UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO JUNIOR

Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores

São Paulo
2019

MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO JUNIOR

Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 10 de maio de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:

Gerontologia

Orientadora:

Profa. Dra. Deusivania Vieira da Silva Falcão

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8-4936

Anastacio Júnior, Mauro Pereira Amoroso

Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores / Mauro Pereira Amoroso Anastacio Júnior ; orientadora, Deusivania Vieira da Silva Falcão. – 2019

132 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo
Versão corrigida

1. Musicoterapia. 2. Idosos. 3. Doença de Alzheimer. 4. Cuidadores de idosos. 5. Cônjuge. I. Falcão, Deusivania Vieira da Silva, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 615.85154

Nome: ANASTACIO JUNIOR, Mauro Pereira Amoroso

Título: Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Área de Concentração:
Gerontologia

Aprovado em: 10/05/2019

Banca Examinadora

Profa. Dra. Deusivania Vieira da Silva Falcão (Presidente da banca)

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP)

Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH- USP)

Profa. Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke

Universidade Católica de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Marcio Guedes Correa

Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU)

Agradecimentos

A Henrique, Rodrigo e Teresa pelos ensinamentos preciosos e transformadores.

Aos meus pais pelo amor incondicional.

Às minhas irmãs pelo exemplo de força e superação.

Ao Vitor por todo o suporte, amor, carinho e cuidado.

Aos colegas e professores da EACH que fizeram parte do meu crescimento pessoal, profissional e científico durante esse tempo.

Aos colegas e professores da Musicoterapia.

À Profa. Dra. Deusivania Falcão, que abraçou meu projeto com tanto entusiasmo e é fonte de inspiração, cuidado e renovação.

À musicoterapeuta Marilena do Nascimento por toda inspiração profissional, exemplo de idoneidade, humildade e generosidade.

À Dra. Cléo Monteiro França Correia por me inspirar com sua dedicação e seriedade em seu trabalho.

À Ana Paula Cascarani por toda generosidade e parceria.

À Ana Carolina Rodrigues por tudo que me proporcionou pessoalmente e profissionalmente.

À Maria Anastácia Manzano por toda a ajuda e trabalho para que essa pesquisa se tornasse realidade.

Aos casais e familiares participantes dessa pesquisa que se prontificaram em contribuir e participar de forma muito generosa e inspiradora, me ensinando sobre o amor.

À Mariane Oselame, Nathalya Avelino, Luciana Frias, Marcello Santos e Alessandra Lobato por tantos ensinamentos descontraídos e amizade.

À Mariana, Claudia, Rafael, Ana Claudia, Juliana, Cibelle, Leonardo e tantos outros amigos que ofereceram ajuda durante esse processo.

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

(FREIRE, 1987, p. 78)

RESUMO

ANASTACIO JUNIOR, Mauro Pereira Amoroso. **Musicoterapia e doença de Alzheimer:** um estudo com cônjuges cuidadores. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Versão corrigida.

A demência é uma síndrome que afeta a memória, comportamento e as atividades de vida diária, e é uma das maiores causas de dependência entre pessoas idosas. Muitas vezes, o principal cuidador do idoso com demência é o cônjuge, e este pode carregar um fardo significativo comprometendo também a qualidade da relação. Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos do trabalho com canções em musicoterapia na relação conjugal de quatro casais, nos quais um dos cônjuges é diagnosticado com doença de Alzheimer em fase inicial ou moderada. O trabalho foi realizado no modelo de estudo de casos múltiplos, por se tratar de um tema pouco explorado, possibilitando um levantamento mais detalhado do processo. Foram aplicadas a Anamnese e a Ficha Musicoterapêutica para coletar informações iniciais, seguidas de 12 sessões de musicoterapia, uma vez por semana. Antes e ao fim das sessões foram aplicadas entrevistas com roteiro semiestruturado, e o conteúdo das entrevistas foi interpretado por meio da análise de conteúdo de Bardin. Também se avaliou, dentro da perspectiva do cuidador, a satisfação com as relações familiares e de amizade e a qualidade do relacionamento conjugal antes e depois da doença. Os resultados sugerem que as intervenções possibilitaram momentos prazerosos, com benefícios principalmente para o cuidador. Depoimentos indicaram que as intervenções ofereceram ferramentas para que o cuidador pudesse lidar melhor com os sintomas comportamentais do cônjuge com demência, beneficiando a qualidade da relação conjugal. Apesar do número limitado de participantes, espera-se contribuir com a reflexão acerca das possibilidades de cuidado e com diretrizes para a aplicação mais assertiva de estratégias dentro do contexto estudado.

Palavras-chave: Musicoterapia. Gerontologia. Conjugalidade na demência. Doença de Alzheimer.

ABSTRACT

ANASTACIO JUNIOR, Mauro Pereira Amoroso. **Music therapy, conjugality and Alzheimer's disease**: a study with caregivers. 2019. 130 p. Dissertation (Master of Science) – School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Corrected version.

Dementia is a syndrome that affects memory, behavior and activities of daily living, and is one of the major causes of dependence among the elderly. Often the primary caregiver of the elderly with dementia is the spouse, which can carry a significant burden, also compromising the quality of their relationship. This study aimed to evaluate the effects of singing in music therapy on the marital relationship of four couples, in which one of the spouses is diagnosed with early or moderate Alzheimer's disease. The work was carried out as a multiple case study, being an unexplored topic, allowing for a more detailed survey of the process. Anamnesis and the Music Therapy data were applied to collect initial information, followed by 12 sessions of music therapy. Before and after the process, interviews with a semi-structured script were applied and its content was interpreted through Bardin's content analysis. From the perspective of the caregiver, the satisfaction with family and friendship relationships and the quality of the conjugal relationship before and after the illness were also evaluated. The results suggest that the interventions allowed pleasant moments, with benefits mainly for the caregiver. Some testimonials indicated that the interventions offered tools so that the caregiver could better deal with the behavioral symptoms of the spouse with dementia, benefiting the quality of the conjugal relationship. Despite the limited number of participants, it is expected to contribute to the reflection about the possibilities of care, with guidelines for the more assertive application of strategies within the context studied.

Keywords: Music therapy. Gerontology. Conjugality in dementia. Alzheimer's Disease.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Fluxograma do processo de Revisão Bibliográfica.....	35
Figura 2 –Etapas do estudo de casos múltiplos, adaptado de Yin (2015)	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos da revisão bibliográfica.....	36
Quadro 2 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal 1.....	53
Quadro 3 – Relacionamento conjugal do casal nº1	58
Quadro 4 – Relacionamentos familiares do casal nº1	60
Quadro 5 – Relações de amizade do casal nº1	61
Quadro 6 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº1).....	62
Quadro 7 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº1)	62
Quadro 8 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal nº2	65
Quadro 9 – Relacionamento conjugal do casal nº2	69
Quadro 10 – Relacionamentos familiares do casal nº2	70
Quadro 11 – Relações de amizade do casal nº2	71
Quadro 12 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº2).....	72
Quadro 13 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº2)	73
Quadro 14 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal nº3	75
Quadro 15 – Relacionamento conjugal do casal nº3	79
Quadro 16 – Relacionamentos familiares do casal nº3	80
Quadro 17 – Relações de amizade do casal nº3	81
Quadro 18 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº3).....	82
Quadro 19 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº3)	83
Quadro 20 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal nº4	85
Quadro 21 – Relacionamento conjugal do casal nº4	89
Quadro 22 – Relacionamentos familiares do casal nº4	90
Quadro 23 – Relações de amizade do casal nº4	91
Quadro 24 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº4).....	92
Quadro 25 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº4)	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Aspectos Desfavoráveis
AF	Aspectos Favoráveis
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AN	Aspectos Neutros
APM	Abordagem Plurimodal de Musicoterapia
AVD	Atividades de Vida Diária
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
DA	Doença de Alzheimer
EACH	Ética e Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades
EC	Estimulação Cognitiva
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
MS	Ministério da Saúde
RAAMT	Relações de amizade com a DA antes da Musicoterapia
RADMT	Relações de amizade com a DA depois da Musicoterapia
RCAD	Relacionamento conjugal antes da DA
RCAMT	Relacionamento conjugal com a DA antes da Musicoterapia
RCDMT	Relacionamento conjugal com a DA depois da Musicoterapia
RFAMT	Relacionamentos familiares com a DA antes da Musicoterapia
RFDMT	Relacionamentos familiares com a DA depois da Musicoterapia
RSM	Representações Sociais Musicais
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SCCAMT	Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia
SCCDMT	Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador depois da Musicoterapia
SCDAMT	Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador antes da Musicoterapia
SCDDMT	Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador depois da Musicoterapia
TC	Trabalho com Canções
TR	Terapia de Reminiscências
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	<i>JUSTIFICATIVA.....</i>	17
1.2	<i>OBJETIVOS.....</i>	18
1.2.1	Geral	18
1.2.2	Específicos	18
1.3	<i>A DOENÇA DE ALZHEIMER (DA).....</i>	19
1.4	<i>A INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER.....</i>	21
1.4.1	A Musicoterapia como intervenção não farmacológica.....	23
1.4.2	A canção como estratégia em Musicoterapia.....	26
1.5	<i>DOENÇA DE ALZHEIMER E MUSICOTERAPIA: REFLETINDO SOBRE AS RELAÇÕES FAMILIARES, CONJUGAIS E DE AMIZADE.....</i>	28
1.5.1	Doença de Alzheimer, musicoterapia e relações familiares.....	28
1.5.2	Doença de Alzheimer: refletindo sobre as relações de amizade.....	30
1.5.3	Relacionamento conjugal, doença de Alzheimer e musicoterapia.....	31
2	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	35
3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
3.1	<i>PARTICIPANTES.....</i>	47
3.2	<i>LOCAL DO ESTUDO.....</i>	47
3.3	<i>INSTRUMENTOS MUSICAIS.....</i>	47
3.4	<i>INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....</i>	48
3.5	<i>INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA.....</i>	49
3.6	<i>FORMA DE COLETA DOS DADOS.....</i>	50
3.7	<i>ANÁLISE DE DADOS.....</i>	50
3.8	<i>QUESTÕES ÉTICAS.....</i>	51
4	RESULTADOS.....	52
4.1	<i>PERFIL DO CASAL Nº1.....</i>	52
4.1.1	Ficha musicoterápica do casal nº1.....	53
4.1.2	Atividades de cuidado realizadas do casal nº1.....	53
4.1.3	Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº1.....	54
4.1.4	Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a	

	doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº1	54
4.1.5	Anotações de campo do casal nº1.....	55
4.1.5.1	<u>Sessão nº1 do casal nº1.....</u>	55
4.1.5.2	<u>Sessão nº2 do casal nº1.....</u>	55
4.1.5.3	<u>Sessão nº3 do casal nº1.....</u>	55
4.1.5.4	<u>Sessão nº4 do casal nº1.....</u>	56
4.1.5.5	<u>Sessão nº5 do casal nº1.....</u>	56
4.1.5.6	<u>Sessão nº6 do casal nº1.....</u>	56
4.1.5.7	<u>Sessão nº7 do casal nº1.....</u>	57
4.1.5.8	<u>Sessão nº8 do casal nº1.....</u>	57
4.1.5.9	<u>Sessão nº9 do casal nº1.....</u>	57
4.1.5.10	<u>Sessão nº10 do casal nº1.....</u>	57
4.1.5.11	<u>Sessão nº11 do casal nº1.....</u>	58
4.1.5.12	<u>Sessão nº12 do casal nº1.....</u>	58
4.1.6	Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº1.....	58
4.2	<i>PERFIL DO CASAL Nº2.....</i>	63
4.2.1	Ficha musicoterápica do casal nº2.....	64
4.2.2	Atividades de cuidado realizadas do casal nº2.....	64
4.2.3	Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº2.....	65
4.2.4	Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº2	65
4.2.5	Anotações de campo do casal nº2.....	66
4.2.5.1	<u>Sessão nº1 do casal nº2.....</u>	66
4.2.5.2	<u>Sessão nº2 do casal nº2.....</u>	66
4.2.5.3	<u>Sessão nº3 do casal nº2.....</u>	66
4.2.5.4	<u>Sessão nº4 do casal nº2.....</u>	67
4.2.5.5	<u>Sessão nº5 do casal nº2.....</u>	67
4.2.5.6	<u>Sessão nº6 do casal nº2.....</u>	67
4.2.5.7	<u>Sessão nº7 do casal nº2.....</u>	67
4.2.5.8	<u>Sessão nº8 do casal nº2.....</u>	67
4.2.5.9	<u>Sessão nº9 do casal nº2.....</u>	68
4.2.5.10	<u>Sessão nº10 do casal nº2.....</u>	68

4.2.5.11	<u>Sessão nº11 do casal nº2.....</u>	68
4.2.5.12	<u>Sessão nº12 do casal nº2.....</u>	68
4.2.6	Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº2.....	69
4.3	<i>PERFIL DO CASAL Nº3.....</i>	74
4.3.1	Ficha musicoterápica do casal nº3.....	74
4.3.2	Atividades de cuidado realizadas do casal nº3.....	75
4.3.3	Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº3.....	75
4.3.4	Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº3	75
4.3.5	Anotações de campo do casal nº3.....	76
4.3.5.1	<u>Sessão nº1 do casal nº3.....</u>	76
4.3.5.2	<u>Sessão nº2 do casal nº3.....</u>	76
4.3.5.3	<u>Sessão nº3 do casal nº3.....</u>	76
4.3.5.4	<u>Sessão nº4 do casal nº3.....</u>	77
4.3.5.5	<u>Sessão nº5 do casal nº3.....</u>	77
4.3.5.6	<u>Sessão nº6 do casal nº3.....</u>	77
4.3.5.7	<u>Sessão nº7 do casal nº3.....</u>	77
4.3.5.8	<u>Sessão nº8 do casal nº3.....</u>	77
4.3.5.9	<u>Sessão nº9 do casal nº3.....</u>	78
4.3.5.10	<u>Sessão nº10 do casal nº3.....</u>	78
4.3.5.11	<u>Sessão nº11 do casal nº3.....</u>	78
4.3.5.12	<u>Sessão nº12 do casal nº3.....</u>	78
4.3.6	Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº3.....	79
4.4	<i>PERFIL DO CASAL Nº4.....</i>	84
4.4.1	Ficha musicoterápica do casal nº4.....	84
4.4.2	Atividades de cuidado realizadas do casal nº4.....	85
4.4.3	Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº4.....	85
4.4.4	Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº4	86
4.4.5	Anotações de campo do casal nº4.....	86
4.4.5.1	<u>Sessão nº1 do casal nº4.....</u>	86

4.4.5.2	<u>Sessão nº2 do casal nº4.....</u>	86
4.4.5.3	<u>Sessão nº3 do casal nº4.....</u>	86
4.4.5.4	<u>Sessão nº4 do casal nº4.....</u>	87
4.4.5.5	<u>Sessão nº5 do casal nº4.....</u>	87
4.4.5.6	<u>Sessão nº6 do casal nº4.....</u>	87
4.4.5.7	<u>Sessão nº7 do casal nº4.....</u>	87
4.4.5.8	<u>Sessão nº8 do casal nº4.....</u>	88
4.4.5.9	<u>Sessão nº9 do casal nº4.....</u>	88
4.4.5.10	<u>Sessão nº10 do casal nº4.....</u>	88
4.4.5.11	<u>Sessão nº11 do casal nº4.....</u>	88
4.4.5.12	<u>Sessão nº12 do casal nº4.....</u>	89
4.4.6	Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº4.....	89
5	DISCUSSÃO.....	95
6	LIMITAÇÕES.....	102
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	104
	APÊNDICE A - FICHA MUSICOTERAPÊUTICA.....	118
	APÊNDICE B – PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DA CONJUGALIDADE APÓS O PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO.....	119
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	120
	ANEXO A - ANAMNESE ADULTO.....	122
	ANEXO B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE.....	123
	ANEXO C – DADOS SOBRE O IDOSO COM ALZHEIMER.....	124
	ANEXO D - REAÇÃO DIANTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER E ATIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS.....	125
	ANEXO E – SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DIANTE DA TAREFA DE CUIDAR.....	126
	ANEXO F – PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DA CONJUGALIDADE ANTES E APÓS A DOENÇA; SATISFAÇÃO COM AS RELAÇÕES FAMILIARES E DE AMIZADE.....	127

ANEXO G - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	128
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência; trata-se de uma afecção crônica e neurodegenerativa que causa a perda progressiva de memória, comprometimento das funções motoras, limitações na linguagem e mudanças de comportamento (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2018). Comumente, os cuidadores informais (ex.: familiares, amigos e vizinhos), especialmente, as mulheres (esposas, filhas, netas e noras) desenvolvem um papel fundamental na vida desses enfermos (GARCIA, 2018). A maioria delas exerce a função de cuidadora principal ao assumir a responsabilidade integral de supervisionar, acompanhar, cuidar da pessoa no domicílio e auxiliá-las na realização das Atividades de Vida Diárias (AVDs) (LAGE, 2005; FALCÃO et al., 2018). Já os cuidadores formais são os profissionais habilitados para essa função específica (LAGE, 2005).

O cônjuge na função de cuidador principal do enfermo, deverá ocupar novas obrigações, lidar com mudanças e ressignificações do papel que exerce na vida conjugal e familiar (PEREIRA; CARVALHO, 2012; CASTELLANI, 2015). Desta forma, a presença da DA pode comprometer a satisfação e a qualidade do relacionamento que são diretamente atingidas por variáveis, tais como, gênero; estado de saúde; expectativas e características individuais tanto do parceiro como da relação; atividade sexual; grau de afinidade entre a díade; tempo que o casal passa junto (FALCÃO, 2016).

A literatura indica que a qualidade dos relacionamentos familiares e sociais exerce influência no declínio cognitivo, no risco de morbidades e na mortalidade da pessoa idosa com demência (CHARLES; CARSTENSEN, 2010; CIPOLLI; FALCÃO, 2017). A DA pode desencadear conflitos na dinâmica familiar, aumentando os níveis de estresse entre os membros, desestabilizando a homeostase, e atingindo a estrutura das relações (NEUMANN, 2014). Nesse cenário, diferentes formas de terapias não farmacológicas podem oferecer suporte e outros benefícios para a saúde e bem-estar do idoso diagnosticado, seus familiares e cuidadores, dentre elas a musicoterapia.

A investigação dos efeitos terapêuticos da música, bem como sua utilização com objetivos curativos e preventivos na área da saúde e bem-estar foram descritos em documentos históricos de várias culturas (OLIVEIRA; GOMES, 2014). Nesse sentido, a musicoterapia pode ser descrita como a utilização profissional da música como intervenção em diferentes contextos. Tem por objetivo favorecer condições físicas, sociais, familiares,

comunicativas e bem-estar, podendo contribuir com a melhora de aspectos físicos, sociais e comunicativos do indivíduo (WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY, 2011).

No geral, a Musicoterapia com idosos ocorre por meio de atividades musicais, promovendo o resgate da memória autobiográfica, das lembranças de fatos e situações vividas (LUZ, 2015), sendo reconhecida por reduzir a apatia, ansiedade, depressão e agitação em pessoas com demência (ELLIOTT; GARDNER, 2018; TANG et al., 2018; RAY; MITTELMAN, 2017) e apresentar benefícios na cognição global (FUSAR-POLI et al., 2018). Desse modo, as intervenções musicais possibilitam experiências significativas entre os enfermos e seus cuidadores (OSMAN; TISCHLER; SCHNEIDER, 2016).

Dentre as possíveis abordagens em musicoterapia destaca-se a Abordagem Plurimodal de Musicoterapia (APM), que se fundamenta na integração de diferentes teorias, modelos e métodos (SCHAPIRA et al., 2007). Na prática, a APM descreve a utilização de estratégias como improvisação, audição musical e canção para atingir os objetivos terapêuticos. No trabalho com o indivíduo com DA, a canção é muito utilizada por possibilitar a participação mais responsiva através do uso de canções familiares (PRICKETT; MOORE, 1991) como um veículo eficiente de expressão, comunicando dificuldades, alegria ou solidão (BAILEY, 1984). Nesse sentido, o trabalho com canções em musicoterapia poderia ser indicado como uma ferramenta capaz de oferecer benefícios para idosos com demência e seus cuidadores, incluindo a qualidade das relações sociofamiliares.

1.1 JUSTIFICATIVA

Há um número considerável de estudos científicos que avaliaram os efeitos da musicoterapia para amenizar os sintomas comportamentais, por exemplo: comportamentos inesperados e a ansiedade (ZHANG, 2017). Da mesma forma, outros estudos indicaram que a musicoterapia proporciona momentos onde os cuidadores podem expressar sentimentos, ajudando a combater o cansaço e estresse do cotidiano, melhorando seu bem estar (BERNARDES, 2012). Todavia, considerando a pessoa no contexto biopsicossocial, identifica-se a importância de se ater também às outras dimensões do indivíduo. Pesquisas anteriores, por exemplo, indicaram que altos escores de suporte social percebido tendem a funcionar como um fator de proteção em relação ao bem-estar dos cuidadores (INOUE et al., 2010). Nesse contexto, é importante investigar como as pessoas avaliam a satisfação e a qualidade de seus relacionamentos sociofamiliares, pois, embora as características quantitativas e qualitativas das relações exerçam influência sobre a saúde, as qualitativas são

as mais preditivas desse bem-estar (FALCÃO, 2016). Essas variáveis foram pouco estudadas na literatura nacional.

Outrossim, ainda é escasso o número de pesquisas nacionais a respeito de intervenções musicoterápicas envolvendo concomitantemente os idosos com DA e seus respectivos cuidadores. Considera-se a importância de criar alternativas para os cuidados que contemplem ambos para que se possa oferecer um suporte mais integral e assertivo abordando-se a dinâmica relacional. O que se espera é contribuir com a temática utilizando estratégias inéditas e fundamentadas pela teoria, ampliando as possibilidades de tratamento e intervenção.

Espera-se que a aplicação sistemática do trabalho com canções em musicoterapia para cuidadores e seus cônjuges receptores de cuidados possa interferir positivamente na autopercepção da saúde, satisfação conjugal, qualidade do relacionamento social, familiar e conjugal do cuidador.

Pautando-se nesse cenário, surgiram as principais questões norteadoras que problematizaram a presente pesquisa: A Musicoterapia pode favorecer a qualidade das relações familiares, conjugais e de amizade dos cônjuges cuidadores de idosos com Alzheimer? A Musicoterapia pode auxiliar na promoção da saúde desses cuidadores? A seguir, apresentam-se os objetivos e a fundamentação teórica do estudo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Verificar os efeitos do trabalho com canções em musicoterapia nas relações familiares, conjugal e de amizade de cuidadores de cônjuges diagnosticados com provável/possível doença de Alzheimer no estágio inicial ou moderado.

1.2.2 Específicos

Aplicar 12 atendimentos, semanais, de musicoterapia em cada um dos 04 casais participantes da pesquisa.

Aplicar os instrumentos de avaliação antes e após os 12 atendimentos, semanais, de musicoterapia.

1.3 A DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)

Em 1950 a população brasileira era uma das mais jovens do mundo, com expectativa de vida de 51 anos (FRANÇA, 2011). No ano de 2016, a expectativa de vida do brasileiro passou a ser 75,8 anos e deve continuar expandindo até a média de 80 anos em 2040 (IBGE, 2018). Com o aumento da expectativa de vida, também aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas, como a DA, que é o tipo de demência mais comum constituindo entre 50% a 70% de todos os casos (LEITE et al., 2014).

A DA foi descrita pela primeira vez no início do século XX pelo psiquiatra e neuropatologista Alois Alzheimer (1864 – 1915) (PHANEUF, 2010). Atualmente, existe mundialmente de 17 a 25 milhões de pessoas com DA, sendo que a doença já acomete de 8% a 15% da população com mais de 65 anos (FRIDMAN, 2004). A DA pode ser descrita como uma afecção neurodegenerativa crônica, com lesões denominadas placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares nas regiões do hipocampo e do córtex cerebral, causando sintomas variados como, por exemplo, perda progressiva de memória, dificuldades na fala e comprometimento das atividades motoras (ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL, 2009; NEWMAN et al., 2011; CHARCHAT et al., 2001).

As formações por depósito de proteína amiloide são denominadas placas neuríticas quando este depósito é acompanhado de restos neuronais, sendo associado ao prejuízo cognitivo. Os emaranhados neurofibrilares, também, podem ser encontrados em indivíduos com cognição normal em estruturas para-hipocampus ou hipocampus. Nos indivíduos com DA os emaranhados atingem estruturas límbicas e áreas corticais (FARFEL, 2014).

Até o ano de 2011, a DA era diagnosticada somente quando já havia demência. Atualmente a DA pode ser diagnosticada em três fases ou estágios denominados: DA pré-clínica, comprometimento cognitivo leve (CCL) devido à DA, e demência. A fase pré-clínica é mais restrita à pesquisa e nessa fase é possível propor o diagnóstico de DA antes do aparecimento dos sintomas com base em informações obtidas por meio da identificação direta ou indireta de sinais de doenças neurodegenerativas, os chamados biomarcadores (FROTA et al., 2011; SPERLING et al., 2011).

O biomarcador (abreviação de "marcadores biológicos") pode ser definido como algo medido com precisão indicando a presença de uma doença, como a glicemia de jejum, que indica a presença de diabetes se for de 126 mg / dL ou mais. Vários potenciais biomarcadores estão sendo estudados por sua capacidade de indicar os estágios iniciais da DA incluindo os níveis de beta-amiloide e tau no líquido cefalorraquidiano (LCR), bem como, alterações

cerebrais detectáveis. Estudos recentes sugeriram que esses indicadores podem mudar em diferentes estágios do processo da doença. Pesquisas atuais estão investigando os biomarcadores mais promissores na DA, como imagens cerebrais, proteínas do LCR, testes de sangue e urina e perfis de risco genéticos (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2018).

A fase denominada Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é um dos maiores fatores de risco para a DA, podendo ser considerado um ponto transicional entre as alterações presentes no envelhecimento cognitivo normal e a demência. Os portadores do CCL podem apresentar alterações funcionais mínimas, mas sem impacto significativo em suas atividades diárias. Os sintomas podem envolver uma ou múltiplas habilidades cognitivas, podendo ser classificado como amnésico ou não amnésico, de acordo com o comprometimento ou não da memória (APRAHAMIAN et al., 2014).

O diagnóstico do CCL é clínico, e em situações de pesquisas podem ser utilizados marcadores biológicos para maior probabilidade de evolução para DA. Indivíduos inicialmente diagnosticados como CCL podem demonstrar uma estabilidade clínica dos déficits cognitivos ou até mesmo voltar aos padrões normais ao longo do tempo. Uma proporção substancial desses indivíduos pode ser reclassificada como cognitivamente normal em uma avaliação posterior (APRAHAMIAN et al., 2014; FROTA et al., 2011).

No caso do estágio da demência, este pode ser descrito em três fases (inicial, moderado e grave) sendo que pode haver grandes variações da progressão dos sintomas dependendo do indivíduo. A fase inicial dura em média 2 a 3 anos e o indivíduo ainda pode ser independente relatando possíveis lapsos de memória. O comprometimento da memória é, em geral, o sintoma mais proeminente e precoce referindo-se principalmente à dificuldade para recordar datas, nomes familiares e fatos recentes. Alguns indivíduos já podem apresentar alterações de linguagem, desorientação progressiva com respeito ao tempo e ao espaço. Também há chance de apresentar perda de concentração, de atenção e de iniciativa, além de mudanças de humor (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2018; MACHADO, 2016).

