

O PAPEL DA MUSICOTERAPIA EM PACIENTES COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

Thiago Moreth da Silva Barbosa; Lucas de Moura Brito; Rebeca Lopes Farias Brasil; Lucas Figueiredo Esmeraldo; Ezymar Gomes Cayana.

Universidade Federal de Campina Grande, thiago-moreth@hotmail.com; Universidade Federal de Campina Grande, (lmbrito8@gmail.com); Universidade Federal de Campina Grande, (reblfb@gmail.com); Universidade Federal de Campina Grande, (lfesmeraldo@gmail.com); Universidade Federal de Campina Grande, (egcayana@gmail.com).

Resumo: A doença de Alzheimer tem um caráter cerebral degenerativo que ocorre comumente na meia-idade ou em idades avançadas. É a forma mais comum de demência em idosos. Em vista da importância dos efeitos terapêuticos da musicoterapia na patologia. Este trabalho se propõe a realizar uma revisão bibliográfica do papel da musicoterapia em pacientes acometidos pelo Alzheimer. Os descritores utilizados para a busca de artigos foram *Alzheimer, música e terapia*. A pesquisa foi feita a partir das bases de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram gerados vinte e dois resultados, dos quais cinco estudos foram selecionados. Observou-se pelos dados coletados que os estudos atestam incremento da autoconsciência, da cognição e da qualidade de vida nesses pacientes, após realização da musicoterapia. Por ser uma área recente e pouco conhecida até então, a musicoterapia, devido aos efeitos já comprovadamente benéficos, pesquisados e testados, tende a se popularizar, uma vez que poderá ser utilizado complementar ao tratamento. Faz-se necessário, entretanto, a realização de mais estudos e pesquisas de campo sobre o assunto.

Palavras-chave: Alzheimer, musicoterapia, idosos.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer tem um caráter cerebral degenerativo que ocorre geralmente na meia-idade ou em idades avançadas. É a forma mais comum de demência em idosos. Quando a manifestação da patologia se dá após os 65 anos, temos a

forma senil, sendo a forma pré-senil quando ocorre até essa idade. Ela atinge, de acordo com dados de 2010, entre 17 e 25 milhões de pessoas ao redor do mundo, havendo uma incidência de 1,5% dos 60 aos 65 anos, e de 45% após os 95 anos (ALBUQUERQUE, 2012; PORTO, 2014; SNELL, 2013).

Embora a causalidade exata da doença seja desconhecida, sabe-se que há envolvimento de genes anormais, como o alelo E4 da apolipoproteína E, e as pré-senilinas I e II (cromossomos 19, 14 e 1, respectivamente). (PORTO, 2014; SNELL, 2013).

Os sinais encontrados incluem: perda progressiva e precoce da memória e do raciocínio abstrato, deterioração da fala e do cálculo, inquietude, desintegração da personalidade (reações depressivas, surtos psicóticos) e desorientação completa. Inicialmente, costuma haver amnésia anterógrada grave e a evolução pode durar de 8 a 10 anos, resultando em perda da memória remota (MACHADO, 2006; PORTO, 2014; SNELL, 2013).

O quadro clínico pode avançar para crises convulsivas, mudez e incontinência esfinteriana. Em 60% dos casos, há sinais extrapiramidais (hipomímia, tremores nas mãos, perda do balanço dos braços). Devido à confinamento ao leito, os afetados podem morrer por outras doenças (infecções urinárias e broncopulmonares, por exemplo) (PORTO, 2014; SNELL, 2013).

Os locais inicialmente alterados são hipocampo, córtex entorrinal e áreas associadas ao córtex cerebral. Dentre as alterações encontradas a posteriori, há as placas senis (acúmulos proteicos em torno de

depósitos de beta-amiloide), no centro das quais há porções extracelulares de tecido nervoso em degeneração; ao redor, há processos neuronais anormais, com terminações pré-sinápticas e excesso de neurofibrilas intracelulares emaranhadas (agregados da proteína microtubular tau, hiperfosforilada). Nas áreas do córtex em que há placas senis, existe uma perda sensível da enzima biossintética da acetilcolina, a colina-acetiltransferase (SNELL, 2013).

