absolutamente excepcional entre as artes. O autor se refere em suas observações na influência da música em provocar e expressar emoções ou afetos, e exerce mudanças nos humores:

“Ela é um veneno, estupefaciente legítimo, e, por outro lado, como um verdadeiro remédio, provoca idiossincrasias...Isso é tanto mais concludente que ninguém, que eu saiba, se revolta assim biologicamente contra nenhuma das outras artes. ..Pelo contrário, a música provoca idiossincrasias que levam ao furor e à repulsa completa... ANDRADE (1980, p. 27)

Os dados revelam que o hábito de cantar para a totalidade da amostra foi uma prática importante e de destaque durante a vida dos indivíduos. Referiram-se a “cantar muito” ou “cantar” 79% da amostra e apenas 21% “cantava pouco”. A prática de cantar para 83% era principalmente relacionada à experiência pretérita de acompanhamento e auxílio do trabalho na roça, revelando a presença marcante da cultura oral do passado na memória do grupo de idosos.

4.2. SOBRE OS RESULTADOS CRUZADOS DE DIMENSÕES DE BEM-ESTAR SUBJETIVO E DEMAIS VARIÁVEIS

Na comparação dos dados entre filiação religiosa e as categorias de bem-estar, na Tabela 7 ($p=0.0369$) constatou-se que 75% dos evangélicos determinaram às EVOCAÇÕES como domínio do bem-estar atribuído, enquanto que os católicos pontuaram mais na categoria AFETOS POSITIVOS.

Os dados sugerem que a intervenção proporcionou um espaço de reminiscências, que alcançou registros da memória pessoal na fronteira em que se cruzam os modos de ser do indivíduo e da sua cultura do passado. O trabalho musicoterápico suscitou provavelmente nos evangélicos reminiscências de um passado de práticas culturais associadas à música e às festas que não fazem mais parte de suas vidas, possivelmente em razão das mudanças e restrições estabelecidas pela nova opção religiosa evangélica.

Os resultados significativos obtidos na associação das variáveis “INTERAÇÃO SOCIAL” e a influência de “Assistir TV” mostram que idosos que assistem TV regularmente, se referiram mais a categoria INTERAÇÃO SOCIAL como domínio do bem-estar (8%). Os que assistem muito pouco TV pontuaram mais (37%) na categoria AFETOS POSITIVOS. Esses dados mostram que idosos que assistem regularmente a TV, possivelmente tem mais tendência ao isolamento. O uso intensivo da TV limita o contato do idoso com o mundo externo. Isto pode levar o idoso a ser mais inseguro com relação às demais pessoas e nos relacionamentos com desconhecidos (ACOSTA-ORJUELO, 2002). Quando motivados à participação em atividades sociais, culturais e de promoção de saúde os idosos revelaram no domínio do bem-estar mais satisfação diante das novas relações e redes sociais compostas. Portanto, a participação em grupos de atividades físicas, mentais e sociais são benéficas pois satisfazem as necessidades de atividade social mesmo resistindo às mudanças inerentes do envelhecimento e os idosos manifestam alta satisfação com novas redes de relações.

4.3. VIVÊNCIAS SONORAS DA INFÂNCIA

A análise de dados sobre as vivências sonoras da infância caracterizou 71% da amostra pelas reminiscências de canções que traziam significados

afetivos. Foram relatadas principalmente as canções entoadas pelas mães durante o trabalho da “roça”, no tear, nas rezas e também nas canções das festas populares vividas na “roça”. As lembranças de sons de rádio que permaneciam ligados durante todo o dia nas casas foram referências de 29% da amostra. Nos relatos das vivências sonoras da infância aparecem avaliações e descrições de uma vida mais tranquila que a de hoje, acreditando ser aquele tempo bem melhor e criativo, a despeito da extrema dificuldade que mobilizou as famílias desses idosos a se mudarem da área rural para a urbana deixando tudo para trás.

As festas descritas como expressão marcante nas memórias relatadas foram as Folias de Santos Reis, Folias do Divino Espírito Santo, Festas de S. João e Carnaval.

Em relação ao significado pessoal e afetivo das experiências musicais na infância e da relação de tais experiências num período muito posterior, já na velhice, as contribuições do psicanalista inglês Donald Winnicott (1896-1971) podem iluminar estas questões. Este autor acredita que Freud não encontrou “um lugar” para a experiência das “coisas culturais”. Freud utilizou o conceito de sublimação para apontar uma possível direção deste entendimento; assim a sublimação tornaria a experiência cultural psicanaliticamente compreensível. Winnicott acha esta solução insatisfatória. Para ele, o brincar e suas relações com a realidade externa e interna oferece uma abertura a uma compreensão maior.

“Compreendi, contudo, que a brincadeira, na verdade, não é uma questão de realidade psíquica interna, nem tampouco de realidade externa” (WINNICOTT, 1975).

Mas logo adiante em seu texto ele indaga: *“Se a brincadeira não se acha nem dentro nem fora, onde é que ela se acha?”*

Winnicott (1975) encontra um construto que entender melhor o brincar, a criatividade e a experiência cultural. São as noções de objeto transicional, fenômenos transicionais e espaço transicional:

“Introduzi os termos “objetos transicionais” e “fenômenos transicionais” para designar a área intermediária de experiência, entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação do objeto...”

