



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA

**RELEVÂNCIA DA MUSICOTERAPIA NA SAÚDE E BEM-ESTAR DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

Boa Vista/RR

2017

LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA

**RELEVÂNCIA DA MUSICOTERAPIA NA SAÚDE E BEM-ESTAR DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de agravos a Saúde na Fronteira Pan - Amazônica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jackeline da Costa Maciel

Boa Vista/RR

2017

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)  
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

R672r Rocha, Lucélia do Nascimento.

Relevância da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos institucionalizados no Município de Boa Vista-RR / Lucélia do Nascimento Rocha. – Boa Vista, 2017.

82 f. : il.

Orientadora: Profª. Drª. Jackeline da Costa Maciel.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Envelhecimento. 2 – Idoso institucionalizado. 3 – Saúde. 4 – Musicoterapia. I – Título. II – Maciel, Jackeline da Costa (orientadora).

CDU – 615.837

LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA

**RELEVÂNCIA DA MUSICOTERAPIA NA SAÚDE E BEM-ESTAR DE IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

Dissertação do mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Vigilância Epidemiológica e Indicadores de agravos a Saúde na Fronteira Pan - Amazônica. Defendida em 10 de março de 2017 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Jackeline da Costa Maciel

Orientadora/Universidade Federal de Roraima – UFRR

---

Prof. Dr. Calvino Camargo

Universidade Federal de Roraima – UFRR

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms Raquel Vogues Caldart

Universidade Federal de Roraima - UFRR

À Deus pela realização desse sonho, concedendo-me sabedoria, força e perseverança durante o decorrer dessa jornada. Sem dúvidas és Onipresente, Onisciente e Onipotente.

## AGRADECIMENTOS

A minha filha Luana Victória pela sua compreensão e sabedoria em suas palavras nos momentos mais difíceis, e que mesmo distante esteve sempre comigo, acreditando que eu seria capaz, te amo muito filha. A minha mãe que é minha maior inspiração como mulher, mãe, amiga e fiel companheira, só tenho a agradecer a Deus por tê-la escolhido para ser a minha mãe.

A toda minha família, em especial a minha irmã Cecília, sem ela hoje eu não seria quem sou, a minha maior incentivadora nessa jornada de conhecimentos e crescimento, amo você. Aos meus amigos que de certa forma direta ou indiretamente estiveram comigo, me auxiliando e apoiando em todos os momentos, obrigado a todos.

A minha orientadora Jackeline da Costa Maciel, por ter acreditado em mim, e pela sua confiança, dedicação, paciência, incentivo e amizade durante esses dois anos em que estivemos juntas. Não tenho palavras para descrever o carinho que tenho por você, obrigado por tudo.

A Ivete de Souza Silva, que plantou a semente no meu coração de ir a busca desse sonho e mostrou-me o caminho a seguir, muito obrigado minha amiga, pelo incentivo e carinho.

Aos professores do PROCISA, Calvino Camargo, Frank James, Pablo Amézaga, Geórgia Ferkon e Ricardo Fonseca, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. As amigas que foram construídas durante o curso, Andreia, Eliene, Liliana e Thais, por compartilharem comigo momentos de estudos, descontração, sorrisos, choros e principalmente pelo incentivo que tivemos entre nós.

A todos os idosos que residem no abrigo pela confiança, carinho e amizade que construímos ao longo desse trabalho. A todos os profissionais da instituição que estiveram envolvidos nesse estudo. Não tenho palavras para expressar a gratidão e o aprendizado que obtive durante todo esse tempo com cada um, só a agradecer ao meu Deus por ter realizado mais esse sonho na minha vida, colocando sempre em meu coração, humildade e determinação para permanecer até o final.

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

(1 Coríntios 13:1,2)

## RESUMO

O idoso passa por diversas transformações que envolvem aspectos físicos, cognitivos e sociais, podendo se manifestar de forma gradativa e mais rápida de acordo com cada indivíduo. A musicoterapia utiliza a música para promover a comunicação, a relação e aprendizagem, com o intuito de alcançar as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. O objetivo do estudo foi avaliar a contribuição da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no município de Boa Vista-RR. Trata-se de estudo quantitativo realizado em uma ILPI no período de junho a dezembro de 2016. Diferentes instrumentos da coleta de dados que foram aplicados, entre eles a Escala de Avaliação Cognitiva (Mini-Exame do Estado Mental ou Teste de Folstein - MEEM) e a Avaliação da qualidade de Vida (Questionário de Qualidade de Vida - SF-36). Quanto aos resultados, foi possível observar: 85,7% (n=6) eram homens; a média de idade foi  $80,9 \pm 8,6$  anos; 85,7% (n=6) tinham baixa escolaridade, sendo a maioria dos Estados do Amazonas 28,6% (n=2) e Piauí 28,6% (n=2); 42,9% (n=3) residem na instituição há mais de 24 meses. Quanto à percepção da saúde, 57,1% (n=4) relataram ser nem boa nem má. Foi observado também que 100% (n=7) dos idosos não fazem nenhum tipo de atividade e 71,4% (n=5) relataram presença de dor, bem como uso de próteses/órteses e os medicamentos mais utilizados foram dipirona (71,4%, n=5) e losartana (71,4%, n=5). Quanto ao resultado MEEM antes e após a intervenção com musicoterapia, observou-se uma melhora significativa nos domínios de orientação temporal/espacial ( $p < 0,05$ ), já no SF-36 houve significância nos escores para os domínios limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais ( $p < 0,05$ ). Comparando-se os questionários MEEM e SF-36 antes e após a musicoterapia, identificou-se um aumento dos domínios relacionados à qualidade de vida do idoso (SF-36), assim como também nos domínios do MEEM. Conclui-se que uma vez trabalhada a musicoterapia nos idosos, esta contribuirá positivamente para melhora das funções vitais quanto aos aspectos físico, emocionais e sociais, sendo significativo para a saúde e bem-estar desses idosos.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento. Idoso institucionalizado. Saúde. Musicoterapia.

## ABSTRACT

The elderly go through several transformations that involve physical, cognitive and social aspects, being able to manifest in a gradual and faster way according to each individual. Music therapy uses music to promote communication, relationship and learning in order to achieve physical, emotional, mental, social and cognitive needs. The objective of the study was to evaluate the contribution of music therapy to the health and well-being of elderly people living in a Residence for long term permanence in the municipality of Boa Vista-RR. This is a quantitative study carried out in a LTRE from June to December 2016. Different instruments were applied, among them the Cognitive Evaluation Scale (Mini-Mental State Examination or Folstein's Test - MMSE) and the Quality Assessment (Quality of Life Questionnaire - SF-36). Regarding the results, it was possible to observe: 85.7% (n = 6) were men; the mean age was  $80.9 \pm 8.6$  years; 85.7% (n = 6) had low schooling, with most of the states of Amazonas 28.6% (n = 2) and Piauí 28.6% (n = 2); 42.9% (n = 3) have lived in the institution for more than 24 months. Regarding health perception, 57.1% (n = 4) reported being neither good nor bad. It was also observed that 100% (n = 7) of the elderly did not perform any type of activity and 71.4% (n = 5) reported the presence of pain, as well as the use of prostheses/orthoses, and dipirone (4%, n = 5) and losartan (71.4%, n = 5) were the most commonly used drugs. Regarding the MMSE result before and after the intervention with music therapy, a significant improvement was observed in the areas of temporal/spatial orientation ( $p < 0.05$ ); in the SF-36 there was a significant difference in the scores for the physical and emotional aspects ( $p < 0.05$ ). Comparing the MEEM and SF-36 questionnaires before and after music therapy, an increase was identified in the domains related to the quality of life of the elderly (SF-36), as well as in the MEEM domains. It is concluded that once the music therapy in the elderly is worked, it will contribute positively to the improvement of the vital functions regarding the physical, emotional and social aspects, being significant for the health and well-being of these elderly people.

**Key Words:** Aging. Institutionalized elderly. Health. Music therapy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos idosos da ILPI segundo variáveis sociodemográficas. Boa Vista-RR, 2016.....	32
Tabela 2 -	Caracterização dos idosos da ILPI segundo acompanhamento clínico. Boa Vista-RR, 2016.....	37
Tabela 3 -	Caracterização dos idosos da ILPI segundo acompanhamento farmacológico. Boa Vista-RR, 2016.....	40
Tabela 4 -	Distribuição da pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) antes e após a intervenção com musicoterapia. Boa Vista-RR, 2016.....	42
Tabela 5 -	Distribuição dos resultados do teste de Qualidade de vida (SF-36) antes e depois da intervenção com musicoterapia. Boa Vista-RR, 2016.....	44
Tabela 6 -	Correlação de Pearson entre os resultados dos testes SF-36 e MEEM antes da intervenção com musicoterapia.....	46
Tabela 7 -	Correlação de Pearson entre os resultados dos testes SF-36 e MEEM após a intervenção com musicoterapia .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetil salicílico
ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
AVC	Acidente Vascular cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEP-UFRR	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima
CF/1988	Constituição Federal de 1988
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIP	Doenças infecciosas e parasitárias
HPB	Hiperplasia prostática benigna
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SETRABES	Secretaria Estadual de Trabalho e Bem-Estar Social do Estado de Roraima
SF-36	Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
n	Número da amostra
DP	Desvio padrão
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
Teste t	Teste de Student pareado bilateral
$p < 0,05$	Nível de significância de 5%
kg	Quilograma
r	Coefficiente de correlação de Pearson

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1. ENVELHECIMENTO.....	16
1.2. SAÚDE DO IDOSO .....	17
<b>1.2.1. Políticas Públicas de Saúde do Idoso</b> .....	17
<b>1.2.2. Idoso Institucionalizado</b> .....	18
<b>1.2.3. Fatores que interferem na saúde do idoso</b> .....	19
1.3. MUSICOTERAPIA.....	21
<b>1.3.1. A música no âmbito da saúde</b> .....	21
<b>1.3.2. Musicoterapia como ferramenta terapêutica</b> .....	23
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	25
2.1. OBJETIVO GERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	26
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	26
3.2. AMOSTRA.....	26
3.3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	27
3.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS .....	27
<b>3.4.1. Perfil sociodemográfico</b> .....	27
<b>3.4.2. Questionário semiestruturado</b> .....	28
<b>3.4.3. Perfil clínico e farmacoterapêutico</b> .....	28
<b>3.4.4. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)</b> .....	28
<b>3.4.5. Teste de qualidade de vida (Questionário SF-36)</b> .....	29
<b>3.4.6. Intervenção musicoterapêutica</b> .....	29
3.5. ASPECTOS ÉTICOS .....	29
3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS .....	30
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	31
4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS .....	31
4.2. PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS .....	37
4.3. PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS IDOSOS .....	39
4.4. COGNITIVA DOS IDOSOS .....	42
4.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS .....	44

4.6. SESSÕES DE MUSICOTERAPIA.....	50
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural do homem, que envolve diversos fatores como condições de vida, aspectos socioeconômicos, doenças crônicas, entre outros, podendo se manifestar de forma gradativa e mais rápida de acordo com cada indivíduo. Os acontecimentos biológicos envolvem os planos moleculares, celular, tecidual e orgânico; os psíquicos englobam as dimensões cognitivas e psicoafetivas; e os físicos, relacionado diretamente com a capacidade funcional do idoso, sendo determinante para seu estado de autonomia (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Viver com qualidade de vida durante esse processo é significativo para o idoso, influenciando positivamente na autoestima e bem-estar pessoal. É preciso que haja a junção de diversos fatores que irão contribuir para que ocorra essa qualidade de vida, tais como: a capacidade funcional; estado emocional; interação social; atividade intelectual; nível sócio econômico; estado de saúde; estilo de vida; autocuidado; suporte familiar; valores culturais, éticos e religiosidade; satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente que se vive (DAWALIBI et al., 2013).

Atualmente, existem várias pesquisas sobre a longevidade e os padrões de vida da população idosa, entretanto, estes estudos trazem consigo descobertas também sobre as enfermidades não transmissíveis e progressivas, tornando-os vulneráveis e independentes. Diante disso, despertou-se um interesse por parte das autoridades responsáveis, em se estruturar e reorganizar um Sistema Social e de Saúde, multiprofissional voltado a essas necessidades (GOMES; AMARAL., 2012).

Com o intuito de auxiliar o idoso sem apoio familiar, foram criadas modalidades de atendimento assistenciais, como exemplo as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), composta por uma equipe de diversas áreas direcionada a saúde do idoso, no sentido de promover e recuperar a saúde. Atualmente no país existem 3.548 ILPI, nas quais moram 83.870 idosos, sendo encontradas em 28,8% dos municípios brasileiros. As ILPI possuem aspectos singulares com práticas de costumes historicamente institucionalizados, com comportamentos próprios, que na sua grande maioria ignoram as diferenças individuais, bem como sua história de vida, proporcionando a esses indivíduos perda de identidade e autonomia, o que os tornam passivos em um ambiente estranho (OLIVEIRA; ROSENDO, 2014).

É importante que essas instituições tenham um atendimento voltado as limitações de cada idoso, buscando diversos meios de terapias que promovam as condições básicas de saúde.

Além das ações de saúde e sociais ofertadas nas ILPI, outras alternativas terapêuticas podem contribuir para se atingir a qualidade de vida que o idoso tanto necessita. Como exemplo a musicoterapia, que usa a música como meio de proporcionar melhores condições de comunicação, aprendizado, mobilização, expressão e organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) (FERREIRA; RESENDE; VARGAS, 2013).

Considerada como uma terapia não verbal, traz benefícios aos indivíduos através da música, dos sons, dos movimentos, do manuseio de instrumentos, contribuindo para o aumento da autoestima, melhora socialização em grupos e ajuda no tratamento de doenças (OLIVEIRA et al., 2012). Desenvolvem dinâmicas psicológicas e fisiológicas, comunicando e estruturando pensamentos e emoções individuais ou coletivas, promovendo satisfação em seu convívio social, sensação de conforto, paz, tranquilidade, confiança, modificando comportamentos, tornando-os mais ativos (ALBUQUERQUE et al., 2012).

O uso da musicoterapia tem se mostrado benéfico no tratamento complementar de pessoas com deficiências físicas, como distrofia muscular e paralisia, deficiência visual e auditiva, além de apresentar efeitos positivos no tratamento de distúrbios como esquizofrenia, depressão, autismo, entre outras, proporcionando conforto e bem-estar (OLIVEIRA et al., 2012).

Diante do número crescente e relevante da população idosa, o estudo traz uma reflexão e aproximação com o campo da Musicoterapia, apresentando a compreensão do fenômeno musical, como alternativa terapêutica, com o intuito de promover saúde e bem-estar nos idosos institucionalizados, o que justifica o trabalho. Logo, o trabalho apresenta como objetivo avaliar a contribuição da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos residentes de uma ILPIs do município de Boa Vista-RR.

Para o desenvolvimento do estudo, os conteúdos foram divididos cinco em capítulos. No primeiro foi feita uma revisão literária sobre envelhecimento e suas características, a Política de saúde pública do idoso, dando ênfase nas Instituições de Longa Permanência para Idosos, em sequência definiu-se a musicoterapia e sua funcionalidade como ferramenta terapêutica no âmbito da saúde do idoso; no segundo capítulo são apresentados os objetivos do estudo; no terceiro o material e método usado na pesquisa; no quarto são delineados os resultados e posteriormente discutidos e por último, no quinto capítulo são apresentados as considerações finais do estudo.

A motivação pela qual foi induzida a autora a realizar este estudo, foi em virtude da necessidade percebida diante das visitas no abrigo, em se realizar uma atividade prazerosa, e que fosse trabalhada de forma lúdica, conforme a disposição de cada idoso, objetivando

amenizar os eventos ocasionados pelo processo de envelhecimento e que muitas das vezes interferem na saúde e no bem-estar dessa população. Espera-se que com esse estudo haja mais conscientização da sociedade, quanto a necessidade de se ter uma assistência voltada a saúde do idoso, mais qualificada e diversificada, objetivando promoção e recuperação em saúde.