O Alzheimer moderado é tipicamente o estágio mais longo, podendo durar aproximadamente 10 anos, e é caracterizada por deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo aparecimento de sintomas como afasia, apraxia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoespaciais. Os sintomas podem causar frustração e/ou raiva. Os danos podem dificultar a expressão de pensamentos e a execução de tarefas rotineiras com empobrecimento do vocabulário e dificuldade de compreensão. Comumente, o indivíduo ainda se considera apto a realizar tarefas complexas, por vezes, subestimando riscos

envolvidos em sua execução. Outras capacidades prejudicadas podem incluir: realizar cálculos, fazer abstrações, resolver problemas, e realizar tarefas em etapas. Os sintomas comportamentais como a agitação, a perambulação, a agressividade, os questionamentos repetidos, as reações catastróficas e os distúrbios do sono podem estar presentes, assim como comportamento compulsivo. Sintomas como apatia, ansiedade, depressão, ideias delirantes, alucinações e ideias paranoides, também são frequentes (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2018; MACHADO, 2016).

No estágio final da doença, os indivíduos geralmente perdem a capacidade de responder ao ambiente, conversar e, eventualmente, controlar o movimento. Essa fase pode ter duração média de 8 a 12 anos, e as funções cognitivas já estão gravemente comprometidas, com dificuldade para reconhecer faces e espaços familiares. Há perda da capacidade para realizar Atividades da Vida Diária (AVD) (autocuidado; mobilidade; alimentação; higiene pessoal), com total dependência. Muitas vezes, os indivíduos passam a comunicar-se através de ecolalias, vocalizações, sons incompreensíveis e jargões semânticos. Podem ficar acamados, com incontinência urinária e fecal, tornando-se vulnerável a infecções, especialmente pneumonia (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2018; MACHADO, 2016).

1.4 A INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Os medicamentos atualmente disponíveis para o tratamento da DA têm como alvo os sintomas característicos da doença, e não sua causa. Assim, estudos científicos atuais buscam tratamentos que atuem na raiz do processo da doença, impedindo o acúmulo progressivo de proteína beta-amilóide (KUMAR et al., 2015). Para contribuir com o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo também é recomendado o tratamento não farmacológico, que pode ajudar a manejar os sintomas (HATTORI, 2011). Nesse contexto, as intervenções não farmacológicas podem atuar como uma terapia complementar, por meio de abordagens úteis e versáteis (OLAZARAN et al., 2010).

O entendimento de que a demência é multifatorial e determinada por diferentes mecanismos que interagem e intervêm ao longo da vida estimula o constante surgimento de novas abordagens multimodais para a prevenção e manejo da doença (VAN DER LINDEN; JUILLERAT VAN DER LINDEN, 2018), porém, ainda pouco se sabe sobre os efeitos e benefícios dessas intervenções. Em geral, há estudos com evidências positivas para pessoas com CCL, porém faltam evidências em estudos para pessoas que vivem com demência. (CHALFONT, 2018).

Uma das formas de terapias não farmacológicas mais utilizadas na DA é a Terapia de Reminiscências (TR). Essa forma de terapia é tipicamente descrita como a discussão de atividades, eventos e experiências passadas, geralmente com o auxílio de materiais e recursos com fotografias, música ou objetos familiares (WOODS et al., 2005). A TR digital também se tornou popular nos últimos anos, utilizando recursos multimídia, arquivos e aplicativos (SUBRAMANIAM, 2010).

O primeiro estudo sobre a utilização de TR para indivíduos com demência foi há cerca de 40 anos (KIERNAT, 1979). Logo depois, a TR foi introduzida no tratamento da demência por Norris (1986) e utilizado amplamente. Do ponto de vista cognitivo, a reminiscência pode oferecer resultados positivos para pessoas com demência, já que trabalha com ênfase nas memórias de longo prazo (MORRIS, 1994).

Na revisão de Woods et al (2005) foi identificado um efeito positivo do TR nos escores de cognição durante o processo, mas não após o tratamento. Duas outras revisões descobriram que a TR beneficiou a cognição e sintomas depressivos, embora os autores tenham destacado que os estudos posteriores precisam ser mais estruturados (COTELLI, 2012; HUANG et al., 2015).

Outra forma de terapia não farmacológica frequentemente estudada no contexto da demência é a Estimulação Cognitiva (EC). No passado, os termos "treinamento cognitivo", "estimulação cognitiva" e "reabilitação cognitiva" foram amplamente utilizados como sinônimos, mas Clare e Woods (2004) estabeleceram as seguintes definições:

- Estimulação cognitiva - O envolvimento em atividades e discussões (geralmente em um grupo) visando à melhoria geral do funcionamento cognitivo e social;
- Treinamento cognitivo - Prática guiada em um conjunto de tarefas padronizadas e projetadas para utilizar funções cognitivas específicas em diferentes níveis de dificuldade de acordo com o nível de habilidade do indivíduo;
- Reabilitação cognitiva - Abordagem individualizada onde são identificados objetivos individualmente. O terapeuta trabalha com a pessoa e sua família para elaborar as estratégias. A ênfase está na melhoria do desempenho na vida cotidiana, aproveitando os pontos fortes da pessoa e desenvolvendo formas de compensar a deficiência.

Uma revisão realizada por Aguirre et al (2013), indicou, pela primeira vez, que a estimulação cognitiva, definida de acordo com critérios pré-determinados, melhora consistentemente a função cognitiva em pessoas com demência. A revisão também indicou

que a EC não só beneficia a cognição, mas também o bem-estar relatado, a qualidade de vida, a comunicação e a interação social.

Além das terapias não farmacológicas, algo que vem ganhando destaque em relação ao envelhecimento é a importância do envolvimento dos idosos em atividades que geram sentimentos positivos (FERREIRA, 2011). Foi durante os anos 60 que aumentou o número de pesquisas relacionando atividade e satisfação, principalmente em decorrência do crescimento da população idosa. A partir de 1970, a atividade começou a ser considerada como um determinante da satisfação, uma vez que permitia que o indivíduo experimentasse um domínio sobre o ambiente e sobre os eventos de sua vida (NERI, 1993).

Alguns instrumentos já foram desenvolvidos para a avaliação da frequência da prática de atividades e do prazer subjetivo experimentado na prática de atividades, por idosos. Um desses instrumentos é o de Planejamento de eventos prazerosos (The Pleasant Events Schedule): uma escala norte-americana com 53 itens que descrevem eventos e atividades para idosos com DA. As atividades foram escolhidas para cobrirem duas dimensões primárias: (1) atividades passivas e ativas; e (2) atividades sociais e não-sociais. Algumas exigem maior grau de habilidade cognitiva (ex.: montar quebra-cabeças) do que outras (ex.: escutar música). A escala mensura frequência e disponibilidade das atividades e o quão agradável foi envolver-se em cada uma delas durante o último mês (TERI, 1991).

1.4.1 A Musicoterapia como intervenção não farmacológica

A música exerce influência na vida humana nas atividades mais usuais, tais como, acordar, celebrar, viajar, praticar esportes, adormecer, relaxar. Dentre vários fatores, a música é um estímulo que favorece: a) respostas físicas, por meio das qualidades sedativas ou estimulantes que influenciam aspectos fisiológicos (ex.: respiração, pressão arterial, tolerância à dor, etc.); b) oportunidades para integração social, comunicação e desenvolvimento de habilidades sociais; c) respostas emocionais que atingem o estado afetivo de quem a ouve, eliciando sentimentos e sensações que podem estar associadas com vivências agradáveis ou desagradáveis e; d) associações extramusicais com épocas, pessoas, lugares, experiências vividas, evocando emoções ou informações guardadas na memória (ANASTACIO JUNIOR; CHUBACI; FALCÃO, 2018).

A Musicoterapia é uma forma de terapia não farmacológica que dialoga com as citadas anteriormente, uma vez que pode contribuir para a melhora de condições físicas, sociais e comunicativas do indivíduo. (WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY,

2011). Como estudo científico em processo investigativo, a musicoterapia com a pessoa idosa pode ser considerada uma terapia autoexpressiva que atua nas funções cognitivas. Por meio do recurso sonoro-musical, o indivíduo pode ser estimulado em instâncias nas quais apenas linguagem verbal não poderá alcançar devido ao acometimento por doenças e deficiências (SOUZA, 2011).

De forma geral, a musicoterapia pode ser receptiva ou ativa - e estas são frequentemente combinadas (GUETIN, 2013). A intervenção receptiva consiste na audição musical pelo paciente, sendo que o terapeuta pode cantar, tocar ou selecionar música gravada para a intervenção de acordo com seus objetivos. Na musicoterapia ativa, o paciente está mais envolvido na produção musical, podendo tocar diferentes instrumentos ou cantar, de acordo com o objetivo terapêutico e suas preferências pessoais.

Dessa forma, a musicoterapia oferece uma vasta gama de métodos de acordo com os objetivos de cada indivíduo/grupo. As principais categorias dos métodos são em improvisação, recriação, composição e audição. Em improvisação o paciente pode tocar ou cantar, criando melodias, ritmos, canções ou peças instrumentais. Já na recriação, pode aprender, cantar, tocar ou executar música composta previamente ou reproduz alguma forma musical apresentada como modelo. Na composição o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar outro produto musical, como disco de áudio. Por fim, em experiências receptivas, o cliente ouve a música e responde às experiências silenciosamente, verbalmente ou em outra modalidade (BRUSCIA, 2000).

Recentemente, além das formas de musicoterapia mais conhecidas, pesquisadores têm proposto o termo “musicoterapia indireta”, que pode envolver qualquer trabalho clínico não direto que possa potencializar os benefícios da musicoterapia. Por exemplo, durante reuniões de equipe multidisciplinar o musicoterapeuta pode compartilhar o que o paciente está fazendo em musicoterapia para aumentar a conscientização da equipe, ou contribuir com o treinamento para que outros profissionais se conscientizem sobre como usar a música no cuidado diário. No caso dos familiares cuidadores, as práticas de musicoterapia indireta visam oferecer um suporte no desenvolvimento de habilidades para gerenciar os desafios de cuidar e melhorar sua qualidade de vida (MCDERMOTT et al., 2018).

O objetivo final da prática da musicoterapia indireta no atendimento à demência continua sendo o bem-estar das pessoas que vivem com essa enfermidade. Compartilhar habilidades terapêuticas costuma fazer parte da prática clínica cotidiana. À medida que aumenta a popularidade da musicoterapia para indivíduos com demência, aumenta também a

necessidade de garantir o uso seguro e responsável da música. No tratamento da demência, os musicoterapeutas são frequentemente solicitados a ampliar seus papéis e compartilhar habilidades com os outros, devido ao papel essencial da música em seus cuidados e atividades diárias (MCDERMOTT et al., 2018).

Um estudo realizado por Melhuish (2016) com idosos institucionalizados com demência junto com os funcionários da instituição, indicou que a Musicoterapia, combinada com a terapia de movimento e dança, ajudou os funcionários a descobrirem habilidades e sentimentos dos residentes. Embora tenha sido uma amostra pequena (sete funcionários), este estudo sugeriu fortemente que as duas formas de terapia combinadas podem ter uma influência positiva em ajudar a equipe de cuidado a fornecer uma atenção mais significativa ao enfermo.

Em uma revisão sistemática, Van der Steen et al (2018) analisaram 22 estudos a respeito de terapias baseadas na utilização da música, inclusive musicoterapia com pacientes idosos institucionalizados em diferentes estágios de demência. Alguns destes estudos utilizaram a intervenção musical individual e outros em grupos. A maioria das intervenções envolvia elementos ativos e receptivos. A revisão concluiu que as sessões de uma intervenção terapêutica baseadas na música para pessoas institucionalizadas com demência, podem reduzir sintomas depressivos e melhorar o manejo de sintomas comportamentais, além de melhorar o bem-estar emocional, qualidade de vida e reduzir a ansiedade. Para os autores, é importante que a metodologia dos estudos seja aperfeiçoada, ressaltando a importância de pesquisas focadas em resultados positivos, como bem-estar emocional e qualidade de vida.

Estudos indicaram que a música também pode auxiliar no cuidado em outras estâncias, como por exemplo: durante refeições ou banhos, em outras terapias, como parte de um programa artístico ou em intervenções psicossociais (VAN DER STEEN, 2018). Um estudo da enfermagem (CLARK, 1998) avaliou a utilização da música gravada na agressividade de idosos com demência durante o banho, com resultados positivos. Já em outro estudo (COOKE, 2010), foi avaliado o efeito da utilização de músicas gravadas e tocadas por músicos na qualidade de vida e depressão de idosos, com resultados positivos para a autoestima, integração e no combate aos sintomas depressivos.

De forma geral, a música é utilizada como recurso pelos mais diversos profissionais com objetivos semelhantes, porém, para ser considerada musicoterapia, é necessário que se

fundamente em sua teoria específica, sendo aplicada por um musicoterapeuta formalmente capacitado.

1.4.2 A canção como estratégia em Musicoterapia

A canção pode ser entendida como um veículo eficiente de expressão para o indivíduo com DA, possibilitando com que este comunique dificuldades, alegria ou solidão (BAILEY, 1984). Nesse sentido, o canto pode integrar e oferecer suporte (CHAGAS, 1990).

Estudos indicaram que, dentre as diferentes formas de se utilizar a música nas intervenções, as atividades de canto e escuta são as preferidas pelos idosos (GILBERT; BEAL, 1982; HYLTON, 1983). Geralmente, os participantes idosos preferem a música popular da época de sua juventude (entre 18 e 25 anos), bem como música patriótica e religiosa (BARTLETT; SNELUS, 1980; GIBBONS, 1977; JONAS, 1991; LATHOM, PETERSEN, HAVELICEK, 1982; MOORE et al., 1992).

Um estudo de VanWeelden e Cevasco (2007) investigou o repertório mais comum utilizado durante atividades de canto em musicoterapia com idosos. Os autores respeitaram as preferências sonoro-musicais dos pacientes. Os resultados sinalizaram que muitos musicoterapeutas utilizam as mesmas seleções de repertório, principalmente se tratando de canções populares. Dessa forma, o cantar pode facilitar a reminiscência e o envolvimento social bem-sucedido (VANSTONE; CUDDY, 2010).

Outros estudos detectaram que as canções da infância e juventude de pessoas com DA permaneciam intactas em sua memória mesmo após o declínio de funções cognitivas (CLAIR, 2000; PRICKETT; MOORE, 1991). Nesse sentido, isso possibilita com que a música seja utilizada como um suporte, acessando humores, lembranças e pensamentos (SACKS, 2008). Portanto, o canto possibilita o diálogo com a pessoa com DA, podendo regular a ansiedade (RIDDER, 2003) e minimizar a frustração causada pela limitação da comunicação.

Pesquisas qualitativas envolvendo canto em grupo também foram conduzidas incluindo pessoas com demência. Camic et al (2013), descobriram que, após a prática, o engajamento dos participantes era muito alto e, embora a doença continuasse a progredir, a qualidade de vida permaneceu estável tanto para pacientes como para cuidadores, sugerindo que o canto em grupo, com canções familiares, pode promover bem-estar. No caso de idosos saudáveis, estudos (SKINGLEY et al., 2016; SKINGLEY & BUNGAY, 2010) indicaram que os grupos de canto podem promover o bem-estar físico, psicológico, social e comunitário.

Além do cantar, a composição de canções também pode ser uma forma de utilizar a canção como recurso terapêutico (HEATH; LINGS, 2012). Em um programa de composição de canções, Hong e Choi (2011) tiveram como objetivo avaliar os efeitos da utilização da composição nas funções cognitivas de idosos institucionalizados com demência. O programa visava realizar composições com os participantes. O grupo experimental obteve uma melhora geral nos parâmetros de orientação espaço/temporal, memória, atenção e cálculo, função da linguagem, compreensão e julgamento.

As estratégias com canções mencionadas acima são descritas por diferentes abordagens e modelos na Musicoterapia, entre elas, a Abordagem Plurimodal de Musicoterapia (APM). A APM integra diferentes teorias e modelos para fundamentar o trabalho com indivíduos em diferentes contextos, incluindo a pessoa idosa com demência, sendo que sua principal questão é o comprometimento do terapeuta dentro do processo terapêutico (SCHAPIRA et al., 2007).

A APM se fundamenta no conceito do indivíduo como uma unidade biopsicossocial-espiritual, validando as diferentes dimensões do indivíduo (SCHAPIRA et al., 2007) e humanizando o cuidado. Além disso, a APM também considera importante o conceito de “Ser na Música” (ROBBINS, 2005), ou seja, quando se escuta um indivíduo cantar, não é apenas uma produção sonora, mas sim a identidade dela se manifestando. Sendo assim, a canção oferece uma possibilidade de ampliação das formas de expressão.

Outro conceito considerado pela APM é o de Representações Sociais Musicais (RSM), que descreve a respeito da dimensão presencial da música na sociedade, constituindo um sistema de valores, noções e práticas inerentes ao meio social (SCHAPIRA et al., 2007). Nesse sentido, as canções de uma época, de uma comunidade ou de uma faixa etária apresentam inúmeros significados e memórias que podem ser resgatados, exteriorizados e transmitidos através do fazer musical.

Na APM a prática musicoterápica pode se dar através da improvisação, da escuta musical, da utilização de música gravada ou através da canção. A utilização da canção na APM está descrita no Trabalho com Canções (TC) que conta com uma variedade de estratégias que são selecionadas a partir do objetivo terapêutico determinado pelo terapeuta, levando em consideração o histórico e as preferências individuais do paciente. Entre as estratégias descritas pela APM estão: a dedicatória de canções, a gravação e audição de canções, a exploração de repertório, o resgate de canções, e a composição.

1.5 DOENÇA DE ALZHEIMER E MUSICOTERAPIA: REFLETINDO SOBRE AS RELAÇÕES FAMILIARES, CONJUGAIS E DE AMIZADE

A Musicoterapia no contexto da DA pode significar um tempo e um espaço de reorganização cognitiva, afetiva e corporal para os enfermos e seus cuidadores. No decorrer da interação com a música, por meio das canções, dos movimentos e da percussão em conjunto, as pessoas têm a oportunidade de expressar-se, de comunicar-se com o outro (SANTOS, 2018), podendo favorecer dentre vários aspectos, os contatos sociais intergeracionais. A seguir, apresentam-se reflexões acerca das relações familiares, conjugais e de amizade nesse cenário.

1.5.1 Doença de Alzheimer, musicoterapia e relações familiares

Na perspectiva sistêmica, a família é um sistema aberto, no qual seus membros interagem uns com os outros e com os sistemas extrafamiliares num fluxo constante. Os comportamentos e as ações de um dos seus membros tanto influenciam como são influenciados pelos dos outros. Na família, cada elemento pode ser considerado um subsistema, por exemplo, as díades esposo-esposa (subsistema conjugal) (BUCHER, 1986).

A notícia acerca do provável/possível diagnóstico da DA poderá gerar mudanças no contexto familiar, aumentando o estresse entre os membros, desestabilizando a homeostase, e atingindo a estrutura familiar (NEUMANN, 2014). A dinâmica dessas relações pode ser prejudicada pelo desencadeamento de conflitos latentes, provocando o surgimento de novos conflitos ou, contrariamente, promovendo a união dos membros (PHANEUF, 2010).

O cuidado informal prestado por parte da família, amigos ou vizinhos comumente recai sobre um membro da família que passa a assumir a função como um legado, podendo se transformar em uma missão intransferível. No geral, os cuidados são assumidos pelos cônjuges e/ou filhos, particularmente as filhas, na faixa etária de 45 a 50 anos, sendo solteiras, casadas ou viúvas (FALCÃO, 2006). São diversas as motivações que levam um indivíduo a se tornar o cuidador, como o altruísmo, o dever moral, a reciprocidade, o sentimento de culpa e a vontade própria (CRUZ et al., 2010; FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; RICARTE, 2009).

O cuidador principal pode contar com um cuidador secundário, que também poderá ser um familiar. O cuidador secundário exerce funções, tais como, oferecer suporte em atividades fora da residência, transportando o idoso para consultas médicas, providenciando compras em

supermercado e farmácia ou facilitando transações bancárias. Ocasionalmente, o cuidador secundário pode substituir o cuidador principal, mas não assume o compromisso integral pelo cuidado (DUARTE, 2006).

Em 2007 o Ministério da Saúde do Brasil (MS) divulgou uma definição de “cuidador”, descrevendo que este é quem cuida de pessoas idosas dependentes, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface com a saúde, educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e equilíbrio emocional (DUARTE, 2009, p. 18).

Em geral, o idoso que tem o maior risco de necessitar de um cuidador é frágil, com doenças crônicas, longo tempo de vida e com falta de suporte. Em média, 40% dos indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos precisam de algum suporte para a realização de no mínimo uma Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) (ir às compras; gerir o dinheiro; utilizar o telefone; limpeza) (ROSSET et al., 2011). Apesar da importância do cuidador no auxílio para a realização das AIVDs, o cuidado apenas acontece quando o receptor de cuidados se sente bem, reconhecido e aceito como é, conseguindo se expressar de forma legítima apesar de suas limitações (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

O cuidado familiar é considerado importante desde o começo do aparecimento dos sintomas, pois, os familiares poderão contribuir auxiliando o idoso a revisar seus hábitos de acordo com as novas demandas, oferecendo apoio à sua adaptação. Nesse sentido, quanto mais os membros da família compreenderem sobre o envelhecimento e a DA, mais eficiente pode ser o suporte oferecido (SILVA, 2006).

Alguns sintomas característicos da DA, como agressividade, ansiedade, alucinações ou os comportamentos culturalmente inapropriados podem impactar os cuidadores, a família e a comunidade, comprometendo a qualidade das relações sociofamiliares (RIDDER, 2016; RYU et al., 2011). Por outro lado, a qualidade dessas relações exerce uma influência importante sobre o declínio cognitivo, o risco de morbidades e de mortalidade, e um suporte social adequado pode beneficiar o indivíduo através da redução do estresse proporcionando recursos psicológicos e materiais (CHARLES; CARSTENSEN, 2010; CIPOLLI; FALCÃO, 2017; KUIPER et al., 2015).

Conforme a teoria do comboio social proposta por Kahn e Antonucci (1980), um indivíduo é acompanhado por um grupo de pessoas ao longo da vida com o qual pode ter relação de suporte emocional, proteção ou assistência instrumental. Este grupo exerce influências na saúde, autoestima e no bem-estar, e é através dele que formamos ligações

afetivas. Para os autores, o suporte social envolve afeto, afirmação e ajuda, sendo importante para o indivíduo pela habilidade em moderar os efeitos do estresse, incluindo os que estão relacionados ao envelhecimento.

No que se refere à Musicoterapia e os relacionamentos afetivos ao longo da vida, Pasiali (2013) detectou que as intervenções com músicas podem fortalecer o apego através da reconstrução da capacidade de formar ou restabelecer relações; reduzir perturbações de estresse e de humor; apoiar interações saudáveis de parceiros por meio do reforço das capacidades de comunicação; fornecer apoio social e; construir habilidades de enfrentamento entre famílias e indivíduos que estão vivenciando circunstâncias desafiadoras.

No contexto demencial, as intervenções musicoterápicas podem contribuir com a qualidade das relações visto que o indivíduo com DA tende a enfrentar perdas em sua rede de suporte social à medida que a doença avança. No caso do cuidador, estudos indicaram que quanto mais satisfatória for a percepção em relação à sua rede de suporte sociofamiliar, melhores serão seus sentimentos de satisfação com a vida. Além disso, os níveis baixos de suporte podem ter como consequência a solidão, ansiedade, vulnerabilidade ao estresse e falta de propósito na vida. Nesse sentido, para que o cuidador se torne mais resiliente é importante que o suporte seja uma das estratégias de enfrentamento (INOUE et al., 2010; KEYES et al., 2002; GARCIA; FALCÃO, 2018).

1.5.2 Doença de Alzheimer: refletindo sobre as relações de amizade

A “amizade” é um termo de difícil tradução com múltiplas interpretações. Cientistas sociais constantemente tentam definir, medir e quantificar a amizade com escalas psicométricas de apoio social percebido ou isolamento social percebido (HAWTHORNE, 2006; WILKS, 2009). De qualquer forma, sabe-se que a amizade é uma parte integral e significativa da experiência humana. No entanto, frente à DA, o avanço dos sintomas afeta as relações sociais e muitos amigos se retraem e perdem a convivência, muitas vezes por não conseguir lidar com as mudanças que estão ocorrendo com o enfermo (HARRIS, 2011).

As relações de amizade podem ter um impacto significativo na saúde do indivíduo em diferentes aspectos. Estudos mostraram que o isolamento social pode afetar a saúde física, estando associado à piora do estado de saúde e pior resultado em procedimentos cirúrgicos (CANTOR; SANDERSON, 1999; FARMER et al., 1996; HAWTHORNE, 2006;

RUBERMAN et al., 1984). No caso da demência, é muito comum que os amigos se afastem e cortem laços de amizade com os indivíduos diagnosticados, aumentando os sentimentos de depressão, abandono e alteridade da pessoa diagnosticada (HARRIS, 2004; HARRIS; KEADY, 2004; LAUER, 2007; OSTWALD; HEPBURN, 2002; SNYDER, 1999; STERIN, 2002; TAYLOR, 2007).

À medida que os sintomas da demência se agravam, a comunicação torna-se mais difícil, as atividades se tornam mais limitadas e o julgamento fica prejudicado. Essas alterações podem comprometer a qualidade das relações de amizade do indivíduo com demência. Ainda assim, no entanto, a identidade e os valores da pessoa permanecem, embora possam ser mais difíceis de alcançar e compreender (BELL; TROXEL, 2003; FAZIO; MITCHELL, 2009; HARRIS; STERIN, 1999; SABAT, 2001).

A DA também pode interferir negativamente nas relações de amizade do cuidador familiar, pois a diminuição das atividades sociais devido à demanda de cuidados pode provocar o isolamento do cuidador, que poderá ficar em situação de vulnerabilidade social (SALGUEIRO, 2008; ROLLAND, 1994; SEQUEIRA, 2007). Nesses casos, a ajuda na prestação de cuidados poderá aliviar uma possível sobrecarga do cuidar, possibilitando que o cuidador desempenhe outras atividades, minimizando as limitações sociais e permitindo o partilhar de problemas (BRITO, 2002; LAGE, 2004). Dessa forma, a presença do cuidador secundário, que pode ser um familiar ou amigo, pode ser um bom preditor da percepção da saúde, da qualidade de vida e da sobrecarga (LAGE, 2005).

Um estudo realizado por Quinn et al (2008) concluiu que, frente à demência, os cônjuges tentaram normalizar as circunstâncias e, ao mesmo tempo, reconhecer a necessidade de aceitar o diagnóstico e administrar a situação; tentaram permanecer independentes, embora tenham percebido que precisavam ficar mais dentro de casa; desistiram de atividades e interesses pessoais e se sentiram isolados dos familiares e também de seus amigos. Alguns dos cônjuges consideraram benéfico conversar com amigos sobre a demência e participar de eventos de Instituições especializadas em Alzheimer, pois isso os ajudou a entender a demência e se mostrou favorável à partilha de experiências mútuas.

1.5.3 Relacionamento conjugal, doença de Alzheimer e musicoterapia

Aproximadamente 70% dos cuidadores informais são casados com a pessoa para quem prestam cuidados (BOULDIN; ANDRESEN, 2014). Nestes casos, com o avanço da demência a dinâmica conjugal é afetada, pois a comunicação se torna progressivamente mais difícil e a

satisfação com a companhia e com a reciprocidade pode diminuir (WRIGHT, 1991; GALLAGHER-THOMPSON et al., 2001). De acordo com DeVugt (2003) o comprometimento da qualidade da relação conjugal frente à DA pode ser associado com a presença dos sintomas comportamentais, principalmente a apatia.

De uma forma geral, a conjugalidade pode ser entendida como a estrutura e a dinâmica relacional própria de cada díade, influenciada por fatores biopsicossociais, familiares, educacionais, culturais, históricos, econômicos, ambientais, eventos normativos (ex.: transições do ciclo de vida) e não-normativos (ex.: doença crônica) ao longo da vida. Nesse sentido, o casal constrói uma identidade conjugal e uma história baseada no desejo e no projeto de vida em comum. As regras e os padrões interacionais que firmam entre si é a base para o funcionamento da relação, incluindo dimensões, tais como: a comunicação, a sexualidade, a divisão de tarefas, a relação com as famílias de origem, as decisões sobre a procriação e a criação dos filhos, as deliberações sobre o uso do dinheiro (FALCÃO, 2016).