O autor traça uma ponte entre objetos, fenômenos, espaço transicional e a experiência cultural. Assim, para ele, tanto o brincar, como as experiências culturais, (como as artes visuais, a música, a poesia) situam-se num “espaço” da experiência humana que não é nem “realidade externa objetiva” nem “realidade interna pura”.

“Por essa definição, o balbucio de um bebê e o modo como uma criança mais velha entoia o repertório de canções e melodias enquanto se prepara para dormir, incidem na área intermediária enquanto fenômenos transicionais”. (WINNICOTT, 1975)

Para o psicanalista inglês, o brincar, o sonho, a música, e a poesia, são campos da experiência humana que provêm de uma mesma matriz.

“Quando vou a um concerto e lá encontro um colega de psicanálise, fico pensando se conhecemos tanto quanto gostaríamos de conhecer a respeito da experiência que ambos estamos tendo (...) Acharmo-nos em uma experiência viva que tem direito a ser considerada uma coisa em si. Podemos estender esta observação à pergunta: pelo que você vive? Qual a motivação básica? (WINNICOTT, 1994a).

A partir destas contribuições pode-se ousar uma formulação que integre as experiências precoces, de um passado longínquo, quando nossos sujeitos ouviram seus pais entoarem cantigas de ninar, canções de festas, modas de viola, rituais religiosos e domésticos, enfim, de uma memória musical fortemente colorida por um ambiente familiar altamente pessoal e significativo.

“O conceito do objeto transicional e dos fenômenos transicionais me levaram a querer estudar esta área intermediária que tem a ver com a experiência de viver e que não é nem sonho e nem relação de objeto. Ao mesmo tempo em que não é nem um nem outro destes, é também ambos. É este paradoxo essencial (...) precisamos aceitar o paradoxo, não resolvê-lo” (WINNICOTT, 1994a).

É interessante que ao fim deste trabalho com idosos, através de Winnicott tenha-se conectado a experiência de nossos sujeitos, já muito calejados pela vida, com o ato de brincar.

“Para minha surpresa, descobri que o brinquedo e o brincar, bem como os fenômenos transicionais, formam a base para a experiência cultural em geral, e que, portanto, aquilo que estava examinando referiu-se à parte maior de nossas vidas (...). O brinquedo é sempre excitante. É excitante não por causa do pano de fundo do instinto, mas por causa da precariedade que lhe é inerente, uma vez que sempre lida com o fio de navalha existente entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido. (...) O que vale para o brinquedo vale também para a “Paixão Segundo São Mateus” (de Bach)”. (WINNICOTT, 1994a).

Assim, ouvir e fazer música, baseado na memória e identidade musical adquiridas durante uma vida, tem a ver com uma das mais simples e prazerosas experiências da vida, a brincadeira.

4.4. CONCLUSÕES

Estabeleceu-se uma intervenção musicoterápica culturalmente sensível utilizando-se recursos sonoro-rítmicos-musicais referenciados na otimização da cognição em seus diversos aspectos, como linguagem, memória, orientação, esquema corporal e gestualidade. Este processo visava a promoção de bem-estar subjetivo de um grupo de idosos com queixas de memória.

A retomada das lembranças, memórias sonoras e musicais dos idosos e sua utilização na condução das dinâmicas musicoterápicas contribuíram para a ativação de aspectos cognitivos e afetivos positivos, assim como na mobilização das sensações e percepções das trajetórias individuais e coletivas. O realce dos potenciais artísticos e criativos, ao invés de reforçar o declínio cognitivo, possivelmente contribuiu para o bem-estar subjetivo dos idosos.

As memórias dos idosos convergiram para as experiências sonoras intensamente compartilhadas que funcionam como marcas expressivas de outros tempos vividos. Expressaram nas suas falas a idealização de um passado que parte de uma avaliação positiva e é marcada por uma sonoridade afetiva. Isto ocorre em contraste com as experiências culturais do presente. Os conteúdos musicais são como fragmentos que compõem um grande mosaico das experiências da trajetória cultural e familiar dos indivíduos.

A motivação, a afetividade, a expressão dos sentimentos, rememorar as histórias de vida, cantar, fazer amigos, tudo isto vinculado à estimulação musical contribuiu de modo significativo para o bem-estar subjetivo dos participantes. Também significou uma outra forma possível de proporcionar experiências novas e enriquecedoras na velhice, a despeito da precariedade

socio-econômica e das duras condições de vida de idosos usuários de unidades básicas de saúde, da periferia de uma grande cidade brasileira.

Com base nos métodos propostos, cabe a outros profissionais investigar, preparar e descobrir situações semelhantes, organizando novos materiais e novas idéias, utilizando o potencial criativo para enriquecer as atividades musicoterápicas para idosos. A importância fundamental na reprodução do método é a caracterização da identidade sonora do grupo, que traça o fio condutor da abordagem. Desta forma, a partir desse levantamento, deve-se adaptar os estímulos sonoro-ritmicos-musicais adequados e coerentes aos valores culturais e às experiências vivenciais de novos grupos, procurando manter a estrutura proposta de exercícios no âmbito cognitivo e os procedimentos de promoção de bem-estar.