## 1.1. ENVELHECIMENTO

Considerada como um fenômeno biológico que traz consequências psicológicas, o envelhecimento possui uma dimensão existencial, que altera a relação do indivíduo com o tempo, provocando mudanças de relações com o mundo e com sua própria história, alterando assim a ordem biopsicossocial dessa população (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Os acontecimentos que surgem na velhice têm estado cada vez mais ligado ao setor da saúde, isso se deve ao aumento da longevidade, que cresce proporcionalmente aos cuidados necessários que essa pessoa necessita, principalmente em virtude das perdas potenciais quanto aos aspectos físicos, psicológicos e sociais que estes vivenciam (GATTI, et al., 2015). Seus efeitos podem se manifestar conforme a passagem de tempo no organismo (envelhecimento somático) e psiquismo (envelhecimento psíquico), ambos fatores de grande relevância, na medida em que atuam em conjunto para manutenção dessa estabilidade tanto somática como psíquica (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Nas últimas décadas, várias regiões do mundo passaram por um processo de Transição Demográfica no qual populações, tipicamente jovens e adultas, tornaram-se mais envelhecidas. No Brasil, esse processo tem acontecido em alta velocidade e nem as cidades, nem o Sistema de Saúde conseguiram ainda adaptar-se de forma a gerar qualidade de vida ou atender a população idosa, sendo estas as mais acometidas por doenças crônicas, e que muitas das vezes deixam sequelas que limitam às suas funções diárias (ALVES et al., 2016).

O país caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, com uma transição epidemiológica acentuada, tendo como destaque as doenças crônico-degenerativas. Com isso, tem-se a necessidade da implementação de políticas sociais agregadas, principalmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2012).

## 1.2. SAÚDE DO IDOSO

### 1.2.1. Políticas Públicas de Saúde do Idoso

Com a Constituição Brasileira de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a sociedade brasileira o direito universal e integral à saúde, embasado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996 (SOUZA; COSTA, 2010).

Após a criação do SUS, cria-se a Portaria de nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que consta na íntegra do anexo da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS), que visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos, assegurando-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente.

Quanto prestação de assistência social, foi desenvolvida uma proposta de organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002.

As normas para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, referente a operacionalização das redes, são dispostas de acordo com a seguinte Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002:

Os Centros de Referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar. A assistência a ser prestada pelos Centros de Referência deve ser conduzida em conformidade com as Diretrizes Essenciais contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso, consubstanciadas na: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida e, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

O Estatuto do Idoso possui uma visão a longo prazo, sendo regido por leis e políticas previamente aprovadas, que visam reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso, garantindo os direitos e deveres a pessoa idosa. Os principais direitos estabelecidos por esse Estatuto é: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto (CAMARANO, p.8-9, 2013).

Esse Estatuto é respaldado na Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e dispõe dos seguintes direitos fundamentais:

Art. 1º - É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art. 2º - O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Art. 3º - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Este representa um avanço considerável na proteção jurídica aos homens e mulheres com igual ou superior a 60 anos, e fruto de um trabalho unido por várias entidades destinadas a defesa dos direitos dos idosos no país, entre as quais sempre se destacou a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e também de profissionais das áreas da saúde, direitos humanos e da assistência social.

### **1.2.2. Idoso Institucionalizado**

O idoso institucionalizado encontra-se afastado de família, de casa, dos amigos, distante de toda uma história de vida construída ao longo do tempo. Esta exclusão social deixa marcas e evolui para sequelas que podem permanecer durante todo o seu ciclo de vida. As alterações físicas e mentais sofridas, torna-o incapazes de realizar o seu próprio cuidado, necessitando de cuidados especiais e primordiais, principalmente da família, que por inúmeros fatores, encaminham esses idosos a essas instituições (REIS et al., 2013).

O atendimento institucional, em especial as ILPIs, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, são consideradas como governamentais ou não-governamentais,

de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (CAMARANO et al., 2013).

Atualmente existem em torno de 19 mil idosos atendidos em ILPI, podendo ser maior esta estimativa, em virtude de instituições não cadastradas e que funcionam clandestinamente (MARIN et al., 2012). Os serviços prestados nessas instituições são direcionados aos idosos que não possuem condições de garantia de sua própria sobrevivência, ou seja, sem possibilidades de cuidado, e vulneráveis diante de algumas condições como: violência doméstica ou hospitalização recente, que apresente incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária, que esteja acamado ou com algum tipo de doença incapacitante (BATISTA et al., 2014).

### **1.2.3. Fatores que interferem na saúde do idoso**

A saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença, inserida em um contexto avaliativo das circunstâncias pessoais, sociais e culturais, junto com a avaliação das eventuais alterações mentais e físicas (WICHMANN et al., 2013).

O Art.15 do Estatuto do Idoso (2016, p.10), diz que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. § 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I – cadastramento da população idosa em base territorial; II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural; V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

Existem alguns fatores que estão relacionados ao processo de envelhecimento, e que podem comprometer o estado de saúde do idoso, podendo se manifestar de forma lenta ou rápida, de acordo com o ambiente que esses indivíduos estão inseridos. Entre esses fatores, o estado cognitivo é considerado um dos mais comprometedores, estando relacionado a capacidade de raciocínio, podendo ser alterado com o passar da idade, evoluindo para

deterioração psíquica. Está interligado ao tempo de reação, a memória de curto prazo, a memória de trabalho ou de atenção (DIAS et al., 2014).

De acordo com o mesmo autor, seu comprometimento pode interferir no tempo de resposta a um estímulo, a recordação de informações recentes e do planejamento executivo para realizar ações cotidianas e a concentração necessária para realizar tais ações com eficácia, não deixando de lado outras funções cognitivas, que também são de suma importância para um melhor desempenho mental.

Cita-se também a capacidade física como um fator determinante para a independência desses indivíduos, o que irá definir sua capacidade ou incapacidade funcional. Está ligada diretamente a autonomia desses indivíduos, quanto a realização das ações do cotidiano, essenciais principalmente dentro das ILPI. A incapacidade funcional pode ser avaliada separada ou conjuntamente, de acordo com o grau de dificuldade, evidenciada de acordo com a necessidade de ajuda de outra pessoa, impossibilidade de realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD), ao autocuidado e à sobrevivência (tomar banho e alimentar-se) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), consideradas mais complexas e independentes, como fazer compras e utilizar transporte (FIALHO et al., 2014).

Outro fator que deve ser abordado é a integração social, ou seja, o modo como essa população consegue interagir socialmente com outras pessoas. Percebe-se que o convívio social entre grupos de idosos fica cada vez mais distantes e isolado, o que os torna mais solitários e susceptíveis a sentimento de tristeza (MACHADO et al., 2013). As modificações que acontecem principalmente na relação interpessoal do idoso, podem desencadear conflitos que uma vez não solucionados, geram crises de identidade. Diversos fatores podem favorecer a essa crise, tais como: a perda da autoestima, da autonomia, da independência, do poder de decisão e da perda de parentes ou amigos, assim como as mudanças de papéis, sejam no trabalho, na família ou na sociedade, a aposentadoria, as perdas diversas como no campo aquisitivo, e a diminuição dos contatos sociais, na maioria das vezes em decorrência da redução de suas possibilidades (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Segundo o mesmo autor, existe durante essa fase um outro fator que acometem os idosos, sendo diagnosticada em uma grande proporção, a conhecida dor crônica. Podendo ser caracterizada como aguda ou crônica, possui uma série de eventos que contribuem para a piora da saúde dessas pessoas. A sintomatologia pode evoluir desde alterações cognitivas e físicas, até mesmo sociais, modificando completamente sua rotina e estado de humor. Com o intuito de amenizar este agravante, estratégias de intervenção são criadas, almejando diminuir esse quadro algico, promovendo então sensação de alívio e bem-estar.

A administração de fármacos é um dos meios mais utilizados para se controlar a manifestação dessa dor nesses pacientes idosos. Entretanto, o uso desses medicamentos a essa população, traz algumas precauções quanto ao seu consumo, pois o uso abusivo pode desencadear diversos eventos contrários ao esperado, interferindo no estado de saúde dessas pessoas (PEREIRA et al., 2014).

Atualmente a administração de cinco ou mais medicamentos é denominado como polifarmácia e tem aumentado nos últimos anos. No Brasil estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente em indivíduos acima de 60 anos. Em consequência, existem riscos quanto aos eventos adversos, chegando a aumentar em 13% com o uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco e elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos (MOLIN et al., 2014).

Está prática tem sido evidenciada em idosos residentes das ILPI, podendo chegar a 63%, e os mais frequentes são: benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes ou estimulantes do sistema nervoso central, em decorrência da necessidade de controle comportamental, presença de depressão e transtornos do sono. Reações adversas como toxicidade cumulativa, podem provocar erros de medicação, reduzir a adesão ao tratamento e elevar principalmente o índice de morbimortalidade (FREITAS; NORONHA et al., 2013).

As ações de saúde voltadas a população de idosos institucionalizados, são direcionadas a promover a qualidade de vida, buscando amenizar as manifestações oriundas do processo de envelhecimento. Diante disso, são criadas algumas terapias alternativas que podem auxiliar o idoso. O uso da música como instrumento terapêutico, tem se tornando bastante aceito no meio da saúde, por trazer alguns benefícios físico, suporte espiritual e psicoemocional, ocasionando melhor aceitação dessa fase, tornando-os pessoas mais ativas e independentes, menos ansiosos, e conseqüentemente menos vulneráveis a quadros depressivos (OLIVEIRA et al., 2012).

### 1.3. MUSICOTERAPIA

#### 1.3.1. A música no âmbito da saúde

A música é a arte de acordar os sons dentro do tempo, apresentando como características principais o ritmo, a melodia e a harmonia. Com o uso da música, diversas regiões cerebrais

são ativadas, assim como áreas relacionadas à emoção e ao circuito de recompensas, sendo recrutado na presença de estímulos relacionados à sobrevivência, tais como sexo e comida (SILVA et al, 2012).

O cérebro possui uma capacidade especial de reorganizar-se, denominada neuroplasticidade, sendo capaz de substituir regiões responsáveis por determinadas funções mentais por outras, quando aquelas são lesadas em decorrência de traumas ou acidentes vasculares. Dessa forma, a música, ao estimular em conjunto as diversas partes do cérebro, contribui para que ele se reorganize com maior prontidão. Logo, sua utilização tem sido acentuada nos tratamentos de reabilitação, devido aos efeitos provocados no cérebro com estímulos em diversas localizações (DEGANI; MERCADANTE, 2011).

A comunicação por meio da música, ao se cantar ou tocar uma canção, é uma maneira de definir, diferenciar, pesquisar e apontar nuances da vida interior, atuando como um importante recurso para a percepção de si e dos outros em contextos reflexivos grupais. Os aspectos da identidade musical do sujeito, estão relacionados à sua própria história pessoal, podendo ser categorizados em espaço pessoal, espaço social, espaço tempo/lugar e espaço transpessoal, e ajuda a organizar, a pontuar a vida em sequência para lembrar fases da vida ou mesmo a época em que ocorreram (BERGOLD.; ALVIM, 2009).

Apresenta-se em uma diversidade múltipla de diferentes ritmos, instrumentos e elementos derivados, estando relacionado a questão social e cultural do ser humano. Pode atuar no desenvolvimento da coordenação motora, recuperando os movimentos do corpo, no restabelecimento da memória, auxiliando na reinserção do indivíduo na sociedade, na autonomia, proporcionando menos solidão, evitando assim doenças depressivas, predominante na terceira idade (OLIVEIRA et al, 2012).

Promove diferentes estímulos no indivíduo, tais como respostas físicas (sedativas ou estimulantes); respostas emocionais, relacionadas aos estados de ânimo e na afetividade; a integração social, ao promover oportunidades para experiências comuns; a comunicação verbal, principalmente para os idosos que têm problemas de comunicação e por meio da música conseguem interagir significativamente com as outras pessoas; a expressão emocional, pois utiliza a comunicação não-verbal, facilitando a expressão de emoções; a diminuição da inatividade, do desconforto e da rotina cotidiana, mediante o uso do tempo com atividades envolvendo música; e associações extramusical, com outras épocas, pessoas, lugares, evocando emoções ou outras informações sensoriais que estão guardadas na memória (NOBRE et al, 2012).

### 1.3.2. Musicoterapia como ferramenta terapêutica

A Musicoterapia é uma ciência recente, sendo expandida em meados do século XX, partindo-se do modelo médico-biologicista e nas linhas da Psicologia - Psicanálise, Psicologia Comportamental e Psicologia Humanista, trazendo uma reflexão acerca do modo de ver e conceber o homem, a música e a saúde quanto a sua prática (WAZLAWICK; CAMARGO; MAHEIRIE, 2007).

Por definição, de acordo com a Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT) (1986):

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.

Pode ser utilizada por um musicoterapeuta ou outro profissional qualificado, com um cliente ou grupo, procurando facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Busca desenvolver os potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal, proporcionando uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (TAETS et al., 2013).

No Brasil, a terapia vem sendo aplicada em escolas, clínicas, hospitais, centros de reabilitação, envoltas a questões psiquiátricas, contribuindo na recuperação dos indivíduos. Serve também como um suporte espiritual, psicoemocional, proporcionado que o homem encare da fora melhor a situação a qual está vivendo (OLIVEIRA et al., 2012).

Pode ser trabalhada em grupos de jovens em situações de riscos, moradores de rua, comunidades, escolas, famílias, associações de bairro, presídios, casas asilares, empresas, hospitais, entre outros. Pode atuar na prevenção e promoção da saúde e bem-estar, tendo como importantes áreas a serem trabalhadas a social e a comunitária, com participação efetiva de multiprofissionais como psicólogos, antropólogos, pedagogos, médicos, dentistas, sociólogos, musicoterapeutas entre outros especialistas, que trabalham em conjunto com a comunidade, delineando estratégias de recuperação a saúde (CUNHA; VOLPI, 2008).

A terapia traz experiência musicais como audição, recriação, improvisação e composição de músicas/canções, através da voz, de instrumentos e do corpo, para facilitar a comunicação, o estabelecimento do vínculo terapêutico, a auto expressão e auxiliar na

promoção/prevenção ou restauração da saúde de pessoas que padecem das mais variadas condições bio/psico/sociais/espirituais (BARCELLOS, 2015).

Uma vez integrada como tratamento alternativo na área de geriatria e gerontologia, possui efeitos significantes no que se refere aos fatores psicoemocionais, físicas e sociais desses idosos, influenciando na melhora da autoestima e principalmente na sociabilização (GOMES; AMARAL, 2012). Estimula a criatividade, proporciona livre expressão e comunicação por meio dos sons, da música e dos movimentos, resgatando e fortalecendo características pessoais e sociais, garantindo um envelhecimento saudável e com melhor qualidade de vida, sendo de grande importância fazer um breve conhecimento das capacidades musicais de cada pessoa (MOZER; OLIVEIRA; PORTELLA, 2011).

As canções selecionadas na musicoterapia são direcionadas as necessidades dos idosos, para fins de reminiscências, estimulando as lembranças de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o bem-estar, a saúde e a orientação para o presente, melhorar a articulação das palavras, da motricidade oral e do condicionamento cardiorrespiratório. Os idosos são motivados a cantar, dançar e tocar os instrumentos percussivos, por meio de movimentos corporais rítmicos, objetivando a melhora da amplitude articular, tarefas motoras específicas e estratégias para melhorar o equilíbrio e marcha, preensão de objetos, orientação espacial e temporal (LUZ; PORTUGUEZ, 2015).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a contribuição da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos do município de Boa Vista-RR.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes;
- Avaliar antes e após a intervenção com musicoterapia:
  - o estado de saúde geral,
  - a função cognitiva,
  - a capacidade física,
  - os aspectos emocionais e sociais e,
  - a farmacoterapia utilizada pelos idosos residentes.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Trata-se de um ensaio clínico controlado, de caráter comparativo, com avaliação antes e após a intervenção terapêutica (musicoterapia), e de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em uma ILPI, localizado no município de Boa Vista-RR, apresentando uma população de trinta e sete idosos residentes. A amostra foi não-probabilística do tipo intencional, levando-se em consideração para a seleção os diagnósticos médicos, o uso de medicações que prejudiquem a capacidade cognitiva do idoso, bem como o resultado obtido no Mini Exame do Estado Mental, e após essa etapa, os participantes foram selecionados se participariam ou não do estudo.