No caso do cônjuge se tornar o principal cuidador, este deverá ocupar novas obrigações, pois o cônjuge receptor de cuidados apresenta uma demanda de atenção diferente da que possuía antes (PEREIRA; CARVALHO, 2012; CASTELLANI, 2015). Em função dessas novas demandas, os cônjuges cuidadores podem vivenciar sentimentos que oscilam ao longo do processo, sendo importante reconstruir o significado da relação para diminuir o impacto negativo na qualidade de vida de ambos (FALCÃO, 2016).

Na revisão de literatura realizada por Mosmann, Wagner e Féres-Carneiro (2006), observou-se que os estudos sobre conjugalidade estão focalizados em três principais conceitos: a qualidade, o ajustamento e a satisfação conjugal. Pesquisas (WONG; WAITE, 2015) indicaram que o relacionamento entre os cônjuges e a qualidade da relação são positivamente correlacionados com a longevidade, a qualidade de vida, a saúde física e mental do indivíduo.

A maioria dos estudos e da literatura sobre qualidade conjugal é voltada para as interações positivas do relacionamento conjugal (p. ex., amor, apoio). Todavia, a qualidade conjugal também envolve dimensões negativas, como conflitos e múltiplas demandas da relação. Portanto, é uma variável mais importante para o bem-estar do que simplesmente o fato de estar casado, visto que casamentos de longa duração nem sempre apresentam boa qualidade conjugal (FALCÃO, 2016).

Por sua vez, a satisfação conjugal é uma avaliação subjetiva do cônjuge de acordo com o que sente sobre a sua relação em determinado momento. A satisfação pode ser identificada

em um relacionamento quando se avalia a diferença entre o que uma pessoa espera da outra (na relação) e o que esta mesma pessoa está recebendo da outra (STERNBERG, 1986).

O relacionamento conjugal satisfatório caracteriza-se, essencialmente, por sentimentos de apego, proximidade, paixão, intimidade, compreensão, alegria, autonomia, reconhecimento de que ninguém pode suprir todas as necessidades da outra pessoa e que nenhum relacionamento é livre de problemas. Casais satisfeitos são funcionais, conseguem manter fortes laços emocionais, desenvolvem padrões de comunicação adequados e alteram a estrutura de poder, papéis e regras de seu relacionamento diante de crises e ao longo da vida (MINUCHIN, 1982; OLSON et al., 1979).

De uma forma geral, a satisfação conjugal é influenciada por variáveis como: gênero; história pessoal de cada cônjuge; estado de saúde; atitudes; valores; fatores de personalidade; as expectativas e as características individuais percebidas ou idealizadas tanto do parceiro como da relação; aspectos biopsicossociais, históricos, culturais, econômicos, familiares e educacionais; qualidade da relação sexual; grau de afinidade entre a díade conjugal; locus de controle; presença de filhos; comunicação; resiliência; tempo de relacionamento; quantidade e qualidade de tempo que o casal passa junto; trabalho remunerado e experiência sexual anterior ao casamento; momento atual do ciclo de vida e do ciclo vital da família (FALCÃO, 2016). No caso do aparecimento de uma demência, a satisfação conjugal pode ter uma correlação negativa com a carga do cônjuge cuidador (BRAUN et al., 2009; SIMONELLI et al., 2008).

A percepção dos cônjuges também é importante em relação à satisfação conjugal e os cuidados. Estudos indicaram que considerar o casamento como algo sagrado está relacionado positivamente com a satisfação conjugal, podendo ajudar os casais a enfrentarem o desafio de cuidar um do outro, especialmente na velhice (STAFFORD et al., 2014). Nesse sentido, a literatura fala sobre o “amor compassivo”, por vezes definido como um amor centrado no bem do outro, principalmente quando o outro está em sofrimento ou necessitando de cuidados. Pesquisas (RAUER et al., 2013) envolvendo o amor compassivo revelaram que os benefícios deste tipo de amor são principalmente para o doador, podendo resultar em menos depressão e estresse para o cuidador, mesmo em face de demandas crescentes de cuidado.

Em uma revisão sistemática, EGILSTROD, RAVN e PETERSEN (2018) apresentaram uma visão geral de estudos qualitativos sobre experiências vividas pelos cônjuges, com respeito a mudanças e ao gerenciamento de mudanças no convívio com uma pessoa com demência. O estudo mostrou que, em geral, os cônjuges tentam sustentar ou reconstruir a relação, evitando possíveis conflitos e permitindo que seus parceiros mantenham

as tarefas domésticas e acrescentando alegria e valor à sua vida cotidiana, tentando manter antigos rituais e rotinas. No entanto, devido à solidão, alguns se voltam para amigos em busca de apoio e se envolvem em atividades promovidas por instituições especializadas em Alzheimer.

2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Para um levantamento inicial dos estudos que envolveram a musicoterapia e a díade composta pelo idoso com demência e seu cuidador, foi realizada uma revisão bibliográfica dos últimos 20 anos. Inicialmente foram selecionadas as bases de dados (MEDLINE, Journal of Music Therapy, PubMed, Lilacs, Nordic Journal of Music Therapy, Cochrane Library) e em seguida foi realizada a busca nas bases supracitadas com as seguintes palavras-chave: music therapy; dementia; caregivers; family; couple; marriage; marital relationship.

A partir dos artigos encontrados foram aplicados os critérios de inclusão, permanecendo apenas os estudos publicados entre o ano de 1996 e 2016, em língua portuguesa, inglesa ou em espanhol, conduzidos por musicoterapeutas e envolvendo a díade composta pelo idoso com demência e o cuidador. Foi determinado que apenas os estudos conduzidos por musicoterapeutas fossem selecionados por haver ampla variedade na fundamentação teórica e na prática entre as pesquisas encontradas.

No fim do ano de 2018 o levantamento foi atualizado levantando os artigos publicados nos anos de 2017 e 2018 seguindo os mesmos critérios de inclusão. O Fluxograma abaixo apresenta como se desenrolou o levantamento:

Figura 1– Fluxograma do processo de Revisão Bibliográfica

No quadro a seguir, os artigos selecionados foram organizados em ordem cronológica, indicando o nome dos autores, ano, país, participantes, objetivos/metodologia e principais resultados:

Quadro 1 – Estudos da revisão bibliográfica

Autores/Ano/País	Participantes	Objetivo/Metodologia	Principais achados
Alicia Ann Clair, Allison G. Ebberts, 1997 (EUA)	15 duplas cuidador/idoso com demência	Atendimentos em grupo utilizando conversação, canto, dança e percussão. Foi avaliada a frequência de toques iniciados e responsivos (toques físicos) nas duplas e avaliações específicas para os cuidadores. 08 sessões.	Maior participação utilizando a percussão. Cuidadores iniciaram o toque mais frequentemente e os idosos foram mais responsivos. Avaliações apontaram aumento da satisfação no cuidar.
Alicia Ann Clair, 2002 (EUA)	8 duplas cuidador/idoso com demência.	Musicoterapeuta treinou o cuidador a utilizar estratégias sonoro-musicais. Foram avaliados os efeitos da aplicação de estratégias pelos cuidadores em seus receptores de cuidados. Oito sessões.	Melhora do entrosamento das díades. Cuidadores conseguiram utilizar a música sozinhos e o entrosamento continuou sem a musicoterapia.
Melissa Brotons, Patricia Marti, 2003 (Espanha)	14 duplas de conjugues. Cuidador/idoso com demência	10 atendimentos para pacientes idosos com demência, 07 para cuidadores junto com os idosos e 04 para cuidadores. Estratégias de escuta musical, canto, tocar instrumentos e dança. Foi avaliado antes, depois e dois meses depois do projeto.	Os cuidadores notaram melhora no campo social e emocional dos pacientes. Diferenças na escala de demência, inventário Neuropsiquiátrico, escala de agitação, fardo, memória, comportamento e depressão.

<p>Gabriele Berger, Tanja Bernhardt, Uta Schramm, Ruth Muller, Susanne L. Anders, Juergen Peters, Tilman Kratzsch and Lutz Frolich, 2004 (Alemanha)</p>	<p>18 duplas paciente/cuidador participantes e 18 duplas como grupo controle, com pacientes e cuidadores, que foram acompanhados pela clínica de memória.</p>	<p>Intervenções uma vez por semana com a equipe na qual havia um musicoterapeuta. Estratégias de canto, assobio, tocar instrumentos e movimento. Foi avaliado o impacto da musicoterapia nos sintomas comportamentais e psicológicos da demência e no fardo do cuidador. Dados colhidos com 6, 12 e 24 meses.</p>	<p>Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos de intervenção e controle.</p>
<p>Wendy Chatterton, Felicity A. Baker, Kylie Morgan, 2010 (EUA)</p>	<p>17 estudos incluídos 95 mulheres e 45 homens com demência</p>	<p>Revisão sistemática sobre evidências da utilização do canto individual com a pessoa com demência. Descritores "singing AND dementia" sem limitação temporal. Foram considerados estudos com e sem musicoterapia.</p>	<p>Foram encontrados 10 estudos de musicoterapia com a pessoa com demência. Um dos estudos sobre o trabalho com a dupla cuidador/pessoa com demência. A revisão encontrou que o canto pode ser efetivo de formas variadas, de acordo com o contexto.</p>
<p>Suzanne B. Hanser, Joan Butterfield-Whitcomb, Mayu Kawata, Brett E. Collins, 2011 (EUA)</p>	<p>8 duplas cuidador/idoso com demência</p>	<p>Visita domiciliar treinando o cuidador a utilizar estratégias musicais com o paciente. O cuidador utilizou músicas de preferência do idoso em CD, três dias por semana, com estratégias ensinadas pelo musicoterapeuta. Foram realizadas entre oito e 20 sessões.</p>	<p>Melhora no relaxamento, conforto e felicidade. Cuidadores apresentaram maiores benefícios. Seis duplas saíram durante a pesquisa. Cuidadores expressaram prazer nas atividades. Recomenda musicoterapia mais diretiva.</p>

Felicity A. Baker, Denise Grocke, Nancy A. Pachana, 2012 Austrália	5 casais cuidador/idoso com demência	Intervenções musicais na relação conjugal, um dos cônjuges com demência. O musicoterapeuta treinou o cuidador a aplicar intervenções musicais sozinho, três vezes por semana, seis semanas. Houve aplicação de avaliações e escrita de um diário.	Melhora na relação conjugal, satisfação do cuidador, bem estar do idoso cuidado, e melhora no humor em ambos. Número muito baixo para resultados quantitativos.
Laura E. Beer, 2016 (EUA)		Treinamento oferecido a cuidadores de pessoas com demência com diversos elementos, como: fatos e estatísticas sobre a demência, vídeos, a escuta em musicoterapia (sons que o paciente emite), entre outros. Aplicado mais de 20 vezes em grupos com enfermeiras, estudantes, membros da comunidade e outros cuidadores.	Musicoterapeutas são capazes de educar cuidadores com técnicas de comunicação para melhorar a qualidade de vida de pacientes com demência e melhorar condições de trabalho dos funcionários.
Hacer Gok Ugur, Oya Sevcin Orak, Yesim Yaman Aktas, Ozgür Enginyurt, Okan Saglambilen, 2018 (Turquia)	Pacientes com demência (n = 75) e seus cuidadores.	Estudo controlado e randomizado sobre a musicoterapia na carga do cuidador e em parâmetros fisiológicos (pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca e taxa de respiração) de pacientes com demência. Os pacientes ouviram música instrumental clássica turca por 36 sessões.	Diminuiu o fardo ocasionado pela demanda dos cuidadores. As pressões sanguíneas dos pacientes foram controladas.

Orii McDermott, Hanne Mette Ridder, Felicity A. Baker, Thomas Wosch, Kendra Ray, Brynjulf Stige (2018)		Seis pesquisadores de seis países compartilham sua "prática indireta" de musicoterapia com exemplos de compartilhamento de habilidades da musicoterapia com outros profissionais no tratamento de pacientes com demência.	O objetivo final do compartilhamento de técnicas pelos musicoterapeutas com outros profissionais continua sendo o bem-estar das pessoas que vivem com demência.
Robin Rio, 2018 (EUA)		Estudo descritivo sobre grupos de apoio de musicoterapia para idosos com demência e seu familiar cuidador. O grupo busca fornecer apoio socioemocional e envolvimento em um evento prazeroso. Atividades com canto, instrumentos, movimento e criação de novos arranjos musicais.	A atividade busca aliviar a pressão sobre os cuidadores, permitindo maior apoio emocional através do aumento de interações significativas com seus entes queridos com demência. O grupo iniciou em 2011 e continua até 2018.
Jeanette Tamplin, Imogen N. Clark, Young-Eun C. Lee e Felicity A. Baker, 2018 (Austrália)	12 duplas (idoso com demência + familiar cuidador)	O estudo examinou a intervenção em grupo de canto em musicoterapia após 20 semanas. Foi medida qualidade da relação, ansiedade, apatia, agitação, qualidade de vida, depressão e percepções do cuidador. Realizado aquecimento vocal e canto, com interação social.	Escore sobre qualidade do relacionamento e medidas de bem-estar foram mantidos. O estudo demonstrou boa viabilidade para um protocolo de intervenção de canto de grupo terapêutico para essas díades.

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Os 12 artigos selecionados investigaram a musicoterapia e foram publicados na língua inglesa e envolveram o idoso com demência e o cuidador. Os trabalhos de Brotons e Marti (2003), Clair (1997) e Baker (2012), analisaram especificamente casais compostos por cônjuge cuidador e cônjuge com demência. Os estudos de Clair (2002) e Hanser (2011)

avaliaram principalmente os casais neste formato, mas também incluíram outras díades. Por outro lado, as pesquisas de Berger (2004), Rio (2018), Ugur (2018) e Tamplin (2018) envolveram idosos com demência e cuidadores familiares e/ou formais.

O estudo de Chatterton (2010) versou sobre uma revisão sistemática acerca da utilização do canto no tratamento da demência, e detectou trabalhos que também focalizaram essas díades. Já em seu estudo, Beer (2016) avaliou a utilização de um modelo de treinamento direcionado a enfermeiros, cuidadores ou membros da comunidade que tinham contato com pessoas com demência, indicando a importância dos musicoterapeutas nesse contexto. Na mesma direção, McDermott (2018) descreveu a importância da prática de “musicoterapia indireta”, ou seja, quando o musicoterapeuta compartilha do que acontece em uma sessão de musicoterapia com cuidadores, familiares e demais profissionais.

Em seu estudo, Beer (2016) descreveu treinamentos oferecidos a outros profissionais da saúde demonstrando como o musicoterapeuta utiliza o tom de voz, o ritmo e a melodia, e as nuances do gesto como habilidades que podem ser utilizadas com o idoso com demência. A autora relatou que a musicoterapia chama a atenção de organizações de saúde por seus benefícios e por se tratar de uma intervenção econômica. Os treinamentos oferecidos tinham 60 minutos de duração para que pudessem ser facilmente incorporados em uma reunião típica de equipe. O módulo consistiu em diferentes elementos, tais como: fatos e estatísticas sobre demência; interação e trocas de informações entre os presentes; dramatizações curtas com *feedback*; lições sobre como ouvir a natureza comunicativa de qualquer som que um paciente faz; e um folheto que continha dicas específicas sobre formas alternativas de comunicação.

Em relação ao desenho dos estudos, todos utilizaram abordagens diversas, sendo que a maioria buscou resultados quantitativos e qualitativos através da aplicação de instrumentos de avaliação, gravação de vídeos, registro de diários e entrevistas. As pesquisas relataram os resultados do cuidador em relação ao fardo, a ansiedade, a depressão e a satisfação do cuidar, assim como outros aspectos ligados ao bem-estar, como energia, concentração e tristeza. No caso do idoso com demência, foram avaliados os sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais, as habilidades cognitivas, pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, taxa de respiração e as atividades de vida diária.

A qualidade do relacionamento também foi avaliada (TAMPLIN, 2018) assim como a qualidade percebida da relação conjugal (BAKER, 2012) e a frequência de toques iniciados e responsivos nas duplas (CLAIR, 1997). Nos trabalhos com intervenção, as estratégias

utilizadas incluíram tocar instrumentos de percussão, canto, audição musical, jogos musicais, composição e o movimento aliado à música, como a dança.

Dos resultados encontrados, Clair (1997) relatou benefícios na satisfação com os encontros, e que a díade se beneficiou social e emocionalmente das interações musicais, incluindo dança, canto e tocar instrumentos sendo que o maior envolvimento aconteceu na prática rítmica. Já em outra pesquisa realizada por Clair (2002), houve aumento do envolvimento mútuo mesmo em visitas sem a musicoterapia e os cuidadores relataram facilidade em aprender e utilizar as atividades com os idosos.

No estudo de Brotons e Marti (2003) mais da metade dos cuidadores familiares de sua amostra relataram melhorias positivas no funcionamento físico, social e emocional dos idosos cuidados. Dos cuidadores, 33% detectaram melhoria na área físico-motora, e todos os participantes relataram que as intervenções ajudaram a relaxar. Além disso, 66% mencionaram a atividade como sendo prazerosa uma vez que podiam dividir e expressar sentimentos. Foram verificadas melhoras na atenção, linguagem expressiva e memória do idoso com demência. Não foram detectadas diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle no estudo de Berger (2004). Os autores sugeriram que talvez um programa de intervenções em grupo não seja o formato mais efetivo para dar suporte a pacientes com demência e seus cuidadores.

Na revisão sistemática realizada por Chatterton (2010) foi verificado que o canto individual apareceu como o mais efetivo em contextos sociais, facilitando a comunicação e promovendo comportamentos sociais positivos. Os atendimentos de musicoterapia tiveram sucesso em reduzir sintomas psicológicos e comportamentais na agitação e a utilização do canto favoreceu o acesso a habilidades cognitivas. A revisão ressaltou que o musicoterapeuta é o profissional habilitado a utilizar elementos sutis da música, incluindo as respostas vocais para validar a expressividade do paciente e oferecer suporte.

No estudo de Hanser (2011), as díades apresentaram benefício no que se refere ao relaxamento e ao conforto e felicidade. Os cuidadores apresentaram melhores resultados que os receptores de cuidado, com mudanças estatisticamente comprovadas. Apesar dos resultados positivos, foi relatado por cuidadores que as atividades de musicoterapia eram mais uma exigência somada à grande demanda de cuidados.

No estudo de Baker (2012), após a aplicação inicial dos instrumentos de avaliação, os cuidadores não apresentaram depressão ou ansiedade e não estavam insatisfeitos com o relacionamento. No pós-teste as avaliações não apresentaram diferenças significativas, apesar

de os cuidadores relatarem benefícios. As avaliações qualitativas indicaram que os casais tiveram a oportunidade de passar um tempo de qualidade juntos. Sentimentos de intimidade aumentaram e memórias foram compartilhadas.

No estudo de Beer (2016) foi descrito que o profissional musicoterapeuta é treinado a ouvir os sons sob o ponto de vista terapêutico, portanto, a autora espera possibilitar aos participantes uma interação mais significativa e mais prolongada com o paciente com demência. Desse modo, as estratégias podem oferecer aos cuidadores uma maior habilidade de comunicação, indo além da questão clínica.

Em relação à quantidade de participantes, de forma geral os estudos indicaram uma dificuldade em relação à permanência dos indivíduos até o fim da pesquisa. Os motivos apresentados sinalizaram questões de saúde debilitada, desinteresse por parte do idoso com demência, dificuldades em encaixar as intervenções na agenda, ou relatos de que essas intervenções poderiam dificultar ainda mais a tarefa do cuidar, como apresentado no trabalho de Hanser (2011).

Diferentes estudos discutiram sobre a utilização de estratégias sonoro-musicais por não musicoterapeutas. Frente a isso, vale indicar que o cuidador que receber um treinamento não estará aplicando musicoterapia. Os estudos de Beer (2016) e Chatterton (2010) destacaram que o profissional musicoterapeuta é treinado a ouvir os sons sob um ponto de vista terapêutico, percebendo elementos sutis da música com um olhar que demais profissionais não têm, portanto, mesmo com a aplicação adequada das estratégias, o olhar terapêutico especializado é importante.

Enfermeiros, cuidadores e familiares podem utilizar o canto na intenção de dar maior significado e melhorar a qualidade da interação com a pessoa com demência, mas os musicoterapeutas geralmente utilizam o canto com objetivos específicos planejados (CHATTERTON, 2010). Diante desse cenário, torna-se crucial salientar para estes profissionais que receberem esses tipos de treinamento a importância das sutilezas encontradas na interação musical, pois, estas podem ser a chave para uma interação mais significativa entre os cuidadores e os idosos com demência.

No estudo de Ugur (2018) foi detectado que os escores médios do fardo do cuidador pós-teste no grupo de música foram significativamente inferiores aos do grupo controle ($t = -4,478$, $p = 0,001$). Houve diferenças significativas nas pressões arteriais (sistólica e diastólica) pós-teste entre os grupos de pacientes ($t = -4,603$, $p = 0,001$; $t = -2,656$, $p = 0,010$). De forma

geral a intervenção em pacientes com demência em domicílio reduziu a carga de cuidado dos cuidadores.

O estudo de McDermott (2018) sobre a musicoterapia indireta indicou alguns pontos importantes, tais como: a importância de tomar decisões clínicas sobre quando a musicoterapia direta é necessária e quando a musicoterapia indireta é apropriada; a necessidade de um musicoterapeuta dar suporte para a transição da musicoterapia direta para a musicoterapia indireta; os potenciais riscos e encargos da prática de musicoterapia indireta. Já no estudo de Tamplin (2018) as altas taxas de participação indicaram que a intervenção foi recebida favoravelmente pelos participantes. Escores favoráveis na linha de base sobre a qualidade do relacionamento e medidas de bem-estar foram mantidos durante a intervenção de 20 semanas. O estudo demonstrou boa viabilidade para um protocolo de pesquisa e intervenção de canto de grupo terapêutico para pessoas com demência e seus cuidadores.

Em relação à utilização específica da canção nos estudos, na pesquisa de Baker (2012) foi incluído o cantar de canções conhecidas/preferidas sem o acompanhamento ou com o acompanhamento de gravações. No estudo de Tamplin (2018) os autores elaboraram um protocolo com aquecimento vocal seguido de cantar canções conhecidas (requisitadas pelos participantes), além do aprendizado de novas canções, harmonia, e introdução de habilidades vocais.

O estudo de McDermott (2018) mencionou atividades como: cantar junto com idosos institucionalizados, canto grupal, cantar durante outras atividades (ex.: banho), cantar canções conhecidas utilizando gravações e o cantar como um suporte para amenizar possíveis sintomas comportamentais do idoso (ex.: agitação). Já Rio (2018) discutiu sobre a utilização do cantar canções conhecidas e desconhecidas em grupos com o acompanhamento de piano e violão, canções conhecidas para encerrar o encontro, além de cantar os nomes dos participantes no início das sessões.

No estudo de Clair (1997), o canto é indicado como uma das atividades avaliadas, mas não especifica sua utilização, porém, no estudo posterior, Clair (2002) recomendou ao cuidador cantar canções familiares e mencionou a canção “Home on the Range” como exemplo. Além disso, destacou a utilização da canção acompanhada por violão e piano. No estudo de Berger (2004) foi utilizado o cantar e assoviar canções conhecidas.

O canto também é referido como uma das atividades do estudo de Brotons e Marti (2003), incluindo o “cantar junto”. No caso de Hanser (2011), os autores recomendaram a utilização do cantar junto oferecendo acompanhamento rítmico com percussão e/ou outros

instrumentos, ou improvisando temas musicais. Em seu estudo, Beer (2016) referiu o aquecimento vocal, cantar para amenizar a agitação, para promover e facilitar a comunicação, e destacou a possibilidade de utilizar o cantarolar (cantar apenas a melodia com boca fechada ou aberta) de acordo com as preferências do paciente.

Finalmente, a revisão de Chatterton (2010) propôs uma reflexão sobre o que é mais relevante, o cantor ou o cantar, e mencionou o cantar com/para o idoso institucionalizado durante atividades de cuidado e no dia a dia. A revisão constatou que musicoterapeutas, enfermeiros, cuidadores formais e membros da família cantavam individualmente para pessoas com demência (sem o uso de música gravada), sendo que enfermeiros, cuidadores formais e membros da família eram mais propensos a cantar com a intenção de melhorar o engajamento. Com isso, a revisão sugeriu incentivar os indivíduos que interagem com os idosos a utilizar todos os meios à sua disposição para otimizar os cuidados, relatando que o canto pode ser um recurso acessível para a maioria incluindo, cuidadores, familiares e amigos.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva e exploratória em formato de estudo de casos múltiplos.

O estudo de caso pode ser considerado como um subtipo de pesquisa de caso único. Utiliza diferentes métodos (quantitativos, mensurações em geral, submetidas a procedimentos de estatística e; qualitativos, expressos em forma de prosa ou narrativa; podendo, também, ser híbridos, no caso de utilizar as duas abordagens), bem como, variadas fontes de evidências e informações, descrevendo de forma intensiva um ou mais casos individuais. Se houver mais de um caso pode ser denominado como Estudo de Casos Múltiplos. Este tipo de estudo busca testar proposições teóricas ou gerar explicações a serem testadas e/ou confirmadas em pesquisas posteriores (SERRALTA et al., 2011; STAKE, 2003; YIN, 2015).

O método de estudo de caso é um tipo de investigação empírica cujos limites de fenômeno e contexto não estão claramente definidos. Comumente, o tema é pouco estudado, apresenta um número limitado de participantes e o pesquisador não possui total controle sobre o fenômeno (YIN, 2015). De acordo com as etapas determinadas por Yin (2015), os componentes do estudo de caso podem ser descritos como:

- Questões do estudo de caso: determinar, com clareza, a natureza das questões de estudo (Quem? O que? Onde? Como? Por quê?);
- Proposição: direciona a atenção para o foco do que se pretende investigar;
- Os casos: em um estudo de caso clássico, uma única pessoa pode ser o caso que está sendo estudado. Também pode ser algum evento ou entidade.
- Vinculação dos dados às proposições e os critérios para interpretação dos dados: os últimos dois componentes pertencem às etapas da análise de dados da pesquisa, quando se analisa as informações obtidas de acordo com as proposições e se determina os critérios para interpretar os dados levantados. Não há uma maneira precisa de se estabelecer critérios para a interpretação das descobertas.

O presente estudo foi denominando “estudo de casos múltiplos” por ter sido desenvolvido com quatro casais (oito participantes). As evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes e, desta forma, o estudo global pode se tornar mais robusto (HERRIOTT, FIRESTONE, 1983). Em um estudo de casos múltiplos, o pesquisador pode estar estudando diferentes casos para entender as diferenças e as semelhanças entre estes (BAXTER; JACK, 2008; STAKE, 1995). Este modelo possibilita

conclusões analíticas mais contundentes, sem pretensão de generalização estatística, mas com possibilidade de generalização analítica, através da expansão e criação de teorias (YIN, 2015). O presente trabalho baseou-se nas orientações de Yin (2015) para as etapas de construção de estudos de casos múltiplos. Um fluxograma com as etapas realizadas pode ser observado a seguir:

Figura 2: Etapas do estudo de casos múltiplos, adaptado de Yin, 2015

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019

Na primeira etapa, “Definir e Projetar”, definiu-se a proposição do estudo e os procedimentos para a coleta de dados. Na etapa “Coleta de Dados” as avaliações e as intervenções de musicoterapia foram aplicadas, e em seguida foi formatado um relatório individual de cada caso. Por fim, na etapa “Analisar e Concluir” os dados foram analisados e discutidos de acordo com a revisão de literatura realizada.