Sugere-se, portanto, que outros estudos e pesquisas sejam realizadas com base em programas de intervenção musicoterápica culturalmente sensível para idosos. Isto deve contribuir para o surgimento de novas perspectivas e de novas práticas sociais de promoção de envelhecimento saudável, visando a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, sempre referenciadas a contextos socio-culturais concretos e específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, V.P.S & TAMAI, S.A B. Reabilitação Cognitiva. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 882-891.

ACOSTA-ORJUELA, Guillermo M. Os idosos e a Mídia: usos, representações e efeitos. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 981-989.

AISEN, P. S., MARIN, D. & DAVIS. K., **A doença de Alzheimer- perguntas e respostas**. Espanha: Merit Pub. International, 2^a ed, 2001.

ALENCAR, Maria A. G. **Cultura e identidade no sertões do Brasil**. Acta del III Congreso Latinoamericano de la asociacion internacional para el estudio de la música popular. Bogotá: IASPM, 2000. Disponível em: www.hist.puc.cl/historia/iaspm/ulloa/pdf,

ALVIN, Juliette. **Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidos, 1967.

AMADO, Janína. O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral. In: **História**. São Paulo: UNESP , 14, 1995, pp. 125-136.

ANDRADE, Mário. **Pequena História da Música**. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 1983.

_____. **Introdução à Estética Musical**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

_____. **Namoros com a medicina**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia Ltda, 1980.

ASHIDA, Sato. The Effect of Reminiscence MusicTherapy Sessions on Changes. **Journal of music therapy**, vol. 37 (3), 2000, pp. 170-182.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, (23), 1987, pp. 611-696.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BENENZON, O . & YEPES, A. **Musicoterapia en psiquiatria**. Buenos Aires: Barry Ed., 1972.

BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia**. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

_____. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros Ed., 1985.

BOSI, Alfredo. **Cultura Brasileira – Temas e situações**. São Paulo: Editora Ática, 1992.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade – Lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das letras, 2003.

BRANDÃO, Carlos R. **Memória do Sagrado – estudos de religião e ritual**. São Paulo: Edições Paulinas, 1985.

_____. **Os deuses do povo – um estudo sobre a religião popular**. São Paulo: Editora brasiliense, 1986.

BRANDÃO, Vera M.A T. Os fios da memória na trama da cultura. In: **revista Kairós**, São Paulo, (2), agosto, 1999, pp. 45-53.

BRIGHT, Ruth. **La Musicoterapia en el tratamiento geriátrico**. Buenos Aires: Editorial Bonum, 1993.

BROTONS, M & PICKETT-COOPER, P. Preferences of Alzheimer's disease patients for music activities: Singing, instruments, dance/movement, games and composition/improvisation. **Journal of Music Therapy**, 31(3), 1994, pp. 220-233.

BROTONS, Melissa. The effects of music therapy intervention on agitation behaviors of alzheimer's disease patients. **Journal of Music Therapy**, 33 (1), 1996. pp. 2 -18.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia – segunda edição**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CAMPBELL, A. CONVERSE, P.E. & RODGERS, W.L. **The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions**. New York: Russell SAGE, 1976.

CANCLINI, Nestor Garcia., **Culturas híbridas**. São Paulo: EDUSP, 1997.

CANINEU, P. & BASTOS, A. Transtorno Cognitivo Leve. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 128-133.

CAPITANINI, M. E. S & NERI, A L. Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em mulheres idosas vivendo sozinhas. In: **Velhice Bem-**

Sucedida, aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus Editora, 2004, pp. 71-90.

CARVALHAL RIBAS, J. **Música e Medicina.** São Paulo: Edições Neurônio, 1950.

CINTRA, F, A. **A significação do Glaucoma e a mediação dos significados de velhice.** 1998. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 1998.

CLAIR, AA. **Therapeutic uses of music with older adults.** Baltimore: Health Professions Press, 1996.

CLAIR, A. C. & BERNSTEIN, B. Rhythm playing characteristics in persons with sever dementia including those with probable Alzheimer´s type **Journal of Music Therapy**, 32, 1995, pp. 113-131.

COSTA, CMS & VIANA MNS. Musicoterapia – Grupos de Pacientes Psiquiátricos Internados por Períodos Breves. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 31(3), 1982, pp. 185-194.

CURTY, M. G. & CRUZ, A. C. **Guia para apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses.** Maringá: Dental Press Ed., 2001.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

DIENER, E. & SUH, E. Subjective well-being and old age: An internacional analysis. In: SCHAE, K. W, & LAWTON M.P. (Eds). **Annual Review of Gerontology and Geriatrics – Focus on emotion and adult development.** New York, Springer, 17, 1997, pp. 304-324.

FRADE, Cáscia. **FOLCLORE.** São Paulo: Global, 1991.