#### **3.2. AMOSTRA**

A ILPI do estudo possuía, no período de realização da pesquisa, 37 idosos residentes. Durante a coleta de dados, foi aplicado o MEEM, para detectar possíveis casos de demência, posteriormente, foram analisados os resultados e somente 14 idosos estiveram aptos a participarem da pesquisa, de acordo com a pontuação do MEEM, sugestiva de déficit cognitivo. No decorrer das sessões, alguns desses idosos selecionados foram excluídos em virtude de: 1 de falecimento e 6 recusaram-se em continuar participando das sessões de musicoterapia, restando apenas 7 idosos durante o estudo. Foram incluídos na pesquisa os idosos residentes em uma ILPI no município de Boa Vista-RR, há no mínimo 6 (seis) meses, de ambos os sexos, que possuam capacidade cognitiva preservada, de acordo com o escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos: idosos que participassem de menos de 75% das sessões, falecerem no período do estudo e/ ou que possuísse alguma patologia que impeça a sua participação.

### 3.3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a dezembro de 2016. Em um primeiro momento a pesquisadora iniciou as avaliações com os idosos, em que foi aplicado Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), com o ponto de corte sugerido por Bertolucci (BERTOLUCCI et al., 1994), com o intuito de rastrear possíveis casos de demências entre esses idosos residentes na ILPIs. Após o MEEM, os idosos que se enquadraram nos critérios de seleção, responderam aos seguintes questionários respectivamente: Sociodemográfico e SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey), além disso foi realizado uma análise das prescrições (medicamentos) e prontuários médicos (diagnósticos), e por fim, foi realizada a intervenção musicoterápica, em que todos os idosos da instituição, independentes ou não de estarem enquadrados na pesquisa. A musicoterapia foi composta de atividades lúdicas com técnicas de Improvisação, Re-Criação, Composição e Audição, realizada pela pesquisadora educadora física e fisioterapeuta e outro assistente graduando do curso de enfermagem, em um período de seis meses.

### 3.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante a utilização de instrumentos de avaliação específicos: 1) Questionário Sociodemográfico, 2) Questionário semiestruturado 3) Escala de avaliação cognitiva (Mini-Exame do Estado Mental ou teste de Folstein - MEEM), 4) Avaliação da qualidade de vida (Questionário de Qualidade de Vida - SF-36), 5) Polifarmácia quantitativa (análise dos prontuários e prescrições).

#### 3.4.1. Perfil sociodemográfico

Foi utilizado um instrumento de coleta de dados composto por perguntas específicas para idosos residentes em ILPI, adaptado da dissertação “Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados: Valorizar o envelhecimento” (BERNARDINO, 2013). O questionário é composto por 11 questões abertas, de resposta rápida como exemplo:

Caracterização da amostra, Escolaridade, Situação econômica, institucionalização entre outras (ANEXO C).

### **3.4.2. Questionário semiestruturado**

Foi utilizado um questionário semiestruturado composto por 10 perguntas abertas referentes a intervenção musicoterapêutica, aos idosos participantes da pesquisa, com as seguintes abordagens: Representatividade da música na vida dos idosos, satisfação com a musicoterapia, benefícios ou não da musicoterapia durante a pesquisa, significância quanto a participação no estudo da musicoterapia (APÊNDICE A).

### **3.4.3. Perfil clínico e farmacoterapêutico**

Foi realizada uma investigação clínica dos idosos residentes a partir da análise de prescrições (medicamentos) e prontuários médicos (diagnósticos) (APÊNDICE B).

### **3.4.4. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)**

O MEEM foi proposto inicialmente por Folstein et al. (1975) e diversos autores propuseram ajustes na tradução para a versão brasileira, entre estes, Bertolucci et al (1994). É um dos testes mais empregados e estudados em todo o mundo, leva de 5 a 10 minutos para aplicá-lo, podendo ser usada isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permitindo uma avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. De acordo com Bertolucci et al, 1994, seu escore pode variar de um mínimo de 0 pontos, indicando maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, que corresponde a melhor capacidade cognitiva e o ponto de corte adotado para identificar declínio cognitivo foi de 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade. Normalmente é utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. Assim como também em estudos populacionais e na avaliação de resposta a drogas de experimentação (ANEXO D).

### **3.4.5. Teste de qualidade de vida (Questionário SF-36)**

Foi utilizado o questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. Esse questionário é específico para a população idosa. O SF-36 é de fácil aplicação, composto por 36 itens e incluído em oito escalas, investigando vários aspectos diferentes: 1) Capacidade funcional; 2) Aspectos físicos; 3) Aspectos emocionais; 4) Dor; 5) Estado Geral de Saúde; 6) Vitalidade; 7) Aspectos sociais e 8) Saúde mental. O cálculo do SF-36 foi elaborado transformando as questões em domínios, onde cada domínio possui um cálculo diferente podendo variar de 0 a 100 a pontuação, equivalendo do pior ao melhor estado de saúde, ou seja, sendo os escores mais altos indicadores de percepção positiva da saúde. Sua reprodutibilidade e validade o torna um parâmetro adicional a ser utilizado na avaliação da qualidade de vida de indivíduos com diferentes patologias, na pesquisa e assistência (LENARDT et al., 2014) (ANEXO E).

### **3.4.6. Intervenção musicoterapêutica**

A musicoterapia traz por meio da música, uma proposta inovadora que poderá atuar como uma terapia coadjuvante voltada a saúde dos idosos institucionalizados, objetivando promover a saúde e bem-estar, de maneira lúdica e prazerosa. Suas sessões são dinâmicas e buscam por meio de suas técnicas de recriação musical, audição musical, composição e improvisação, desenvolver atividades grupais, o despertar das de suas habilidades, sejam estas, cognitivas, físicas e sociais. Os recursos utilizados para a realização da intervenção foram: TV, Notebook, caixa de som amplificada, microfone, violão, chocalhos, triângulos, flautas, cabaças, meia lua, pandeiros, claves, maraca, tamborim, xequerê e agogô e as músicas foram selecionadas de acordo a preferência do idosos.

## **3.5. ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR) de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, sob o parecer nº 1.459.599 (ANEXO F). Após aprovação do CEP-UFRR, a

ILPI, localizada no município de Boa Vista-RR, autorizou a realização da pesquisa. Só participaram do estudo os idosos selecionados que concordaram com as informações fornecidas pela pesquisadora através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinando o mesmo em duas vias.

### 3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel e, posteriormente, os dados foram analisados no programa BioEstat 5.3. Para descrição das variáveis quantitativas adotou-se média e desvio padrão (DP), enquanto que para as variáveis qualitativas adotou-se frequência absoluta, relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Aplicou-se o Teste t-Student pareado bilateral para avaliar os resultados no teste de Qualidade de vida (SF-36) e no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) antes e após a intervenção musicoterapêutica. Ainda foi testada a relação entre os resultados dos SF-36 e do MEEM através do teste de correlação de Pearson (Quadro 1). Em todas as análises, considerou-se nível de significância de 5%.

**Quadro 1** - Interpretações do valor de correlação de Pearson (r).

<b>Valor da correlação de Pearson</b>	<b>Interpretação</b>
0,9 a 1 positivo ou negativo	Correlação muito forte
0,7 a 0,9 positivo ou negativo	Correlação forte
0,5 a 0,7 positivo ou negativo	Correlação moderada
0,3 a 0,5 positivo ou negativo	Correlação fraca
0 a 0,3 positivo ou negativo	Correlação desprezível

Fonte: Mukaka, 2012.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste espaço, serão apresentados os resultados obtidos na coleta de dados da pesquisa, revelando dados relacionados às seguintes categorias de análise: perfil sociodemográfico, perfil clínico dos participantes, perfil farmacoterapêutico, avaliação cognitiva (antes e após a intervenção musicoterapêutica), avaliação da qualidade de vida (antes e após a intervenção musicoterapêutica) e correlação existente entre os resultados dos testes SF-36 e MEEM antes e após a intervenção com musicoterapia, nos idosos participantes da pesquisa residentes na ILPI no município de Boa Vista-RR.

### **4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS**

O perfil sociodemográfico dos idosos participantes, a partir do que foi possível coletar de informações, abarcou as seguintes variáveis: sexo; idade; escolaridade; estado civil; número de filhos; naturalidade, origem da renda; situação econômica; iniciativa de internamento; tempo de institucionalização; frequência de visitas; se sente só; percepção da saúde e realização de atividades (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização dos idosos da ILPI segundo variáveis sociodemográficas. Boa Vista-RR, 2016. (n=7)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>% (IC95%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	6	85,7 (48,7 – 97,4)
Feminino	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Naturalidade</b>		
Amazonas	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Maranhão	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Ceará	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Piauí	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Pernambuco	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	3	42,9 (15,9 – 75,0)
Sabe ler e escrever	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Ensino primário	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Ensino superior incompleto	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Origem da renda</b>		
Aposentado	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Benefício de Prestação Continuada – BPC	4	57,1 (25,1 – 84,2)
Outros	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Idade</b>		
60 a 80 anos	2	28,6 (8,2 – 6,4)
>80 anos	5	71,4 (35,9 – 91,8)
<b>Estado civil</b>		
Casado	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Solteiro	3	42,9 (15,9 – 75,0)
Separado	2	28,6 (8,2 – 6,4)
<b>Número de filhos</b>		
0	5	71,4 (35,9 – 91,8)
1	1	14,3 (2,6 – 51,3)
3	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Situação econômica</b>		
Ruim	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Média	3	42,9 (15,9 – 75,0)
Boa	2	28,6 (8,2 – 6,4)
<b>Iniciativa de internamento</b>		
Trazidos por técnicos da ação social	7	100,0 (64,6 – 100,0)
<b>Tempo de institucionalização (meses)</b>		
<12	1	14,3 (2,6 – 51,3)
12 a 24	3	42,9 (15,9 – 75,0)
>24	3	42,9 (15,9 – 75,0)
<b>Visitas (frequência/mês)</b>		
1	1	14,3 (2,6 – 51,3)
2-3	4	57,1 (25,1 – 84,2)
>3	2	28,6 (8,2 – 6,4)
<b>Considera sua saúde</b>		
Muito má	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Má	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Nem boa nem má	4	57,1 (25,1 – 84,2)
<b>Se sente só</b>		
Sempre	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Muitas vezes	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Algumas vezes	4	57,1 (25,1 – 84,2)
Raramente	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Realiza atividade</b>		
Não	7	100,0 (64,6 – 100,0)

Fonte: Elaboração própria (2016).

Na caracterização dos idosos, a variável sexo destaca uma predominância de idosos do sexo masculino inseridos em condição de institucionalização. Os dados revelam que do total de idosos institucionalizados (100%, n=7), no campo da pesquisa, foi de 85,7 % homens e 14,3 % mulheres (Tabela 1).

Alencar et al. (2012), no estudo sobre perfil de idosos institucionalizados em 47 idosos, encontrou situação desigual em relação ao perfil, com certa predominância de mulheres (51,1%, n= 24) e homens (48,9%, n=23). Entretanto, na investigação de Converso e Lartelli (2007), sobre as características do estado mental e funcional em 115 idosos de três ILPIs em Presidente Prudente/SP, os revelaram que o sexo masculino foi predominante com 59,13% e o feminino 40,66%.

Quanto a essa característica, os dados encontrados mostram que a predominância de indivíduos do sexo masculino nas ILPIs, em relação ao sexo feminino, pode estar relacionada as mulheres possuírem maior vínculo familiar, maior grau de independência e capacidade funcional, além de melhor condição de saúde e vitalidade em relação aos homens. Outro fator a se considerar, pode ser o fato de muitos desses homens não terem chegado a constituir laços familiares, e diante das dificuldades e estado de solidão, procuram as instituições de longa permanência em busca de abrigo.

No que se refere a idade dos idosos, verificou-se que a maioria dos idosos apresentados possuem idade média de  $80,9 \pm 8,6$  anos, configurando (71,4 %, n=5) da quantidade total de idosos. Ferreira et al. (2011), ao analisarem a capacidade funcional de 47 idosos institucionalizados em uma instituição de Pão de Santo Antônio/PA, verificaram uma média de idade igual a  $82,2 \pm 8,9$  anos.

Com o avanço da idade, a saúde do idoso torna-se cada vez mais vulnerável no decorrer dos anos, e o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades funcionais nesses indivíduos aumentam cada vez mais, levando-os a institucionalização. Observa-se que a maioria desses idosos possuem idade acima dos 80 anos, revelando a permanência e dependência desses idosos nessas instituições.

No que diz respeito à escolaridade dos idosos, foi identificado que os idosos analisados possuíam baixa escolaridade (42,9 %, n=3) (Tabela 1). Diante disso, pode-se analisar que o déficit relacionado à educação, seja possivelmente em virtude das precárias condições de vida vivenciada por alguns deles, afastando-os da escola. Considera-se também como importante, a falta de oportunidade quando criança ou jovens de terem frequentado a escola, pois tem que trabalhar mais cedo, para custear as despesas de casa.

Segundo Guedes e Silveira (2004), em estudo com idosos institucionalizados na cidade de Passo Fundo/RS, verificaram que quanto ao nível de escolaridade, 62,38% eram analfabetos e 37,61% eram alfabetizados. Em comparação com o estudo de Gaiao, Almeida e Heukelbach (2005) sobre o perfil epidemiológico em idosos de uma ILPI na cidade de Fortaleza/CE, com 186 idosos, teve como resultados idosos analfabetos 34,9% (n=65), 16,1% (n=30) concluíram o ensino médio e 48,9% (n=91) não souberam responder.

Vale mencionar, também, que problemática relacionada ao analfabetismo que acomete as populações mais idosas, possui uma relação direta com o fato de ser este um grupo social, de certa forma desamparado pelo Poder Público, quanto as políticas educacionais. Essa exclusão dos idosos do mercado de trabalho pré-determinaria a criação de estratégias para os excluir da esfera produtiva, como exemplo o direito à aposentadoria (PERES, 2011).

Quanto ao estado civil, (42,9%, n=3) dos idosos eram solteiros (Tabela 1). Converso e Lartelli (2007), citam também sobre o estado civil dos idosos, e em seu trabalho, verificou que 17,6% eram casados, 46,55% solteiros, 21,73% viúvos e 13,52% divorciados, sendo similar ao estudo em questão.

Essa predominância de idosos solteiros, pode estar associado a desestruturação familiar pela qual tenham passado em seus lares quando na adolescência, e possivelmente tenha refletido em suas vidas, no que se refere a formação de uma família ou possivelmente na marginalização social vivenciada por esses idosos, os excluídos tanto da sociedade como do seu leito familiar.

A naturalidade desses idosos foi também mencionado neste trabalho, tendo como achado a maior incidência de idosos do Estado do Amazonas (28,6%, n=2) e Piauí (28,6 %, n=2) (Tabela 1). Possivelmente, esse resultado seja direcionado em virtude das condições sociais e econômicas vividas por esses idosos, que saem de seus Estados de origem, mesmo quando adolescentes, em busca de trabalho, almejando melhores condições de vida. Conseqüentemente, tornam-se desamparados de família e amigos, e quando sozinhos e com idade avançada, são direcionados a buscarem as ILPIs nas cidades onde agora residem.

Em relação ao número de filhos, foi identificado que apesar de alguns deles terem, a maioria relatou não possuir nenhum filho (71,4%, n=5) (Tabela 1). O resultado citado mostra que a condição do estado civil e o número de filhos desses idosos estão diretamente interligados. Logo, o fato de não possuírem filhos leva ao entendimento da possível situação de abandono vividas por estes, sendo ainda mais acentuada sua permanência nestes locais de abrigo.

Ao analisar a origem da renda dos idosos institucionalizados, verificou-se que a maioria recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC) (57,1%, n=4), seguido de aposentados (26%, n=2) (Tabela 1). Além disso, situação econômica foi considerada média por (42,9%, n=3). Silva

et al. (2011) realizaram um estudo sobre o perfil epidemiológico de idosos no município de Iguatu/CE, 73,8% (n=48) eram aposentados. Embora a aposentadoria tenha se destacado no estudo de Silva et al., neste estudo com idosos participantes foi diferente.