O diagnóstico definitivo é via necropsia ou biópsia cerebral, todavia, na prática, é realizado anamnese e exames psiquiátricos e neurológicos ao longo do tempo. Pode-se ainda verificar os níveis de tau (aumentados) e de peptídeo beta-A-42 (diminuídos) no líquido cefalorraquidiano, bem como usar TC ou RM. Há ainda os seguintes exames complementares: EEG; PET e SPECT (PORTO, 2014; SNELL, 2013).

Grande parte do déficit de acetilcolina no Alzheimer é proveniente da degeneração do núcleo basal de Meynert, de forma que ocorre perda de fibras colinérgicas que modulam a atividade dos neurônios do sistema límbico e do neocórtex relacionados à memória. O tratamento vigente se dá principalmente através de inibidores da colinesterase, para aumentar os níveis de acetilcolina (MACHADO, 2006; SNELL, 2013).

A busca por melhoria da qualidade de vida, e não só por cura de enfermidades, estimula a humanidade a pesquisar novas formas de terapia. Dentre eles, encontra-se a musicoterapia, que tanto atua na prevenção, tratamento e cura de doenças. Essa concepção é presente desde a história Antiga. Destarte, essa ideia terapêutica vem sendo utilizada para melhorar a qualidade de vida dos idosos atingidos pelo Alzheimer. O processo deve ser acompanhado por um musicoterapeuta, que possa avaliar os impactos que o tratamento cause no paciente (SILVA, 2014).

Por meio do ritmo e do som, a música age sobre o sistema motor e sensorial enquanto, através da melodia, componente básica da música, é atingida a afetividade. Por essa razão, compreende-se o instrumento da musicoterapia como um processo construído por componentes distintos que se inter-relacionam e modificam o estado do indivíduo. Associado a este componente musical considera-se que alguns padrões rítmicos da música têm a capacidade de arrebatá-los com seu impulso, e elevam-nos a um novo nível de consciência sensorial, que é distinto e que pode causar uma experiência extra temporal durante os momentos de execução da prática musicoterápica, o que possibilita grandemente ao indivíduo em musicoterapia, um maior conforto pela abstração conseguida (OLIVEIRA, 2014).

Segundo Rolando Benezon, psicanalista, psiquiatra e músico argentino, pioneiro da musicoterapia no Brasil, essa técnica tem o objetivo de “estabelecer novos canais de comunicação através do contexto não verbal (sonoro-musical)” nos pacientes portadores de Alzheimer. Benezon afirma que “a partir do momento da concepção o ser humano é rodeado por um conjunto infinito de energias sonoras como vibrações, movimentos, sons e músicas que, atrelados às emoções, sensações, experiências de vida e vivências relacionais, delineiam esta identidade”. É a partir disso que a música é usada para resgatar a afetividade e emoções, por meio de comunicação não verbal e baseada em analogias. A prática clínica se baseia nos componentes que constituem a identidade sonora universal (está no inconsciente e “abrange sons e ritmos produzidos pelos batimentos cardíacos, pela inspiração e expiração, os sons da natureza, como o vento”), gestáltico (também presente no inconsciente, “elementos particulares do período da gestação, como sons do corpo da mãe, sons que chegam pelo líquido amniótico e sons presentes no inconsciente da mãe”), familiar e cultural (está no pré-consciente, canções, melodias e “movimentos que caracterizam o meio sociocultural onde vive ou viveu o indivíduo”). Por essas estruturas serem as primeiras a formar a memória não

verbal do indivíduo, elas se apresentam até mesmo em casos avançados do Alzheimer (PASSARINI, 2009).

Ao contrário da linguagem, a realização e escuta da música envolve ambos os hemisférios. A musicoterapia tem sido eficiente no cuidado geriátrico, ao diminuir a prescrição de tranquilizantes, hipnóticos e ao ajudar na reabilitação. Estudos ressaltam que a música reduz o nível de catecolaminas no sistema nervoso central, baixando a pressão sobre a parede dos vasos, permitindo, assim, reprodução de imagens mentais, estimulando o sistema límbico e facilitando a liberação de neuroquímicos (serotonina, endorfina, encefalinas), opioides endógenos naturais (ALDRIDGE, 1993; ALBUQUERQUE, 2012).