FREIRE, Paulo. **Lambe-Lambe.** São Paulo: Casa Amarela Ed., 2000.

FREIRE, Sueli A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A.L. & FREIRE, S. A. (Orgs.), **E por falar em boa velhice**, Campinas: Papirus Editora, 2000, pp. 21-31.

FORTES, Andréa C. G. Nos caminhos da memória: revisão de vida e adaptação na velhice. In: GUSMÃO, N. M. (Org.), **Cinema, velhice e cultura.** Campinas: Alínea Editora, 2005, pp. 111 – 122.

FORTUNA, Sonia C. B. **Terapias expressivas, demencia de Alzheimer e qualidade de vida.** 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, 2000.

GATTI, P. **A expressão dos afetos em peças para cravo de François Couperin**. 1997. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Artes, Unicamp, Campinas, 1997.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar ed., 1978.

GIGLIO, Joel S. & GIGLIO, Zula G. Contribuições do enfoque psicodinâmico à compreensão do fenômeno musical. In: **Acta psiquiátrica América Latina**, 26, 1980, pp. 293-299.

GIGLIO, Joel S. Memória Onírica. In: **As faces da Memória - Coleções Seminários 2**, Campinas, CMU - UNICAMP, 1987, pp. 85-94.

GROENE II, R. W. Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the alzheimer's type. **Journal of Music Therapy**, 30 (3), 1993, pp. 138-157.

GUERREIRO, T & RODRIGUES, R. Otimização cognitiva para idosos: um guia de atividades sobre memória para profissionais de saúde. In: ASSIS, M. (Org), **Promoção da Saúde e Envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro: Série Livros Eletrônicos, UnATI, 2002, pp. 86-95.

GUILHOT, J. & LECOURT, E. **La Musicothérapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques**. Paris: Les Editions ESF, 1973.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Edições vértice, 1990.

HANEISHI, Eri. Effects of a Music Therapy voice protocol on Speech intelligibility, Vocal acoustic measures, and mood of individuals with Parkinson's disease. **Journal of Music Therapy**, 38 (4), 2001, pp. 273-290.

HANSON, N, GFELLER, K, & GARAND, L. A comparison of the effectiveness of different types and difficulty of music activities in programmings for older adults with Alzheimer's disease and related disorders. **Journal of Music Therapy**, 33, 1996, pp. 93-123.

IAZZETTA, F. O que é música (Hoje). In: **Fórum Catarinense de Musicoterapia 1**. São Paulo: Pepe Comunicação e Semiótica – PUCSP, 2001.

ISAACS A. & MARTIN E. **Dicionário de Música**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

IZQUIERDO, Iván. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **Questões sobre Memória** – Coleção Aulus 19. São Leopoldo: Ed Unisinos, 2004.

_____. **A arte de esquecer**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

JACOB FILHO, W. Prevenção da doença cardiovascular – uma visão interdisciplinar. In: **2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia** São Paulo: Anais, 2001.

JEANDOT, Nicole. **Explorando o universo da música**. São Paulo: Ed. Scipione, 1990.

JOHNSON G, OTTO D, CLAIR A. The effect of instrumental and vocal music on adherence to a physical rehabilitation exercise program with persons who are elderly. **Journal of Music Therapy**, 38 (2), 2001, pp. 82-96.

JOURDAIN, Robert. **Música, Cérebro e Êxtase**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

JUNG, C.G. As etapas da vida humana. In: Jung C.G. **A natureza da psique**, 3. RJ: ed. Petrópolis Vozes, vol. 8 (2), 1991, pp. 335-53.

KATZMAN, R. Alzheimer's disease. **New England Journal of Medicine**, 1986, pp. 964-973.

KOGER, Susan M. & Brotons, Melissa. The Impact of Music Therapy on Language Functioning in Dementia. **Journal of music therapy**, vol. 37 (3), 2000, pp. 183–195.

LANGER, S. **Philosophy in a New Key**. Harvard University Press, 1951.

LAWTON, M. P. Environment and other determinants of well-being in older people. **The Gerontologist**, vol. 23, No. 4, 1983, pp. 349-357.

_____. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: BIRREN, J. E., LUBBEN, J. E., ROWE, J. C., DEUTCHMAN, D. E. **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. New York: Academic Press, 1991, pp. 3-27.

LECOURT, Edith. **La Musicothérapie**. Paris: Presses Universitaires de France, 1988.

_____. **Freud e o Universo Sonoro**. Goiânia: Editora UFG, 1997.

LEFEBVRE, Henri. **Do Rural ao Urbano**. Paris-México: Ed. Fondo de Cultura, 1953.

LIPE, Anne. The use of music performance tasks in the assessment of cognitive functioning among older adults with Dementia. **Journal of music therapy**, 32 (3), 1995, pp. 137-151.

LUHNING, Angela. A memória musical no Candomblé. In: **Devorando o tempo - Brasil, o país sem memória**. São Paulo: Editora Mandarim, 2001.

McCLELLAN, Randal. **O poder terapêutico da música**. São Paulo: Editora Siciliano, 1994.