Essa evidência comprova a desigualdade e exclusão social existente dentro dessa população, e que embora alguns idosos possuem melhores condições econômicas, na sua maioria, possuem menor poder aquisitivo, sendo incluídos no grupo dos que recebem outros benefícios, como BPC e aposentadoria, e que em muitas das vezes não suprem suas necessidades.

Também foi investigada a forma de ingresso na ILPI, e constatou-se que (100,0%, n=7) foram encaminhados por técnicos da ação social, e apresentavam tempo de institucionalização médio de  $34,0 \pm 33,7$  meses, entre 12 e 24 meses (42,9%, n=3) e acima de 24 meses (42,9%, n=3) (Tabela 1). Segundo Vivian e Argimon (2009), em estudo realizado com 30 idosos sobre estratégias de enfrentamentos, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos residentes em Porto Alegre/RS, observaram que 90% (n=34) desses idosos residem na instituição de 1 a 26 anos; e 10% (n=4) dos idosos não souberam responder, porque as datas de admissão e de nascimento eram desconhecidas por eles.

Isso mostra que a falta de apoio familiar nessa população é bastante acentuada, e muitas das vezes esse abandono leva esses idosos a viverem em condições inadequadas de saúde. Logo, uma vez acompanhados por pessoas responsáveis da assistência social, são encaminhadas a instituições que prestam serviços multidisciplinares, voltados especificamente a essa população. É importante ressaltar também, que existem casos em que os próprios idosos determinam por sua institucionalização, os motivos mais comuns são para não darem trabalho a seus familiares, maus tratos vividos dentro do próprio leito familiar ou mesmo por não terem moradia.

A frequência quanto ao número de visitas recebidas na instituição por esses idosos variou, porém, a maioria dos idosos (57,1%, n=4) informou que recebia entre 2-3 visitas por mês, em virtude disso, afirmaram sentirem-se sozinhos algumas vezes (57,1%, n=4) (Tabela 1). Silva et al. (2012) traz uma reflexão sobre fatores que podem desencadear alterações no estado de saúde dos idosos, influenciando principalmente nos aspectos cognitivos e emocionais, correlacionado o estado depressivo com a idade e as limitações físicas. Em seu estudo realizado no Distrito Federal-DF, sobre a prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados, com uma amostra de 102 idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, e observou-se que 49% dos idosos (n=50) apresentavam depressão, destes 36,3% (n=37) foram classificados como apresentando depressão leve e 12,7% (n=13) depressão severa.

A frequência com que esses idosos são visitados é de grande importância para seu estado emocional. Contudo, a falta de contato com outras pessoas, tende a deixar ainda mais vulneráveis emocionalmente essa população, podendo evoluir para um estado depressivo, comprometendo não somente o cognitivo, mas também o aspecto físico.

De acordo com o achado nessa pesquisa, quanto a frequência de visitas e ao sentimento de solidão, o idoso na sua maioria recebia pouca visita e por isso sentiam-se sozinhos por algumas vezes, podendo ser em virtude do distanciamento tanto da família como dos amigos, assim como de sua própria escolha, que em muitas das vezes, optam em se isolarem daqueles que estão inseridos no seu convívio.

A percepção da saúde foi referida por (57,1%, n=4) dos idosos como nem boa nem má. Outro dado importante coletado foi quanto a realização de atividade dentro da instituição, em que (100%, n=07) disseram não fazer nenhuma atividade (Tabela 1). Araújo et al. (2010), em estudo realizado com 38 idosos de três ILPIs em uma cidade localizada no médio Vale do Paraíba/SP, observaram que 5,2% (n=2) realizavam atividade física; e 94,7% (n=36) não realizavam. No estudo de Frias et al. (2011), foi observado que a atividade recreativa contribui para a qualidade de vida, atuando na prevenção de doenças e promoção de saúde, redução do estresse, da agitação e melhora da autoestima, crescimento pessoal, alegria e prazer de viver, desenvolvimento da criatividade e resgate cultural, integração, socialização e sentimento de pertença.

Estudos despontam para a incidência de demência em idosos por um período médio de 6,2 anos, na proporção de 13 para cada 1.000 pessoas por ano entre os idosos que se exercitaram três ou mais vezes por semana, comparado com 19,7 para cada 1.000 pessoas por ano entre os que se exercitaram menos de três vezes por semana (CAIXETA; FERREIRA, 2009).

Não apenas os idosos que vivem em ILPIs passam por esses problemas, de acordo com Lima et al. (2010), os idosos brasileiros vivem angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, apresentam sintomas de medo e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, ainda assim, enfrentam obstáculos para garantir alguma assistência por meio de planos de saúde.

Percebe diante do resultado desse estudo, que a quantidade de idosos que não desempenham nenhum tipo de atividade é bastante acentuada, chegando a sua totalidade nessa população. Existem vários pontos que podem ser considerados, como possíveis consequências desse achado, como exemplo, a falta de estrutura física para a implementação dessas atividades na ILPIs, a incorporação de profissionais qualificados, e considerando-se a existências de tais atividades, a disponibilidade dos próprios idosos em se envolverem nessas atividades, sejam

culturais ou físicas, pois muitos deles sentem-se inválidos, sem ânimo ou até mesmo vergonha devido a sua própria idade.

#### 4.2. PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS

O perfil clínico dos idosos institucionalizados participantes do estudo em questão, teve como seguintes variáveis: cirurgias prévias, presença de dor, uso de prótese/órteses, número de hospitalizações por ano, número de patologias e patologias relatadas (Tabela 2).

**Tabela 2** – Caracterização dos idosos da ILPI segundo acompanhamento clínico. Boa Vista-RR, 2016. (n=7)

<b>Acompanhamento clínico</b>	<b>n</b>	<b>% (IC95%)</b>
<b>Cirurgias prévias</b>	3	42,9 (15,9 – 75,0)
<b>Presença de dor</b>	5	71,4 (35,9 – 91,8)
<b>Uso de órteses/próteses</b>	5	71,4 (35,9 – 91,8)
<b>Número de hospitalizações por ano</b>		
1	3	42,9 (15,9 – 75,0)
2	4	57,1 (25,1 – 84,2)
<b>Número de patologias</b>		
2	3	42,9 (15,9 – 75,0)
3-4	2	28,6 (8,2 – 6,4)
5	2	28,6 (8,2 – 6,4)
<b>Patologias relatadas</b>		
Hipertensão	5	71,4 (35,9 – 91,8)
Depressão	3	42,9 (15,9 – 75,0)
Hiperplasia prostática benigna	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Labirintite	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Osteoporose	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Acidente Encefálico Cerebral	2	28,6 (8,2 – 6,4)
Alcoolismo	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Artrite	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Ataque cerebelar	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Diabetes Mellitus	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Discopatia degenerativa (L4-L5)	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Dor Crônica	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Obesidade	1	14,3 (2,6 – 51,3)

Fonte: Elaboração própria (2016).

No que se refere a presença de dor, foi observado que a maioria dos idosos (71,4%, n=5) relataram sentir dor, bem como fazer uso de próteses/órteses (Tabela 2). De acordo com Pereira et al. (2014), em seu estudo com 934 idosos, sobre a prevalência e intensidade da dor crônica na cidade de Goiânia/GO, dos 460 indivíduos que disseram sentir dor crônica, 49,6% informaram sentir dor em um só local, e 15,1% em mais de três locais. A localização mais frequente da dor foi: membros inferiores (34,5%), região lombar (29,5%), cabeça/face/pescoço

(16,2%) e ombros/membros superiores (10,0%), apresentando intensidade forte em 42,1%, moderada em 25,9%, leve em 19,4% e 12,6% consideraram sentir a pior dor possível.

A Dor não deve ser vista apenas como uma simples sensação, pois apresenta componentes discriminativos, sensoriais, cognitivos, afetivos e emocionais, relativos a uma experiência subjetiva, moldada de acordo com a percepção de cada indivíduo, no caso dos idosos essa dor é mantida, e essa expressão em manifestar essa dor pode ficar comprometida, devido ao declínio cognitivo ou ao delírio (THÉ et al, 2016).

Possivelmente a presença acentuada desse quadro álgico, seja em virtude do próprio processo de envelhecimento, que traz consigo alterações cognitivas e físicas, que dependendo de cada indivíduo, pode se manifestar de forma agressiva ou não, por meio de enfermidades que podem manifestar um conjunto de sintomas, inclusive a dor. Outro ponto importante a ressaltar, seria o próprio sedentarismo entre os idosos, pois uma vez sem a realização de qualquer tipo de atividade, esse indivíduo torna-se mais vulnerável a certos tipos de doenças.

Já quanto a fazer uso de dispositivos que venham a auxiliar esses idosos no seu dia a dia, obteve também um percentual elevado (71,4%, n=5). Diferentemente, ao estudo de Araújo et al. (2010), sobre a qualidade de vida de idosos institucionalizados, Vale do Paraíba/SP, foi visto que 52,6% (n=20) dos idosos não fazem uso de acessórios, (23,6%, n=9) fazem uso de cadeiras de rodas, (7,8%, n=3) usam andador, (13,1%, n=5) usam bengala e (2,68%, n=1) usam muleta. Em seu estudo com idosos, Menezes e Bachion (2008), mostraram que (14,83%, n=14) dos idosos utilizam dispositivo para auxílio de marcha, sendo que (92,8%, n=13) utilizam bengala e (7,1%, n=1) utilizam andador, sendo similar aos dados encontrados no estudo presente.

Foi percebido também nos idosos que (42,9%, n=3) já tinha realizado cirurgias prévias e todos os idosos haviam sido hospitalizados no último ano, sendo que a maior parte foi internada mais de uma vez (57,1%, n=4) (Tabela 2). Esses dados podem convergir com os dados anteriormente citados, ao retratar a incidência de dor e uso de prótese/órteses, percebendo-se que pode haver uma correlação entre a fragilidade na saúde desses idosos e a frequência no número de internações.

A presença de patologias também foi questionada na pesquisa, logo, dos idosos participantes (42,9%, n=2) apresentavam dois tipos de doenças e (28,6%, n=2) tinham três ou mais doenças (Tabela 2). Nos últimos tempos as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) na década de 80 (BRASIL, 2005).

Guedes e Silveira (2004) constataram que um único sujeito manifesta diversos tipos de doenças, tendo como principais doenças o comprometimento mental, hipertensão, distúrbios osteomusculares, doenças cerebrovasculares (AVC, principalmente). Nos idosos considerados dependentes, o comprometimento mental, hipertensão e doença cerebrovascular são as mais observadas, porém nos independentes, o comprometimento mental, hipertensão, distúrbios osteomusculares e doenças respiratórias são as mais frequentes.

E as patologias mais prevalentes, (71,4%, n=5) dos idosos apresentam hipertensão arterial sistêmica e (42,9%, n=3) depressão (Tabela 2). Ferreira et al. (2014), em estudo com 201 idosos de quatro instituições públicas de uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo, observaram, nessa população, que houve maior incidência de hipertensão arterial sistêmica (28%), diabetes mellitus (11%), acidente vascular encefálico (11%) e depressão (4%). Observa-se que esse estudo corrobora com os resultados obtidos nesta pesquisa, na qual os idosos apresentaram maior incidência para hipertensão e depressão.

Com o envelhecimento, surgem também doenças que podem comprometer os aspectos cognitivos, físicos e sociais dessa população. Contudo, entende-se que o idoso deve aprender a conviver com essas enfermidades, buscando meios para que se tenha uma melhor qualidade de vida durante esse processo. Os resultados nessa pesquisa mostram que houve predominância de idosos com dois tipos de doenças, logo, deduz-se que tal fato seja em consequência da própria idade desse idoso ou mesmo por fatores genéticos, e que uma vez não tratadas, podem gerar sequelas e culminar para o aparecimento de outras doenças oportunistas, por exemplo a depressão.

#### 4.3. PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DOS IDOSOS

O perfil farmacoterapêutico dos idosos institucionalizados participantes na pesquisa teve como seguintes variáveis: uso de medicamentos, número de medicações e medicamentos utilizados (Tabela 3).

**Tabela 3** – Caracterização dos idosos da ILPI segundo acompanhamento farmacológico. Boa Vista-RR, 2016. (n=7)

<b>Acompanhamento farmacológico</b>	<b>N</b>	<b>% (IC95%)</b>
<b>Uso de medicamento</b>	7	100,0 (64,6 – 100,0)
<b>Número de medicações</b>		
2	1	14,3 (2,6 – 51,3)
5	3	42,9 (15,9 – 75,0)
6	2	28,6 (8,2 – 64,4)
7	1	14,3 (2,6 – 51,3)
<b>Medicamentos</b>		
Dipirona	5	71,4 (35,9 – 91,8)
Losartana	5	71,4 (35,9 – 91,8)
Ácido acetil salicílico	3	42,9 (15,9 – 75,0)
Alendronato de sódio	3	42,9 (15,9 – 75,0)
Domperidona	2	28,6 (8,2 – 64,4)
Amitriptilina	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Carbonato de cálcio	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Cardilol	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Clonazepam	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Colírio Moura Brasil	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Digoxina	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Fenobarbital	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Furosemida	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Lasix	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Neozine	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Otosynalar	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Paracetamol	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Retemic	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Sertralina	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Tiamina	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Tramadol	1	14,3 (2,6 – 51,3)
Vertizine D	1	14,3 (2,6 – 51,3)

Fonte: Elaboração própria (2016).

Com relação ao uso de medicamentos pelos idosos, foi observado que todos os idosos (100,0%, n=7) faziam uso contínuo de fármacos, de grupos e classes farmacológicas variados, predominando o uso de 5 ou mais medicamentos (polifarmácia) por idoso (Tabela 3). No estudo de Juarez et al. (2007), sobre a farmacoterapia de idosos de ILPI em Brasília/DF, com 119 idosos, foi observado que (78,2%, n=93) haviam recebido prescrição de algum tipo de medicamento alopático e que (21,8%, n=26) não tomavam nenhum tipo de medicamento.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a maioria dos idosos consomem pelo menos um medicamento e aproximadamente um terço fazem uso de cinco ou mais simultaneamente, com uma média entre dois e cinco princípios ativos conjuntos, e dentre os fármacos mais utilizados estão os indicados no tratamento de doenças crônicas, prevalentes na idade, destacando-se os medicamentos cardiovasculares, antirreumáticos e analgésicos.

Corroboram também aos resultados encontrados no estudo, a investigação de Giacomini, Lima e Chaves (2012), sobre o perfil farmacológico de idosos no município do Vale do

Aço/MG, observaram que 75,7% dos idosos faziam uso de 6 ou mais medicamentos, 15,2% de 3 a 5 medicamentos e 9,1% de 1 a 2 medicamentos. A variedade também foi observada, sendo identificados 59 diferentes tipos de fármacos. Foi observada também a ocorrência de interações medicamentosas em 78% (n=26) das prescrições desses idosos.

Em se tratando dos medicamentos mais utilizados na ILPI, teve como achado em maior proporção a dipirona (71,4%, n=5) e losartana (71,4%, n=5) (Tabela 3). Os riscos quanto à utilização de medicamentos, aumenta de três a quatro vezes em indivíduos submetidos à polifarmácia, podendo assemelhar-se a síndromes geriátricas ou precipitar quadros de confusão, incontinências e quedas. O uso de mais de duas receitas médicas é frequente entre os idosos, e os estudos mostram que 18,2% das mortes foram diretamente associadas ao uso de mais de um medicamento (SECOLI, 2010).

A prevalência do uso de dipirona e losartana (Tabela 3) por parte dos idosos residentes remete ao fato de que a maioria são hipertensos e manifestam dor crônica acentuada. Logo, existe também uma correlação dos resultados nesse estudo com o de outros autores que salientam a incidência de casos de idosos tanto hipertensos e com quadro algico.

Todos esses dados confirmam com os resultados encontrados nesta pesquisa, que indicam a incidência quanto administração coadjuvante de vários tipos de medicamentos aos idosos em ILPIs. A prevalência de doenças ocasionadas nesses idosos é bastante elevada, e isso leva o idoso a fazer de uso de diversos tipos de fármacos concomitantemente. Contudo, essa administração exagerada de remédios, gera uma cascata de ventos que desencadeiam sintomas muitas vezes contrários ao esperado.