Em vista da importância dos efeitos terapêuticos da musicoterapia, fica clara a relevância de uma revisão e compactação dos dados obtidos em diferentes estudos realizados até então. Destarte, esse trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica acerca das aplicações do tratamento e seus benefícios aos pacientes acometidos pelo Alzheimer.

2. METODOLOGIA

Os descritores utilizados para a busca de artigos foram *Alzheimer, música e terapia*.

A pesquisa foi feita a partir das bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram gerados vinte e dois resultados. Filtramos esse resultado por artigos com texto completo disponível, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2011 e 2016. Foram selecionados cinco estudos, que trouxeram informações complementadas com pesquisas de campo, envolvendo amostra de pacientes com Alzheimer e os efeitos nesses da musicoterapia.

3. RESULTADOS

O estudo de Gil et al. foi realizado entre 2009 e 2011, na Clínica de Memória de Salamanca, na Espanha. Foram recrutados 73 portadores da doença de Alzheimer, dos quais 57 aceitaram participar do programa, mas 17 desses não tiveram frequência superior a 75%, sendo então excluídos do processo. A pesquisa demonstrou os efeitos da musicoterapia na autoconsciência dos 40 pacientes restantes (GIL, 2013).

Vinte deles receberam simulação de músicas familiares, enquanto a outra metade recebeu de músicas desconhecidas. O primeiro grupo era composto por 18 mulheres

e dois homens, com uma faixa de idade na média de 74,38 anos. O segundo grupo era composto por 19 mulheres e um homem, com uma faixa de idade na média de 75,15 anos (GIL, 2013).

Um questionário era aplicado antes e depois das intervenções musicais. Abordava a identidade pessoal (questões 1, 5, 6 e 7), conhecimento de distúrbios cognitivos (2, 3 e 4), estado afetivo (questão 8), representação corporal (questões 9 e 10), memória prospectiva (questão 11), capacidade de introspecção (questão 12), e julgamentos morais (questões 13 e 14) (GIL, 2013).

Foram essas as questões aplicadas: 1 – Qual o seu nome e sobrenome? 2 – Por que você veio me ver? 3 – Você possui algum problema de saúde que o impede de ter uma vida normal? 4 – Você tem algum problema com a sua memória? 5 – Você tem um trabalho? Se sim, qual é? 6 – Qual o primeiro nome do seu parceiro ou parceira? 7 – Qual o primeiro nome da sua mãe? 8 – Você se sente feliz ou infeliz? Por quê? 9- Você diria que é bastante justo ou é um cabeludo escuro? 10 – Você está agora de pé, sentado ou deitado? 11 – O que você planeja fazer em breve ou amanhã? 12 – Se você tivesse que viver a sua vida de novo, há algo que gostaria de mudar? Se sim, o quê? 13 – É algo bom ou ruim mentir? Por quê? 14 – É algo bom ou ruim dar alguma comida ou algum dinheiro para

alguém que está morrendo de fome? (GIL, 2013).

Foram três meses de pesquisa, havendo avaliações individuais três vezes por semana. Cada simulação musical durava entre dois e quatro minutos, usando-se fones de ouvido, numa média variando entre 65 a 85 dB (GIL, 2013).

Ao final de três meses, o primeiro grupo mostrou melhora e estabilização dos aspectos da autoconsciência, enquanto o outro grupo apresentou situação adversa, com única exceção da capacidade de representação corporal. A terapia a partir da música possibilitou nos indivíduos do grupo experimental melhora considerável em: identidade pessoal (aumento no escore em cerca de 13%); estado afetivo (aumento em cerca de 16,25%); julgamentos morais (aumento de cerca de 44,4%); e representação corporal (aumento de cerca de 4,7%) (GIL, 2013).

Esses pacientes do primeiro grupo submetidos ao experimento apresentaram ainda incremento na memória semântica e autobiográfica, na habilidade da linguagem e funções cognitivas, bem como diminuição de ansiedade, depressão, apatia e da agitação (GIL, 2013).