MEINECKE, Bruno. Music and medicine in classical antiquity. In: **Music and Medicine**, P.M. Schullian & M. Schoen. New York: Schuman, 1948.

MENUHIN Y. & DAVIS C. **A música do homem**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

MEYER, Leonard B. **Emotion and meaning in music**. Chicago: The University of Chicago Press, 1956.

MILLARD, K. & SMITH, J. The influence of group singing therapy on behavior of Alzheimer's disease patients. **Journal of Music Therapy**, 26 (2), 1989, pp. 58-70.

MILLER, B. Art therapy with the elderly and terminally ill. In: DALLEY, T. (Ed.), **Art as Therapy**. London: Tavistock, 1984, pp.127-39.

MIRANDA, M.L.J & GODELI, M.R.C.S. Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. In: **Revista bras. Ci. e Mov**, Brasília, vol 11 (4), out/dez, 2003, pp. 95-110.

MIRANDA, M.L.J, GODELI, M.R. & OKUMA S.S. Efeitos do exercício aeróbico com música sobre os estados de ânimo de pessoas idosas. In: **Revista Paulista de Educação Física**, 10 (2), 1996, pp.172-178.

NERI, Anita Liberalesso. Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A.L. (Org.), **Psicologia do Envelhecimento**, Campinas: Papirus, 1995, pp.13-40.

_____. **A memória e as memórias na velhice: um enfoque psicológico**. Seminário de Reminiscência e revisão de vida. Campinas: UNICAMP, 2000.

_____. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea Editora, 2001.

_____. Bienestar Subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva em América Latina. In: **Revista Latinoamericana de Psicología**, vol. 34, nº 1-2, 2002, pp. 55-74.

NERI, Anita Liberalesso & CACHIONI, Meire. Velhice Bem-Sucedida e Educação. In: NERI, A L. & DEBERT, G.G (Orgs), **Velhice e Sociedade**, Campinas, Papirus, 1999, pp.113-140.

NEWTON FILHO, Mário. **A música ajuda a viver**. Limeira: Edições Letras da Província, 1958.

NOICE, H., NOICE, T & STAINES, G. Short-term Intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. **Journal of Aging and Health**, vol. 16, nº 4, August, 2004, pp. 562-585.

PALMER, M. H. Alzheimer's disease and critical care. **Journal of Gerontological Nursing**, 9, 1983, pp. 87-90.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PASCHOAL, Sérgio M.P. Qualidade de Vida na Velhice. In: Freitas, E. V. et al., **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 79-84.

POLLACK N & NAMAZI K. The effect of music participation on the social behavior of alzheimer's disease patients. **Journal of Music Therapy**, 29 (1), 1992, pp. 54-67.

PRETI, D. **A linguagem dos idosos**. São Paulo: Contexto, 1991.

PRICKETT, C. & MOORE, R. The use of music to aid memory of Alzheimer's Patients. **Journal of Music Therapy**, 28 (2), 1991, pp. 101-110.

RAYNOR, Henry. **História Social da Música – Da Idade Média a Beethoven**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

RYFF, C.D. Psychological well-being in adult life. In: **Current Directions in Psychological Science**, 4 (4), 1995, pp. 99-104.

RODRIGUES, M.S.P & LEOPARDI, M.T. **O Método de Análise de Conteúdo – uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

RUUD, Even. **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 1991.

SANTOS, Silvia M. A. dos. **O cuidador familiar de idosos com demências: Um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira**. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SCHULLIAN, Dorothy & SCHOEN, Max. **Music and Medicina**. New York: Henry Schuman, Inc., 1948.

SÉ, Elisandra, V. G. **Estrutura e conteúdo do discurso de idosas residentes em instituição de longa permanência portadoras e não portadoras de depressão e de déficit cognitivo**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, programa em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SHENK, D., DAVIS, B., PEACOCK, J. R. & MOORE, L. Narratives and self-identity in later life two rural american older women. **Journal of Aging Studies**, 16, 2002, pp. 401-413.

SHERRATT, K., THONTON, A & HATTON, C. Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study. **Journal of Aging and Mental Health**, May, vol 8 (3), 2004, pp. 233-241.

SILVEIRA BUENO, F. da. **Vocabulário Tupi-Guarani-Português**. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

SIMSON, O R. de Moraes & GIGLIO, Z. A arte de recriar o passado: História oral e velhice bem-sucedida. In: NERI, A.L. (Org.), **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**, Campinas: Papirus Editora, 2001, pp.141-160.

SIQUEIRA, Maria E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, A.L. (Org.), **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**, Campinas: Papirus Editora, 2001, pp. 73-112.

SOUZA, Márcia Godinho C. Musicoterapia e a Clínica do Envelhecimento. In: Freitas, E. V. et al., **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 872-881.

STAROBINSKI, Jean. Le traitement de la mélancolie des originés à 1900. In: **Acta Psychosomatica**, nº 3, 1960, Basel: tradução publicada por Documenta Grigg, 1962.

STINGEL, Ana Maria. Escalas de Bem-Estar Subjetivo (BES) e avaliação quantitativa em Psicoterapia (PPBI)*. In: **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Jul-Ago-Set, 2003, Vol 97, Nº 03. Rio de Janeiro: Aperj, 2003.