O uso em maior proporção de dipirona, pode ter uma correlação direta com o quadro algico visto nesses idosos. No atual estudo, observou-se que essa ocorrência da polifarmácia, deva ser em decorrência dos idosos serem acometidos por duas ou mais tipos de doenças conjuntas, fato esse que deva contribuir para que essas pessoas também manifestem um conjunto de sintomas, que se não remediadas, podem comprometer a sua saúde.

#### 4.4. COGNITIVA DOS IDOSOS

A avaliação cognitiva dos idosos residentes na ILPI e participantes do estudo, foi feita através do MEEM antes e após a intervenção da musicoterapia, avaliando os seguintes domínios: Orientação temporal/espacial, registro, atenção e cálculos, memória e evocação e linguagem (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição da pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) antes e após a intervenção com musicoterapia. Boa Vista-RR, 2016.

Domínios/Idoso	Pontuação média (DP)		Média da diferença (IC95%)	t	p-Valor*
	Antes	Depois			
Orientação temporal/espacial	7,7 (2,4)	8,6 (2,1)	-0,9 (-2,1; 0,4)	-2,52	0,045 <sup>†</sup>
Registro	2,6 (0,8)	3,0 (0,0)	-0,4 (-1,5; 0,7)	-1,44	0,199
Atenção e cálculo (série de 7)	1,4 (2,4)	2,0 (2,2)	-0,6 (-1,7; 0,5)	-1,92	0,103
Memória e evocação	1,3 (1,3)	1,7 (1,6)	-0,4 (-3,6; 2,8)	-0,49	0,639
Linguagem	6,6 (1,8)	7,0 (1,4)	-0,4 (-1,2; 0,3)	-2,12	0,078
Pontuação final	21,0 (5,9)	22,3 (4,8)	-1,28 (-6,4; 3,8)	-0,93	0,385

Fonte: Elaboração própria (2016).

DP: Desvio padrão; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

\*Teste t pareado bilateral; <sup>†</sup>Diferenças significativas.

Inicialmente, o MEEM foi utilizado como rastreio para classificar a amostra. Dessa forma, utilizando os critérios do teste, foram selecionados sete idosos (n=7) para participar da pesquisa. Os idosos selecionados responderam ao MEEM antes (objetivo inicial: selecionar os participantes) e após a intervenção com a musicoterapia para avaliar se ocorreram mudanças nos parâmetros do teste.

Após análises dos dados obtidos no MEEM, antes e após a intervenção, foi visto que houve melhora nos seguintes itens: orientação temporal/espacial de 7,7 (antes) e 8,6 (após) e, linguagem de 6,6 (antes) e 7,0 (após). Em relação ao domínio de memória e evocação, obteve os índices mais baixos 1,3 e 1,7 antes e após a intervenção, respectivamente. No entanto, a intervenção só promoveu melhora estatisticamente significativa na orientação temporal/espacial (p<0,05) (Tabela 4).

Os estudos mostram satisfatórios quanto ao MEEM aplicado como teste de rastreio para detecção de demências. No estudo realizado por Mello, Haddad e Dellaroza (2012), sobre o efeito cognitivo em idosos, com 44 idosos de uma ILPI, em Londrina/PR, verificou-se que todos os idosos que apresentaram diagnóstico prévio de demência tinham escore mais baixo para o

ponto de corte no MEEM, o que confirma o diagnóstico, como, por exemplo, da Doença de Alzheimer (DA), cujo percentual encontrado foi acima de 50% nesses idosos.

Ao envelhecer, aproximadamente 15% dos idosos desenvolvem incapacidade cognitiva progressiva, em média 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 anos desenvolvem demência moderada a grave. A demência representa um problema de saúde comum, que atinge diferentes funções cognitivas, considerada como a maior causa de incapacidade e mortalidade nessa população. A depressão é outro fator que interfere na saúde do idoso, e muitas das vezes são ocasionadas pelas mudanças nas instituições que desencadeiam isolamento social, com perda da identidade, de liberdade, de autoestima e estado de solidão (BERTOLDI; BATISTA; RUZANOWSKY, 2015).

De acordo com o estudo de Souza e Chaves (2005), sobre o efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis, foi aplicado o MEEM associado a atividades estimuladoras da memória, como resolução de problemas, cálculos, memorização visual e leitura, em idosos acima de 60 anos. Posteriormente, reapplicaram o MEEM e identificaram que 66% dos idosos haviam apresentado melhora no desempenho do teste cognitivo aplicado.

As funções executivas são responsáveis por organizar informações mais complexas no cérebro, relacionados aos componentes da capacidade funcional. Durante seu desenvolvimento, as funções executivas tornam-se progressivamente mais conectadas aos domínios do conhecimento para fatos, números, palavras e imagens e são aplicadas em comportamentos dirigidos a metas, gerenciamento, aprendizado e consciência crítica, e com o avanço da idade e a manifestação de doenças crônicas, estas podem ser alteradas (XAVIER et al, 2010).

Analisando os resultados, identificou-se que os idosos obtiveram uma melhora quanto aos domínios orientação temporal/espacial de 7,7 (antes) e 8,6 (após) e a linguagem de 6,6 (antes) e 7,0 (após) (Tabela 4). Possivelmente esses resultados podem ser considerados, em virtude da estimulação desses idosos, por meio da musicoterapia, pois a mesma possa ter interferido diretamente na estimulação tanto tempo/espacial como na linguagem, através das danças, cantos, dentre outros. Já quanto a memória e evocação, correspondente a associação de significados e memórias, obteve os índices mais baixos 1,3 (antes) e 1,7 (após). No entanto, a intervenção só promoveu melhora estatisticamente significativa na orientação temporal/espacial ( $p < 0,05$ ).

#### 4.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

A avaliação da qualidade de vida dos idosos participantes do estudo, foi feita através do questionário SF-36 domínios: Capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental (Tabela 5).

**Tabela 5** – Distribuição dos resultados do teste de Qualidade de vida (SF-36) antes e depois da intervenção com musicoterapia. Boa Vista-RR, 2016.

Domínios/Idoso	Pontuação média (DP)		Média da diferença (IC95%)	t	p-Valor*
	Antes	Depois			
Capacidade funcional	19,3 (18,6)	22,1 (26,6)	-2,9 (-22,2; 16,5)	-0,55	0,603
Limitação por aspectos físicos	21,4 (36,1)	60,7 (34,9)	-39,3 (-89,2; 10,7)	-2,91	0,026 <sup>†</sup>
Dor	44,6 (39,7)	55,6 (26,6)	-10,7 (-52,4; 31,0)	-0,95	0,378
Estado geral de saúde	38,7 (22,1)	44,7 (19,6)	-6,0 (-43,1; 31,1)	-0,59	0,571
Vitalidade	56,4 (26,9)	52,1 (16,5)	4,28 (-31,4; 45,0)	0,39	0,710
Aspectos sociais	53,7 (35,1)	62,4 (24,9)	-8,7 (-33,2; 15,7)	-1,32	0,234
Aspectos emocionais	11,4 (30,2)	85,7 (26,3)	-74,3 (-100,0; -25,2)	-5,61	0,001 <sup>†</sup>
Saúde mental	52,6 (19,2)	65,7 (18,0)	-13,1 (-36,2; 9,9)	-2,11	0,078

Fonte: Elaboração própria (2017).

DP: Desvio padrão; IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

\*Teste t pareado bilateral; <sup>†</sup>Diferenças significativas.

O SF-36 avalia a qualidade de vida, e cada domínio correspondente, possui um cálculo diferente podendo variar de 0 a 100 a pontuação, equivalendo do pior ao melhor estado de saúde, ou seja, sendo os escores mais altos indicadores de percepção positiva da saúde (FREITAS; SCHEICHER, 2010).

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, e se relaciona a autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo diversos aspectos como a capacidade funcional, o estado emocional, o próprio estado de saúde, o nível socioeconômico, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar, os valores éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com as atividades diárias e o meio em que o indivíduo está inserido (ALMEIDA et al., 2010).

Vários estudos apontam para as modificações vividas durante o envelhecimento, e manifestam declínio das capacidades física e cognitiva no idoso. Tais fatores acarretam alterações fisiológicas que são preditores para ocorrência de declínio cognitivo e demência, em virtude da degeneração neuronal e do decréscimo de plasticidade, responsáveis pela menor efetividade do processamento central e da integração das informações sensoriais (visual, vestibular e somatossensorial), interferindo no controle postural. Esses déficits geram incapacidades funcionais, apresentando diminuição ou perda das habilidades das atividades de

vida diária, comprometimento da linguagem, incapacidade de orientar-se e reconhecer fisionomias, alterações no sono e dificuldade na locomoção (CAIXETA; FERREIRA, 2009).

O bem-estar psicológico pode ser representado por seis dimensões como: auto aceitação, referente a ter atitudes positivas em relação a si e à vida; autonomia, que diz respeito à resistência às pressões sociais; relação positiva com outros, definida como uma relação satisfatória com os outros; e avaliação de si com base nos próprios padrões; domínio sobre o ambiente, que se relaciona com a habilidade de escolher ou controlar ambientes apropriados à condição física; crescimento pessoal, que está associado ao senso de realização de propósito na vida, que diz respeito ao senso de significado da vida; e desenvolvimento do próprio potencial (SILVA et al., 2012).

Dos resultados coletados do teste de Qualidade de vida (SF-36) antes e após a intervenção com musicoterapia nesse estudo, observa-se que antes da intervenção, os domínios apresentados foram inferiores aos valores obtidos após a intervenção. No entanto, essa diferença só foi significativa nos escores do questionário SF-36 para os domínios limitação por aspectos físicos 21,4 (antes) e 60,9 (após), referindo-se à capacidade desses indivíduos de realizarem suas funções vitais (Tabela 5).

Interpreta-se diante desses resultados, que a mobilidade física dos idosos pertencentes ao trabalho foi considerada satisfatória, apesar do uso acentuado de próteses/órteses por parte destes. A musicoterapia pode então ter sido benéfica quanto a esse aspecto, despertando nessas pessoas o desempenho motor necessário para desempenhar suas funções do dia a dia. Embora existissem algumas limitações, como exemplo o uso de prótese/órteses, não foi um fator significativo que viesse a comprometer o desenvolvimento das atividades de musicoterapia.

De acordo com o estudo de Lenardt et al. (2016), sobre a fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde, em Curitiba/PR, com 203 idosos, dos quais 56,7% (n=115) foram classificados como pré-frágeis, 24,1% (n=49) não frágeis e 19,2% (n=39) frágeis, tendo como resultados: idosos frágeis apresentaram menor qualidade de vida, e as dimensões de qualidade de vida mais prejudicadas foram a capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e estado geral da saúde.

A fragilidade no idoso afeta os domínios físico, psicológico e social, sendo manifestada por sinais e sintomas, como perda de peso não intencional (5 kg nos últimos cinco anos), fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, diminuição na velocidade da marcha (lentidão) e diminuição das relações sociais (LANA; SCHNEIDER, 2014). Observa-se que essa fragilidade, manifestada nos idosos, torna-os susceptíveis a sinais e sintomas que

podem comprometer a capacidade motora, as emoções e também o relacionamento com as outras pessoas.

Quanto aos aspectos emocionais obteve como resultado 11,4 (antes) e 85,7 (após) a musicoterapia, relacionado diretamente ao estado psicológico desses idosos ( $p < 0,05$ ) (Tabela 5). Esses dados coletados apontam para uma melhora significativa quanto a esse aspecto, logo, deduz-se que a intervenção musicoterapêutica possa ter contribuído também para o bem-estar desses idosos, que durante as sessões, ficaram mais extrovertidos, interagiram melhor com os colegas e mostraram-se interessados em manusear os instrumentos musicais. Quanto ao diálogo, percebeu-se que foi mais frequente, tanto entre os colegas idosos como com os funcionários da instituição. Para vitalidade, direcionado a força, energia, entre outros, observou-se piora após a intervenção, não possuindo relevância estatística.

A seguir serão analisadas as possíveis correlações entre os questionários de qualidade de vida SF-36 e o MEEM, antes e após a intervenção da musicoterapia (Tabela 6 e 7), respectivamente, por meio do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) que mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas (Quadro 1).

**Tabela 6** – Correlação de Pearson entre os resultados dos testes SF-36 e MEEM antes da intervenção com musicoterapia.

SF-36	MEEM	Registro	Atenção e cálculo	Memória e evocação	Linguagem	Pontuação final
Capacidade funcional	0,24	0,20	0,48	<b>0,61</b>	<b>0,68</b>	0,44
Limitação por aspectos físicos	0,13	0,14	-0,16	0,01	0,16	-0,07
Dor	0,34	0,16	0,27	0,45	<b>0,54</b>	0,22
Estado geral de saúde	-0,12	0,18	0,22	0,34	0,42	0,35
Vitalidade	<b>-0,50</b>	0,11	0,02	0,06	0,11	0,22
Aspectos sociais	0,43	-0,45	-0,06	0,21	0,13	-0,15
Aspectos emocionais	0,05	0,24	-0,25	0,21	0,10	-0,14
Saúde mental	0,38	-0,42	-0,09	0,15	0,08	-0,29

Fonte: Elaboração própria (2016).

\*Destaque para as maiores correlações (em negrito).

Ao correlacionar os escores obtidos com os questionários antes da musicoterapia, observou-se que houve uma correlação positiva moderada entre o SF-36 (capacidade funcional) com MEEM (memória e evocação: 0,61) e a linguagem: 0,68), ou seja, o aumento da capacidade funcional proporcionou o aumento nos resultados dessas duas variáveis do teste

MEEM antes da intervenção. O mesmo foi observado para correlação entre SF-36 (dor) com o MEEM (linguagem: 0,54). Já em relação ao SF-36 (vitalidade) e o MEEM (orientação temporal/espacial: -0,50) houve correlação negativa moderada. Para as demais variáveis houve correlação fraca a desprezível.

Ao correlacionar os escores obtidos com os questionários após a musicoterapia, observou-se que houve resultados diferentes em relação ao SF-36 (capacidade funcional) com o MEEM (memória e evocação e a linguagem), antes da musicoterapia, que apresentou correlação positiva moderada (0,5 a 0,7). Após a musicoterapia, esses domínios do SF-36 e MEEM passaram a ter correlação negativa fraca (-0,3 a -0,5). Isso implica dizer, que não houve correlação entre O SF-36 (capacidade funcional) e o MEEM (memória e evocação e linguagem).

Ao se comparar os resultados de correlação de Pearson antes e após a intervenção com musicoterapia (Tabelas 6 e 7), verificou-se aumento na correlação positiva entre o SF-36 (limitação por aspectos físicos) e os do MEEM (orientação temporal/espacial: 0,68, atenção e cálculo: 0,60, e linguagem: 0,67), sendo observado também uma correlação forte com a pontuação final do MEEM (0,73). Logo, a medida que houve um aumento dos domínios relacionados à qualidade de vida do idoso (SF-36), também aumentaram os do MEEM, estando diretamente ligada a capacidade cognitiva do idoso.

A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência de cada um. As modificações ocorridas na velhice precisam de um cuidado que envolva não somente os aspectos físicos, mas os biopsicossociais, evitando assim a instalação de doenças. A qualidade de vida, e sua subjetividade deve ser compreendida para que se obtenha um envelhecimento bem-sucedido e está diretamente relacionada ao bem-estar, à felicidade, à realização pessoal, à saúde, as suas possibilidades e limitações individuais e coletivas (LIMA; LIMA; RIBEIRO, 2010).

**Tabela 7** – Correlação de Pearson entre os resultados dos testes SF-36 e MEEM após a intervenção com musicoterapia.

SF-36	MEEM					Pontuação final
	Orientação temporal/espacial	Registro	Atenção e cálculo	Memória e evocação	Linguagem	
Capacidade funcional	0,26	0,00	0,37	-0,39	0,46	0,29
Limitação por aspectos físicos	<b>0,68</b>	0,00	<b>0,60</b>	-0,15	<b>0,67</b>	<b>0,73</b>
Dor	<b>0,51</b>	0,00	0,42	<b>-0,80</b>	0,24	0,22
Estado geral de saúde	0,37	0,00	0,09	-0,36	0,18	0,14
Vitalidade	-0,11	0,00	-0,18	0,40	0,10	0,03
Aspectos sociais	0,42	0,00	0,01	-0,11	0,01	0,09
Aspectos emocionais	<b>0,86</b>	0,00	0,49	-0,11	0,44	<b>0,70</b>
Saúde mental	-0,13	0,00	-0,17	0,29	0,13	0,01

Fonte: Elaboração própria (2017).