O estudo de Albuquerque et al. foi realizado no período de maio a julho de 2010, na Instituição de Longa Permanência de

Idosos de Maceió, Alagoas. Foram identificados 12 idosos com diagnóstico de Alzheimer, mas apenas cinco foram incluídos na pesquisa, por atenderem aos critérios: ser residente na instituição, aceitar colaborar com o estudo e ter audição e funções cognitivas e expressivas preservadas (ALBUQUERQUE, 2012).

Entrevistas foram realizadas em dois momentos: primeiro, antes da realização das sessões de música, com a finalidade de conhecer aspectos pessoais, como preferência musical, para produção do CD personalizado, composto por cinco músicas; depois, as entrevistas ocorreram após realização das sessões de músicas, com aprofundamento das perguntas realizadas, abrangendo-se também questões acerca da história de vida do paciente (ALBUQUERQUE, 2012).

Foram realizadas cinco sessões de músicas de caráter individual, cuja duração variou de 20 a 45 minutos aproximadamente. O ambiente escolhido foi o auditório da Instituição (ALBUQUERQUE, 2012).

Nos dias de sessões o contato com o idoso era subdividido da seguinte maneira: Inicialmente ele era visitado em seu quarto. Havia um primeiro diálogo com as pesquisadoras, onde era feito o convite para sua participação na sessão de música. Em seguida, era conduzido de seu quarto até o auditório. Devidamente acomodado, era

indagado sobre como se sentia naquele dia e então era colocado o CD personalizado, sendo registrada cada reação apresentada durante a execução das músicas. Posteriormente, era observado o estado geral e o paciente relatava como se sentia. Por fim, o mesmo era conduzido de volta ao seu quarto (ALBUQUERQUE, 2012).

Os efeitos da música foram observados nos seguintes eixos temáticos: resgate de memórias de experiências vividas (os pacientes foram capazes de reconstruir algumas histórias grupais e individuais); sensações evocadas pelo tratamento (redução da ansiedade, estresse e da angústia, relaxamento, conforto, distração); manifestações corporais (foram detectadas expressões faciais de serenidade e tranquilidade, principalmente, e também sorrisos, após as sessões de música, bem como diminuição de distúrbios do sono); controle da dor (diminuição do processo algico, em decorrência do redimensionamento da atenção, ao evocar imagens mentais prazerosas) (ALBUQUERQUE, 2012).

O estudo de Samson et al., realizado entre 2012 e 2014, reúne os resultados de dois estudos clínicos randomizados para avaliar efeitos a curto e longo prazo da intervenção musical no estado emocional e no comportamento de pacientes com demência (entre elas, a doença de Alzheimer),

observando a superioridade desse tipo de tratamento em relação a outros não-farmacológicos. A atividade para comparação escolhida foi a culinária (SAMSON, 2014).

No estudo 1, todos os participantes foram diagnosticados com doença de Alzheimer ou uma demência mista de acordo com o DSM-4, e estavam em estágio moderado ou severo da doença. Os pacientes foram randomizados entre os grupos de intervenção (sete em cada grupo) e exerciam as atividades duas vezes por semana, durante duas horas, por um mês, totalizando dezesseis horas de intervenção. Eles alternavam entre atividades receptivas (escutar música e provar receitas) e produtivas (cantar e preparar uma receita). Os pacientes foram avaliados antes, durante e depois do experimento (SAMSON, 2014).

Foi observado que a música teve efeitos positivos a curto prazo nas três variáveis emocionais analisadas (expressões faciais, humor, e conteúdo de seus discursos) e a longo prazo em duas variáveis (humor e discurso violento). Já a prática culinária não obteve resultados significantes no estado emocional, a não ser uma melhora a longo prazo no humor. Assim, foi sugerido que a música é mais eficaz do que a culinária em promover alterações positivas no estado emocional nesses pacientes (SAMSON, 2014).

Porém, vieses foram observados devido à falta de rigor metodológico, como baixo número de participantes e o fato de que o entrevistador para a coleta de dados tinha com os pacientes uma familiarização. Houve então a necessidade de montar um segundo estudo, para corrigir tais erros (SAMSON, 2014).