3.1 PARTICIPANTES

Um dos componentes mais importantes do estudo de casos múltiplos é a seleção dos casos, ou seja, os participantes da pesquisa, podendo ser um grupo de pessoas, programas ou organizações (YIN, 2015). Neste caso, os participantes foram quatro casais (oito indivíduos) compostos por uma pessoa com provável/possível diagnóstico da Doença de Alzheimer em estágio leve ou moderado e seu cônjuge cuidador.

Inicialmente foi realizada uma divulgação da pesquisa em redes sociais (Facebook) detalhando os objetivos e implicações do estudo. Os interessados entraram em contato via e-mail e telefone e disponibilizaram seus dados. Os critérios de inclusão adotados para selecionar os casais participantes foram os seguintes: a) um dos indivíduos ter diagnóstico possível ou provável de doença de Alzheimer no estágio inicial ou moderado; b) nenhum dos cônjuges ter se submetido a um processo musicoterápico; c) os atendimentos serem oferecidos em ambiente domiciliar; d) o cuidador ter assumido essa função há um tempo igual ou maior que seis meses.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada na residência dos participantes, no município de São Paulo/SP. Foi feito desta forma para não causar maiores alterações na rotina dos casais, adaptando-se às agendas de cada um. Não foi determinada uma região específica do município, portanto, este não foi um dos critérios para a participação da pesquisa. Para a escolha do local, levaram-se em consideração os possíveis conflitos logísticos, assegurando-se a periodicidade das intervenções.

3.3 INSTRUMENTOS MUSICAIS

A literatura indica que os instrumentos musicais cumprem um papel importante enquanto variáveis no processo terapêutico, portanto, a escolha de instrumentos limitou-se a um instrumento de corda (acompanhamento harmônico) e um instrumento de percussão (acompanhamento rítmico). A escolha de instrumentos foi limitada visando minimizar a influência dos instrumentos musicais nos resultados da pesquisa, já que em musicoterapia o instrumento musical é selecionado a partir de sua totalidade, forma, textura, qualidade e temperatura, e essas características muitas vezes podem ser o principal viés do processo

terapêutico (BENENZON, 1988). Os instrumentos foram tocados e manuseados pelo musicoterapeuta responsável pela pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O estudo de caso costuma envolver diferentes métodos para coleta de dados, podendo incluir, também, os dados quantitativos, embora os dados qualitativos sejam predominantes (ROBSON, 2002). Para este trabalho, os instrumentos de avaliação foram aplicados por uma avaliadora cega, sem envolvimento com as intervenções. Os instrumentos adaptados e utilizados na coleta de dados foram:

- Anamnese: realizada por meio de uma entrevista como a primeira fase do processo com o objetivo de identificar problemas, conhecer diagnósticos, planejar e implementar a assistência ao paciente (PORTO, 2001);
- Ficha Musicoterápica (modelo adaptado para os participantes): foi aplicada com o objetivo de investigar a vivência sonora dos pacientes (sonoridades, músicas, cantores, instrumentos musicais de preferência), com seus aspectos sociais e culturais (BENENZON, 1985, p. 72-73.);
- Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário: elaborados a partir da revisão de literatura e de pesquisas anteriores (FALCÃO, 2006; GARCIA, 2018). Na entrevista semiestruturada o informante deve discorrer sobre suas experiências a partir de um foco principal proposto pelo pesquisador, ao mesmo tempo em que permite respostas espontâneas do informante, levando em consideração o embasamento teórico da investigação (TRIVIÑOS, 1987).
- Percepção, sentimentos, vivências da conjugalidade e qualidade do relacionamento antes e após a doença: para avaliar a qualidade do relacionamento com o receptor de cuidados, foram feitas duas perguntas (FALCÃO, 2006; MARKS et al 2008): “Como você avalia a qualidade do seu relacionamento com a pessoa que você cuida antes da doença?” e “Como você avalia, atualmente, a qualidade do seu relacionamento com a pessoa que você cuida?” Para ambas as questões, o entrevistado deveria responder de acordo com as opções: muito ruim, ruim, regular, boa ou muito boa.
- Satisfação geral com as relações familiares e de amizade: foram aplicados dois itens escalares com cinco pontos cada um avaliando a satisfação com as relações familiares e de amizade (FERRING et al 2004).

- Anotações de campo: é uma ferramenta que possibilita registrar impressões, percepções, descrições e questionamentos durante a pesquisa-intervenção. Diferentemente do diário de campo, as anotações de campo caracterizam-se por serem breves, servindo de apoio à memória dos investigadores (FRIZZO, 2010).
- Entrevista a ser aplicada após as intervenções de Musicoterapia: perguntas direcionadas à percepção, sentimentos e vivências após o processo.

Todos os instrumentos de avaliação foram aplicados no início do processo com exceção da “Entrevista a ser aplicada após as intervenções de Musicoterapia”. Os instrumentos foram aplicados por um avaliador cego treinado que não teve participação dos atendimentos. Todas as avaliações constam no Apêndice.

3.5 INTERVENÇÃO MUSICOTERÁPICA

De acordo com os objetivos previstos para a pesquisa, foi selecionada e adaptada a estratégia de resgatar as canções mais significativas da história de vida do casal. A estratégia foi priorizada com a finalidade de padronizar a intervenção para os participantes, possibilitando resultados mais significativos acerca da intervenção escolhida. Outras estratégias descritas pelo Trabalho com Canções da Abordagem Plurimodal de Musicoterapia foram selecionadas e utilizadas de acordo com a demanda de cada casal durante o processo. Foram elas:

- Cantar o repertório específico do(s) participante(s);
- Gravação do casal cantando uma canção de seu repertório, e ouvir a gravação juntos;
- Paródia: escolher uma canção de conhecimento do casal e mudar a letra juntos, com alguma temática escolhida, por exemplo, “o que gostamos em nossa casa”;
- Exploração de material – o casal buscou e indicou canções as quais foram trabalhadas em atendimentos seguintes;
- Composição de uma canção que fale sobre a relação conjugal (com o auxílio do musicoterapeuta).

O número de doze atendimentos foi determinado a partir de uma média calculada com base em pesquisas semelhantes mencionadas na revisão. Os atendimentos foram oferecidos entre os meses de janeiro e agosto do ano de 2018.

3.6 *FORMA DE COLETA DOS DADOS*

Um passo a passo da coleta de dados pode ser observado abaixo:

- a) Visita inicial do pesquisador responsável, autor do presente trabalho, para a explicação detalhada do processo e aplicação da Anamnese e Ficha Musicoterápica;
- b) Visita de uma avaliadora cega para a aplicação dos demais instrumentos de avaliação e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Aplicação das doze intervenções de Musicoterapia com Anotações de Campo;
- d) Visita da avaliadora cega para a aplicação da entrevista posterior às intervenções de musicoterapia.

O pesquisador responsável deixou claro aos participantes que não poderia haver participação de terceiros nas sessões para que não houvesse interferências. Foi especificado que as sessões deveriam acontecer com a maior regularidade possível, semanalmente.

3.7 *ANÁLISE DE DADOS*

Nos estudos de casos múltiplos, a análise dos dados pode ser realizada por meio de diferentes estratégias. Os pesquisadores podem utilizar programas de computador, tabulações, categorização, testes e combinação de evidências (YIN, 2015).

No presente estudo, as entrevistas semiestruturadas foram analisadas a partir do método de análise de conteúdo de Bardin (2006), sendo este um conjunto de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A partir desta análise, é possível compreender o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas (CHIZZOTTI, 2006). A análise é caracterizada por três períodos distintos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Ao reunir as entrevistas transcritas, foi constituído o corpus da pesquisa. Na fase da pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante. Na exploração do material foram seguidas as regras de: (a) exaustividade – esgotando-se a totalidade da comunicação das participantes, não se omitindo informação alguma; (b) representatividade – os conteúdos representaram a amostra deste estudo; (c) homogeneidade – os dados referiram-se ao mesmo tema, sendo obtidos por técnicas iguais e aplicadas em indivíduos semelhantes; (d) pertinência – as entrevistas foram adaptadas de acordo com os objetivos da pesquisa; e (e) exclusividade – os elementos não estiveram classificados em mais de uma categoria.

Em seguida foram criadas categorias analíticas que permitiram abarcar a totalidade das entrevistas em eixos temáticos e, então, subcategorias puderam ser identificadas. Assim sendo, o tratamento dos resultados pode ter interpretações compreendidas em frequência simples das unidades de análise. A direção dos conteúdos analisados poderá ser classificada como: favorável (aspectos positivos das afirmações), desfavorável (aspectos negativos das informações) ou neutra (conteúdo indefinido, vago, indeterminado, indiferente ou imparcial, não expressando partido nem a favor nem contra).

Durante o processo da análise de conteúdo proposto por Bardin (2006), pode-se realizar uma análise quantitativa a partir do número de respostas. Nesta pesquisa isso não foi efetivado por haver um número limitado de participantes. Para o relatório de cada caso foram selecionados exemplos das falas mais frequentes em cada categoria/subcategoria.

3.8 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), da Universidade de São Paulo (USP) em dezembro de 2017 com o CAAE: 81491517.0.0000.5390 (ANEXO). As intervenções e a coleta de dados foram realizadas mediante aceite, autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO) pelo cônjuge cuidador, apresentando o objetivo da pesquisa e autorizando o uso dos dados com finalidades científicas. O termo foi impresso e fornecido em duas vias, das quais uma foi deixada com o participante e a outra recolhida pelos pesquisadores, compondo o acervo de documentos da pesquisa.

Inicialmente o autor da pesquisa explicou detalhadamente o trabalho para os participantes, apresentando a proposta de estudo e suas etapas. Em alguns casos a explicação se estendeu aos demais familiares, tais como, filhos e netos. O autor pesquisador se colocou à disposição dos envolvidos para sanar quaisquer outras dúvidas, sendo que estes poderiam recusar-se a participar da pesquisa em qualquer etapa.

Foi especificado aos casais que a participação neste estudo poderia oferecer riscos mínimos de natureza psicológica, sendo que estes puderam interromper ou se recusar a participar em qualquer momento, sem que isto acarretasse em qualquer penalidade ou prejuízo ao estudo. Entre os possíveis benefícios oferecidos pela participação nesta pesquisa, foram citados: melhora do relacionamento e dos níveis de satisfação conjugal.

Visando assegurar o anonimato dos participantes, o nome dos indivíduos de cada casal foi modificado, assim como nomes dos demais familiares citados.

4 RESULTADOS

Em três dos casos o cônjuge com DA era o marido, e em um era a esposa. Seus respectivos cônjuges eram os cuidadores principais. Segundo os relatos dos cuidadores, seus cônjuges se encontravam no estágio inicial/moderado da doença, e no momento da realização da pesquisa os casais haviam completado 42, 27, 50 e 54 anos de casados respectivamente. Em relação à escolaridade, dentre os cônjuges cuidadores, três completaram curso superior, e um tinha curso técnico. Dos cônjuges com DA, três tinham curso superior e uma tinha curso clássico.

Seguindo o método de análise de conteúdo descrito por Bardin (2006), as falas dos cônjuges cuidadores foram classificadas em 11 categorias abarcando: relação conjugal; relações familiares; relações de amizade; e saúde e bem estar dos cônjuges. A partir de cada categoria os relatos foram separados em: com aspectos favoráveis (AF); com aspectos desfavoráveis (AD); com aspectos neutros (AN). Cada categoria e subcategoria serão descritas nos resultados com seus receptivos códigos. Será utilizado “Casal Nº1”, “Casal Nº2”, “Casal Nº3” e “Casal Nº4” para identificar os casos. Cada relato apresentado foi transcrito exatamente como a fala dos participantes.

A descrição dos casos foi realizada na seguinte sequência:

- a) Breve perfil do casal obtido a partir da anamnese e dados sociodemográficos;
- b) Breve descritivo obtido a partir da Ficha Musicoterápica;
- c) Atividades de cuidado realizadas;
- d) Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar;
- e) Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade;
- f) Anotações de campo (com breve descrição de cada sessão);
- g) Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário.

4.1 PERFIL DO CASAL Nº1

Maria e Antônio residiam na zona sul de São Paulo/SP. Maria tinha 74 anos, brasileira com ascendência japonesa, possuía curso técnico e apresentava 11 anos de escolaridade no total. Antônio tinha 76 anos, era brasileiro e possuía curso superior. No período de realização da pesquisa estavam casados há 42 anos, sendo que namoraram por um ano e meio e tiveram uma filha. O casal usufruía de uma renda média de 15 mil reais. Antônio foi diagnosticado

com doença de Alzheimer após os sintomas começarem a se tornar perceptivos no final do ano de 2016. Maria passou a ser sua principal cuidadora.

No início da doença, Antônio começou a apresentar pequenos esquecimentos, desorientação e precisou parar de dirigir. No período da pesquisa, ainda realizava a maioria das Atividades de Vida Diária, necessitando de pouco auxílio. A queixa principal da cuidadora foi a demanda de vigilância constante, relatando que Antônio frequentemente queria sair de casa e dificilmente concentrava a atenção em algo, sempre fazendo e repetindo as mesmas perguntas.

4.1.1 Ficha musicoterápica do casal nº1

O casal sempre teve contato com música, porém, nunca receberam ensino musical formal. Antônio cresceu ouvindo os familiares tocarem instrumentos musicais em rodas de samba e canções sertanejas. Durante o tempo em que trabalhava, ele pesquisava letras de canções de preferência e junto com os amigos cantavam em grupo amador.

O casal relatou gostar muito de canções sertanejas, sambas e músicas do cantor Roberto Carlos. Maria relatou que compartilhava as preferências musicais do companheiro, que se incomodava muito com o som de trompete por se lembrar de “toques de funerais” e que, apesar de sua ascendência japonesa, não teve muito convívio com a música.

4.1.2 Atividades de cuidado realizadas do casal nº1

Quadro 2 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal 1

ATIVIDADES	CASAL Nº1
Controlar/Orientar	X
Cuidar da higiene pessoal	
Cuidar da alimentação e da medicação	X
Passear/ realizar caminhada ou outras atividades físicas	X
Levar ao médico	X
Ajudar nas tarefas domésticas	X
Conversar	X
Dar carinho	X

Ajudar financeiramente	
Dar apoio emocional	X
Não desenvolve nenhuma atividade	

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior (2019)

Ao responder a respeito de sua reação inicial ao saber o diagnóstico, a cuidadora relatou: “na época que foi dito, eu nem imaginei nada, nem imaginei assim, o que seria. Eu na verdade não tinha noção do que seria, eu vim a ter noção esse ano (2018)”. Quanto aos principais motivos que a levaram a cuidar do seu cônjuge e a permanecer com ele após a doença, Maria relatou: “Foi a convivência conjugal. Ele sempre foi uma pessoa prestativa, calma”.

4.1.3 Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº1

Respondendo a respeito de como se sentia cuidando do seu esposo, Maria disse que se sentia bem, relatando: “sentimento de gratidão pela vida que tivemos”. Nesta parte da entrevista Maria deixou claro que não recebia a ajuda de alguém para auxiliá-la na tarefa de cuidar do cônjuge.

4.1.4 Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº1

Ao avaliar a qualidade do relacionamento com o esposo antes da DA, Maria respondeu que era muito boa. Atualmente, relatou que a relação permanecia muito boa, e acrescentou: “é cansativo”.

Com relação ao nível de satisfação com seu casamento antes da DA, Maria mencionou que se considerava muito satisfeita. No momento da entrevista afirmou que ainda se considerava muito satisfeita, porém, complementou que “ele deixou de ser marido para se tornar um filho”.

Com relação às relações familiares, Maria relatou que estava satisfeita, e se dizia muito satisfeita com suas relações de amizade. Concluindo essa etapa, a entrevistada destacou que considerava boa a sua condição de saúde atual.

4.1.5 Anotações de campo do casal nº1

Abaixo podem ser observadas breves descrições das sessões obtidas a partir das anotações de campo:

4.1.5.1 Sessão nº1 do casal nº1

Neste encontro foi proposta a canção “Meu primeiro amor” e o casal se emocionou ao cantar. Antônio relembrou e descreveu o local no qual trabalhava. Após o final do atendimento, Maria enviou a seguinte mensagem: “Oi Mauro, boa noite, tudo bem? Obrigada por ontem, fez muito bem ao Antônio, depois que você saiu nós continuamos cantando e ele continuou ficando muito emocionado. Ele carregou aquelas folhas o tempo todo como se fosse um troféu. Ele adorou. Hoje pegamos para cantar e ele continua se emocionando toda vez que canta, acho que está mexendo bastante com ele e, o interessante é que ele lembra que você veio. Obrigada, vai ser muito bom pra ele.”. O seguinte repertório foi utilizado: A Praça (Carlos Imperial); Meu Primeiro Amor (Herminio Jimenez); Lampião de gás (Zica Bergami); O trem das Onze (Adoniram Barbosa).

4.1.5.2 Sessão nº2 do casal nº1

Ao iniciar a sessão, Maria relatou que cantaram durante a semana as canções trabalhadas anteriormente. Foi solicitado que o casal resgatasse canções para serem utilizadas nas sessões posteriores. Foram cantadas as seguintes canções: Trem das Onze (Adoniram Barbosa); Saudosa Maloca (Adoniram Barbosa).

4.1.5.3 Sessão nº3 do casal nº1

O casal falou sobre as viagens que realizavam em feriados de carnaval lembrando “marchinhas”. Relataram que tentaram ir ao concerto temático de “Adoniran Barbosa”, no Teatro Municipal de São Paulo. O repertório trabalhado neste encontro foi: Mamãe eu quero (Vicente Paiva e Jararaca); Jardineira (Humberto Porto e Benedito Lacerda); Aurora (Roberto Roberti); Me dá um dinheiro aí (Homero Ferreira).

4.1.5.4 Sessão nº4 do casal nº1

No início, Maria relatou que Antônio cantou sozinho durante a semana em diversos momentos. O casal foi ao show da banda “Demônios da Garoa”. O repertório usufruído nesta sessão foi: A praça (Carlos Imperial); Lampião de gás (Zica Bergami); Saudosa maloca (Adoniram Barbosa); Coração de Papel (Antônio Reis); Maringá (Joubert de Carvalho).

4.1.5.5 Sessão nº5 do casal nº1

Iniciou-se a composição de uma “Paródia” utilizando como base a canção “Mamãe eu quero” contando na letra as viagens que o casal realizou. Maria ressaltou que organizou a letra das canções do repertório em uma pasta e que Antônio a guarda. O repertório utilizado nesta sessão foi: Luar do Sertão (Catulo da Paixão Cearense e João Pernambuco); A Volta do Boêmio (Adelino Moreira). A paródia foi intitulada “Nessas férias!” conforme descrita a seguir:

E nessas férias, e nessas férias
 Antônio e Maria vão viajar...
 Se é para o sitio, ou pra pousada,
 faço minhas malas, vamos logo acampar (2 vezes)

Quando é pra dormir armamos barraca no chão
 Se está muito escuro acendemos lampião
 Tinha uma amiga com um sitio bem bacana,
 Quando fez calor fomos pro mato chupar cana.

Fomos pra São Roque viajar no Carnaval
 Na casa da S. visitar é bem legal
 Nós vimos os primos L. e G. também
 Fizemos compras e todos gastaram o que não têm.

4.1.5.6 Sessão nº6 do casal nº1

Foi relatado pela cuidadora que eles estavam cantando com o auxílio da pasta todos os dias e que Antônio passou a se lembrar de coisas que havia esquecido. Foram cantadas as canções “Ronda” (Paulo Vanzolini) e “Beijinho Doce” (João Alves dos Santos). Para encerrar a sessão, o casal e o pesquisador cantaram a paródia juntos.

4.1.5.7 Sessão nº7 do casal nº1

Foram assistidos vídeos com as canções que haviam sido cantadas. Antônio emocionou-se e reconheceu a cantora Inezita Barrozo. Maria relatou que durante a semana ele escondeu a pasta com as canções.

4.1.5.8 Sessão nº8 do casal nº1

A cuidadora relatou que durante a semana assistiram aos vídeos. Antônio recordou e descreveu a canção “Conversa de Botequim” de Noel Rosa, explicando a letra. Foram resgatadas canções sobre o amor e que os faziam lembrar-se da infância e juventude. As músicas foram: A praça (Carlos Imperial); Lampião de gás (Zica Bergami); Índia (José Fortuna); Conversa de botequim (Noel Rosa); Ciranda cirandinha; O balão vai subindo (Alberto Ribeiro); Encosta sua cabecinha (Paulo Borges); Ele é o bom (Carlos Imperial); As curvas da estrada de santos (Erasmus Carlos e Roberto Carlos).

4.1.5.9 Sessão nº9 do casal nº1

No início do encontro foram gravadas (áudio) três canções preferidas cantadas pelo casal. Em seguida, ouviram-se as gravações. Iniciou-se uma Composição a partir das memórias a respeito dos encontros de casais cristãos que frequentavam. Foi trabalhado o repertório: Luar do sertão (Catulo da Paixão Cearense e João Pernambuco); Lampião de gás (Zica Bergami); Maringá (Joubert de Carvalho).

4.1.5.10 Sessão nº10 do casal nº1

A sessão foi novamente iniciada com a escuta da gravação do casal cantando. Logo em seguida, continuou-se a composição. Foi explorada a canção Asa Branca (Humberto Teixeira e Luiz Gonzaga). A composição foi intitulada “Somos todos iguais”:

Somos todos iguais
 Somos todos irmãos
 Se um casal estiver precisando o outro oferece as mãos

Somos todos iguais
 Somos todos irmãos
 Neste encontro buscamos doar o que temos no coração

Por muitos anos nós oferecemos ajuda aos casais
 Quem não tem problemas ajuda e acolhe a todos os demais
 Nos Encontros todos os casais puderam receber
 Os conselhos e o amor que pudemos lhes oferecer

No ECC sempre nos reunimos para discutir
 De que forma cada um de nós pode contribuir
 No final foi possível ganhar um sorriso de cada um
 Com a esperança deixada que foi a semente do amor

4.1.5.11 Sessão nº11 do casal nº1

Cantou-se a composição finalizada e Antônio emocionou-se. Em seguida, cantou-se em grupo (casal e pesquisador) e Antônio explicou a letra das canções Triste Madrugada (Jorge Costa) e Conversa de Botequim (Noel Rosa).

4.1.5.12 Sessão nº12 do casal nº1

A cuidadora relatou que Antônio estava menos agitado e que as músicas o entretêm durante um bom tempo, dando-a tempo para fazer suas atividades. Foram cantadas as canções “Carinhoso” (João de Barro e Pixinguinha) e “Trem das Onze” (Adoniram Barbosa).

4.1.6 Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº1

Quadro 3 – Relacionamento conjugal do casal nº1

RELACIONAMENTO CONJUGAL	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 1: Relacionamento conjugal antes da DA (RCAD)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal antes do aparecimento da DA a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; parceria; memórias).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “A gente sempre se deu bem, ele sempre foi uma pessoa muito prestativa muito calma... a gente sempre caminhou junto, onde um estava o outro estava também, não importa aonde...”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
<p>Categoria 2: Relacionamento conjugal com a DA antes da Musicoterapia (RCAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o aparecimento da DA e antes das intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; dificuldades).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Há um sentimento de gratidão por toda a vida que a gente teve”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “tá um pouco cansativo (...) eu tento manter a calma o tempo todo, mas tá um pouco difícil porque é muito repetitivo”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “diria que está bom... Mas, não tá assim perfeito”.</p>
<p>Categoria 3: Relacionamento conjugal com a DA depois da Musicoterapia (RCDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o surgimento da DA e após</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “ele ficou assim, mais fácil de lidar (...) e eu sei como fazer ele acalmar (...) vem melhorando bastante porque a gente também vai pegando um pouco mais de prática”.</p>

as intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; melhorias).	<p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “a repetição de comportamento dele é muita... tenho sofrido com isso”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: Não foi identificado</p>
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019

Quadro 4 – Relacionamentos familiares do casal nº1

RELACIONAMENTOS FAMILIARES	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 4: Relacionamentos familiares com a DA antes da Musicoterapia (RFAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações familiares do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “quando eu preciso de coisas mais pesadas, eu espero a minha filha (...) eu tenho uma sobrinha que é a mãe do menino que consideramos neto, né; ela leva a gente pra fazer umas compras maior.”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “Neto é postiço. Tem o filho da sobrinha que acabou ficando neto da casa.”</p>
<p>Categoria 5: Relacionamentos familiares com a DA depois da Musicoterapia (RFDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “a família também se preocupa junto né? (...) Eu sinto que todo mundo quer ajudar... Então, né, tendo oportunidade, a</p>

os conteúdos inerentes às relações familiares do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.	<p>turma tenta ajudar. Comentam que tem show em tal lugar para irmos juntos”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
---	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019

Quadro 5 – Relações de amizade do casal nº1

RELAÇÕES DE AMIZADE	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 6: Relações de amizade com a DA antes da Musicoterapia (RAAMT). Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “a gente tem bastante grupo de amigos e todo mundo conversa com ele porque sabe (...) todos me ajudam”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: Não foi identificado</p>
<p>Categoria 7: Relações de amizade com a DA depois da Musicoterapia (RADMT). Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “os amigos já sabem que tem esse trabalho com você e que pelo menos pra mim deu assim 100% certo, né? (...) Ah, então, quando digo vamos ao show, aí todo mundo se anima”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA):</p>

	“Os amigos assim, se eu falo o nome, ele até lembra”.
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019

Quadro 6 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº1)

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DO CÔNJUGE CUIDADOR	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 8: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia (SCCAMT).</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Eu ainda considero que tenho um pouco de energia, quer dizer, preciso né? ter essa energia”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): “eu preciso de cuidados. É que eu ainda não consegui arranjar tempo (...) tem horas que eu perco um pouco o rumo”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado</p>
<p>Categoria 9: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador depois da Musicoterapia (SCCDMT).</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador após a Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): “Depois das sessões de música, eu consigo até sair de perto, fazer alguma outra coisa (...). Eu sinto como se tivesse tirado um peso de mim, né?”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): “Ai, eu ando um pouco cansada”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 7 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº1)

SAÚDE DO CÔNJUGE COM DA NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 10: Percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia (SCDAMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia na perspectiva do cônjuge cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “ele ainda não precisa de cuidado físico”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “às vezes ele anda pra lá e pra cá, procurando alguma coisa (...) acho que entra a parte de desorientação.”</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
<p>Categoria 11: Percepção de saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia (SCDDMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): “ele gravou que o Mauro trazia assim, conforto pra ele (...) traz a emoção de volta, nossa o Antonio chorava toda vez”. “quando ele tá meio assim, eu já ponho logo a música e ele se encanta.”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): “Ele não se vê do tamanho que ele é. Ele se vê assim, pequeno”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado</p>

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

4.2 PERFIL DO CASAL Nº2

Silvia e Joaquim residiam na zona sul de São Paulo/SP. Silvia tinha 74 anos, era brasileira com ascendência japonesa e tinha curso superior. Joaquim tinha 90 anos, era brasileiro com ascendência hispânica, e possuía curso superior. No período de realização da pesquisa, Silvia e Joaquim estavam casados há 27 anos, e namoraram por 05 meses. O casal

se conheceu no local de trabalho onde atuavam como enfermeira e médico, respectivamente. Joaquim já era viúvo e teve seis filhos no primeiro casamento (um falecido), e sete netos. Silvia não teve filhos, pois teve o útero removido em cirurgia. Não foi relatada a renda aproximada, porém, Silvia a classificou como sendo “boa”.

Após um acidente no ano de 2000, Joaquim começou a apresentar sinais de desorientação, e em 2007 recebeu o diagnóstico de doença de Alzheimer, tornando-se Silvia a principal cuidadora. No período de realização do estudo, Joaquim efetuava tarefas como: se vestir, se alimentar, pequenas caminhadas, entre outros. A principal queixa da cuidadora em relação às mudanças advindas com a DA foi a demanda constante de atenção que o marido requisitava, pois sempre chamava o nome dela em qualquer situação. Ela também se queixava que Joaquim não gostava de cuidar da própria higiene pessoal e se recusava a engajar-se em atividades com a esposa, tais como, grupo de memória, dança, fisioterapia e atividade física.