\*Destaque para as maiores correlações (em negrito).

Nesse estudo foi observado uma correlação moderada positiva entre os domínios do SF-36 (dor) e o MEEM (orientação temporal/espacial: 0,51) após a intervenção com musicoterapia (Tabela 7). Ou seja, a dor está inserida em uma série de eventos que se manifestam na terceira idade e que podem comprometer a qualidade de vida do idoso. Percebe-se que o aumento na pontuação dos escores relacionados ao SF-36 (dor), tende a diminuir essa sintomatologia no idoso, em igual ocorre com o MEEM (orientação temporal/espacial) pois as duas variáveis são diretamente proporcionais.

As incapacidades física, psicológica e social são as principais repercussões que acometem a qualidade de vida dos idosos que apresentam quadro de dor crônica, e diversos estudos relacionados ao tema mostram que as atividades funcionais da vida diária podem ser mais sensíveis às alterações dolorosas. Diante disso, faz-se necessário sua identificação, pois é considerada a principal queixa nessa população, podendo interferir significativamente na qualidade de vida desses idosos (REIS; TORRES, 2011).

Também verificou uma correlação negativa forte entre o SF-36 (dor) e MEEM (memória e evocação) (Tabela 7). Isso implica dizer que para que haja melhora da capacidade de memória e evocação desses idosos, é preciso que ocorra uma diminuição da dor, pois essas duas variáveis são inversamente proporcionais. Diante disso, observa-se que idosos por apresentarem dor, predispõem para uma diminuição da memória e evocação.

Reis e Torres (2011), em estudo realizado na Fundação Leur Brito para idosos, com 60 idosos, no município de Jequié/BA, avaliaram a influência da dor na capacidade funcional de

idosos institucionalizados. Esses autores observaram que em 73,3% dos idosos existia a presença de dor, e as localizações, nas quais a presença de dor predominou, foram membros inferiores (47,7%) e coluna (25,0%).

Portanto, tornam-se necessárias medidas preventivas, que atuem para diminuir a incidência de dor durante o processo de envelhecimento. Entende-se que uma vez estimuladas a memória e evocação, o idoso aumenta a sua capacidade cognitiva, auxiliando-o durante as alterações ocorridas na velhice, evitando assim possíveis distúrbios relacionados aos aspectos psiquicossociais.

Os domínios relacionados ao SF-36 (limitação por aspectos físicos e aspectos emocionais) estão correlacionados com a o aumento da pontuação final do MEEM, de 0,73 e 0,70, respectivamente (Tabela 7). A medida que existe um aumento nos domínios relacionados a qualidade de vida, conseqüentemente, aumentará a pontuação final do MEEM, que se relaciona ao estado cognitivo desses idosos.

Esse resultado pode estar ligado ao fato dos idosos terem desenvolvido, após a intervenção, uma independência quanto à realização de suas atividades funcionais, sejam motoras ou cognitivas, despertando nesses indivíduos, mais desenvoltura em suas habilidades físicas e, expressando por meio da fala, escrita ou memória, uma autonomia com mais precisão, bem como suas emoções e sentimentos.

No que se refere ao SF-36 (aspectos emocionais), houve correlação positiva forte com o MEEM (orientação temporal/espacial: 0,86) e a pontuação final do MEEM (0,70) (Tabela 7). Dessa forma, entende-se que o fator cognitivo está inserido aos aspectos que compreendem a dimensão racional e emotiva do idoso. O idoso, uma vez institucionalizado, adquire sentimentos negativos que não são observados e tratados a tempo, e que podem evoluir para quadros depressivos, contribuindo para limitações de ordem física ou emocional. Tais fatores são maléficis no que se refere à qualidade de vida desse idoso, e desencadeiam diversos sintomas depreciativos.

Lima, Lima e Ribeiro (2010), em seu estudo sobre envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados, com 57 idosos, ambos os sexos e com idade igual ou superior a sessenta anos, em João Pessoa/PB, constatou-se que o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o psicológico, seguido do social e do ambiental, já o físico mostrou as médias mais fracas, devido à idade e impossibilidade de locomoção e de exercer atividades da vida diária.

#### 4.6. SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

A seguir serão apresentados os procedimentos realizados durante as sessões de musicoterapia nos idosos residentes da ILPIs no município de Boa Vista-RR.

A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta auxilia o cliente a promover a saúde por meio de experiências musicais, podendo ser utilizada num processo psicoterapêutico ou em sessões de relaxamento, até mesmo em casa, permitindo que esse indivíduo seja conduzindo a um encontro consigo mesmo, resgatando sua parte saudável através da música, que é entendida nesse processo como criativa, particular e bela (SANTANA; ZANINI; SOUSA, 2014).

A intervenção musicoterapêutica foi direcionada a todos os idosos residentes da instituição, entretanto, apenas 7 destes, participaram do estudo, e assinaram o termo de consentimento para obtenção de dados. Cada participante foi ativo nas atividades, que proporcionaram momentos lúdicos, nos quais puderam cantar, dançar, fazer exercícios com movimentos corporais, além de expressarem-se através da voz.

As sessões da musicoterapia aconteciam no refeitório na instituição, realizadas duas vezes na semana, sempre pela manhã, entre 9:30h e 10:30h, com duração de 60 minutos, por 21 semanas, totalizando 48 sessões. Foram englobadas as quatro técnicas da musicoterapia: recriação musical, audição musical, composição e improvisação, utilizando os seguintes recursos: TV, Notebook, caixa de som amplificada, microfone, violão, chocalhos, triângulos, flautas, cabaças, meia lua, pandeiros, claves, maraca, tamborim, xequerê e agogô e os mais variados estilos musicais.

Os atendimentos normalmente iniciavam com um primeiro momento de diálogo sobre como os idosos estavam se sentindo no dia e a importância da música e seus benefícios. Em um segundo momento a pesquisadora os conduziu a realizarem alongamentos de braços, mãos, pescoço, mesmo sentados, e dentro das possibilidades físicas de cada um.

Na terceira parte do encontro, foram incluídas as canções, algumas sugeridas por eles e outras trazidas pela pesquisadora. O repertório deles foi muito variado, desde músicas românticas até bolero, forró, gospel, sertaneja, lambada, samba, valsa, dentre outras. Essa fase foi de grande importância, pois, a pesquisadora pôde reconhecer tanto os seus estilos musicais preferidos, suas habilidades musicais e apresentar os instrumentos musicais a serem trabalhados durante as sessões de musicoterapia.

Posteriormente, as atividades trabalhadas eram de acordo com as técnicas da musicoterapia, logo, os idosos tinham liberdade para recriarem as músicas, cantando as canções de sua época e de seu convívio familiar, utilizando os instrumentos musicais, também improvisaram, construindo seus próprios repertórios, utilizaram-se da audição, ouvindo as músicas que eram tocadas pelo instrumentista, através de aparelhos sonoros e vídeos e pôr fim, exploravam suas habilidades compondo músicas e poemas.

Neste estudo buscou-se avaliar a relevância da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos institucionalizados. Partindo-se desse raciocínio, acredita-se que a intervenção musicoterapêutica possa ser uma alternativa de terapia voltada a saúde do idoso, trazendo por meio da música, conforto para aqueles que necessitam de um momento de relaxamento e descontração, diante de algumas situações de conflito, a qual essas pessoas passam no decorrer de sua vida, interferindo significativamente, dentro dos aspectos cognitivos, físicos e sociais.

As ILPIs, ainda que atendam às necessidades dos idosos, quanto à moradia, higiene, alimentação e acompanhamento médico, afastam o idoso de seu convívio familiar, contribuindo para seu isolamento e a inatividade física e mental, gerando consequências negativas à sua qualidade de vida. Uma vez institucionalizado, é uma pessoa desmotivada para a vida, sem expectativas, sem esperanças de retorno ao ambiente familiar, tem que conviver com pessoas muito diferentes, muita das vezes não idosas, com doenças incapacitantes, mentais, psiquiátricas e com alcoolistas, tornando o ambiente desconfortável (MARIN et al., 2012).

Dentro do contexto musical, pôde observar, que as atividades de musicoterapia proporcionaram a estimulação rítmica e cognitiva nesses idosos, uma vez incentivados a lembrar-se das letras das músicas, ouvindo apenas a melodia de uma canção e na estimulação da expressão musical cantada ou tocada, nos casos em que eram utilizados instrumentos.

A terapia com música, através do lúdico, busca melhorar e fortalecer a saúde do idoso acometido por algum tipo de doença, despertando sua criatividade para estimular a livre expressão e comunicação por meio dos sons, da música e dos movimentos, resgatando e fortalecendo as características pessoais e sociais que lhe acomodem um envelhecer de maneira saudável e com melhor qualidade de vida (MOZER; OLIVEIRA; PORTELLA, 2011).

Quanto ao aspecto cognitivo, entende-se que a musicoterapia possa ter influenciado na melhora da escuta e na percepção do outro, além de terem desenvolvido entre si, um espaço para compartilharem suas histórias e lembranças. Acredita-se que a estimulação da cognição nesses idosos seja de grande importante durante o processo de envelhecimento, pois pode ser benéfica no que se refere a preservação de suas memórias, uma vez que são perdidas com o passar dos anos.

Outro ponto relevante é quanto a mobilidade física, embora alguns tivessem limitações, notou-se que a intervenção musicoterapêutica tenha proporcionado mais espontaneidade, descontração e destreza a esses idosos durante a realização das atividades. Com isso, foi visto que as habilidades físicas foram despertadas, o que pôde ter refletido também no melhor desempenho das tarefas do dia a dia.

No que se refere aos aspectos sociais, a musicoterapia por meio das atividades vocais, pôde ter influenciado na timidez desses idosos, facilitando a interação social entre estes, despertando para liberdade de expressão por meio dos diálogos, assim como melhora da autonomia e também da autorrealização.

Leão e Flusser (2008) descreve que a relação interpessoal, por vezes descuidada, tem implicações diretas para com a saúde e a prevenção ou agravamento de doenças no idoso. O isolamento social tende a afastar esse indivíduo dos ambientes de linguagem significativa, alterando o seu sistema de consciência a danos significativos, pois os processos de comunicação conferem os tons afetivo e a qualidade da atividade simpática e parassimpática e, em decorrência, repercutem inclusive na vitalidade funcional de seus órgãos.

É importante frisar que as sessões de musicoterapia foram trabalhadas com todas as suas técnicas, tendo o cuidado de não isolar a nenhuma, mas sim desenvolver estratégias de atividades, criando caminhos que pudessem ativar nesses idosos, a estimulação vocal da fala, dos movimentos corporais, o desenvolvimento cognitivo, a consciência corporal, e principalmente a socialização desses indivíduos.

Foi analisado durante os atendimentos com a musicoterapia, que esta possa ter potencializado o prazer de cantar e de sorrir, além da satisfação de pertencer a um grupo, ter o seu lugar, e poder ajudar o outro. Esse conjunto de fatores pode ser determinante para a melhora da autoestima, o humor, e da liberdade de expressão.

A seguir será mostrado a percepção dos participantes em relação aos benefícios da musicoterapia, por meio de um questionário semiestruturado, utilizado na fase final da intervenção musicoterapêutica, com o objetivo de reforçar os resultados encontrados nos questionários MEEM e SF-36. Para descrever essas informações, serão evidenciadas as respostas dos idosos “falas” em negrito, por meio de frases ou palavras que trazem de forma mais conclusiva os sentidos e significados da vivência dos participantes.

A primeira pergunta foi: *Você está feliz com a musicoterapia no abrigo?* As respostas dos participantes foram:

***“to gostando demais, fico esperando chegar o dia pra vocês chegarem e ouvir as músicas, passa o tempo quando to ouvindo a música”*** (Participante 1); ***“isso é bom, ouvir música, faz a gente ficar mais alegre, feliz e a gente lembra da família, sente***

*saudade deles*” (Participante 2); *“to sim, queria que era todo dia, lembro quando eu tocava, cantava e dançava, agora não consigo dançar, era o que eu mais gostava”* (Participante 3); *“sim, se divirto um pouco, mas as vezes quero ficar só”* (Participante 4); *“sim, gosto muito, gosto de ouvir o Hino da Bandeira, me lembra o passado, tempo do exército”* (Participante 5); *“eu gostei demais né, to muito feliz, gosto de ouvir as músicas de quando eu era moça, as serenatas”* (Participante 6); *“ah! to sim, demais, me lembra as músicas quando eu era mais moço, eu dançava muito e hoje não posso mais, minhas pernas doem”* (Participante 7).

As questões seguintes foram: Você gosta de ouvir música? O que a música representa para você? Você gosta das músicas que são tocadas durante as sessões da musicoterapia? O que você sente quando ouve as músicas durante as sessões? Os participantes relataram:

*“gosto demais, quando ouço música fico contente, gosto de todas músicas, a que gosto mais é de romântica e samba”* (Participante 1); *“ sim, gosto porque vocês traz as músicas que gosto, música da nossa terra, ai lembra o passado, ai fico triste, mas fico feliz também”* (Participante 2); *“muito, gosto de todas as músicas, e gosto de cantar as músicas”* (Participante 3); *“sim, gosto mais das que falam do Nordeste, minha terrinha”* (Participante 4); *“sim, gosto muito, gosto de ouvir toda”* (Participante 5); *“gosto de todas, eu não sei cantar, mas lembro de todas as músicas que toca aqui”* (Participante 6); *“gosto demais, quando tô triste quero ouvir música, ela dá força na solidão, sempre ouço música”* (Participante 7).

Foram também indagados em relação às seguintes questões: O que você faz hoje de diferente depois que começou a participar do projeto de musicoterapia? Você gosta de dançar quando ouve as músicas? Quanto ao seu corpo, você acha que tem se movimentado mais depois que começou a participar da musicoterapia? Obtiveram-se os seguintes depoimentos:

*“trato melhor as pessoas. Sempre que posso eu danço sim, me deixa mais feliz. Depois que comecei na musicoterapia me senti mais cheio de energia, e também converso mais com as pessoas”* (Participante 1); *“tô mais disposto. Eu não danço, mas fico feliz em ver os outros dançando. Acho que no meu corpo não mudou muito. Mas eu notei que consigo ajeitar minha roupa melhor, ajeito minha cama”* (Participante 2); *“mais alegre. Queria era dançar, mais num posso porque minhas pernas não aquecem mais”. Meu corpo tá do mesmo jeito, mas faço minhas tarefas mais alegre”* (Participante 3); *“quase nada. Sinto vontade de dançar, mais num posso porque tô na cadeiras de rodas. Acho que não melhorou muito”* (Participante 4); *“passei a escutar melhor as pessoas. Sim, tenho vontade de dançar, mas não posso porque fico na cadeira de rodas, mas sinto alegria em ver os outros alegres”* (Participante 5); *“lembrar do passado sem tristeza. Gosto mais eu não posso mais dançar por que tô nessa cadeira de rodas. Não vejo que mudou muito, mas acho que gosto de me arrumar mais nos dias da música, pintar as unhas, ajeitar os cabelos, mais não faço sozinha ”* (Participante 6); *“eu danço, porque fazia tempo que não dançava, e a professora dança comigo valsa. Gosto mais eu não posso mais dançar porque meus joelhos dói. Sim, quando danço minhas pernas fica mais forte. Parece que ando melhor”* (Participante 7).

Ao analisar as falas dos idosos, pode-se observar que os resultados descritos por meio do questionário semiestruturado, tenham similaridade com os achados nos questionários MEEM e SF-36, relacionados aos estados cognitivos e a qualidade de vida respectivamente.

Percebe-se que a musicoterapia possa ter trazido benefícios ao estimular as funções cognitivas, relacionadas à noção de tempo e espaço, assim como aos aspectos emocionais, atuando na melhora nos relacionamentos interpessoais e, também, na qualidade de vida, quanto à funcionalidade de cada idoso, evitando assim grandes limitações por aspectos físicos.