STOKOE, Patricia. **La expresion corporporal y el niño**. Buenos Aires: Ricordi Americana, 1967.

STRALIOTTO, João. **Interpretação Cerebral do Som e da Música**. Santa Catarina: Heck publicações, 1998.

TATIT, Luiz. **O cancionista – composição de canções no Brasil**. São Paulo: EDUSP, 1996.

- THOMPSON, Paul. **A voz do Passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- TILL, Marietta. **A força curativa da respiração**. São Paulo: Pensamento, 1988.
- TINHORÃO, José Ramos. **Pequena História da Música Popular**. São Paulo: Círculo do Livro, (s/d).
- TODARO, Mônica. **Dança: uma interação entre o corpo e alma dos idosos**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- TOURINHO, Lúcia Maria Chaves. **Musicoterapia com o idoso: uma experiência clínica na C GABEG**. 2001. Monografia (Especialização em musicoterapia) – Curso de Pós Graduação em Musicoterapia, Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, 2001.
- VERDEAU-PAILLES, J. & GUIRAUD-CALADOU, Jean Marie. **Las tecnicas psicomusicales activas de grupo y su aplicacion en psiquiatria**. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1979.
- WARR, P. , BUTCHER, V. & ROBERTSON, I. Activity and psychological well-being in older people. **Journal of Aging and Mental Health**, Mar, vol. 8 (2), 2004, pp. 172-183.
- WINNICOTT, D. A localização da experiência cultural. In: D.W. Winnicott - **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. O brincar e a cultura. In: D.W. Winnicott – **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a.
- _____. Resenha do livro de Adrian Hill, Art Versus Illness. In: D.W. Winnicott – **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994b.
- WISNIK, José Miguel. **O som e o sentido – uma outra história das músicas**. São Paulo: Companhia das letras, 1989.
- WOLFE, R., MORROW, J. & FREDERICKSON, B. L. Mood disorders in older adults. In: L. L. Carstensen; B. A. Edelstein & L. Dornbrand (eds.). **The Practical Handbook of Clinical Gerontology**. London: SAGE, 1996.
- YASSUDA, Mônica S. Memória e o envelhecimento saudável. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 914-919.
- YASSUDA, M.S., SÉ, E. V. G. & QUEROZ, N. C. O envelhecimento do cérebro e a memória. In: NERI, A.L. & YASSUDA, M.S. (orgs.), **Velhice bem-sucedida – aspectos afetivos e cognitivos**, Campinas: Papirus, 2004, pp. 141-162.

ANEXOS

ANEXO 1

MEEM

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

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

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

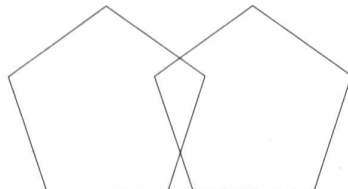
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

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

SCORE: (____/30)



ANEXO 2

DISCOGRAFIA UTILIZADA

ANA SALVAGNI (108851), 1998. Produção Independente.

ANIMA - ESPECIARIAS (MCD070), 2000. Produção Independente.

AO CAPITÃO FURTADO MARVADA VIOLA (ATR 32019), 1986. Produção Fonográfica Funart /Divisão de música popular e Instituto Cultural Itaú.

BRINCADEIRAS DE RODA, ESTÓRIAS E CANÇÕES DE NINAR – NARRAÇÃO ELBA RAMALHO (935010), Obras do folclore recolhidas por D. Esther P. de Cerqueira. Gravadora Eldorado.

CASCATINHA & INHANA – DOSE DUPLA. BMG.

CEGO OLIVEIRA (EQ008), 1995. Coleção Memória do povo Cearense, Equat_Rial.

CHIQUEINHA GONZAGA/150 ANOS – ROSÁRIA GATTI (946110), 1997. Gravadora Eldorado.

DÉRCIO MARQUES – “SEGREDOS VEGETAIS” (DMCD 01). Produção Independente.

IVAN VILELA – PAISAGENS (108690), 1998. Produção Independente.

LUIS GONZAGA – XODÓ (rvcd 151) , 2001, Revivendo.

MAURA MOREIRA – O CANTO DA TERRA (ATR 32061), 1998. Produção Fonográfica Funart/ Divisão de música popular e Instituto Cultural Itaú.

MEIO SÉCULO DE MÚSICA SERTANEJA – 20 SUCESSOS INESQUECÍVEIS
– vol. 1, vol.2, vol.3., 2002. BMG.

NO SERTÃO – VIOLA E CORDAS (NS 007 - 108812), 1998. Criação e direção
geral – Nestor Sant’Anna e Mauro Rodrigues, Belo Horizonte.

PASSOCA – BREVE HISTÓRIA DA MÚSICA CAIPIRA (ARTEVIVA01), 1997.
Arte Viva produções artísticas – Amilson Godoy.

PAULO FREIRE – RIO ABAIXO (PB/CB 001). Pau Brasil.

PAULO FREIRE – SÃO GONÇALO (PB 0010), 1998. Pau Brasil.