4.2.1 Ficha musicoterápica do casal nº2

Devido às diferenças culturais e de idade, o repertório musical autobiográfico do casal se diferenciava em alguns aspectos. Todavia, apesar de Silvia ter mantido contato com a música japonesa, apreciava as canções que fizeram parte da história do marido. Relatou que Joaquim sempre reproduzia ritmos musicais com as mãos e que se emocionava escutando a canção “Pai Herói”, interpretada pelo cantor Fábio Jr.

Tendo sempre frequentado o Karaokê oriental, Silvia destacou que gostava de cantar canções do cantor Yuzo Kayama. Ambos apreciavam muito as canções italianas, por exemplo, a canção “Io Che Amo Solo Te”, interpretada pelo cantor Sérgio Endrigo. Não foram relatadas canções e sonoridades que os desagradavam. O casal nunca recebeu ensino musical formal, mas Silvia mencionou que no Karaokê do qual participava, recebia dicas de como melhorar o desempenho dela..

4.2.2 Atividades de cuidado realizadas do casal nº2

Quadro 8 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal nº2

ATIVIDADES	CASAL Nº2
Controlar/Orientar	X
Cuidar da higiene pessoal	X

Cuidar da alimentação e da medicação	X
Passear/ realizar caminhadas ou outras atividades físicas	X
Levar ao médico	X
Ajudar nas tarefas domésticas	X
Conversar	X
Dar carinho	X
Ajudar financeiramente	
Dar apoio emocional	X
Não desenvolve nenhuma atividade	

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quanto à sua reação ao receber a notícia do possível/provável diagnóstico da doença do seu marido, Silvia relatou: “Levou um susto, mas depois vai aceitando”. Respondendo a respeito do que a motivou a cuidar de seu esposo, a cuidadora relatou: “Na nossa cultura, tá implícito, o que acontecer o que acontecer... não é verdade? Se fosse... ia jogar no lixo? Tipo assim né? Não sei, na nossa cultura é assim. E outra coisa, eu já cuidei do meu pai, da minha mãe”.

4.2.3 Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº2

Quando respondeu em relação a como se sentia cuidando do seu esposo, Silvia relatou que se sentia bem, e especificou que não contava com a ajuda de terceiros para lhe auxiliar na tarefa de cuidar diretamente do cônjuge, apenas em tarefas secundárias, explicando: “Coisas externas, levar ao médico, comprar orgânicos a sobrinha ajuda”.

4.2.4 Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº2

Ao avaliar a qualidade do relacionamento com o esposo antes e após a DA, Silvia as classificou em ambos os períodos como sendo boa. Com relação ao nível de satisfação conjugal antes DA, Silvia disse que se considerava satisfeita, mas, no momento, avaliava como nem satisfeita e nem insatisfeita. Complementou essa resposta relatando que o maior

impacto da DA na sua vida a dois foi: “ele tentar esconder e controlar a perda de memória. Ele escondia as contas e não sabia onde colocava”.

A entrevistada se considerava muito satisfeita com as relações familiares e de amizade e percebia como sendo boa a sua condição de saúde.

4.2.5 Anotações de campo do casal nº2

Abaixo podem ser observadas breves descrições das sessões obtidas a partir das anotações de campo:

4.2.5.1 Sessão nº1 do casal nº2

No início da primeira sessão apenas Silvia cantou com o pesquisador e aos poucos Joaquim se aproximou e repetiu algumas vezes: “Isso é do meu tempo”. Foi solicitado que o casal resgatasse e anotasse canções durante a semana. Foram cantadas as canções: Meu primeiro amor (Herminio Jimenez); India (José Fortuna); Solamente una Vez (Agustin Lara) e Trem das onze (Adoniram Barbosa).

4.2.5.2 Sessão nº2 do casal nº2

No momento que foi cantada a música “Eu sonhei que tu estavas tão linda”, Joaquim emocionou-se e abraçou a esposa cantando. Ambos pediram a canção “Dio comme ti amo”. Enquanto as músicas eram cantadas, Joaquim marcava o ritmo das canções com as mãos de forma adequada. As músicas trabalhadas como repertório nesta sessão foram: Eu sonhei que tu estavas tão linda (Lamartine Babo); Santa Lucia (Teodoro Cottrau); Dio come ti amo (Domenico Modugno).

4.2.5.3 Sessão nº3 do casal nº2

Nesta seção foram cantados boleros e Joaquim contou a história do sobrenome dele (Gonzalez) para explicar a pronúncia da letra Z. Os boleros trabalhados foram: Solamente una Vez (Agustin Lara); El dia que me quieras (Carlos Gardel e Alfredo Le Pera); Quizas (Osvaldo Farrés).

4.2.5.4 Sessão nº4 do casal nº2

À medida que o pesquisador cantava com Silvia, Joaquim se aproximava e lembrava de sua ascendência hispânica ensinando a pronúncia correta da língua espanhola. Foram cantadas: Santa Lucia (Teodoro Cottrau); Parlami d'amore Mariu (Ferruccio Dagliavini); El dia que me quieras (Carlos Gardel e Alfredo Le Pera).

4.2.5.5 Sessão nº5 do casal nº2

No início da sessão, Silvia relatou que Joaquim estava fechado e não participativo por motivo de mudança da medicação. À medida que as músicas eram cantadas ficava mais participativo, principalmente, na canção italiana, corrigindo a pronúncia da língua. Foram cantadas: Carinhoso (Pixinguinha e João de Barro); El dia que me quieras (Carlos Gardel e Alfredo Le Pera); Quizas (Osvaldo Farrés); Parlami d'amore Mariu (Ferruccio Dagliavini).

4.2.5.6 Sessão nº6 do casal nº2

Foi feita a sugestão de alguns vídeos para o casal assistir junto durante a semana. Foi gravado o áudio de algumas canções cantadas pelo casal para serem ouvidas em conjunto. As canções utilizadas foram: Santa Lucia (Teodoro Cottrau); Quizas (Osvaldo Farrés); O sole Mio (Eduardo di Capua e Alfredo Mazzucchi).

4.2.5.7 Sessão nº7 do casal nº2

Silvia relatou que durante a semana assistiram juntos aos vídeos no computador e que Joaquim participou atentamente dessa atividade. O pesquisador convidou Joaquim para ajudar na pronúncia italiana das músicas e, a partir de então, começou a cantar. A gravação do casal cantando juntos foi escutada e Joaquim lembrou sobre a juventude vivida no Rio de Janeiro/RJ. O repertório utilizado foi: Santa Lucia (Teodoro Cottrau); Parlami d'amore Mariu (Ferruccio Dagliavini); O sole Mio (Eduardo di Capua e Alfredo Mazzucchi); Champagne (Mimmo di Francia); La Barca (Roberto Cantoral).

4.2.5.8 Sessão nº8 do casal nº2

Durante a sessão, resgataram-se canções que fizeram parte da vida pessoal e conjugal do casal, incluindo canções relacionadas ao Rio de Janeiro e canções orientais. Silvia relatou que a canção “Pai Herói” a fazia lembrar de Joaquim, por sua dedicação como Pai. As seguintes canções foram cantadas e refletidas: Garota de Ipanema (Antonio Carlos Jobim); Cidade maravilhosa (André Filho); La Barca (Roberto Cantoral); Usagi to Kame (Aki Toyosaki); Ue Wo Muite Arukou (Kyu Sakamoto); Mariato Isumademo (Yuzo Kayama).

4.2.5.9 Sessão nº9 do casal nº2

Foram gravadas outras canções que apareceram nas sessões anteriores e em seguida, elas foram escutadas em conjunto. Joaquim emocionou-se ao ouvir a canção “Pai Herói” e aparentou reconhecer as canções orientais. Por sua vez, Silvia cantava as canções orientais e as traduzia para o marido e o pesquisador.

4.2.5.10 Sessão nº10 do casal nº2

No início da sessão, Silvia relatou que durante a semana escutaram as músicas juntos. Foi cantada a canção “Kami San” e Silvia a traduziu para Joaquim. Joaquim ensinava a pronúncia de canções em espanhol e ensinava a canção “Serra da boa esperança” para Silvia que não a conhecia. Foi trabalhado o repertório: Usagi to Kame (Aki Toyosaki); Aquellos ojos verdes (Nilo Menendez); La Barca (Roberto Cantoral); Serra da Boa Esperança (Lamartine Babo).

4.2.5.11 Sessão nº11 do casal nº2

Algumas das canções que o casal mais se identificou foram cantadas, conversando-se em seguida sobre cada uma delas. Silvia ressaltou que estava buscando as letras na internet e estudando-as durante a semana. Foram cantadas: Aquellos ojos verdes (Nilo Menendez) e; O sole Mio (Eduardo di Capua e Alfredo Mazzucchi).

4.2.5.12 Sessão nº12 do casal nº2

Após o 11º atendimento houve uma ocorrência. Durante a semana o casal voltava para casa de um passeio e Joaquim sofreu uma queda ao subir à calçada, perdendo parcialmente a

visão. Apesar de sua esposa pedir para que fosse realizado o 12º atendimento normalmente, Joaquim estava muito sonolento e não permaneceu na última sessão.

4.2.6 Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº2

Quadro 9 – Relacionamento conjugal do casal nº2

RELACIONAMENTO CONJUGAL	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 1: Relacionamento conjugal antes da DA (RCAD)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal antes do aparecimento da DA a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; parceria; memórias).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): “A gente viajou muito, muito... olha, até 2009, foi assim, a última viagem internacional, a gente foi até pra Rússia”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “ele é o tipo da pessoa que sempre falou assim, não me invente nada pra fazer sabe?”</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “Ele dizia assim, né? o maior conflito no casal são os filhos. A educação dos filhos”.</p>
<p>Categoria 2: Relacionamento conjugal com a DA antes da Musicoterapia (RCAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o aparecimento da DA e antes das intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade; satisfação; dificuldades).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Não tem assim mudança, digamos assim né? Porque a gente nunca foi de tá discutindo muito, sabe? (...) posso entender que ele não entende e paciência”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “ele fica sentado do lado, coisa e tal, e ele não sai né?”.</p>

<p>Categoria 3: Relacionamento conjugal com a DA depois da Musicoterapia (RCDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o aparecimento da DA e após as intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; melhorias).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Esse tipo de coisa é um ganho muito grande sabe por quê? A gente sai daquela, da mesmice da coisa, e desvia um pouco a atenção pra uma coisa assim, né? Tipo assim, não vê compromisso, só alegria né? Acho que isso ajuda muito né? (...) eu acho que os dois ganham com isso (...) foi muito bom porque às vezes acordava com aquelas canções na minha orelha”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “Em questão que ele não sinta o abandono (...) Eu acho que então ficava perguntando de mim”.</p>
--	--

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 10 – Relacionamentos familiares do casal nº2

RELACIONAMENTOS FAMILIARES	
<p>Categorias: definições e códigos</p>	<p>Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores</p>
<p>Categoria 4: Relacionamentos familiares com a DA antes da Musicoterapia (RFAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações familiares do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “filhos, são filhos amorosos (...) tem as minhas sobrinhas se eu preciso, sabe?”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): “Desde pequeno conhece a fraqueza do pai (...) o filho mais bonzinho (...) não pagava nem a escola do filho”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA):</p>

	Ex.: “eu não fico muito solicitando os filhos sabe? Porque eu sei que cada um tem seu trabalho”.
Categoria 5: Relacionamentos familiares com a DA depois da Musicoterapia (RFDMT) Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações familiares do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.	a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Não foi identificado. b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “falar que os filhos tiveram depois da musicoterapia? Não, porque (...) eles vem coisa e tal. Vem fazer uma visitinha”. c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): “são três meses, muito pouco né, pra a gente avaliar coisa e tal”.

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019

Quadro 11 – Relações de amizade do casal nº2

RELAÇÕES DE AMIZADE	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
Categoria 6: Relações de amizade com a DA antes da Musicoterapia (RAAMT) Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.	a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “pessoal gostava muito de estar com ele coisa e tal, e vê que ficou doente (...) então aceita, sabe?”. b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “Porque falo assim: olha gente, no momento que vocês se sentirem assim, né, que vocês vão tá incomodado, coisa e tal, vocês falem que eu posso muito bem entender né”? c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.

<p>Categoria 7: Relações de amizade com a DA depois da Musicoterapia (RADMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “não sei te avaliar porque, pode ser que, deve ter tido mudanças assim, mas que a gente também não tem muita autocrítica, talvez não tenha muito visão né?”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): “assim, de dizer assim, que mudou, não sei se, te dizer sabe? É pouco tempo pra dizer né?”.</p>
---	--

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 12 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº2)

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DO CÔNJUGE CUIDADOR	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 8: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia (SCCAMT).</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “quando eu tô com saúde, eu sou mulher maravilha”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “a gente não se vê que a gente tá estressada (...) eu comecei ter uns piripaque”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foram identificados</p>
<p>Categoria 9: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador depois da Musicoterapia</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): “eu acho que foi mais benéfica pra mim</p>

<p>(SCCDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador após a Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>do que pra ele, (...) um monte de músicas que tava adormecido quase que no meu inconsciente né, que a gente ouvia coisa e tal, mas depois você esquece completamente né?”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “a gente não dorme direito também”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
--	--

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 13 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº2)

SAÚDE DO CÔNJUGE COM DA NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR	
<p>Categorias:</p> <p>definições e códigos</p>	<p>Subcategorias:</p> <p>códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores</p>
<p>Categoria 10: Percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia (SCDAMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia na perspectiva do cônjuge cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Olha, tem tanta sorte, olha, eu dou graças a Deus”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “mas a vida inteira ele foi muito teimoso, né?” (...) medicação ele não quer nem saber, isso a vida inteira que foi assim”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado</p>
<p>Categoria 11: Percepção de saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia (SCDDMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Eu acho que pra ele foi muito bom porque, entoar, coisa e tal, né? Ele ficava ouvindo, curtindo, sabe? Às vezes até chorava, se emocionava.”.</p>

os conteúdos inerentes à saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.	b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “não come, não sente fome (...) fica só dormindo, aí intestino não funciona.”. c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): não foi identificado
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

4.3 PERFIL DO CASAL Nº3

Marlene e José residiam na zona Oeste de São Paulo/SP. Marlene tinha 70 anos, era brasileira com curso superior. José tinha 78 anos, era brasileiro do estado do Acre, também com curso superior. O casal tinha renda média de 15 mil reais. Namoraram por cinco anos, e durante a pesquisa completaram cinquenta anos de casados. O casal tinha três filhos e quatro netos.

José recebeu o diagnóstico da doença de Alzheimer em 2013, sendo que a esposa relatou que relutaram por algum tempo a ir ao hospital e iniciar o tratamento. Os sintomas ficaram mais perceptivos quando José começou a realizar transações bancárias equivocadas, segundo os relatos de Marlene. A principal queixa dela era o comportamento de José, que tendia a ser contrário às suas propostas, constantemente diminuindo as atividades sociais do casal.

4.3.1 Ficha musicoterápica do casal nº3

Natural do Acre, José cresceu acompanhando a carreira de músico do pai que tocava instrumentos de sopro em banda marcial durante cerimônias importantes de sua cidade natal. Quando questionado sobre canções, relatou gostar dos cantores Nelson Gonçalves e Roberto Carlos, destacando que morava próximo ao cantor Roberto em meados dos anos de 1960. A cuidadora mencionou que José cantava constantemente pela casa e apesar do convívio com o pai, ele não recebeu ensino musical formal.

Marlene ressaltou que gostava muito de bolero e demais canções dançantes, pois o casal costumava dançar frequentemente. Durante a infância escutou cantores de língua espanhola, como Libertad Lamarque e Lucho Gatica. O casal destacou os estilos musicais de preferência, mas relatou gostar de todo tipo de música.

4.3.2 Atividades de cuidado realizadas do casal nº3

Quadro 14 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal nº3

ATIVIDADES	CASAL Nº3
Controlar/Orientar	X
Cuidar da higiene pessoal	X
Cuidar da alimentação e da medicação	X
Passear/ realizar caminhada ou outras atividades físicas	X
Levar ao médico	X
Ajudar nas tarefas domésticas	X
Conversar	X
Dar carinho	X
Ajudar financeiramente	X
Dar apoio emocional	X
Não desenvolve nenhuma atividade	

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quando questionada sobre como reagiu ao receber a notícia do diagnóstico de seu marido, respondeu “caí por terra”. Em relação ao que a motivou para cuidar de seu marido, relatou: “nossa, mas não tem porque eu não ficar. Porque só eu sei cuidar dele, né? Só 45 anos?”.

4.3.3 Sentimentos e vivências diante da tarefa do cuidar do casal nº3

A cuidadora relatou que se sentia bem cuidando do esposo e destacou que o “filho do meio” a ajudava nas tarefas diárias do cuidar.

4.3.4 Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº3

A cuidadora mencionou que antes do diagnóstico de DA, a qualidade do relacionamento com José era boa, e após o diagnóstico a classificava como regular. Quanto ao nível de satisfação com seu casamento, ressaltou que antes do diagnóstico de DA se sentia satisfeita, e após o diagnóstico não se sentia nem satisfeita, nem insatisfeita.

No que concerne às relações familiares, a cuidadora disse que estava satisfeita e que conta com a ajuda de familiares próximos quando necessário. Marlene indicou estar mais ou menos satisfeita com as relações de amizade, pois seu convívio social estava mais limitado devido aos comportamentos atuais emitidos pelo marido.

4.3.5 Anotações de campo do casal nº3

A seguir, podem ser observadas breves descrições das sessões obtidas a partir das anotações de campo:

4.3.5.1 Sessão nº1 do casal nº3

A sessão iniciou-se com algumas canções sugeridas pelo casal na ficha musicoterápica, e Marlene solicitou algumas músicas interpretadas por Piedad Lamarque, relatando algumas memórias pessoais da infância sobre sua mãe. José resgatou memórias da banda marcial do Acre, da qual seu pai fazia parte. Foram exploradas as canções: A volta do Boêmio (Adelino Moreira); Ronda (Paulo Vanzolini); Trem das Onze (Adoniram Barbosa); Saudosa Maloca (Adoniram Barbosa).

4.3.5.2 Sessão nº2 do casal nº3

Foram cantados boleros e Marlene pediu a canção “Sinceridad”. O casal se lembrou dos bailes nos quais dançavam e conversaram sobre a tradução das seguintes canções: Solamente una vez (Agustin Lara); Aquellos ojos verdes (Nilo Menendez); Quizas (Osvaldo Farres); Sinceridad (Rafael Gastón Pérez).

4.3.5.3 Sessão nº3 do casal nº3

Foram cantadas as canções “Sinceridad” e “La Barca” e José descreveu que sempre cantou “de ouvido”, não tendo recebido ensino musical formal. Ele explicou como se dançava bolero e o casal falou sobre quando moravam próximo a Roberto Carlos, no Bairro Bela Vista. Pediu a canção “Distância”. Foram trabalhadas as canções: Sinceridad (Rafael Gastón Pérez); La Barca (Roberto Cantoral); Distância (Roberto Carlos).

4.3.5.4 Sessão nº4 do casal nº3

Marlene expôs que durante a semana buscou canções via internet e pediu para cantar “Tuyo es mi corazon”. José pediu a canção “Sentimental eu sou” e o casal lembrou novamente quando moravam no bairro Bela Vista. Foram exploradas as canções: Tuyo es mi corazon (Lorenzo Barcelata); Besame mucho (Consuelo Velázquez); La Paloma (Sebastian Iradier); Sentimental demais (Evaldo Gouveia).

4.3.5.5 Sessão nº5 do casal nº3

Nesta sessão foram cantadas as mesmas canções indicadas pelo casal no encontro anterior, além da música “Como vai você” (Antônio Marcos). Marlene constantemente estimulava, verbalmente, José a cantar mais alto.

4.3.5.6 Sessão nº6 do casal nº3

Nesta sessão, o casal pediu músicas do cantor Bienvenido Granda, além das solicitadas por eles anteriormente. Também, foram exploradas as canções: Tuyo es mi corazon (Lorenzo Barcelata); O Portão (Roberto Carlos); Perfume de Gardênia (Rafael Hernandez); Porto Solidão (Zeca Bahia); Perfídia (Alberto Dominguez). Durante o atendimento o casal se abraçou e permaneceu de braços dados.

4.3.5.7 Sessão nº7 do casal nº3

Neste encontro foram resgatados os boleros cantados por Bienvenido Granda. Marlene falou sobre as gravações do bolero Quizas que ouviram durante a semana e mencionou uma canção que José sempre cantava, porém, nunca encontraram a gravação. Através da letra cantada por ele detectou-se a canção que se chamava “Cem anos atrás”. O pesquisador comprometeu-se a levar a letra no próximo encontro. Foram trabalhadas as músicas: Quizas (Osvaldo Farrez); Perfidia (Alberto Dominguez).

4.3.5.8 Sessão nº8 do casal nº3

Iniciou-se a sessão com a canção “cem anos atrás” e José a ensinou para a esposa. Em seguida, cantou-se “Perfume de gardênia” e o casal relatou mais sobre os bailes que gostavam

de frequentar. Foram cantadas: Cem anos atrás (Benedito Lacerda); Perfume de Gardênia (Rafael Hernandez); Porto Solidão (Zeca Bahia).

4.3.5.9 Sessão nº9 do casal nº3

Marlene solicitou canções de Adoniram Barbosa, e estas foram lembradas durante o atendimento. Também pediu para cantarem “outros clássicos” como “Carinhoso” e “Fascinação”. O casal relatou que estavam utilizando a internet para escutar as músicas em casa. Foram exploradas as músicas: Carinhoso (Pixinguinha e João de Barro); Fascinação (Maurice de Feraudy); Adios mariquita linda (Marcos Augusto Jimezes Sotelo); Donde estas corazon (Luis Martinez); Trem das Onze (Adoniram Barbosa).

4.3.5.10 Sessão nº10 do casal nº3

No início foram lembradas canções clássicas da preferência do casal. José falou mais sobre a banda de seu pai, e que tocavam a marcha “Cisne Branco”. O pesquisador comprometeu-se a levar a referida canção. Foram trabalhadas as canções: Carinhoso (Pixinguinha e João de Barro); Fascinação (Maurice de Feraudy); Eu sonhei que tu estavas tão linda (Lamartine Babo); Cisne branco (Antonio Manoel do Espírito Santo).

4.3.5.11 Sessão nº11 do casal nº3

Iniciou-se o atendimento lendo a letra do “Cisne Branco” e cantando juntos. Marlene solicitou canções dos “Festivais da Música Brasileira” e, a partir de então, o casal falou sobre a época dos festivais, resgatando memórias afetivas. Marlene pediu a canção “Sem Fantasia”, mencionando ser um dueto. Foram cantadas as músicas: Cisne branco (Antonio Manoel do Espírito Santo); A Banda (Chico Buarque); Disparada (Geraldo Vandré); Sem fantasia (Chico Buarque).

4.3.5.12 Sessão nº12 do casal nº3

Na última sessão, o pesquisador levou todas as canções mais cantadas pelo casal durante os atendimentos. Marlene relatou espontaneamente sobre a experiência vivenciada com a musicoterapia destacando que apesar de José, no geral, ser uma pessoa fechada para atividades em grupo, foi participativo e se animava ao dar continuidade ao processo.

4.3.6 Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº3

Quadro 15 – Relacionamento conjugal do casal nº3

RELACIONAMENTO CONJUGAL	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 1: Relacionamento conjugal antes da DA (RCAD)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal antes do aparecimento da DA a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; parceria; memórias).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Ah, eu acho que nossa convivência era boa (...), ele adorava viajar comigo, com as crianças”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “(...) com três filhos, a gente já para né... o casal fica mais acomodado”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado</p>
<p>Categoria 2: Relacionamento conjugal com a DA antes da Musicoterapia (RCAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o aparecimento da DA e antes das intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; dificuldades).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “eu faço tudo como se fosse pra mim, pra ele acompanhar”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “quando a gente não tem que ficar discutindo, porque ele fica nervoso, aí a nossa relação não é boa”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “como casal, a gente entrou na ginástica por orientação médica, né”.</p>
<p>Categoria 3: Relacionamento conjugal com a DA depois da Musicoterapia (RCDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): “Melhorou, melhorou muito. Agora a gente tem mais paciência pra conversar (...) a gente se envolve praticamente o dia inteiro com prazer, né”. “Ela (a música)</p>

do casal após o aparecimento da DA e após as intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade da relação; satisfação conjugal; melhorias).	<p>dar essa paz, as conversas ficam mais longas... não é uma coisa assim fugidia”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “é que depois as coisas começam a ficar atropelando né, e a gente vai se dispersando”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “é diferente você se expressar assim com música, como a gente fez”.</p>
---	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 16 – Relacionamentos familiares do casal nº3

RELACIONAMENTOS FAMILIARES	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 4: Relacionamentos familiares com a DA antes da Musicoterapia (RFAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações familiares do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “eu e meu filho saíamos pra assistir umas palestras sobre Alzheimer”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “nesses cinco anos, por ele ter ido pouco nos compromissos da família, e ter convidado pouco os familiares pra vir aqui em casa porque ele quer barrar tudo”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi indicado</p>
<p>Categoria 5: Relacionamentos familiares com a DA depois da Musicoterapia (RFDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “e o que eu vi foi assim, não digo curiosidade, mas muito interesse (...) eu e minha filha falamos: nossa! De onde ele desenterrou essa música? Já faz uns 20</p>

familiares do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.	<p>anos... ela ainda era pequena quando ele cantava”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “já era tranquilo né”</p>
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 17 – Relações de amizade do casal nº3

RELAÇÕES DE AMIZADE	
Categorias: definições e Códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 6: Relações de amizade com a DA antes da Musicoterapia (RAAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “os amigos dele foram também devagarinho e se acostumando que ele não está bem pra ficar saindo”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “ele praticamente meio que abandonou os amigos dele (...) as pessoas se constrangem de vir falar com ele”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “amizades que eu tenho é assim com a família mesmo”.</p>
<p>Categoria 7: Relações de amizade com a DA depois da Musicoterapia (RADMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “se a pessoa sabe que a ligação dele é muito prazerosa com a música e já começa a sentir que ele vai melhorando, então, conclui que... nossa! Isso é ótimo pro meu pai!”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD):</p>

	<p>Ex.: “Prefere ficar em casa do que sair, então, ainda não teve essa abordagem assim, pra se reunir com outras pessoas”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA):</p> <p>Ex.: “Eu acho que ainda não deu tempo pra assim pra já ter essa vivência assim, porque a gente é meio fechado né?”.</p>
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 18 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº3)

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DO CÔNJUGE CUIDADOR	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 8: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia (SCCAMT).</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF):</p> <p>Ex.: “eu fiz um pouco de cada coisa, de Artes, então eu já dou aula, fiz muita arte educação, né? Então eu já dei muitas aulas de Artes, em geral todas né, pra criança, pra adolescente, pra idosos”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD):</p> <p>Ex.: “diagnosticou mesmo como psoríase (...) estresse, é tudo emocional. (...) essa insegurança de eu me sentir sozinha”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA):</p> <p>Não foi identificado</p>
<p>Categoria 9: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador depois da Musicoterapia (SCCDMT).</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF):</p> <p>Ex.: “a musicoterapia é um prazer de estar se expressando, sem ser julgada (...) é uma sensação de tranquilidade e bem-estar (...). Alguém cantar e dar a chance de</p>

saúde do cônjuge cuidador após a Musicoterapia na perspectiva do cuidador.	<p>relembrar o que se viveu é a mesma coisa de receber uma massagem”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “eu ainda to com, não sei se eu me queixei com você, dessa coisa dos pés e das mãos. Isso simplesmente não sai...”</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado</p>
--	--

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 19 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº3)

SAÚDE DO CÔNJUGE COM DA NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 10: Percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia (SCDAMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia na perspectiva do cônjuge cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “acredito que ele se adaptou muito bem com essa medicação; a médica ela controla direitinho tudo, desde a palavra. Eu ainda ajudo, contando como ele está e ele então está sempre bem... ele engana qualquer pessoa”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “ele é ansioso pra caramba (...) fica meio perdido”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
<p>Categoria 11: Percepção de saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia (SCDDMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “eu acho que ele já acorda com o som na cabeça (...) todo dia ele canta um versinho... a maioria das músicas em</p>

<p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>castelhano, porque acho que a gente teve uma fase assim muito forte com essas músicas (...). A música vale muito... é como se as pessoas trabalhassem todos os sentidos: o olfato, o tato, tudo é fazer voltar a memória! Sentimos alegria, também, né, porque a gente relembra o nosso passado...”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “se ele tá num lugar, que tenha música que tenha tudo, ele aproveita, ele se sente bem. Mas, para se deslocar pra ir pra uma reunião numa boa, ele diz: não... não prefiro.”</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: Não foi identificado.</p>
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

4.4 PERFIL DO CASAL Nº4

Beatriz e Ricardo residiam na zona oeste de São Paulo/SP. Ricardo tinha 82 anos, era brasileiro e possuía nível superior de escolaridade. Beatriz tinha 77 anos, era brasileira e havia estudado até o curso clássico. O casal tinha renda média de 14 mil reais. Conheceram-se no ambiente de trabalho, namoraram durante um ano e casaram-se em 1964. Tinham quatro filhos e quatro netos, sendo que um dos filhos residia com eles.