Acredita-se que essa melhora, possa ser em virtude de remetem esses indivíduos à lembrança de músicas antigas e/ou de fatos passados recordados, principalmente, o despertar de sentimentos, seja na lembrança de seus familiares ou mesmo entre os colegas que residem no abrigo, podendo interferir positivamente para sua saúde e bem-estar. De acordo com o estudo de Marconato et al. (2001), sobre os efeitos da musicoterapia receptiva em homens e mulheres com idade superior a 18 anos com sintomas de estresse, sofrimento emocional e necessidade de mudar hábitos de vida em benefício da saúde, em que todos foram submetidos a estímulos musicais, verificou-se a melhora dos níveis de estresse, satisfação pessoal e perspectivas de vida, sugerindo que a musicoterapia receptiva poderia ser aplicada na prática clínica como uma intervenção terapêutica conjunta com o tratamento de comportamento de riscos para a saúde.

Segundo Andrade et al. (2012), o idoso tende a trazer uma bagagem da infância, a vivência de jovem e de adulto e ainda sua experiência vivida na atualidade, o que o leva a possuir certamente um significado lúdico. Uma nova significação positiva da ludicidade em sua vida pode gerar uma pessoa mais agradável e dinâmica, construindo no seu interior um crescimento emocional, social, aproveitando mais cada fase vivida durante esse processo de envelhecimento, buscando mais oportunidades de vivenciar os benefícios dessas atividades lúdicas.

A música vem sendo considerada uma das terapias integrativas e complementares mais usadas na atualidade, atuando como recurso para realização de ações de promoção e prevenção, principalmente na área da geriatria e gerontologia, pelo fato de proporcionar efeitos significativos nas esferas psicoemocionais, físicas e sociais destas pessoas, repercutindo na melhora da autoestima e da socialização (GOMES; AMARAL, 2012).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscou-se compreender a relevância da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos institucionalizados, reconhecendo sua importância para a saúde dessa população. Dentro desse contexto, entende-se que o processo de envelhecimento está inserido em um imaginário social vinculado à qualidade de vida e que manifestam alguns sentimentos e concepções que travam aspectos biológicos, éticos, sociais, morais, culturais, políticos e econômicos, capazes de influenciar os sujeitos que se deparam a esse processo evolutivo.

Considerando os objetivos traçados, a análise e discussão, empreendidas neste estudo, quanto aos resultados encontrados na pesquisa, foi percebido que após as sessões de musicoterapia na ILPI, os idosos apresentaram melhora significativa quanto ao aumento na pontuação obtida no MEEM, relacionado à cognição, havendo uma correlação com o domínio limitação por aspectos físicos (SF-36). Isso implica dizer, que os idosos embora fizessem uso de auxílio para locomoção, como prótese/órtese, mesmo assim, sua capacidade física foi melhorada comparada com antes da intervenção, ocorrendo que as limitações físicas encontradas nesses idosos não foram significativas para comprometer o desempenho durante a musicoterapia. O mesmo ocorreu com os aspectos emocionais (SF-36), pois foi de grande importância tanto para aceitação da musicoterapia como para a vida pessoal de cada idoso, contribuindo assim para sua qualidade de vida.

Observou-se também, que os idosos participantes do estudo ao vivenciarem a escuta da música, durante a intervenção musicoterapêutica, revelaram por meio dos questionários aplicados e discursos, a expressão de emoções, sensações e sentimentos, que foram influenciadas, em sua maioria, pelas recordações evocadas através dela. Essas pessoas relataram ter lembrado de um tempo vivido com pessoas significativas (família e amigos), por meio das lembranças evocadas. Os resultados obtidos após as sessões de musicoterapia, mostraram os benefícios que esta possa ter proporcionado a esses indivíduos, atuando como uma terapia coadjuvante na manutenção da saúde.

O desafio desse estudo foi transmitir segurança aos idosos quanto ao manuseio da terapia, assim como levar por meio da música conforto e a sensação de bem-estar de forma lúdica, mas com o intuito de contribuir significativamente para a saúde, identificando seus benefícios. É fundamental que essa concepção de terapia seja repassada a essas pessoas, e que as atividades sejam desenvolvidas de acordo com a vontade de cada um, levando-se em

consideração a rotina e os desafios diários, almejando, principalmente, potencializar as habilidades que estão ainda existentes nessas pessoas.

Diante do que foi citado, entende-se que o idoso institucionalizado vive em meios a conflitos externos e internos, e que são fortemente influenciados por esses fatores, e que uma vez associado aos acontecidos vividos pelo processo de envelhecimento, podem desencadear uma série de eventos de natureza cognitiva, física e social nesse indivíduo. Logo, buscar alternativas que venham a ajudar esses idosos a enfrentarem tais transformações, é de suma importância.

Para tanto, é importante que se tenha consciência da importância dessa alternativa terapêutica, como uma nova e antiga modalidade de cuidar-curar, inserida no contexto de promoção da saúde, e que os profissionais envolvidos sejam conscientes e intencionalmente presentes para apoiar, estimular e atender as necessidades desses idosos.

Almeja-se que essa pesquisa venha a contribuir de forma positiva na saúde desses idosos institucionalizados, e que a implementação dessa modalidade musicoterapêutica seja não somente nas ILPIs, mas em todos os setores que possam ser trabalhadas.

Que a musicoterapia seja interpretada, a partir de então, por todos os profissionais da ILPIs do estudo, não somente como um simples momento de música, mas como um caminho eficaz para se atingir a qualidade de vida desses idosos, quanto aos aspectos cognitivos, físicos e emocionais. Por fim, sugere-se que se construa mecanismos eficazes para a realização de tal terapia, como estrutura física adequada, profissionais especializados, instrumentos específicos a prática musical, e que esta modalidade seja aplicada dentro da instituição não somente através de pesquisas, mas enquadrada dentro das propostas de saúde destinadas a essa população.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.C.S. et al. **Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):404-13. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a21.htm>.

ALENCAR, M.A. et al. **Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(4):785-796.

ALMEIDA, E.A. et al. **Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2010; 13(3):435-443.

ALVES, D.S.B. et al. **Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro.

ANDRADE, T.P. et al. **Projeto Conviver: Estímulo à Convivência entre Idosos do Catete, Ouro Preto, MG.** REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 36 (1, Supl.1): 81-85; 2012.

ARAÚJO, C.L.O et al. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** Caderno Temático Kairós Gerontologia, 8. ISSN 2176-901X, São Paulo, novembro 2010: 35-44.

BARCELLOS, L. R. M. **Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança nas poltronas!** Revista Música Hodie, Goiânia, V.15 - n.2, 2015, p. 33-47.

BATISTA, M. P. P. et al. **Acompanhantes de idosos: Reflexão sobre sua prática.** Rev Saúde Pública 2014; 48 (5):732-738.

BERGOLD, L.B.; ALVIM, N. A. T. **A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 537-42.

BERGOLG, L.B.; ALVIM, N. A.T. **A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 537-42538.

BERNARDINO, A. R. P. **Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados: Valorizar o envelhecimento.** Universidade da Beira Interior; 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) Universidade da Beira Interior, Covilhã, Out, 2013.

BERTOLDI, J.T.; BATISTA, A. C.; RUZANOWSKY, S. **Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: Revisão de literatura.** Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc >> Ano 16 - Volume 16 - Número 2 - Abril/Junho 2015.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. **O Mini-Exame do estado mental em uma população geral.** Arq Neuropsiquiatr, 1994, 52(1).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 1.ª edição, 2012.

BRASIL. Estatuto do Idoso. 5ª edição, revista e ampliada Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (**Estatuto do Idoso**), e legislação correlata. Atualizado até 5/2/2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: 30 de dez, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil.** Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80.: il.

CAIXETA, G.C.S.; FERREIRA, A. **Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos.** Ver Neurocienc 2009; 17(03): 202-8.

CAMARANO, A.A. **Estatuto do idoso: Avanços com contradições.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2013. Rio de Janeiro, junho de 2013. P. 8-9.

CHAVES, A. S.; SANTOS, A.M.; ALVES, M.T.S.S.B.; SALGADO, F.N. **Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2015; 18 (3):545-556.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. **Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência.** J Bras Psiquiatr, 56(4): 267-272, 2007.

CUNHA, R.M.; VOLPI, S. **A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação.** R. cient./FAP, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008.

DAWALIBI, N.W. et al. **Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo.** Estudos de Psicologia Campinas 30(3) 393-403 julho - setembro 2013.

DEGANI, M.; MERCADANTE, E.F. **Os benefícios da música e do canto na maturidade.** Revista Kairós Gerontologia, 13(2), ISSN 2176-901X, São Paulo, novembro/2011: 149-66.

DIAS, R. G. et al. **Diferenças nos aspectos cognitivos entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico.** J. Bras. Psiquiatr. 2014;63 (4):326-31.

FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. **O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos.** Revista científica internacional, ISSN: 1679-9844, edição 20, volume 1, Artigo nº7, Janeiro/março 2012, D.O.I: <http://dx.10.6020/1679-9844/2007>.

FERREIRA, L. B.; REZENDE, L. V.; VARGAS, D. R. M. **A Influência da musicoterapia na auto estima de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência em Araguaína –TO;** Rev. Cereus, v. 5, n. 1, p. 47-62, abril/2013, UnirG, Gurupi, TO, Brasil.

FERREIRA, L.L. et al. **Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer.** Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(3):567-573.

FERREIRA, T. C.R. et al. **Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados.** RBCEH, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 9-20, jan./abr. 2011.

FIALHO, C.B. et al. **Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 (3):599-610, mar, 2014.

FOLSTEIN M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH P.R. **Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatr Res. 1975;12 (3):189-98.

FREITAS, A. V.S.; NORONHA, C. V. **Uso de medicamentos em Idosos que residem em uma Instituição de Longa Permanência.** Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 105 - 118, 2013.

FREITAS, M. A.V.; SCHEICHER, M. E. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2010; 13(3):395-401.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos.** Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):407-12 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

FRIAS, M.A.E. et al. **A Contribuição da recreação para a qualidade de vida do idoso.** Science in Health • 2011 set-dez; 2(3): 155-62,SP.

GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M.E.L.; HEUKELBACH, J. **Perfil epidemiológico carie dentária em idosos residentes em institucionalização na cidade de Fortaleza, CE.** Revista brasileira epidemiol [online], 2005.

GATTI, A. L. et al. **Pesquisa Qualitativa: Grupo Focal e Intervenções Psicológicas com Idosos.** Psicologia: Ciência e Profissão, 2015, 35(1),20-39.

GIACOMIN, M.S.; LIMA, A.T. F.; CHAVES, A.C. P. **Perfil da farmacoterapia de idosos institucionalizados de uma cidade no vale do aço – minas gerais.** Farmácia & Ciência, v.3, p.01-19, abr/jul. 2012.

GOMES, L.; AMARAL, J.B. **Os efeitos da utilização da música para os idosos: revisão sistemática.** Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, dez. 2012; 1(1): 103-117. <http://www.bahiana.edu.br/revistas>.

GUEDES, J. M.; SILVEIRA, R. C. R. **Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo - RS.** Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 10, n. 21, p. 10-21, jul./dez. 2004.

JUAREZ, I. et al. **Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em Instituição Brasileira de Longa Permanência.** Acta Med Port 2007; 20: 97-105.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. **Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(3):673-680.

- LEÃO, E. R.; FLUSSER, V. **Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes.** Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):73-80. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).
- LENARDT, M. H. et al. **Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mai-jun;69(3):478-83.
- LENARDT, M. H. et al. **Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária.** Acta Paul Enferm. 2014; 27 (5):399-404.
- LIMA, D. L.; LIMA, M.A.V. D.; RIBEIRO, C.G. **Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados RBCEH,** Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 346-356, set./dez. 2010.
- LUZ, L.T.; PORTUGUEZ, M.W. **O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e nos sintomas de ansiedade e depressão em idosos institucionalizados.** Revista brasileira e geriatria e gerontologia, 2015.
- MACHADO, A.P. et al. **Qualidade de vida: conceituação e intervenção na velhice.** Auditório da biblioteca centra, 18 de julho de 2013.
- MARCONATO, C. et al. **Aplicação da Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica.** Arq Bras Cardiol, volume 77 (nº 2), 138-9, 2001.
- MARIN, M.J.S. et al. **Compreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(1):147-154.
- MELLO, B. L.D.; HADDAD, M.C. L.; DELLAROZA, M.S.G. **Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados.** Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, Jan.-June, 2012.
- MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. **Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(4):1209-1218, 2008.
- MOLIN, D.T.D. et al. **Análise de Polifármacos em Idosos asilados no lar São Vicente de Paula- Mairiporã-SP.** Rev. da Liga de Clínica. Médica. - UNICID 3(1); 2014.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. **Características biológicas e psicológicas do envelhecimento.** Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 67-73.
- MOZER, N. M. S.; OLIVEIRA, S. G.; PORTELLA, M. R. **Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados.** Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2011.
- MUKAKA, M.M. **Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research.** Malawi Medical Journal; 24(3): 69-71 September 2012.
- NOBRE, D.V. et al. **Respostas Fisiológicas ao Estímulo Musical: Revisão de Literatura.** Rev Neurocienc 2012;20(4):625-633.
- OLIVEIRA, G. C. et al. **A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso.** Cadernos UniFOA. Edição nº 20 – Dezembro /2012.

OLIVEIRA, J.M.; ROZENDO, C. A. **Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?** Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67 (5):773-9.

PEREIRA, L. V. et al. **Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional.** Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2014;22(4):662-9.

PERES, M. A.C. **Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste.** Revista Sociedade e Estado - Volume 26, Número 3, setembro/dezembro 2011.

PORTARIA de nº 10.741, de 1 de outubro de 2003 (**Estatuto do Idoso e dá outras providências**). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/435991.pdf>. Acesso em: pesquisado em 25 de março, 2017.

PORTARIA MS nº. 702 de 12 de abril de 2002 (**Criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**). Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>. Acesso em: pesquisado em 30 de dezembro, 2016.

PORTARIA nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999 (**Política Nacional de Saúde do Idoso**). Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573034.pdf>. Acesso em: pesquisado em 30 de dezembro, 2016.

PORTARIA nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. PNSPI (**Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**). Disponível em: [http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/Politica Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.pdf](http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/Politica%20Nacional%20de%20Saude%20da%20Pessoa%20Idosa.pdf). Acesso em: pesquisado em 30 de dez, 2016.

PORTARIA SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002 (**Mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**). Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Portaria\\_249.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Portaria_249.pdf). Acesso em: pesquisado em 30 de dezembro, 2016.

REIS, L. A. et al. **Perfil sócio demográfico e de Saúde do Idoso em Instituição de Longa Permanência para Idosos em Vitória da Conquista/BA;** Inter Scientia, Joao Pessoa, v.1, n.3, p.50-59, set./dez. 2013.

REIS, L.A.; TORRES, G. V. **Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados.** Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): -abr; 64(2): 274-80.

SANTANA, D.S. T.; ZANINI, C. R.O.; SOUSA, A. L.L. **Efeitos da música e da musicoterapia na pressão arterial: uma revisão de literatura.** InCantare: Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. Curitiba, p. 37 – 57, v.5, 2014.

SECOLI, S.R. **Polifarmácia: interações e reações olifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos** Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 136-40.

SILVA, E. R. et al. **Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(6):1387-93 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

SILVA, H.O. et al. **Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):123-133.

SILVA, L. C.C. et al. **Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico.** Revista Kairós Gerontologia, 15(3). Online ISSN 2176-901X - Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil, 2012, jun.: 119-140.

SILVA, M. N. et al. **A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP,** Contextos Clínicos, vol. 5, n. 2, julho-dezembro 2012.

SOUZA, G. C.A.; COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010 509.

SOUZA, J. N.; CHAVES, E. C. **O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis.** Revista Escola de Enfermagem da USP, v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005. SOUZA, S. L. Educação musical com idosos. Textos Sobre Envelhecimento, v. 8, n. 3, p. 411-427, 2005.

TAETS, G. G.C. et al. **Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mai-jun; 66 (3): 385-90.

THÉ, K. B. et al. **Avaliação de dor em idosos dementados: validação da versão brasileira da escala PACSLAC.** Einstein. 2016;14(2):152-7.