PEREIRA DA VIOLA – “VIOLA CÓSMICA” (Lapa 004) 1998. Lapa Ação Cultural
Ltda.

ROBERTO CORRÊA – CRISÁLIDA (VC02), 1996. Produção Viola Corrêa.

SERTÃO PONTEADO (108.802), 1998. Produção e direção musical – Roberto
Corrêa. Fundação Cultural do Distrito Federal.

TONICO & TINOCO – OURO PURO (092741062-2), 2001, Warner Music
Brasil Ltda.

WAGNER TISO & ZÉ RENATO - MEMORIAL (BF519), 2002. Biscoito Fino.

ZÉ CÔCO DO RIACHÃO – “VÔO DAS GARÇAS” (LAPA002), 1997. Lapa Cia
de Ação Cultural.

ANEXO 3

VALIDAÇÃO DE JUÍZES

Sujeitos	Sexo	Idade	Emissões	Categ.	Categorias	Exemplos /Falas	Definição	Código
1	F	85	FELIZ		1. Interação Social	Sinto menos só	Importância dos idosos estabelec. novas redes de contato (Relações Positivas)	IS
2	F	62	MENOS DESÂNIMO			Encontro outros		
3	F	74	DÁ ANIMO			Novas amizades		
4	F	57	CONHECI PESSOAS					
5	F	62	DEIXA ALEGRE					
6	M	77	TRAZ ALEGRIA					
7	F	75	NOVAS AMIZADES					
8	F	74	É BOM LEMBRAR DE COISAS		2. Afetos Positivos	Trouxe alegria	Relação direta com sentimentos experimentados, emoções prazerosas	AP
9	F	66	AFASTA TRISTEZA			Melhora o animo		
10	F	84	DÁ ALEGRIA POR DENTRO			Afasta tristeza		
11	F	70	CONHECE PESSOAS					
12	F	79	AFASTA TRISTEZA					
13	F	56	SENTE BEM					
14	M	75	DEIXA ALEGRE					
15	M	86	RECORDAÇÕES DOS ANTIGOS		3. Evocação (Senso de Identidade)	Lembrei coisas do baú	Mecanismo Psicológico importante, para senso de identidade	EV
16	F	79	ENCONTRA PESSOAS			É bom lembrar		
17	F	68	MELHORA O ANIMO			Recordei muito		
18	F	65	ALEGRIA					
19	F	68	LEMBRA DE COISAS DO BAÚ					
20	F	62	SENTE BEM					
21	M	64	TRAZ RECORDAÇÕES					
22	F	70	ESPAIRECE ESPANTA TRISTEZA					
23	F	74	SINTO MENOS SÓ					
24	M	76	ENCONTRO COM OUTROS					

ANEXO 4

CADERNO DE POEMAS, QUADRAS E VERSOS GRUPO DE IDOSOS DO CENTRO DE SAÚDE VISTA ALEGRE

Declamado por Dona J.

*Cravo branco no cabelo
É sinal de casamento
Menina guardou seu cravo
Que não chegou tempo*

*No tempo que a te amava
Eu pulava uma moita de espinhos
Agora eu peço a Deus
pra não ver
o teu fucinho*

*Vou embora desta terra
Que aqui não posso ficar
Se a fico eu sei que a morro
Não posso te amar*

Declamado por Sr. A

*Eu amo um sauda de
Eu amo música uma recordação...*

Ausência

*Sentindo a brisa do mar
Olhando o esplendor do luar
Minha alma sofrendo a dor*

Da ausência do meu amor.

*Sou de mais, sua ausência,
Me domina, e para resistir chego a pedir
A proteção Divina,
Resistir e agora não bon Deus.*

*E assim olhando o mar, heide disfarçar
Todo sentimento meu.*



*Saudade não se deludo,
Que nos leva ao passado,
Onde se encontram o estudo,
E os sonhos transformados.*

Declamado por Dona An

*Alecrim verde quebrado
Chora a terra que enasceu
Eutambém choro saudade
Do meu amor que já foi meu*

*Tatarena é paucado
Fitaverde é pra enfeite
Sembrante da mocidade
Tapeia qualquer sujeito*

Declamado por Dona A

*Rosa Vermelha
Rosa Amarela
Com pra se um moço
Dá pra presente pra ela*

*Menino de eterno branco
Desuspensório decipó
Você a matou do mundo
Eu amo vocêsó*

Declamado por Dona I.

*Querer bem não é bom não
Faz gente ~~magre~~magrecer
Cria ~~ferida~~ferida dentro
Por ~~fora~~ninguém não vê*

Declamado por Dona N.

*Amor são palavras doces
Bem, tornam-se amargosas
Por causa do candongueiro
Passo vida tormentosa*

*Benzinho, sou quente peça
Esqueça do candongueiro
Eu quero que vos lembre
Do seu amor primeiro*

*O solo vai entrando
Eva deixando o resplendor
Deixar de amar eu não deixo
Que é um grande safo*

*Eva deixando a pintura
E a saudade também pinta
No coração de quem ama*

Declamado por Dona D.