Beatriz recebeu o diagnóstico da doença de Alzheimer em 2015, sendo Ricardo seu principal cuidador com o suporte de uma funcionária da família. Eles caminhavam esporadicamente pelas dependências do condomínio, mas não faziam outras atividades.

4.4.1 Ficha musicoterápica do casal nº4

O casal relatou que nunca recebeu ensino musical formal e que gostava de todo tipo de música. Todavia, Ricardo mencionou que não apreciava as canções do cantor Roberto Carlos

e que cresceu ouvindo diversas canções antigas, como as do cantor Vicente Celestino, pois, seus tios gostavam muito de cantar quando estavam reunidos. O casal resgatou alguns boleros antigos, sinalizando que gostavam de ouvir e dançar quando jovens. Resgataram também as canções do compositor Adoniram Barbosa.

4.4.2 Atividades de cuidado realizadas do casal nº4

Quadro 20 – Atividades de cuidado realizadas pelo casal nº4

ATIVIDADES	CASAL Nº4
Controlar/Orientar	
Cuidar da higiene pessoal	
Cuidar da alimentação e da medicação	X
Passear/ realizar caminhada ou outras atividades físicas	X
Levar ao médico	X
Ajudar nas tarefas domésticas	
Conversar	X
Dar carinho	X
Ajudar financeiramente	X
Dar apoio emocional	X
Não desenvolve nenhuma atividade	

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quando questionado sobre como reagiu ao receber a notícia do provável/possível diagnóstico da DA de sua esposa, Ricardo disse que o diagnóstico não estava fechado. Porém, as filhas do casal relataram que a mãe havia recebido o diagnóstico há seis anos e que o pai resistia em aceitar a enfermidade. Em relação ao que o motivou a se tornar o cuidador, respondeu: “Porque a gente sabia né? Sabia né, que estava meio anormal”.

4.4.3 Sentimentos e vivências diante da tarefa de cuidar do casal nº4

Quando questionado sobre como se sentia cuidando de sua esposa, Ricardo relatou que se sentia bem e que recebia ajuda das filhas e da secretária para cuidar da esposa.

4.4.4 Percepção, sentimentos e vivências da conjugalidade antes e após a doença; satisfação com as relações familiares e de amizade do casal nº4

Ao avaliar a qualidade do relacionamento com a esposa antes e depois da DA, Ricardo expôs que a relação sempre foi muito boa e não sofreu mudanças após a enfermidade. Com relação ao nível de satisfação conjugal, descreveu que se considerava muito satisfeito antes e depois da DA. Para ele, o maior impacto da DA em sua conjugalidade a dois foi “a dúvida”.

Quanto às relações familiares, Ricardo disse que estava muito satisfeito, pois contava com o suporte constante das filhas. Considerava-se, também, satisfeito com suas relações de amizade. Todavia, mencionou que “não temos contato com amigos”.

4.4.5 Anotações de campo do casal nº4

Abaixo podem ser observadas breves descrições das sessões obtidas a partir das anotações de campo:

4.4.5.1 Sessão nº1 do casal nº4

Inicialmente o casal não se lembrava dos encontros programados. Quando começaram a sessão, solicitaram cópia das letras das canções para cantarem durante a semana. Beatriz disse que estava se recuperando de uma lesão no fêmur. Foram trabalhadas as canções: A Praça (Carlos imperial); Quizas (Osvaldo Farrés); Solamente una Vez (Agustin Lara); Aquellos ojos verdes (Nilo Menendez).

4.4.5.2 Sessão nº2 do casal nº4

Ao iniciar a sessão, pergunta-se ao casal as canções trabalhadas na sessão anterior e eles não se recordaram. Após relembrá-los, propôs-se outras canções baseadas na ficha musicoterápica. Foram exploradas as canções: La barca (Roberto Cantoral); Santa Lucia (Teodoro Cottrau).

4.4.5.3 Sessão nº3 do casal nº4

A secretária da família mencionou que o casal havia cantado as canções com a letra durante a semana. As principais músicas que fizeram parte da história do casal foram

contempladas nesta sessão, a saber: Quizas (Osvaldo Farrés); Solamente una Vez (Agustin Lara); Lampião de gás (Zica Bergami).

4.4.5.4 Sessão nº4 do casal nº4

Durante a semana o pesquisador recebeu uma mensagem de texto da filha do casal. Nesta mensagem a filha agradece aos atendimentos, porém relata que, por motivos de força maior, estaria se afastando da administração e gerenciamento das questões pertinentes a seus pais. Pediu-me que, a partir daquele momento, eu me organizasse diretamente com o casal.

No início da sessão falou-se sobre o conteúdo da canção “lâmpião de gás” e ambos se lembraram de costumes do passado mencionados na canção. Foram exploradas as seguintes músicas: Lampião de gás (Zica Bergami); A volta do Boêmio (Adelino Moreira); Ronda (Paulo Vanzolini).

4.4.5.5 Sessão nº5 do casal nº4

Nesta sessão, Beatriz cantou com entusiasmo e se expressou verbalmente durante vários momentos. Ricardo refletiu sobre o conteúdo das canções, resgatando diferentes memórias. Foram cantadas as músicas: Eu sei que vou te amar (Antonio Carlos Jobim e Vinicius de Moraes); Como vai você (Antonio Marcos); Peguei um Ita no norte (Dorival Caymmi).

4.4.5.6 Sessão nº6 do casal nº4

No início do encontro foi recebida uma carta da filha agradecendo pelos atendimentos e relatando que seus pais cantavam durante a semana. Nesta sessão, foi utilizado o seguinte repertório: Ave Maria no morro (Herivelto Martins); Sertaneja (Rene Bittencourt); Peguei um ita no norte (Dorival Caymmi); Trem das Onze (Adoniram Barbosa); Samba do Arnesto (Adoniram Barbosa).

4.4.5.7 Sessão nº7 do casal nº4

No início do encontro Beatriz afirmou “Eu conheço você”. Durante a sessão, estiveram motivados cantando o repertório, falando sobre as canções e movendo o corpo

acompanhando o ritmo das seguintes músicas: Quizas (Osvaldo Farrez); O samba da minha terra (Dorival Caymmi).

4.4.5.8 Sessão nº8 do casal nº4

Inicialmente, Beatriz apresentou sonolência, mas participou bem da sessão e marcou o ritmo das canções com as mãos. O casal refletiu sobre as canções do compositor Ary Barroso. Foram contempladas as músicas: Aquarela do Brasil (Ary Barroso); Na baixa do Sapateiro (Ary Barroso); Disparada (Geraldo Vandré).

4.4.5.9 Sessão nº9 do casal nº4

Durante a semana o pesquisador recebeu uma mensagem da filha do casal, que relatou estar satisfeita com o trabalho de musicoterapia, e que há algum tempo havia estado com seus pais, e ao colocar algumas músicas para ouvirem percebeu que sua mãe acompanhava de forma adequada as canções colocadas marcando o ritmo em sua perna. A filha acrescenta que isso não acontecia já há muito tempo. Por fim, completa que acredita que os objetivos dos atendimentos foram alcançados.

Durante a sessão, Ricardo corrigiu a melodia e a letra das canções. Beatriz sentou-se próxima ao marido e permaneceu abraçada com ele enquanto cantava as músicas: Aquarela do Brasil (Ary Barroso); Quizas (Osvaldo Farrés); Solamente una Vez (Agustin Lara).

4.4.5.10 Sessão nº10 do casal nº4

A sessão foi iniciada falando-se sobre canções de carnaval. Ricardo lembrou as letras das músicas a seguir: Luar do Sertão (Catulo da Paixão Cearense e João Pernambuco); As Pastorinhas (Noel Rosa); Ave Maria no Morro (Herivelto Martins). Por fim, o casal destacou nuances da história conjugal, lembrando o local no qual trabalhavam e se conheceram.

4.4.5.11 Sessão nº11 do casal nº4

Durante o encontro Beatriz repetiu algumas vezes que o casal teve quatro filhos. Ricardo falou sobre a temática das canções trabalhadas, a saber: Maringá (Joubert de Carvalho); Eu sonhei que tu estavas tão linda (Lamartine Babo); Sertaneja (Rene Bittencourt).

4.4.5.12 Sessão nº12 do casal nº4

Durante a semana o pesquisador recebeu uma mensagem de texto da filha do casal. Nesta mensagem a filha coloca que é notório que agora seus pais estão cantando. Relata que buscou algumas canções trabalhadas durante a musicoterapia e que estaria colocando estas canções sempre que está em companhia de seus pais. Completa dizendo que sua mãe sorri e que seu pai “batuca e canta sem parar”. Encerramos os atendimentos relembrando as canções trabalhadas durante as doze sessões.

4.4.6 Entrevista aberta com roteiro semiestruturado e questionário do casal nº4

Quadro 21 – Relacionamento conjugal do casal nº4

RELACIONAMENTO CONJUGAL	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 1: Relacionamento conjugal antes da DA (RCAD)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal antes do aparecimento da DA a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; parceria; memórias).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “a gente sempre se deu bem, sem discussões, sem nada. Graças a Deus, são cinquenta e poucos anos já”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado</p>
<p>Categoria 2: Relacionamento conjugal com a DA antes da Musicoterapia (RCAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o aparecimento da DA e antes das intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “a gente está sempre junto (...) a gente pode lembrar assim com saudade do que a gente passou, mas nada que perturbe a nossa vida, já passou...”</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “a gente gosta de música, e sempre gostou, e agora está longe dela”.</p>

(qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; dificuldades).	c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.
<p>Categoria 3: Relacionamento conjugal com a DA depois da Musicoterapia (RCDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à relação conjugal do casal após o aparecimento da DA e após as intervenções de Musicoterapia, a partir da percepção do cuidador (qualidade do relacionamento; satisfação conjugal; melhorias).</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “a musicoterapia ajudava a preencher o nosso tempo... o tempo que a gente fica muito sozinho (...) não adianta você querer pôr em algum lugar a música porque não é igual, então quando ele vinha na quinta feira era um dia que a gente se dedicava à música e à presença dele aqui com a gente”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 22 – Relacionamentos familiares do casal nº4

RELACIONAMENTOS FAMILIARES	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 4: Relacionamentos familiares com a DA antes da Musicoterapia (RFAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações familiares do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “tem as filhas que ajudam bastante (...) estamos muito satisfeitos, estou recebendo todo o apoio da família”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “A gente não sai porque o menino (filho) vai pra escola, só chega as cinco”.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>

<p>Categoria 5: Relacionamentos familiares com a DA depois da Musicoterapia (RFDMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações familiares do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “A minha filha gravou (músicas), então a gente vai no rádio, e então, isso também alegra um pouco o caminho dos nossos passeios (...). Eu acredito até que a família colabora, porque vendo a gente alegre, fica mais alegre (...). Também, pelos incentivos que as filhas nos dão, a gente fica mais tranquilo ouvindo nossas músicas preferidas”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 23 – Relações de amizade do casal nº4

RELAÇÕES DE AMIZADE	
<p>Categorias: definições e códigos</p>	<p>Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores</p>
<p>Categoria 6: Relações de amizade com a DA antes da Musicoterapia (RAAMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal antes da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “eles têm sua vida e eu tenho a minha, então relacionamento com amigos, até com familiares, a gente tem um bom relacionamento, mas eles lá e nós cá”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “eu me aposentei, então aqueles amigos que eu tinha, um ou outro liga, e eu também procuro me dar bem com eles, tudo, mas sempre é um afastamento (...) a</p>

	<p>gente não tem muita amizade com o pessoal de fora não.”</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
<p>Categoria 7: Relações de amizade com a DA depois da Musicoterapia (RADMT)</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes às relações de amizade do casal depois da Musicoterapia a partir da percepção do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “todos apoiaram, e se interessaram, pelas músicas que a gente canta (...) se tiver que indicar pra alguém, acho que é válido, porque melhora bem é um preenchimento que só trouxe coisa boa”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “Não, de mudança, não achei”.</p>

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 24 – Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador (casal nº4)

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DO CÔNJUGE CUIDADOR	
Categorias: definições e Códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 8: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia (SCCAMT).</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador antes da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Não apresento doença crônica (...) condição de saúde muito boa”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
<p>Categoria 9: Autopercepção de saúde do cônjuge cuidador depois da Musicoterapia</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “era uma atividade que naquela hora eu me sentia assim, o paciente né, então</p>

(SCCDMT). Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à autopercepção de saúde do cônjuge cuidador após a Musicoterapia na perspectiva do cuidador.	eu achava que melhorava pra mim”. b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Ex.: “deixou um vazio (após o fim)”. c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “Eu estou bem. Eu levo assim como uma coisa que eu tinha que receber e eu estou cumprindo”.
--	---

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

Quadro 25 – Saúde do cônjuge com DA na perspectiva do cuidador (casal nº4)

SAÚDE DO CÔNJUGE COM DA NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR	
Categorias: definições e códigos	Subcategorias: códigos; exemplos de trechos extraídos das respostas dos cuidadores
<p>Categoria 10: Percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia (SCDAMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à percepção de saúde do cônjuge com DA antes da Musicoterapia na perspectiva do cônjuge cuidador.</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Ela não apresenta outras doenças”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Não foi identificado.</p>
<p>Categoria 11: Percepção de saúde do cônjuge com DA depois da Musicoterapia (SCDDMT) na perspectiva do cônjuge cuidador.</p> <p>Definição: Nessa categoria estão presentes os conteúdos inerentes à saúde do cônjuge</p>	<p>a) <i>Com aspectos favoráveis</i> (AF): Ex.: “Ela também está bem”.</p> <p>b) <i>Com aspectos desfavoráveis</i> (AD): Não foi identificado.</p> <p>c) <i>Com aspectos neutros</i> (NA): Ex.: “ela sempre foi calada, não foi muito</p>

com DA depois da Musicoterapia na perspectiva do cuidador.	de dar palpite”.
--	------------------

Fonte: Mauro Pereira Amoroso Anastacio Junior, 2019.

5 DISCUSSÃO

A doença de Alzheimer provoca mudanças pessoais, sociais e familiares no contexto dos enfermos e seus cuidadores. A reação inicial diante da notícia da enfermidade foi recebida pelos casais com sentimentos de medo, susto e ideias fantasiosas de que o cônjuge não estava com a doença. Pesquisas anteriores (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2008; GARCIA, 2018) destacaram que o diagnóstico e as consequências advindas com a demência, alteram a dinâmica e a estrutura familiar. Há um período de adaptação que requer mudanças na rotina e no relacionamento entre os membros visando um convívio saudável. Cada família cria suas próprias demandas e maneiras de lidar com o sofrimento. Esses sentimentos podem sofrer alterações devido às situações vivenciadas no cotidiano, passando da negação para a indagação e, por fim, a aceitação. Todavia, esses estágios não são lineares, podendo haver idas e vindas na dinâmica deles com a evolução da demência (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

As atividades de cuidado exercidas pelos casais corroboram com os achados de estudos anteriores (GARCIA et al., 2017; FALCÃO et al., 2018). No geral, os motivos para cuidar, bem como, os sentimentos e as vivências diante da tarefa de cuidar por parte dos cônjuges cuidadores foram positivos. Eles exerciam essa função por gratidão, missão, amor incondicional, solidariedade e pelas experiências e histórias que compartilharam. De acordo com Daley et al (2017), os cônjuges cuidadores de idosos com DA também se beneficiam da ideia “até que a morte nos separe” e do sentimento de mútua compaixão que experimentam ao executarem as tarefas de cuidado, favorecendo altos níveis de emoções positivas. Monin, Schulz e Feeney (2015), também destacaram que os cônjuges cuidadores, os quais sentiam mais amor compassivo por seus companheiros com DA, tinham menos sensação de fardo ao cuidar e expressavam avaliações mais positivas diante do papel de cuidar, além de maior bem-estar psicológico.

Quanto ao relacionamento conjugal antes do surgimento da DA, os depoimentos colhidos indicaram principalmente aspectos favoráveis. A cuidadora do casal nº1 relatou: “A gente sempre se deu bem, ele sempre foi uma pessoa muito prestativa muito calma”. Da mesma forma o cuidador do casal nº4 destacou: “a gente sempre se deu bem, sem discussões, sem nada”. Em outros momentos da entrevista, ele complementou dizendo que sentia saudades do tempo que passou, mas que isso não o perturbava no momento.

Ainda sobre a conjugalidade antes da DA, a cuidadora do casal nº2 relatou: “Não tem assim mudança, digamos assim né? Porque a gente nunca foi de tá discutindo muito”. Em outros momentos, a cuidadora também indicou que o que importava para seu marido sempre foi a educação dos filhos e que durante o tempo de casados costumavam viajar frequentemente. Nessa direção, a cuidadora do casal nº 3 mencionou que a relação conjugal era boa, e complementou: “a gente discutia até chegar em termo, ele adorava viajar comigo, com as crianças”.

Após o surgimento da DA, as queixas citadas pelos cuidadores foram relacionadas à agitação, repetição de comportamentos e falas, isolamento social e a não participação de encontros, reuniões sociais, etc. Durante as sessões de musicoterapia ficou claro que esses sintomas comportamentais eram entendidos como desafios tanto para o relacionamento conjugal como para os demais relacionamentos sociofamiliares, dificultando o convívio entre eles e sobrecarregando o cuidador.

A cuidadora do casal nº1 queixou-se principalmente da demanda constante de atenção, que estava comprometendo o tempo que passavam juntos. No caso do casal nº2, o cônjuge com DA negava-se a participar de atividades e terapias, o que limitava o convívio sociofamiliar deles e as possibilidades de momentos recreativos. Também, o cuidador do casal nº3 se queixava do isolamento, sentindo falta da participação em eventos familiares. Por outro lado, o cuidador do casal nº4 relatou que eles permaneciam a maior parte do tempo sozinhos, apesar das visitas constantes das filhas.

Quanto aos benefícios identificados após as sessões de musicoterapia, a cuidadora do casal nº1 relatou que as atividades ofereceram ferramentas para amenizar o comportamento agitado de seu marido, como por exemplo, na fala “ele ficou assim, mais fácil de lidar (...) eu sei como fazer ele acalmar”. Da mesma forma, a cuidadora do casal nº3 relatou que o resgate de canções, que fizeram parte da vida do casal, ampliou as possibilidades de interação com seu marido: “a gente tem mais paciência pra conversar”.

Observou-se que à medida que as canções eram lembradas e cantadas, as memórias eram resgatadas e compartilhadas. Dessa forma, os cônjuges cuidadores puderam cantar seus próprios sentimentos, seus conflitos, permitindo a reflexão desses conteúdos e até mesmo em alguns momentos, a busca de soluções para os problemas vivenciados. Conforme a cuidadora do casal nº2, a musicoterapia proporcionou momentos prazerosos favorecendo o resgate de histórias, como pode ser observado nas falas: “A gente sai daquela, da mesmice da coisa, e desvia um pouco a atenção”; “um monte de músicas que tava adormecido quase que no meu

inconsciente”. Nessa direção, o cuidador do casal nº4 relatou que as atividades amenizavam o isolamento de forma prazerosa, destacando que a musicoterapia “ajudava a preencher o nosso tempo, no tempo que a gente fica muito sozinho. Alivia a dor...”.

De acordo com os depoimentos, as atividades oferecidas também podem ser entendidas como uma forma de cuidado ao cuidador, favorecendo uma autopercepção favorável da saúde, conforme sugeriu a fala da cuidadora do casal nº1: “eu sentia assim, que tinha tirado um peso de mim”. Da mesma forma, a cuidadora do casal nº 3 disse que a musicoterapia lhe ofereceu “uma sensação de tranquilidade e paz”. Por outro lado, a cuidadora do casal nº2, falando sobre o resgate das canções que fizeram parte de sua biografia, mencionou: “eu acho que foi mais benéfica pra mim do que pra ele”. Já o cuidador do casal nº4 relata: “era uma atividade que naquela hora eu me sentia assim, o paciente. Melhorou minha saúde”.

Conforme pesquisas anteriores (e.g. SANTOS, 2018) no decorrer do processo musicoterapêutico, as experiências musicais promovem uma ressignificação do papel de cuidador, favorecendo a saúde e o bem-estar por meio do extravasamento de vários conflitos, emoções e sentimentos num espaço apropriado e permissivo com o apoio do terapeuta. Dessa maneira, a Musicoterapia sendo uma terapia auto expressiva com forte atuação nas funções cognitivas, colabora diretamente para o desenvolvimento pessoal e proporciona aos cuidadores, benefícios que fortalecem estratégias de enfrentamento diante do estresse. Além disso, a Musicoterapia colabora com o contato intergeracional com seu poder criativo, potencialidades, memórias e histórias de vida.

Quanto aos depoimentos pertinentes às demais relações sociofamiliares, a cuidadora do casal nº1 sugeriu que amigos e familiares passaram a convidá-los para apresentações musicais ao perceberem que a música lhes ofereceu benefícios. Já a cuidadora do casal nº3 relatou que a musicoterapia despertou o interesse de amigos e familiares que começaram a indicar a musicoterapia como tratamento. No caso do casal nº4, ouve uma participação indireta das filhas, que passaram a colocar as músicas preferidas do casal para ouvirem e cantarem quando estavam juntos. Apenas a cuidadora do casal nº2 relatou que não observou benefícios específicos quanto às relações de amizade e familiares, sugerindo um projeto com maior duração.

Pesquisas anteriores indicaram que a prática musicoterápica reduziu consideravelmente a apatia e agitação de indivíduos com demência (DILEO; BRADT, 2005; HELMES; WIANCKO, 2006; HOLMES et al., 2006; LEDGER; BAKER, 2007) além de

possibilitar experiências significativas entre cuidadores e pessoas com DA (BROTONS; MARTI, 2003; CLAIR; EBBERTS, 1997). Da mesma forma, alguns depoimentos colhidos neste estudo indicaram que o trabalho com canções ofereceu ferramentas ao cuidador para reduzir a agitação do cônjuge com demência, além de possibilitar momentos de tranquilidade através de uma interação prazerosa.

Clair (2002) concluiu que os efeitos benéficos para o entrosamento da díade permaneceu mesmo após o fim das sessões de musicoterapia. Outros depoimentos colhidos neste estudo podem indicar o mesmo resultado, como pode ser observado na fala da cuidadora do casal nº3: “a gente envolve praticamente o dia inteiro com prazer né”; “as conversas ficam mais longas, não é uma coisa assim fugidia”. Isso pode sugerir que o recurso sonoro-musical favoreceu no engajamento das díades através de uma atividade prazerosa, resgatando memórias significativas do casal.

Da mesma forma, os participantes relataram que, após as sessões, passaram a pesquisar vídeos e músicas de sua preferência utilizando recursos tecnológicos. Através destes recursos, foi possível pesquisar canções (letras e gravações) e seus compositores. Neste caso, permitindo que os participantes entrassem em contato com o seu próprio repertório musical. Isso pode ser discutido a partir da fala do cuidador do casal nº4, ao relatar que antes da musicoterapia: “a gente gosta de música, e sempre gostou, e agora tá longe dela”. Através de uma orientação, estes cuidadores podem aprender a utilizar estes recursos. No caso da cuidadora do casal nº3, ao encontrar a gravação da canção “Cem anos atrás” datada de 1946, ela relatou: “nossa, de onde ele desenterrou essa música, já faz uns 20 anos”. Em relação às estratégias utilizadas, as pesquisas apresentaram uma grande variedade.

No estudo de Clair (1997) foram utilizadas estratégias de canto, dança e percussão. Já no estudo de Brotons e Marti (2003) também foram utilizadas estratégias receptivas (escuta musical) e dança. No estudo de Berger (2004) também foi mencionado o assobio, e no estudo de Rio (2018) também foi mencionada a criação de arranjos musicais.

Para este estudo foram utilizadas principalmente as estratégias de resgatar e cantar canções, com o objetivo de favorecer o evocar de memórias através de algo preservado, pois as canções da infância e juventude permanecem intactas mesmo após o declínio de funções cognitivas (CLAIR, 2000; PRICKETT e MOORE, 1991). Também foi decidido limitar o número de estratégias para que fosse possível discutir os resultados de forma mais assertiva. Em algumas sessões foram utilizadas estratégias de gravação, escuta musical e composição de acordo com a demanda de cada casal, mas a estratégia de canto foi predominante.

A estratégia de resgatar as canções a partir do histórico dos casais mostrou-se importante, pois a familiaridade dos cônjuges com o repertório favoreceu o engajamento no processo. Ao cantar canções japonesas, a cuidadora do casal nº2 pode resgatar memórias pessoais e dividi-las com seu cônjuge. O casal nº1 pôde lembrar das rodas de música que realizavam periodicamente com seus amigos, trazendo o mesmo repertório. Os casais nº3 e nº4 puderam lembrar a época na qual dançavam, ao resgatar boleros que fizeram parte de sua juventude.

Algumas similaridades com o estudo de Baker (2012) podem ser discutidas. No estudo de Baker, cinco cônjuges cuidadores aprenderam estratégias sonoro-musicais e as aplicaram sozinhos por seis semanas. No fim do processo, todos os cuidadores relataram que a prática das atividades ofereceu benefícios para o seu bem-estar, e que o engajamento na música foi relaxante. Além disso, quatro dos cônjuges indicaram que a intervenção aumentou a qualidade do tempo que passavam juntos, e três cuidadores falaram de um aumento da reciprocidade.

De forma geral, as avaliações deste estudo sugeriram resultados semelhantes. A cuidadora do casal nº3 relatou que os atendimentos proporcionaram tranquilidade, aumentando a qualidade do tempo que passavam juntos. Os cuidadores dos casais nº2 e nº4 relataram que as intervenções proporcionaram momentos prazerosos. Em estudos futuros, sugere-se avaliar outras variáveis da conjugalidade.

Em relação à presença do musicoterapeuta, Baker (2012) relatou que treinar o cônjuge reduziu a dependência de sessões constantes de musicoterapia, porém alguns relatos deste estudo sugeriram que os cuidadores, podem utilizar estratégias aprendidas em outros momentos e que o acompanhamento do musicoterapeuta é um adicional importante, como sugeriu as falas dos cuidadores dos casais nº1 e 4: “eu sei como fazer ele acalmar”; “não adianta você querer pôr em algum lugar a música porque não é igual, então quando ele vinha na quinta feira era um dia que a gente dedicava a presença dele aqui com a gente”.