VIVAN, S.; ARGIMON, I.I.L. **Estratégias de enfrentamentos, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados.** Caderno de Saúde Pública, 25(2). [online]: 436-44, 2009.

WAZLAWICK, P.; CAMARGO, D.; MAHEIRIE, K. **Significados e sentidos da música: Uma breve “composição” apartir da psicologia histórico-cultural.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 1, p. 105-113, jan./abr. 2007.

WFMT **(Federação mundial de musicoterapia).** Disponível em: <http://www.reab.me/musicoterapia-definicao-beneficios-indicacoes-e-links-uteis/>. Acesso em 10 de jan, 2017.

WICHMANN, F.M.A. et al. **Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2013; 16 (4):821-832.

XAVIER, A. J.; SIGULEN, E.D.D.; RAMOS, L.R. **Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso.** Rev Saúde Pública 2010;44(1):148-58.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE A: Questionário semiestruturado**

1-Você está feliz com o projeto de música no abrigo?

2-Você gosta de ouvir a música?

3-O que a música representa para você?

4-Você gosta das músicas que são tocadas durante as sessões da musicoterapia?

5-O que mudou na sua vida depois que começou a participar do projeto?

6-O que você sente quando ouve as músicas durante as sessões?

7-O que você faz hoje de diferente depois que começou a participar do projeto de musicoterapia?

8-Você gosta de dançar quando ouve as músicas?

9-Quanto ao seu corpo, você acha que tem se movimentado mais depois que começou a participar da musicoterapia?

10-Quanto as suas tarefas do dia a dia, melhorou mais depois que começou a participar do projeto de musicoterapia?

**APÊNDICE B: Ficha de acompanhamento Clínico e Farmacoterapêutico**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-PROCISA

Responsável pela entrevista \_\_\_\_\_

**1-DADOS DO PACIENTE**

Nome:	
Sexo:	Escolaridade ( em anos):
Profissão:	Aposentado: ( ) Sim ( ) Não
Situação previdenciária: ( ) Privada ( ) Pública desenvolve alguma outra atividade produtiva remunerada?	
Recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC)? ( ) Sim ( ) Não	Serviço de Saúde: Público ( ) Privado ( )
Idade:	Data de Nascimento:
Naturalidade:	Estado: País:
Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Outros	

**2-INFORMAÇÕES DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:**

## 2.1 Queixa principal:

\_\_\_\_\_

2.1 Quadro álgico ( ) sim ( ) não

Especificar: \_\_\_\_\_

## 2.2 História familiar positiva para:

Doença cardiovascular ( ) sim ( ) não

Hipertensão arterial sistêmica ( ) sim ( ) não

Diabetes mellitus tipo ( ) sim ( ) não

Doença tireoidiana ( ) sim ( ) não

Colesterol ( ) sim ( ) não

Câncer ( ) sim ( ) não

Osteoporose/Fratura de fragilidade ( ) sim ( ) não

Depressão ( ) sim ( ) não

Demência ( ) sim ( ) não

Outras ( ) sim ( ) não

Especificar: \_\_\_\_\_

## 2.3 Uso de medicamento:

Droga	Dose	Tempo de Uso	Indicação Médica

2.4 Uso de órtese/ próteses..... ( ) SIM ( ) NÃO

Especificar: \_\_\_\_\_

2.5 Hospitalizações clínicas (diagnóstico/ano):

\_\_\_\_\_

2.6 Cirurgias prévias:

\_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora Lucélia do Nascimento Rocha sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jackeline da Costa Maciel em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “Influência da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos institucionalizados”, cujo objetivo é Avaliar a contribuição da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), investigando possíveis melhoras quanto ao desempenho cognitivo, físico e social. Ressaltamos que este projeto faz parte do curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação da Saúde-PROCISA/UFRR. Os dados serão coletados por meio de aplicação de questionários e dos prontuários dos idosos. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a pesquisadora Lucélia do Nascimento Rocha, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar desta pesquisa.

Eu, Lucélia do Nascimento Rocha, declaro que forneci ao avaliado todas as informações referentes a pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) avaliado (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com as pesquisadoras no endereço abaixo relacionado:

<b>Nome</b>	Lucélia do Nascimento Rocha	
<b>Fone</b>	Lucélia Rocha (95) 99124-0130 e/ou Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Jackeline da Costa Maciel (95) 98100-4676	
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:luc-nas@hotmail.com">luc-nas@hotmail.com</a>	<a href="mailto:procisa@ufrr.br">procisa@ufrr.br</a>

**ANEXO B: Autorização requerida da Instituição****Estudo sobre “Influência da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos institucionalizados”**

Exmo. Sr(a). Presidente Administrativo.

No âmbito da realização da dissertação como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde (PROCISA) da Universidade Federal de Roraima-UFRR, propõe-se a desenvolver uma investigação cujo tema pretende analisar a Influência da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos institucionalizados. Desta forma, solicita-se autorização para fazer a coleta de dados para este estudo nas instalações do abrigo de idosos Maria Lindalva Teixeira de Oliveira (Boa Vista-RR). Informa-se ainda que se pretende efetuar a coleta de dados num período compreendido entre fevereiro de 2016 e agosto de 2016, tendo o objetivo de recolher dados numa amostra que inclui os idosos residentes na ILPI.

Agradeço, desde já, a disponibilidade prestada,

Lucélia do Nascimento Rocha

Orientador: \_\_\_\_\_

**ANEXO C: Questionário Sociodemográfico**

Data: ___/___/_____ Nº ___
Instituição: _____
Regime: _____

1- Caracterização da amostra
Sexo: Masculino ___ Feminino ___
Naturalidade _____
Data de nascimento: (Ano) ___ ou idade ___ anos.
Estado civil: Solteiro__ Casado (a) /União de fato __ Divorciado (a) /Separado__ Viúvo (a)___
2-Número de Filhos: _____
3-Escolaridade: Analfabeto (a) ___ Sabe ler e escrever ___ Ensino primário ___
Ensino secundário ___ Curso Superior ___
4-Como classifica a sua situação econômica: Má ___ Média ___ Boa ___
5-Qual o valor mensal da sua renda? _____
6-A iniciativa do internamento foi: Iniciativa própria ___ trazido (a) por amigos ___
Trazido (a) por familiares ___ trazido (a) por técnicos de ação social ___
7-Tempo de internamento: _____ meses; ___ anos
8-Realiza algum tipo de atividade: Não___ Física _____
Cultural _____
9-Regularidade com que é visitado: _____ vezes por mês
10-Como considera a sua saúde: Muito má___ Má ___ Nem boa nem má___ Boa___ Muito boa___
11-Com que frequência se sente só: Sempre___ Muitas vezes___ Algumas vezes___
Raramente___ Nunca___

(BERNARDINO, 2013)

**ANEXO D: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) tradução (com alterações) proposta por Bertolucci et al (1994)**

<b>Identificação do cliente</b>
Nome:
Data de nascimento/idade:
Sexo:
Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )
Avaliação em: ____/____/____ Avaliador:

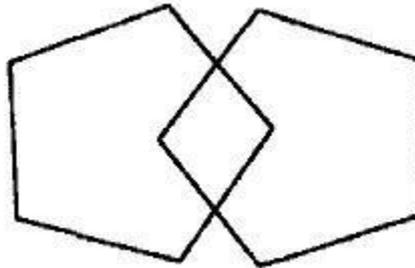
<b>1-Orientação Temporal</b> (1 ponto cada resposta)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que ano nós estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que estação do ano nós estamos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que mês do ano nós estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que dia da semana nós estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que dia do mês nós estamos?</li> </ul>
<b>Orientação Espacial</b> (1 ponto cada resposta)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que Estado nós estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que cidade nós estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que bairro nós estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é este prédio em que estamos?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que andar nós estamos?</li> </ul>
<b>2-Registros</b> (3 pontos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO [pausa], VASO [pausa], BOLA [pausa].</li> <li>• Agora, repita as palavras para mim. (Permita cinco tentativas, mas pontue apenas a primeira)</li> </ul>
<b>3- Atenção e cálculo (Série de 7)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agora eu gostaria que o (a) Sr (a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? (pausa) Vamos começar: quanto é 100 menos 7? (Dê um ponto para cada acerto). Ex: (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). (5 pontos)</li> <li>• Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente. (Dê um ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado). Ex: O D N U M (5 pontos)</li> </ul>

**4- Memória de evocação (3 pontos)**

- Peça: Quais são as três palavras que eu pedi que o Sr (a) memorizasse? Não forneça pistas.

**5- Linguagem**

- (Aponte para um lápis e um relógio e pergunte): O que é isto? (Lápis) O que é isto? (Relógio). (2 pontos)
- Agora eu vou pedir para o Sr (a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. (1 ponto)
- Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer uma tarefa: [pausa]. Pegue este papel com a mão direita [pausa], com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão. (3 pontos)
- Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha com o comando: **FECHE OS OLHOS** (1 ponto)
- Peça: Por favor, escreva uma sentença (Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria, com um sujeito e um objeto e fazer sentido, ignore erros de ortografia ao marcar o ponto. (1 ponto)
- Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo. (Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta). Peça: Por favor, copie este desenho. (Apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam). Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados. (1 ponto)



**Escore dos resultados:** Optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade. O escore total do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um máximo de 30 pontos.

(BERTOLUCCI et al., 1994)

**ANEXO E: Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey) Versão Brasileira**

1-Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2-Comparada há um ano, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## Cálculo dos escores do questionário de qualidade de vida

### Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p style="text-align: center;">Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)            Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)            Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)            Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)            Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)            Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:            Se a resposta for (1), a pontuação será (6)            Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)            Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)            Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)            Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p style="padding-left: 40px;">Se a resposta for 1, o valor será (6)          Se a resposta for 2, o valor será (5)          Se a resposta for 3, o valor será (4)          Se a resposta for 4, o valor será (3)          Se a resposta for 5, o valor será (2)          Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p style="padding-left: 40px;">Se a resposta for 1, o valor será (5)          Se a resposta for 2, o valor será (4)          Se a resposta for 3, o valor será (3)          Se a resposta for 4, o valor será (2)          Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

### Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

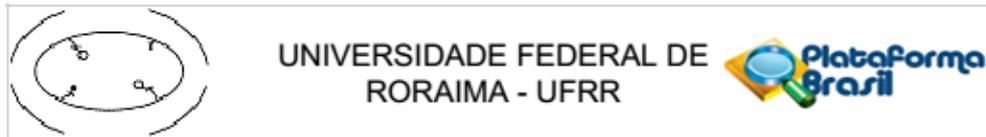
Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10

Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

(CHAVES et al, 2015)

## ANEXO F: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NA SAÚDE E BEM-ESTAR DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR

**Pesquisador:** LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53986916.8.0000.5302

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Roraima - UFR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.459.599

#### Apresentação do Projeto:

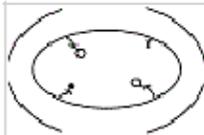
Trata-se de um projeto de pesquisa referente a uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Trata-se de um ensaio clínico com avaliação antes e depois da intervenção terapêutica (musicoterapia), com 37 idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Boa Vista-RR. A coleta de dados será realizada mediante a utilização de instrumentos de avaliação específicos: 1) Questionário Sócio Demográfico, 2) Escala de avaliação cognitiva (Mini-Exame do Estado Mental ou teste de Folstein - MEEM), 3) Avaliação da qualidade de vida (Questionário de Qualidade de Vida - SF-36), 4) Polifarmácia quantitativa (análise dos prontuários e prescrições). Os dados serão armazenados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel e as análises descritivas serão realizadas utilizando o programa SPSS Statistics 21.0. O teste t-Student será utilizado na comparação entre amostras antes e após intervenção.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo geral:** Avaliar a contribuição da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Boa Vista-RR.

**Objetivos específicos:** Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes; Avaliar antes e

**Endereço:** Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
**Bairro:** Aeroporto **CEP:** 69.304-000  
**UF:** RR **Município:** BOA VISTA  
**Telefone:** (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 1.459.599

após a intervenção com musicoterapia: a função cognitiva; o estado de saúde geral e a farmacoterapia utilizada pelos idosos residentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Avaliação dos riscos:** Segundo a pesquisadora, os riscos mínimos podem ser referentes ao próprio estado de vulnerabilidade do idoso, entretanto, todos os participantes da pesquisa serão devidamente acompanhados pela pesquisadora e auxiliares durante todo o processo do estudo.

**Avaliação dos benefícios:** Permitir uma aproximação com o campo da musicoterapia, apresentando outra possibilidade de compreensão do fenômeno musical como terapia aliada à saúde, proporcionando saúde e bem-estar em idosos institucionalizados, o que poderá interferir positivamente no desempenho cognitivo, físico e social dos idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, segundo a pesquisadora, uma vez que a atuação da musicoterapia tem se mostrado como alternativa terapêutica com benefícios diversos utilizando a música como meio de proporcionar melhores condições de comunicação, aprendizado, mobilização, expressão e organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) além de apresentar efeitos positivos no tratamento de diferentes distúrbios auxiliando também na melhora da autoestima, diminuição do desespero, proporcionando conforto e bem-estar.

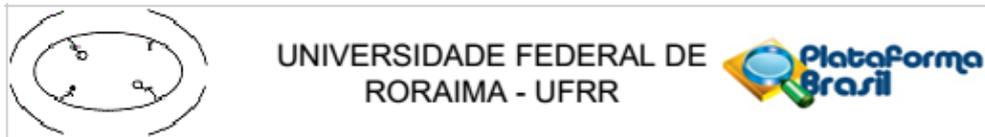
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as exigências da Resolução Nº 466/12.

**Recomendações:**

Recomenda-se descrever quais são os riscos mínimos que podem ser referentes ao próprio estado de vulnerabilidade do idoso. É possível destacar que a pesquisadora apresentou o Critério de Inclusão: Idosos residentes em uma ILPI no município de Boa Vista-RR, há no mínimo seis meses, de ambos os sexos, que possuam capacidade cognitiva preservada, de acordo com o escores do Mini Exame do Estado Mental.

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.304-000  
 UF: RR Município: BOA VISTA  
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 1.459.599

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_659673.pdf	16/02/2016 03:11:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	LUCELIAROCHA.pdf	16/02/2016 03:07:26	LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	16/02/2016 02:59:23	LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	16/02/2016 02:54:27	LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOA VISTA, 21 de Março de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ivete Souza da Silva**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.  
**Bairro:** Aeroporto **CEP:** 69.304-000  
**UF:** RR **Município:** BOA VISTA  
**Telefone:** (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

**ANEXO G: Autorização requerida da instituição para realização da coleta de dados**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA**  
**PRÓ - REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROCISA**



Ofício nº 005/2016 - PROCISA. Boa Vista - RR, 27 de abril de 2016.

Da: Coordenação de Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA  
**Prof. Dr. Ricardo Alves da Fonseca**

Para: **Secretaria de Estado do Trabalho E Bem-Estar Social - SETRABES**

Por meio desta apresentamos a aluna **LUCÉLIA DO NASCIMENTO ROCHA**, *mestranda* do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, devidamente matriculada nesta Instituição de ensino, que está realizando a pesquisa intitulada **“INFLUÊNCIA DA MUSICOTERAPIA NA SAÚDE E BEM-ESTAR DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR”**, com objetivo de avaliar a contribuição da musicoterapia na saúde e bem-estar de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Boa Vista-RR, conforme parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRR.

Na oportunidade, eu, Prof. Dr. Ricardo Alves da Fonseca como coordenador do PROCISA, solicito autorização para que realize a pesquisa através da coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas e de intervenção terapêutica através da musicoterapia. Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento da pesquisadora em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste (a) futuro (a) profissional e da iniciação à pesquisa científica em nossa região. Em caso de dúvida estamos à disposição pelo telefone: **(95) 3623.5236** ou [procisa@ufrr.br](mailto:procisa@ufrr.br)

Atenciosamente,

  
**Prof. Dr. Ricardo Alves da Fonseca**  
 Coordenador do PROCISA

**Prof. Dr. Ricardo Alves da Fonseca**  
 Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
 PROCISA

Universidade Federal de Roraima  
 Campus Paricarana  
 Av. Cap. Ene Garcez, N.º 2413 – Bairro Aeroporto CEP: 69.304-000 Boa Vista/RR  
 Telefone: (95) 3623-5236 – procisa@ufrr.br