*Lá vem a lua saindo
redondinha como um botão
não é lua não nada
é o solhos de João*

*Passarinho nagiola
Bateu as asas voou
Aonde vai me ucanarinho
Você me abandonou
Vou procurar outro amor*

Declamado por Dona M L

*Negro meu negro
Não me cortameus cabelos
Que amadastrame enterrou
Por causa dos frutos que os pássaros bicou*

*Havendo amor nos corações,
Haverá firmeza de caráter,
Havendo firmeza de caráter,
Haverá harmonia no lar,
Havendo harmonia no lar,
Haverá ordem no país,
Havendo ordem no país,
Haverá o mundo apaz...*

Declamado por Sr. Pl.

*Perguntei a rosa branca
Qual é seu amor seguido
Ela foi e respondeu
Com voz entumecida
Eu não tenho amor nenhum
Vivo no mundo perdido*

ANEXO 5

Análises comparativas com categorias de bem-estar promovido (não se encontrou diferenças estatisticamente significativas)

		Afetos Positivos N (%)	Evocações N (%)	Interação social N (%)
Sexo	Masculino	2 (14,3)	2 (50)	1 (16,7)
	Feminino	12 (85,7)	2 (50)	5 (83,3)
Idade	<= 72 anos	8 (57,1)	2 (50)	2 (33,3)
	> 72 anos	6 (42,9)	2 (50)	4 (66,7)
Estado civil	Com vínculo	9 (64,3)	1 (25)	3 (50)
	Sem vínculo	5 (35,7)	3 (75)	3 (50)
Estado de nascimento	São Paulo	5 (35,7)	0 (0)	3 (50)
	Outros estados	9 (64,3)	4 (100)	3 (50)
Religiosidade	Muito religioso/a	12 (85,7)	3 (75)	5 (83,3)
	Religioso/a	2 (14,3)	1 (25)	1 (16,7)
Pontuação no Mini-mental	<= 21.5	6 (42,9)	4 (100)	2 (33,3)
	> 21.5	8 (57,1)	0 (0)	4 (66,7)
Gosta de música	Adora	5 (35,7)	0 (0)	1 (16,7)
	Gosta	5 (35,7)	3 (75)	4 (66,7)
	Gosta muito	2 (14,3)	1 (25)	0 (0)
	Gosta pouco	2 (14,3)	0 (0)	1 (16,7)
Estilo musical	Religiosa	3 (21,4)	2 (50)	0 (0)
	Sertaneja / caipira	11 (78,6)	2 (50)	6 (100)
Instrumento preferido	Sanfona	10 (71,4)	2 (50)	5 (83,3)
	Violão / viola / sopro	4 (28,6)	2 (50)	1 (16,7)
Vivências sonoras na infância	Festas / canções	10 (71,4)	2 (50)	5 (83,3)
	Rádio / objetos	4 (28,6)	2 (50)	1 (16,7)
Cantava	Cantava / cantava muito	13 (92,9)	2 (50)	4 (66,7)
	Cantava pouco	1 (7,1)	2 (50)	2 (33,3)

Onde cantava	Na escola / infância / festa	2 (14,3)	0 (0)	2 (33,3)
	Na roça	12 (85,7)	4 (100)	4 (66,7)
Tocava instrumento	Não	11 (78,6)	3 (75)	6 (100)
	Sim	3 (21,4)	1 (25)	0 (0)
Relação dos pais com a música	Cantava / ouvia	10 (71,4)	1 (25)	4 (66,7)
	Não	2 (14,3)	0 (0)	1 (16,7)
Memória sonora	Tocava instrumento	2 (14,3)	3 (75)	1 (16,7)
	Festejos / ritmos / dança	4 (28,6)	1 (25)	1 (16,7)
	Cantor / dupla Tonico & Tinoco	1 (7,1)	1 (25)	2 (33,3)
	Canção específica / instrumento musical	9 (64,3)	2 (50)	3 (50)
Não gosta de escutar	Música barulhenta	1 (7,1)	2 (50)	4 (66,7)
	Música estrangeira / outros estilos	2 (14,3)	0 (0)	1 (16,7)
	Música pop / letra indecente	11 (78,6)	2 (50)	1 (16,7)
Escuta rádio	Escuta regularmente	6 (42,9)	2 (50)	3 (50)
	Pouco / muito pouco	8 (57,1)	2 (50)	3 (50)
Cantor preferido	Duplas sertanejas antigas	10 (71,4)	3 (75)	4 (66,7)
	Romântico / popular antigo	4 (28,6)	1 (25)	2 (33,3)
Programa de TV	Novela / jornal / musicais	10 (71,4)	2 (50)	4 (66,7)
	Não assiste	1 (7,1)	0 (0)	1 (16,7)
	Religiosos	3 (21,4)	2 (50)	1 (16,7)
Artes	Bordado / desenho infância / outros	12 (85,7)	3 (75)	5 (83,3)
	Não gosta / não respondeu	2 (14,3)	1 (25)	1 (16,7)
Literatura	Religiosos	3 (21,4)	1 (25)	0 (0)
	Versos / poemas / ouvir histórias	11 (78,6)	3 (75)	6 (100)