Com respeito às práticas realizadas, apesar de a fundamentação musicoterápica deixar claro que não existe uma receita específica para a utilização terapêutica da música, é importante sugerir diretrizes e guias para sua utilização dentro deste contexto de acordo com o que foi vivenciado. Todas as canções utilizadas fizeram parte do histórico de vida do casal, porém, ao cantar, é importante respeitar alguns aspectos, tais como: encontrar uma tonalidade confortável para não agredir o alcance vocal dos participantes; cantar em um andamento no qual ambos consigam acompanhar; abordar músicas e estratégias verbais que contemplem as capacidades de ambos.

As demandas de cuidado da pessoa com DA podem desencadear conflitos na dinâmica das relações familiares, podendo dificultar para o cuidador manter sua identidade como cônjuge e comprometer a relação conjugal devido à presença de sintomas comportamentais (NEUMANN, 2014; DEVUGT, 2003; PEREIRA; CARVALHO, 2012; CASTELLANI, 2015). Para a cuidadora do casal nº1, a qualidade da relação conjugal foi influenciada principalmente pelos sintomas comportamentais da DA, e complementou: “Deixou de ser marido para se tornar um filho”. Já para os casais nº2 e nº3, o comportamento mencionado foi o de afastamento, que comprometeu as atividades familiares, terapêuticas e recreativas.

Este afastamento pode prejudicar a saúde mental e física dos cônjuges, pois a qualidade das relações familiares exerce uma influência importante sobre o declínio cognitivo, o risco de morbidades e de mortalidade (CHARLES; CARSTENSEN, 2010; CIPOLLI; FALCÃO, 2017; KUIPER et al., 2015). Nesse sentido, ao amenizar sintomas comportamentais, os atendimentos em musicoterapia também oferecem benefícios para a saúde dos cônjuges.

As intervenções com música também podem reduzir perturbações de humor, apoiar interações saudáveis de parceiros através do reforço das capacidades de comunicação, fornecer apoio social e desenvolver habilidades sociais entre famílias e indivíduos que estão enfrentando circunstâncias desafiadoras (PASIALI, 2013). Os depoimentos dos cuidadores deste estudo corroboraram estes achados, sugerindo benefícios quanto à qualidade da interação e da comunicação entre os membros.

A rede de suporte sociofamiliar também é importante, pois quanto mais satisfatória for a percepção do cuidador familiar quanto ao suporte que recebe, melhores serão seus sentimentos de satisfação com a vida (INOUE et al., 2010; KEYES et al., 2002; GARCIA, 2018). Quanto a isso, o cuidador do casal nº4 relatou: “todos apoiaram, e se interessaram, pelas músicas que a gente canta”; “A minha filha gravou (músicas), então a gente vai no rádio, e então, isso também alegre”. Já a cuidadora do casal nº3, relatou que as atividades geraram um interesse dos familiares mais próximos. Isso pode sugerir que a rede de suporte social dos participantes contribuiu para possíveis benefícios, incentivando-os à participação e potencializando resultados.

Pesquisas que avaliam a perspectiva de cônjuges de pessoas com demência ainda são escassos, mas, em geral, eles parecem administrar essas mudanças aceitando e adaptando-se às novas circunstâncias (EVANS; LEE, 2013, POZZEBON; DOUGLAS; AMES, 2016). Neste estudo, alguns depoimentos indicaram o cansaço e a intensa demanda, porém, os

cuidadores aparentaram estar adaptando-se bem às novas condições. O suporte familiar, principalmente dos filhos, demonstrou ser muito importante para os participantes e, também, a busca e interesse por novos tratamentos e alternativas, como a musicoterapia.

Dentre as variáveis que influenciam a satisfação conjugal, podem ser citadas: história pessoal de cada cônjuge; estado de saúde; aspectos biopsicossociais, culturais, familiares e educacionais; grau de afinidade entre a díade conjugal; comunicação; resiliência; quantidade e qualidade de tempo que o casal passa junto; momento atual do ciclo de vida e do ciclo vital da família (FALCÃO, 2016). Nesse sentido, as intervenções de musicoterapia puderam oferecer diferentes benefícios, pois sua aplicação no contexto da demência atua em diferentes dimensões do indivíduo como uma intervenção global, dentro de uma abordagem biopsicossocial, inclusive aconselhando e orientando outros profissionais e familiares de uma forma integrativa (RIDDER, 2016), como observado em alguns dos depoimentos coletados.

Diante desse cenário, a musicoterapia é uma forma de terapia não farmacológica com uma abordagem multidimensional. Outras formas de terapias não farmacológicas podem ter um enfoque maior na estimulação cognitiva, ou então em aspectos fisiológicos. O atendimento em musicoterapia busca atingir objetivos pré-determinados dentro de um processo, porém, todas as dimensões do indivíduo são consideradas de forma integrativa. Isso pode ser uma dificuldade na realização de pesquisas, pois as diferentes variáveis podem interferir no processo e nos resultados.

6 LIMITAÇÕES

Este estudo teve como objetivo favorecer a reflexão acerca da temática trabalhada, ampliando as possibilidades de cuidado ao idoso com DA e seu cuidador. Porém, o número reduzido de participantes pode ser indicado como uma limitação. Para resultados generalizáveis e mais robustos, sugere-se que pesquisas posteriores trabalhem com um número maior de participantes.

Em relação às estratégias utilizadas, este estudo limitou-se à utilização de canções. Pesquisas posteriores poderão ampliar as possibilidades e avaliar a utilização de outras possíveis estratégias como: improvisação musical, movimentos corporais, dança, ou audição musical. Isso poderá sugerir formas mais assertivas de se trabalhar nesse contexto.

Quanto aos participantes, sugere-se que as estratégias futuras também incluam os cuidadores formais, demais familiares e/ou amigos, avaliando-se mais diretamente os possíveis benefícios para estes grupos. Também se sugere avaliar as funções cognitivas dos participantes com DA indicando se as estratégias neste modelo oferecem benefícios significativos. Da mesma forma, pode-se incluir nos instrumentos que avaliem outras variáveis da conjugalidade que não foram contempladas nesta pesquisa.

O local do estudo foi o ambiente domiciliar do casal. Isso contribuiu com alguns dos benefícios encontrados, porém, também trouxe inconveniências, tais como, possíveis sons e ruídos externos, visitas desavisadas, telefonemas, e animais domésticos. Futuras pesquisas poderão ser realizadas em instituições frequentadas por cuidadores e idosos com demência, para um ambiente mais controlado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa sugeriram que a utilização de canções foi uma estratégia que possibilitou um engajamento ativo dos participantes nas estratégias, mesmo com as limitações causadas pela DA. Os depoimentos dos cuidadores indicaram que as intervenções possibilitaram momentos prazerosos, que amenizaram os sintomas comportamentais dos cônjuges com DA e proporcionaram o resgate e a troca de lembranças pessoais através do repertório utilizado. Resultados contemplando as relações familiares e de amizade indicaram interesse e participação de pessoas próximas aos casais, porém, sugere-se uma prática mais direta com esses membros visando avaliar resultados mais significativos.

Como musicoterapeuta, foi possível observar que as intervenções foram assertivas ao gerar interesse e um maior engajamento do casal em atividades prazerosas, e, mesmo fora dos atendimentos, os casais passaram a buscar músicas, discutir letras, cantar e assistir vídeos. Intervenções futuras poderão focar mais nas queixas específicas do cuidador, como os sintomas comportamentais mencionados, oferecendo ferramentas de escuta e intervenção que possibilitem a melhor convivência.

Pesquisas posteriores também poderão aprofundar o conceito de musicoterapia indireta, incentivando musicoterapeutas a compartilharem a visão da musicoterapia com outros profissionais de uma equipe e familiares, o que poderá beneficiar a qualidade de vida de pessoas com demência. Apesar da presença do musicoterapeuta ter se mostrado importante, em sua ausência algumas estratégias podem facilitar o cuidado e o engajamento. O que se espera é que intervenções mais assertivas voltadas para a qualidade das relações sejam desenvolvidas e avaliadas, contribuindo com a saúde e bem-estar dos envolvidos de forma integrativa e multidimensional.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, E.; WOODS, R. T.; SPECTOR, A.; ORRELL, M. Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. **Ageing Research Reviews**, v. 12, n. 1, p. 253–62, 2013. DOI: 10.1016/j.arr.2012.07.001.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Earlier Diagnosis**. Disponível em: https://www.alz.org/alzheimers-dementia/research_progress/earlier-diagnosis. Acesso em: 27 dez. 2018.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Stages of Alzheimer's**. Disponível em: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages>. Acesso em: 27 de dez. de 2018.
- ANASTACIO JUNIOR, M. P. A.; CHUBACI, R. Y. S.; FALCÃO, D. V. S. Musicoterapia, cuidadores e idosos com demência. In: PEDROSO, J. S. ; DE ARAÚJO, L. F.; FALCÃO, D. V.S. **Violência e cuidado na velhice**. Curitiba: CRV, 2018.
- APRAHAMIAN, I.; RADANOVIC, M.; FORLENZA, O. V. Comprometimento cognitivo leve. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M.; APRAHAMIAN, I. (org.). **Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2014. p. 245-54.
- ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL. **O que é demência?** Dados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia> . Acesso: em: 02 jan. 2019.
- BAILEY, L. M. The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. **Music Therapy**, v. 4, n. 1, p. 5-17, 1984.
- BAKER, F. A.; GROCKE, D.; PACHANA, N. A. Connecting through music: A study of a spousal caregiver-directed music intervention designed to prolong fulfilling relationships in couples where one person has dementia. **Australian Journal of Music Therapy**, v. 23, p. 4-21, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARTLETT, J. C.; SNELUS, P. Lifespan memory for popular songs. **American Journal of Psychology**, v. 93, p. 551-60, 1980. DOI: 10.2307/1422730.
- BAXTER, P.; JACK, S. Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers. **The Qualitative Report**, v. 13, n. 4, p. 544-56, 2008.
- BEER, L. The role of the music therapist in training caregivers of people who have advanced dementia. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 26, n. 2, p. 185-99, 2016. DOI: 10.1080/08098131.2016.1186109.
- BELL, V.; TOXEL, D. **The Best Friends Approach to Alzheimer's care**. Baltimore, MD: Health Professions Press, 2003.

BENENZON, R. O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BENENZON, R. O. **Teoria da Musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus, 1988.

BERGER, G.; BERNHARDT, T.; SCHRAMM, U.; MÜLLER, R.; LANDSIEDEL-ANDERS, S.; PETERS, J.; KRATZSCH, T.; FROLICH, L. No effects of a combination of caregivers support group and memory training/music therapy in dementia patients from a memory clinic population. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 223-31, 2004. DOI: 10.1002/gps.1055

BERNARDES, M. M. Musicoterapia como recurso auxiliar na vinculação saudável de cuidadores e pacientes. **Anais do Congresso Internacional das Faculdades EST**. São Leopoldo: EST, v.1, p. 957-975. 2012.

BOULDIN, E.; ANDRERSEN, E. **Caregiving across the United States: Caregivers of persons with Alzheimer's disease or dementia in 8 states and the District of Columbia**. Data from the 2009 & 2010. Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2014. Disponível em <http://www.alz.org/publichealth/data-collection.asp>.

BRAUN, M.; SCHOLZ, U.; BAILEY, B.; PERREN, S.; HORNING, R.; MARTIN, M. Dementia caregiving in spousal relationships: a dyadic perspective. **Aging & Mental Health**, v. 13, n. 3, p. 426–36, 2009. DOI: 10.1080/13607860902879441.

BRITO, L. **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto, 2002.

BROTONS, M.; MARTI, P. Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers. **Journal of Music Therapy**, v.40, n. 2, p.138-50, 2003.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BUCHER, R. O consumo de drogas: evoluções e respostas recentes. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 132- 44, 1986.

CAMIC, P. M.; WILLIAMS, C. M.; MEETEN, F. Does a “singing together group” improve the quality of life of people with a dementia and their carers? A pilot evaluation study. **Dementia**, v. 12, n. 2, p. 157–76, 2013. DOI: 10.1177/1471301211422761.

CANTOR, N.; SANDERSON, C. Life task participants and well-being: The importance of taking part in daily life. *In*: Kahnemann, D.; Diener, E.; Schwartz, N. (ed.), **Well-being: The foundations of heonic psychology**. New York: Russell Sage Foundation. 1999. p. 230-43.

CASTELLANI, L. T. **O impacto da Doença de Alzheimer no relacionamento conjugal**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gerontologia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidade, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2015.

CHAGAS, M. Ritmo, som, vida. **Revista de Cultura Vozes**, v. 84, p. 585-92. 1990.

CHALFONT, G.; MILLIGAN, C.; SIMPSON, J. A mixed methods systematic review of multimodal non-pharmacological interventions to improve cognition for people with dementia. **Dementia**, set. 2018. DOI: 10.1177/1471301218795289. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cc38/e1e0a1809c930d71901e9c90cfdff0a10e47.pdf>. Acesso em 17 fev. 2019.

CHARCHAT, H.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K. Investigação de marcadores clínicos dos estágios iniciais da Doença de Alzheimer com testes neuropsicológicos computadorizados. **Psicol. Reflex. Crit.** v. 14, n. 2, p. 305-16, 2001.

CHARLES, S. T.; CARSTENSEN, L. L. Social and emotional aging. **Annu Rev Psychol.**, v. 61, p. 383-409. 2010. DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100448.

CHASSAN, J. B. **Research design in clinical psychology and psychiatry**. New York: Wiley, 1979.

CHATTERTON, W.; BAKER, F.; MORGAN, K. The singer or the singing: who sings individually to persons with dementia and what are the effects? **Am J Alzheimers Dis Other Demen.**, v. 25, n. 8, p. 641-9, dez. 2010. DOI: 10.1177/1533317510385807.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CIPOLLI, G. C.; FALCÃO, D. V. S. Relações sociais, cognição na doença de Alzheimer: revisão sistemática. **Psico.**, v. 48, n. 4, p. 329-38, 2017.

CLAIR, A. A. The effects of music therapy on engagement in family caregiver and care receiver couples with dementia. **Am J Alzheimers Dis Other Demen.**, v. 17, v. 5, p. 286-90, set./out. 2002. DOI: 10.1177/153331750201700505.

CLAIR, A. A. The importance of singing with elderly patients. *In*: Aldridge, D. (ed.), **Music therapy in dementia care**. London: Jessica Kingsley Publishers. 2000. p. 81-101.

CLAIR, A. A.; EBBERTS, A. The effects of music therapy on interactions between family caregivers and their care receivers with late stage dementia. **Journal of Music Therapy**, v. 34, p. 148-64, 1997. DOI: 10.1093/jmt/34.3.148.

CLARE, L.; WOODS, R. T. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 14, n. 4, p. 385-401, 2004. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.

CLARK, M. E.; LIPE, A. W.; BILBREY, M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 24, n. 7, p. 10-7, 1998.

COOKE, M.; MOYLE, W.; SHUM, D.; HARRISON, S.; MURFIELD, J. A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 5, p. 765-76, 2010. DOI: 10.1177/1359105310368188.

COTELLI, M.; MANENTI, R.; ZANETTI, O. Reminiscence therapy in dementia: a review. **Maturitas**, v. 72, n. 3, p. 203-5, 2012. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008.

CRUZ, D. C. M.; LOUREIRO, H. A. M.; SILVA, M. A. N. C. G. M. M.; FERNANDES, M. M. F. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista de Enfermagem Referência**, série III, v. 2, p. 127-36, dez. 2010.

DALEY, R.T.; O'CONNOR, M.K.; SHIRK, S.D.; BEARD, R.L. "In this together" or "Going it alone": spousal dyad approaches to Alzheimer's. **Journal of aging studies**, v. 40, p. 57-63, 2017.

DILEO, C.; BRADT, J. **Medical musictherapy: A Meta-analysis of the literature and an agenda for future research**. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books, 2005.

DUARTE, Y. A. O. A dependência e a perda de autonomia na velhice. In: CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. **Compreendendo e cuidando do idoso: uma abordagem multiprofissional**. Botucatu, SP: Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP: 2006.

DUARTE, Y. A. O. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social Fundação, Padre Anchieta, 2009.

DUARTE, Y. A. O.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (org) **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 457 – 478.

EGILSTROD B.; RAVN M. B.; PETERSEN K. S. Living with a partner with dementia: a systematic review and thematic synthesis of spouses' lived experiences of changes in their everyday lives. **Aging & Mental Health**, fev. 2018. DOI: 10.1080/13607863.2018.1433634. Disponível: http://vbn.aau.dk/files/269417775/15_2_2018_Living_wit.pdf. Acesso: 17fev. 2019.

ELLIOTT, M.; GARDNER, P. The role of music in the lives of older adults with dementia ageing in place: A scoping review. **Dementia**, v. 17, n. 2, p. 199-213, 2018.

EVANS, D.; LEE, E. Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. **Dementia**, v. 13, n. 3, p. 330-49, 2013. DOI: 10.1177/1471301212473882.

FALCÃO, D. V. S. Amor Romântico, Conjugalidade e Sexualidade na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al., (ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.1498-1507.

FALCÃO, D. V. S. **Doença de Alzheimer: um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2006.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a Doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 4, p. 777-86, 2009.

FALCÃO, D.V.S.; BRAZ, M.C.; GARCIA, C.R.; SANTOS, G.D.; YASSUDA, M.S.; CACHIONI, M.; NUNES, P.V.; FORLENZA, O.V. Atenção psicogerontológica aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, p. 377-389, 2018.

FARFEL, J. M. Envelhecimento Cerebral Normal e Patológico. *In*: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M.; APRAHAMIAN, I. (org.). **Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2014. p. 15-20.

FARMER, I.; MEYER, P.; RAMSEY, D.; GOFF, D.; WEAR, M.; LABARTHE, D.; NICHAMAN, M. Z. Higher levels of social support predict greater survival following acute myocardial infarction: the Corpus Christi Heart Project. **Behavioral Medicine**, v. 22, n. 2, p. 59–66, 1996. DOI: 10.1080/08964289.1996.9933765.

FAZIO, S.; MITCHELL, D. Persistence of self in individuals with Alzheimer's disease: Evidence from language and visual recognition. **Dementia**, v. 8, n. 1, p. 39-59, 2009. DOI: 10.1177/1471301208099044.

FERREIRA, H. G.; BARHAM, E. J. O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 3, p. 579-90, 2011. DOI: 10.1590/S1809-98232011000300017.

FERRING F. D.; BALDUCCI C.; BURHOLT V.; WENGER C.; THISSEN F.; WEBER G.; HALLBERG I. Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European study on adult well-being. **Eur J Aging**, v. 1, n. 1, p. 15–25, 2004. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2007.05.002.

FRANÇA, L. H. F. P. O envelhecimento populacional e seu reflexo nas organizações: a importância da educação ao longo da vida. **Boletim Técnico do Senac**, v. 37, n. 2, p. 49-59, 2011.

FRIDMAN, C.; GREGORIO, S. P.; DIAS NETO, E.; OJOPI, E. P. B. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 31, n. 1, p. 19-25. 2004. DOI: 10.1590/S0101-60832004000100004.

FRIZZO, K. R. Diário de campo: Reflexões epistemológicas e metodológicas. *In*: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. (org.), **Introdução à Psicologia Comunitária**: Bases teóricas e metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 169-187.

FROTA, N. A. F.; NITRINI, R.; DAMASCENO, B. P.; FORLENZA, O.; DIAS-TOSTA, E.; SILVA, V. A. B.; HERRERA JÚNIOR, E.; MAGALDI, R. M. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. **Dement Neuropsychol.**, v. 5 (Suppl 1) p. 5-10, 2011. Disponível em: <http://www.demneuropsych.com.br/imageBank/pdf/v5s1a02.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

FUSAR-POLI, L. BIELENINIK, L.; BRONDINO, N.; CHEN, X.J.; GOLD, C.; The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Aging & mental health**, v. 22, n. 9, p. 1103-1112, 2018.

GALLAGHER-THOMPSON, D.; DAL CANTO, P.G.; JACOB, T. A comparison of marital interaction patterns between couples in which the husband does or does not have Alzheimer's disease. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 56, n. 3, p. 140-50, 2001.

GARCIA, C. R. **Conjugalidade, funcionamento familiar e doença de Alzheimer: um estudo com esposas cuidadoras brasileiras e portuguesas**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Sistemas de Informação, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. 2018.

GIBBONS, A. C. Popular music preferences of elderly people. **Journal of Music Therapy**, v. 14, n. 4, p. 180-189, 1997. DOI: 10.1093/jmt/14.4.180.

GILBERT, J. P.; BEAL, M. R. Preferences of elderly individuals for selected music education experiences. **Journal of Research in Music Education**, v. 30, n. 4, p. 247-53, 1982. DOI: 10.2307/3345298.

GOK UGUR, H.; ORAK, O. S.; YAMAN AKTAS, Y.; ENGINYURT, O.; SAGLAMBILEN, O. Effects of music therapy on the care burden of in-home caregivers and physiological parameters of their in-home dementia patients: a randomized controlled trial. **Complementary Medicine Research.**, nov. 2018. DOI: 10.1159/000490348.

GUETIN, S.; CHARRAS, K.; BERARD, A. et al., An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. **Dementia**, v. 12, n. 5, p. 619-34, set. 2013. DOI: 10.1177/1471301212438290.

HANSER, S. B.; BUTTERFIELD-WHITCOMB, J.; KAWATA, M.; COLLINS, B. E. Home-based music strategies with individuals who have dementia and their family caregivers. **J Music Ther.**, v. 48, n. 1, p. 2-27, 2011.

HARRIS, P. B. Maintaining friendships in early stage dementia: Factors to consider. **Dementia**, v. 11, n. 3, p. 305-14, 2011. Disponível em: <https://collected.jcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=soc-facpub>. Acesso em: 17 fev. 2019.

HARRIS, P. B. The perspective of younger people with dementia: Still an overlooked population. **Social Work in Mental Health**, v. 2, n. 4, p. 17-36, 2004. DOI: 10.1300/J200v02n04_02

HARRIS, P. B.; KEADY, J. Living with early on-set dementia: Exploring the experience and developing evidence-based guidelines for practice. **Alzheimer's Care Quarterly**, v. 5, n. 2, p. 111-122, 2004.

HARRIS, P. B.; STERIN, G. J. Insider's Perspective: Defining and preserving the self in dementia. **Journal of Aging and Mental Health**, v. 5, p. 241-256, 1999.

HATTORI, H.; HATTORI, C.; HOKAO, C.; MIZUSHIMA, K.; MASE, T. Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. **Geriatr Gerontol Int.**, v. 11, n. 4, p. 431-7, 2011. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00698.x.

HAWTHORNE, G. Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale. **Social Indicators Research**, v. 77, n. 3, p. 521-48, 2006. DOI 10.1007/s11205-005-7746-y.

HEATH, B.; LINGS, J. Creative songwriting in therapy at the end of life and in bereavement. **Mortality**, v. 17, n. 2, p. 106-18, 2012. DOI: 10.1080/13576275.2012.673381.

HELMES, E.; WIANCKO, D. C. Effects of music in reducing disruptive behavior in a general hospital. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 12, n. 1, p. 37-44, 2006. DOI: 10.1177/1078390306291514.

HERRIOTT, R. E.; FIRESTONE, W. A. Multisite qualitative policy research: Optimizing description and generalizability. **Educational Researcher**, v. 12, n. 2, p. 14-19. 1983. DOI: 10.3102/0013189X012002014.

HOLMES, C.; KNIGHTS, A.; DEAN, C.; HODKINSON, S.; HOPKINS, V. Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. **International Psychogeriatrics**, v. 18, n. 4, p. 623-30, 2006. DOI: 10.1017/S1041610206003887.

HONG, I. S.; CHOI, M. J. Songwriting oriented activities improve the cognitive functions of the aged with dementia. **The Arts in Psychotherapy**, v. 38, n. 4, p. 221-8, 2011. DOI: 10.1016/j.aip.2011.07.002.

HUANG, H.C.; CHEN, Y.T.; CHEN, P.Y., et al., Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. **J. Am. Med. Dir. Assoc.**, v. 16, n. 12, p. 1087-94, 2015. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.07.010.

HYLTON, J. Music programs for the institutionalized elderly in a Midwestern metropolitan area. **Journal of Music Therapy**, v. 20, n. 4, p. 211-23, 1983. DOI: 10.1093/jmt/20.4.211.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos.html>. Acesso em: 02 jan. 2018.

INOUE, K.; OLIVEIRA, G. H. Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer. **Infarma**, v. 15, n. 11-12, 2004.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 891-9, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000500011.

JONAS, J. L. Preferences of elderly music listeners residing in nursing homes for art music, traditional jazz, popular music of today, and county music. **Journal of Music Therapy**, v. 28, n. 3, p. 149-60, 1991.

KAHN R. L.; ANTONUCCI T. C. Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *In*: BALTES, P. B., BRIM O, (ed.) **Life-span development and behavior**. v. 3. New York: Academic Press, 1980. p. 254–283

KEYES, C. L. M.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. **Journal of the Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007-22, 2002.

KIERNAT, J. M. The use of live review activity with confused nursing home residents. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 33, n. 5, p. 306-10, 1979.

KUIPER, J. S.; ZUIDERSMA, M.; OUDE VOSHAAR, R. C.; ZUIDEMA, S. U.; VAN DEN HEUVEL, E. R.; STOLK, R. P.; SMIDT, N. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. **Ageing Research Reviews**, v. 22, p. 39-57, 2015. DOI: 10.1016/j.arr.2015.04.006

KUMAR, A.; SINGH, A.; EKAVALI. A review on Alzheimer's disease pathophysiology and its management: an update. **Pharmacological Reports**, v. 67, n. 2, p. 195–203, 2015 DOI:10.1016/j.pharep.2014.09.004

LAGE, M. I. G. S. Cuidados familiares a idosos. *In*: PAUL, C; FONSECA, A. M. **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

LAGE, M.I.G.S. Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 5, 2004, Lisboa. **Actas ...** 2004, p.749-756.
LATHOM, W. B.; PETERSEN, M.; HAVELICEK, L. Musical preferences of older people attending nutritional sites. **Educational Gerontology**, v. 8, n. 2, p.155-6, 1982. DOI: 10.1080/0380127820080206

LAUER, C. S. A friend in need. **Modern Healthcare**, v. 37, n. 48, p. 1–2, 2007.

LEDGER, A.; BAKER, F. An investigation of long-term effects of group music therapy on agitation levels of people with Alzheimer's Disease. **Aging and Mental Health**, v. 11, n. 3, p. 330-8, 2007. DOI: 10.1080/13607860600963406.

LEITE, C. D. S. M.; MENEZES, T. L. M.; LYRA, E. V. V.; ARAUJO, C. M. T. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **J. bras. psiquiatr.** v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014. DOI: 10.1590/0047-2085000000007.

LUZ, L.T. da. **Musicoterapia na Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica). Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2015

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MARKS, N. F.; LAMBERT, J. D.; JUN, H.; SONG, J. Psychosocial moderators of the effects of transitioning into filial caregiving on mental and physical health. **Research on Aging**, v. 30, n. 3, p. 358–89, 2008. DOI: 10.1177/0164027507312998.

MCDERMOTT, O.; RIDDER, H. M.; BAKER, F. A.; WOSCH, T.; RAY, K.; STIGE, B. Indirect music therapy practice and skill-sharing in dementia care. **Journal of Music Therapy**, v. 55, n. 8, p. 255-79, 2018. DOI: 10.1093/jmt/thy012.

MELHUIISH, R.; BEUZEBOC, C.; GUZMÁN, A. Developing relationships between care staff and people with dementia through Music Therapy and Dance Movement Therapy: A preliminary phenomenological study. **Dementia**, v. 16, n. 3. p. 282–96, 2016. DOI: 10.1177/1471301215588030.

MINUCHIN, S. **Famílias funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MONIN, J.K.; SCHULZ, R. ; FEENEY, B.C. Compassionate love in individuals with Alzheimer's disease and their spousal caregivers: associations with caregivers' psychological health. **The Gerontologist**, v. 55, n. 6, p. 981-989, 2015.

MOORE, R. S.; STANM, M. J.; BROTONS, M. Music preferences of the elderly: Repertoire, vocal ranges, tempos, and accompaniments for singing. **Journal of Music Therapy**, v. 29, n. 4, p. 236-252, 1992. DOI: 10.1093/jmt/29.4.236.

MORRIS, R. G. Recent developments in the neuropsychology of dementia. **Int. Rev. of Psychiatr.**, v. 6, n. 1, p. 85-107, 1994.

MOSMANN, C.; WAGNER, A.; FERES-CARNEIRO, T. Qualidade conjugal: mapeando conceitos. **Paidéia** (Ribeirão Preto). v. 16, n. 35, p. 315-325, 2006. DOI: 10.1590/S0103-863X2006000300003.

NERI A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI A. L. **Qualidade de Vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993. p. 9-55.

NEUMANN, S. M. F. **Doença de Alzheimer: Intervenção psicoeducativa para familiares cuidadores**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2014.

NEWMAN, M.; VERDILE, G.; MARTINS, R. N.; LARDELLI, M.; Zebrafish as a tool in Alzheimer's disease research. **Biochim. Biophys. Acta.**, v. 1812, n. 3, p. 346-52, 2011. DOI: 10.1016/j.bbadis.2010.09.012.

NORRIS, A. D. **Reminiscence with elderly people**. London: Winslow, 1986.

OLAZARAN, J.; REISBERG, B.; CLARE, L.; CRUZ, I.; PENA-CASANOVA, J.; DEL SER, T.; WOODS, B.; BECK, C.; AUER, S.; LAI, C.; SPECTOR, A.; FAZIO, S.; BOND, J.; KIVIPELTO, M.; BRODATY, H.; ROJO, J. M.; COLLINS, H.; TERI, L.; MITTELMAN, M.; ORRELL, M.; FELDMAN, H. H.; MUÑIZ, R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's

disease: A systematic review of efficacy. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 30, n. 2, p. 161–178, 2010. DOI: 10.1159/000316119.

OLIVEIRA, A.P.P.; CALDANA, R.H.L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude soc.** v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012

OLIVEIRA, C. C.; GOMES, A. Breve história da musicoterapia, suas conceptualizações e práticas. In: **Atas do XII congresso da SPCE**, Portugal. 2014, p. 754-764.

OLSON, D. H.; SPRENKLE, D. H.; RUSSELL, C. S. Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. **Family Process**, v. 18, n. 1, p. 3-28, 1979.

OSMAN, S.E.; TISCHLER, V.; SCHNEIDER, J. ‘Singing for the Brain’: A qualitative study exploring the health and well-being benefits of singing for people with dementia and their carers. **Dementia**, v. 15, n. 6, p. 1326-1339, 2016

OSTWALD, S. K.; HEPBURN, K. W. Stress of dementia: View from the inside. **Am J Alzheimers Dis Other Dement.**, v. 17, n. 5, p. 303–12, 2002. DOI: 10.1177/153331750201700511.

PASIALI, V. Music therapy and attachment relationships across the life span. **Nordic Journal of Music Therapy**, v. 23, n. 3, p. 202–223, 2013. DOI: 10.1080/08098131.2013.829863

PEREIRA, M.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 369 – 83, 2012. DOI: 10.9788/TP2012.2-07.

PHANEUF, M. **O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer**. 2. ed. Amadora: Lusodidacta, 2010.

PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 2004.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

POZZEBON, M.; DOUGLAS, J.; AMES, D. Spouses’ experience of living with a partner diagnosed with a dementia: a synthesis of the qualitative research. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 4, p. 537–56, 2016. DOI: 10.1017/S1041610215002239

PRICKETT, C. A.; MOORE, R. S. The use of music to aid memory of Alzheimer’s patients. **Journal of Music Therapy**, v. 28, n. 2, p.101–10, 1991. DOI: 0.1093/jmt/28.2.101

QUINN, C.; CLARE, L.; PEARCE, A.; VAN DIJKHUIZEN, M. The experience of providing care in the early stages of dementia: an interpretative phenomenological analysis. **Aging & Mental Health**, v. 12, n. 6, p. 769–78, 2008. DOI: 10.1080/13607860802380623.

RAUER, A. J.; SABEY, A.; JENSEN, J. Growing old together: compassionate love and health in older adulthood. **J Soc Personal Relationships**, v. 31, n. 5, p. 667-96, 2013. DOI: 10.1177/0265407513503596.

RAY, K.D.; MITTELMAN, M.S. Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. **Dementia**, v. 16, n. 6, p. 689-710, 2017.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem)- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009

RIDDER, H. M. O. **Singing dialogue: Music therapy with persons in advanced stages of dementia - A case study research design**. Doctoral Dissertation, Institute of Music and Music Therapy, University of Aalborg, Denmark. 2003.

RIDDER, H. M. O. The Future of Music Therapy for Persons with Dementia. *In*: DILEO, C. (ed.) **Envisioning the Future of Music Therapy**. Temple University's Arts and Quality of Life Research Center: Temple University Press, p. 87-95. 2016. Disponível em www.temple.edu/boyer/researchcenter. Acesso em 17 fev. 2019.

RIO, R. A Community-Based Music Therapy Support Group for People With Alzheimer's Disease and Their Caregivers: A Sustainable Partnership Model. **Front. Med.**, v. 5, 2018. DOI: 10.3389/fmed.2018.00293.

ROBBINS, C. A. **Journey into Creative Music Therapy**. St. Louis, MO: MMB Music, Inc. 2005. (Nordoff-Robbins Music Therapy Monograph Series ; 3)

ROBSON, C. **Real World Research**. 2. ed. Oxford: Blackwell, 2002.

ROLLAND, J. S. In sickness and in health: The impact in couple's relationships. **Journal of Marital and Family Therapy**, v.20, n. 4, p.327-48, 1994. DOI: 10.1111/j.1752-0606.1994.tb00125.x

ROSSET I.; RORIZCRUZ M.; SANTOS, L. F.; HAAS, V. J.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011. DOI: 10.1590/s0034-89102011000200018.

RUBERMAN, W.; WEINBLATT, E.; GOLDBERG, J.; CHAUDHARY, B. Psychological influences on mortality after myocardial infarction. **New England Journal of Medicine**, v. 311, n. 11, p. 552-559, 1984. DOI: 10.1056/NEJM198408303110902.

RYU S. H.; HA J. H.; PARK D. H.; YU J.; LIVINGSTON G. Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly. **International Psychogeriatrics**, v. 23, n. 2, p. 214 -20, 2011. DOI: 10.1017/S1041610210001766.

SABAT, S. R. **The experience of Alzheimer's disease: Life through a tangled veil**. Oxford: Blackwell Publishers, 2001.

SACKS, O. **Musicophilia**: tales of music and the brain. New York: Alfred A. Knopf, 2008.

SALGUEIRO, H.D.A.G. Percepção do Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da Família que Coabita e Cuida de um Idoso Dependente. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 17, p. 51-61, 2008.

SANTOS, E. A. dos. **Musicoterapia e o cuidado ao cuidador de idoso com Alzheimer: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Música) Escola de Música e Artes Cênicas. Universidade Federal de Goiás. 2018

SCHAPIRA D.; FERRARI K.; SÁNCHEZ V.; HUGO, M. **Musicoterapia, Abordaje Plurimodal**. Editorial ADIM, Argentina. 2007.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos Dependentes**: Diagnósticos e Intervenções. Coimbra: Quarteto Editores, 2007.

SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 501-10, 2011. DOI: 10.1590/S0103-166X2011000400010.

SILVA. M., **Quem vai cuidar dos nossos pais?**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SIMONELLI, C.; TRIPODI, F.; ROSSI, R.; FABRIZI, A.; LEMBO, D.; COSMI, V.; PIERLEONI, L. The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. **International Journal of Clinical Practice**, v. 62, n. 1, p. 47–52, 2008. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2007.01506.x.

SKINGLEY, A.; BUNGAY, H. The silver song club project: Singing to promote the health of older people. **British Journal of Community Nursing**, v. 15, n. 3, p. 135–40. 2010. DOI: 10.12968/bjcn.2010.15.3.46902.

SKINGLEY, A.; MARTIN, A.; CLIFT, S. The contribution of community singing groups to the well-being of older people: Participant perspectives from the United Kingdom. **Journal of Applied Gerontology**, v. 35, n. 12, p. 1302–24, 2016. DOI: 10.1177/0733464815577141.

SNYDER, L. **Speaking our minds**: Personal reflections from individuals with Alzheimer's disease. New York: W.H. Freeman, 1999.

SOUZA, M G. C. Musicoterapia e a clínica do envelhecimento. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1429-1440.

SPERLING, R. A.; AISEN, P. S.; BECKETT, L. A.; BENNETT, D. A.; CRAFT, S., FAGAN; A. M., et al., Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimers Dement**. v. 7, n. 3, p. 280–292, 2011. DOI: DOI: 10.1016/j.jalz.2011.03.003.

STAFFORD L.; DAVID P.; MCPHERSON S. Sanctity of marriage and marital quality. **J Soc Pers Relationsh.**, v. 31, n. 1, p. 54-70, 2014. DOI: 10.1177/0265407513486975.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.) **Strategies of qualitative inquiry**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2003.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

STERIN, G. J. Essay on a word: A lived experience of Alzheimer's disease. **Dementia**, v. 3, n. 1, p. 7–10, 2002. DOI: 10.1177/1471301204039321.

STERNBERG, R. J. A triangular theory of love. **Psychological Review**, v. 93, n. 2, p. 119-35, 1986. DOI: 10.1037/0033-295X.93.2.119.

SUBRAMANIAM, P.; WOODS, B. Towards the therapeutic use of information and communication technology in reminiscence work for people with dementia: a systematic review. **Int. J. Computers Healthc.**, v. 1, n. 2, p.106-125, 2010. DOI: 10.1504/IJCIH.2010.037457

TAMPLIN, J.; CLARK, I. N.; LEE, Y. E. C.; BAKER, F. A. Remini-Sing: a feasibility study of therapeutic group singing to support relationship quality and wellbeing for community-dwelling people living with dementia and their family caregivers. **Front. Med.**, v. 5, 2018. DOI: 10.3389/fmed.2018.00245. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2018.00245/full>. Acesso em: 17 fev. 2019.

TANG, Q. ZHOU, Y.; YANG, S.; THOMAS, W.K.S.; SMITH, G.D.; YANG, Z.; YUAN, L.; CHUNG, J.W. .Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. **Geriatric Nursing**, v. 39, n. 4, p. 471-476, 2018.

TAYLOR, R. **Alzheimer's from the inside out**. Baltimore, MD: Health Professionals Press, 2007.

TERI, L.; LOGSDON, R. G. Identifying pleasant activities for alzheimer's disease patients: the pleasant events schedule AD. **Gerontologist.**, v. 31, n. 1, p. 124-7, fev. 1991.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAN DER LINDEN, M.; JUILLERAT VAN DER LINDEN, A. C. A life-course and multifactorial approach to Alzheimer's disease: Implications for research, clinical assessment and intervention practices. **Dementia**, v. 17, n. 7, p. 880-95, 2018. DOI: 10.1177/1471301216657270.

VAN DER STEEN, J. T.; VAN SOEST-POORTVLIET, M. C.; VAN DER Wouden, J. C.; BRUINSMA, M. S.; SCHOLTEN, R. J.; VINK, A. C. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. **Cochrane Database of Sys. Rev.**, jul. 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.

VANSTONE, A. D.; CUDDY, L. L. Musical memory in Alzheimer's Disease. **Aging, Neuropsychology and Cognition**, v. 17, n. 1, p. 108-28, 2010. DOI: 10.1080/13825580903042676

VANWEELDEN, K.; CEVASCO, A. M. Repertoire recommendations by music therapists for geriatric clients during singing activities. **Music Therapy Perspectives**, v. 25, n. 1, p. 4-12, 2007. DOI: 10.1093/mtp/25.1.4

WILKS, S. E. Support for Alzheimer's caregivers: Psychometric evaluation of familial friend support measures. **Research on Social Work Practice**, v. 19, n. 6, p. 722–29, 2009. DOI: 10.1177/1049731508329404

WONG, J. S.; WAITE, L. J. Marriage, social networks and health at older ages. **Journal of population ageing**, v. 8, n. 1-2, p. 7-25, 2015. DOI: 10.1007/s12062-014-9110-y.

WOODS, B.; SPECTOR, A.; JONES, C., ORREL, M.; DAVIES, S. Reminiscence therapy for dementia. **The Cochrane Database Sys. Rev.**, abr. 2005 DOI: 10.1002/14651858.CD001120.pub2.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. **About WFMT**. Disponível em: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html. Acesso em: 30 de jan. de 2018

WRIGHT L. K. The impact of Alzheimer's disease on the marital relationship. **Gerontologist**, v. 31, n. 2, p. 224–37, 1991.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZHANG, Y.; CAI, J.; AN, L.; HUI, F.; Ren, T.; MA, H.; ZHAO, Q. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 35, p. 1–11. 2017. DOI:10.1016/j.arr.2016.12.003.

APÊNDICE A - FICHA MUSICOTERAPÊUTICA

Nome:

Idade: Data:

1. País e região de origem:
2. Vivências sonoras durante a infância:
3. Vivências sonoras durante a juventude:
4. Vivências sonoras como casal, desde o período de namoro:
5. Outros familiares possuem alguma formação musical? Qual (is)?
6. Quais os sons típicos do lar atualmente?
7. Reage de alguma forma específica a algum tipo de som? Ex.: cachorro; alarme; buzina.
8. O paciente possui alguma experiência formal com música (estudo)? Qual (is)?
9. Quais as preferências sonoro musicais (canções e cantores preferidos):
10. Quais as recusas sonoro musicais:

Impressões do entrevistador:

Local: Data: Horário:

Assinatura do Entrevistador: _____

**APÊNDICE B – PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DA
CONJUGALIDADE APÓS O PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO.**

1. Como o(a) senhor(a) avalia, de forma geral, as **sessões de musicoterapia**?
(Ex.: as atividades, as canções, os encontros, etc.)
2. Como o(a) senhor(a) avalia **suas atribuições como cuidador** após as sessões de musicoterapia? (Ex.: cuidados diários, funções, atividades)
3. Como o(a) senhor(a) avalia a **sua condição de saúde** após as sessões de musicoterapia?
4. Como o(a) senhor(a) avalia a **qualidade de sua relação conjugal** após as sessões de musicoterapia?
5. Como o(a) senhor(a) avalia a **qualidade de suas relações familiares** após as sessões de musicoterapia?
6. Como o(a) senhor(a) avalia a **qualidade de suas relações de amizade** após as sessões de musicoterapia?
7. No geral, como o(a) senhor(a) se sentia após as sessões de musicoterapia?
(sentimentos, sensações, humor, mudanças, etc.).
8. O que o(a) senhor(a) mais gostou durante as sessões de musicoterapia?
9. Em uma frase, qual seria a sua experiência de todo este processo de musicoterapia?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar de uma pesquisa que tem o objetivo geral de verificar os efeitos do trabalho com Canções em Musicoterapia na dinâmica conjugal de casais nos quais um indivíduo é diagnosticado com demência no estágio inicial ou moderado. Você foi convidado(a) a participar deste estudo porque tem mais de 18 anos, é responsável pelos cuidados relacionados ao seu cônjuge que possui o provável/possível diagnóstico da doença de Alzheimer e estar cuidando há 6 meses ou mais dele ou dela em domicílio.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de um questionário e entrevista sem nenhum tipo de pagamento por parte dos pesquisadores ou das instituições a que pertencem. Os pesquisadores se comprometem a: estar disponíveis para responder perguntas, esclarecer dúvidas e assegurar a manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. Seu nome não será identificado. O preenchimento de todo o questionário e entrevista deve levar aproximadamente 20 minutos a ser respondido antes e após as intervenções musicoterapêuticas a serem realizadas uma vez por semana durante doze semanas. Participar desta pesquisa poderá envolver riscos mínimos de natureza psicológica, sendo que você poderá interromper ou se recusar a participar em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer penalidade ou prejuízo ao estudo. Para minimizar qualquer desconforto e manter sua privacidade, o questionário será anônimo e deverá ser respondido individualmente.

Possíveis benefícios oferecidos a partir da participação na pesquisa incluem: melhora dos níveis de satisfação conjugal e satisfação com a vida; melhora dos níveis de positividade; melhora do engajamento mútuo dos casais participantes. Se você aceitar participar, estará favorecendo um maior conhecimento e auxílio para a ciência e para o aperfeiçoamento de atendimentos a casos clínicos envolvendo a doença de Alzheimer. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados apenas por propósitos acadêmicos e científicos (ex.: congressos, artigos científicos).

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá obter informações com a professora Dra. Deusivania Falcão e o pós-graduando Mauro Anastacio pelos correios eletrônicos: deusivania@usp.br; mauroanastacio@gmail.com. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da USP-EACH. O presente documento será assinalado em duas vias, sendo que uma irá ficar com o participante e outra com o pesquisador responsável. Ao assinalar a opção “aceito participar”, a seguir, você atesta sua anuência com

esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como ela será realizada, conforme descrição aqui efetuada.

() Aceito participar

() Não aceito participar

Assinatura do pesquisador

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa e estou ciente que ficarei com uma cópia desse Termo.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do participante

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da EACH-USP

Av. Arlindo Bértio, 1.000 Ermelino Matarazzo - São Paulo-SP- CEP: 03828-000

Coordenação: Profa. Dra. Rosa Yuka Sato Chubaci

Responsável: Luís Fernando S. Moraes - Telefone: (11) 3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br

Atendimento: Segunda a Sexta-feira, das 10h às 12h e das 14h às 16h

Localização: Sala T14 - I1

Profa. Dra. Deusivania Vieira da Silva Falcão (USP)

E-mail: deusivania@usp.br (<http://lattes.cnpq.br/4009709433880119>)

ANEXO A - ANAMNESE ADULTO

Nome:.....Idade:.....

Data de Nascimento:___/___/_____

Queixa principal e duração:

HISTÓRIA PROGRESSIVA DA MOLÉSTIA ATUAL (HPMA)

SINTOMA(S) e SINAL(IS): Duração; Frequência; Período do dia; Fatores desencadeantes;

Fatores que pioram/melhoram; Exames já realizados; Medicamentos já utilizados e/ou em uso; Tratamentos já realizados.

Tratamentos Clínicos atuais? Quais?

Antecedentes clínicos ou patológicos dos familiares? Quais? O que?

Outros aspectos que queira ressaltar? Quais?

Ambiente familiar:

Doenças:

Outras características:

Dados atuais:

Participação na vida familiar:

Atividades preferidas:

Traços particulares de temperamento e de conduta:

Outras informações:

Impressões do entrevistador:

Responsável pela documentação:

Local: Data: Horário:

Assinatura do entrevistador: _____

ANEXO B – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Nome: _____

E-mail/telefone de contato: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade _____

Nacionalidade: _____

Nível de escolaridade _____ Quantos anos de estudo? _____

Qual é a renda familiar aproximada? _____

Como a senhora considera sua condição socioeconômica:

() Péssima () Mal () Nem boa, nem mal () Boa () Muito boa

Há quanto tempo são casados? _____

Por quanto tempo namoraram antes do casamento? _____

O(a) sr.(a) tem filhos(as)? () Sim () Não Se sim, quantos? _____

Possuem netos ou bisnetos? () Sim () Não Se sim, quantos? _____

O(a) senhor(a) tem alguma doença crônica? () Sim () Não

Se sim, qual (is)? _____

ANEXO C – DADOS SOBRE O IDOSO COM ALZHEIMER

Nome: _____ Data _____

de nascimento: ____/____/____ Idade _____

Nível de escolaridade _____ Quantos anos de estudo? _____

Há quanto tempo aproximadamente recebeu o provável/possível diagnóstico da doença? _____

O(a) considera que o seu esposo está em qual estágio da enfermidade?

() Inicial (caracteriza-se principalmente por formas leves de esquecimento; dificuldade de memorizar; descuido da aparência pessoal e no trabalho; perda discreta de autonomia para as AVDs; desorientação no tempo e espaço; perda de espontaneidade e iniciativa e alteração de personalidade e julgamento)

() Moderado (os sintomas mais comuns são: dificuldade de reconhecer pessoas; dificuldade de aprendizado; perambulação; incontinências urinária e fecal; comportamento inadequado, irritabilidade, hostilidade, agressividade; prejuízo no raciocínio; e dificuldade de orientação espacial)

() Avançado (nota-se características como perda de peso, mesmo com dieta adequada; total dependência; estrito ao leito; incapaz de realizar atividades da vida diária; irritabilidade extrema; funções cerebrais deterioradas; posição fetal)

O(a) seu(sua) esposo(a) tem outra(s) doença(s) crônica(s)? Sim () Não ()

Se sim, quais? _____

ANEXO D - REAÇÃO DIANTE DA DOENÇA DE ALZHEIMER E ATIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

1. Como o(a) senhor(a) reagiu ao receber a notícia do provável/possível diagnóstico da doença do(a) seu(sua) marido(esposa)?

2. Que atividades o(a) senhor(a) exerce em relação aos cuidados com o seu cônjuge?

☐ Controlar / Orientar ☐ Cuidar da higiene pessoal

☐ Cuidar da alimentação e da medicação ☐ Passear / Realizar caminhadas

☐ Levar ao médico ☐ Ajudar nas tarefas domésticas ☐ Conversar ☐ Dar carinho

☐ Ajudar financeiramente ☐ Dar apoio emocional ☐ Não desenvolve nenhuma atividade ☐

Outras

3. Quais foram/são os principais motivos que a(o) levaram a cuidar do seu cônjuge e a permanecer com ele(a) após a doença?

ANEXO E – SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DIANTE DA TAREFA DE CUIDAR

4. Como o(a) senhor(a) se sente cuidando do seu esposo?

() Muito mal () mal () mais ou menos () bem () muito bem

Por quê? _____

5. O(a) senhor(a) conta com a ajuda de alguém para lhe auxiliar na tarefa de cuidar do seu cônjuge? () Sim () Não

Se sim, com quem e com que frequência? _____

ANEXO F – PERCEPÇÃO, SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DA CONJUGALIDADE ANTES E APÓS A DOENÇA; SATISFAÇÃO COM AS RELAÇÕES FAMILIARES E DE AMIZADE

6. Como era seu relacionamento (ex.: o que costumavam fazer juntos; como eram divididas as responsabilidades domésticas e financeiras; comunicação entre o casal; conflitos, etc.) com seu cônjuge antes da doença de Alzheimer?

7. E como ficou o seu relacionamento após a descoberta do provável/possível diagnóstico de DA?

8. Como avalia a qualidade do seu relacionamento com seu esposo antes da DA?

☐ Muito ruim ☐ ruim ☐ regular ☐ boa ☐ muito boa

9. Como avalia atualmente a qualidade do seu relacionamento com seu esposo?

☐ Muito ruim ☐ ruim ☐ regular ☐ boa ☐ muito boa

10. Com relação ao seu nível de satisfação com seu casamento antes da doença, o senhor(a) se considerava:

☐ Muito insatisfeito(a) ☐ insatisfeito(a) ☐ nem insatisfeito(a) e nem satisfeito(a)

☐ satisfeito(a) ☐ muito satisfeito

11. Atualmente, como avalia seu nível de satisfação com seu casamento? O(a) senhor(a) se considera:

☐ Muito insatisfeito(a) ☐ insatisfeito(a) ☐ nem insatisfeito(a) e nem satisfeito(a)

☐ satisfeito(a) ☐ muito satisfeito

12. Em sua opinião, qual foi o maior impacto da Doença de Alzheimer na vida a dois?

13. Como você avalia a sua condição de saúde?

☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Regular ☐ Boa ☐ Muito boa

14. Você está satisfeito com suas relações familiares?

☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Mais ou menos satisfeito ☐ Satisfeito

☐ Muito satisfeito

15. Você está satisfeito com suas relações de amizade?

☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Mais ou menos satisfeito ☐ Satisfeito

☐ Muito satisfeito

ANEXO G PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP - ESCOLA DE ARTES,
CIÊNCIAS E HUMANIDADES
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Musicoterapia na satisfação conjugal de casais nos quais um indivíduo é diagnosticado com demência: Um estudo de casos múltiplos

Pesquisador: MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81491517.0.0000.5390

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.458.647

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva e exploratória em formato de estudo de casos múltiplos. No método de estudo de caso é característico que o pesquisador não tenha total controle sobre o fenômeno, portanto se debruça sobre o fenômeno para fins de análise. Destaca que, em geral, os cuidados para o idoso com demência são oferecidos pelos cônjuges, e este pode carregar um fardo significativo, comprometendo a qualidade da relação. Deste modo, verificará se o Trabalho com Canções em Musicoterapia oferece benefícios na satisfação conjugal de quatro casais nos quais um indivíduo é diagnosticado com Doença de Alzheimer em fase inicial ou moderada. O trabalho será realizado no modelo de "Estudo de casos múltiplos" por se tratar de um tema pouco explorado, possibilitando um acompanhamento mais detalhado do processo. Inicialmente serão aplicadas a Anamnese e a Ficha Musicoterapêutica para coletar as informações iniciais. Serão oferecidas 12 sessões de musicoterapia. Antes e ao fim das 12 sessões serão realizadas entrevistas abertas com roteiro semiestruturado e o conteúdo das entrevistas será interpretado por meio da análise de conteúdo de Bardin. Serão avaliadas, dentro da perspectiva do cuidador, a satisfação global com a vida, a satisfação geral com as relações familiares, a positividade e a qualidade do relacionamento com o receptor de cuidados antes e após a doença.

Endereço: Av. Arlindo Bétio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

CEP: 03.828-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br

USP - ESCOLA DE ARTES,
CIÊNCIAS E HUMANIDADES
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.458.647

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os efeitos do trabalho com Canções em Musicoterapia na dinâmica conjugal de casais nos quais um indivíduo é diagnosticado com demência no estágio inicial ou moderado.

Objetivo Secundário:

Avaliar, na perspectiva dos cônjuges cuidadores de idosos com a doença de Alzheimer: a satisfação conjugal, a satisfação com as relações familiares e de amizade; as mudanças ocorridas na dinâmica da relação antes e após o diagnóstico da demência; os níveis indicadores de positividade e satisfação com a vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O pesquisador menciona que a participação nesta pesquisa poderá oferecer riscos mínimos de natureza psicológica aos participantes, sendo que estes poderão interromper ou se recusar a participar em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer penalidade ou prejuízo ao estudo.

Benefícios:

Possíveis benefícios oferecidos a partir da participação na pesquisa incluem: melhora dos níveis de satisfação conjugal e satisfação com a vida; melhora dos níveis de positividade; melhora do engajamento mútuo dos casais participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante envolvendo o tema Alzheimer e o efeito que a musicoterapia terá sobre os participantes. O pesquisador fará intervenção com música com os participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados, inclusive o TCLE adequado e a carta que utilizará para coletar os dados.

Recomendações:

Atenção ao número de participantes da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer favorável à aprovação.

Endereço: Av. Arlindo Bétio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 03.828-000

Telefone: (11)3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br

USP - ESCOLA DE ARTES,
CIÊNCIAS E HUMANIDADES
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.458.647

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1026199.pdf	12/12/2017 23:54:04		Aceito
Outros	autorizacaocoleta.docx	12/12/2017 23:48:59	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO	Aceito
Outros	formulariodeenviadedocumento.pdf	12/12/2017 23:47:07	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO	Aceito
Outros	cartadeapresentacaodoprotocolo.pdf	12/12/2017 23:45:14	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO	Aceito
Outros	instrumentos.docx	22/11/2017 01:11:28	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	22/11/2017 01:10:04	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22/11/2017 01:09:22	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/11/2017 01:09:10	MAURO PEREIRA AMOROSO ANASTACIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 31 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Rosa Yuka Sato Chubaci
(Coordenador)

Endereço: Av. Arlindo Bétio, nº 1000

Bairro: Ermelino Matarazzo

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 03.828-000

Telefone: (11)3091-1046

E-mail: cep-each@usp.br