O estudo 2 é semelhante ao primeiro, mas usa 48 pacientes no total e analisa também as funções cognitivas, comportamentais e funcionais como variáveis, além das emocionais. As horas totais das intervenções tiveram de ser reduzidas para oito horas. A culinária tornou-se mais atrativa em comparação ao primeiro estudo, devido à adaptação das atividades aos pacientes, e houve balanceamento da proporção das atividades ativas e passivas nos dois tipos de intervenção. O estudo foi totalmente cego, com o uso de um profissional cego aos pacientes para a coleta de dados a fim de evitar o principal viés do estudo anterior (SAMSON, 2014).

Como resultados, notou-se que a melhora a curto e a longo prazo apontada pela intervenção musical no estudo 1 foi consideravelmente reduzida. Enquanto no primeiro estudo ela era muito melhor do que a atividade culinária em produzir efeitos positivos, no segundo estudo esses benefícios são equiparáveis nas duas intervenções.

Considerando as novas variáveis, tanto a música quanto a culinária reduziram as desordens de comportamento e consequentemente reduziram o estresse dos cuidadores (SAMSON, 2014).

O estudo de García et al. foi realizado em Salamanca, na Espanha, no National Reference Center of Alzheimer Disease. Não foram informados os anos em que os dados foram coletados. Participaram do estudo 25 pacientes, com mais de 60 anos, sem histórico de abuso de álcool ou drogas e sem sintomas de depressão. A pesquisa demonstrou os efeitos e a relação de diferentes categorias de música, assim como a ausência de som, na memória autobiográfica remota (de 0 a 20 anos), intermediária (de 20 a 50 anos) e recente (mais de 50 anos) (GARCÍA, 2011).

Foram utilizadas as seguintes músicas: “Summer” de Vivaldi (catalogada como feliz); “Versa est in Luctum” de Alonso lobo (catalogada como triste); gravação de uma cafeteria (catalogada como “coffe shop”); “Kang Time” de Eric C.W. Pee (catalogada como “new music”). Essas quatro categorias de músicas, mais a ausência de som, foram divididas em cinco sessões de 30 minutos (GARCÍA, 2011).

Todos os 25 pacientes participaram das sessões e, ao final de cada uma, foi respondido um questionário individual de 28 questões sobre a biografia do participante.

Essas questões foram agrupadas em três grupos de acordo com o tipo de memória (remota, intermediária e recente). As questões tinham o valor máximo de 1 ponto, com exceção da data de nascimento, que valia 3 pontos (dia, mês e ano). Respostas completamente certas valiam 1 ponto; respostas parcialmente certas valiam 0,5 ponto; respostas completamente erradas ou sem respostas não eram pontuadas (GARCÍA, 2011).

O desempenho geral foi melhor sob a influência de estímulos musicais (média de 67% da pontuação máxima) comparando com a ausência de som (63%). As músicas com aspecto emocional tiveram melhor desempenho dentre as categorias de música (69%), com um maior destaque para as músicas tristes (70%). Para memória remota, os melhores resultados também foram de músicas com aspectos emocionais (71%), se comparadas às músicas com aspectos não emocionais (66%). Os resultados das memórias intermediárias e recentes tiveram uma diferença pouco significativa, mas ainda assim os resultados das músicas tristes foram superiores às demais categorias (GARCÍA, 2011).

O estudo de Lancioni et al. compara uma estimulação musical ativa (permite aos pacientes exercitarem respostas adaptativas contra sua condição deteriorada) versus uma

estimulação musical passiva. O estudo envolveu seis pacientes, entre 76 e 89 anos de idade, todos diagnosticados com estágio severo da doença de Alzheimer. Afirmou-se que os pacientes eram geralmente passivos, recebendo vários tipos de medicamentos, incluindo antipsicóticos, antiepilépticos e antidepressivos. Viviam em um centro residencial e eram visitados por seus familiares regularmente, os quais autorizaram a participação dos idosos no estudo (aprovado pelo comitê de ética) (LANCIONI, 2013).

O local de realização foi a sala do centro residencial em que cada paciente vivia. As sessões envolviam estimulação musical (avaliando participação positiva, como cantar e/ou movimentar mãos, pés ou corpo de acordo com a música; comentários verbais positivos e sorrisos; respostas/ativação de um microinterruptor das músicas, controlado pelos pacientes; lembrete sonoro computadorizado para continuação da música) ou estimulação sem música, com duração de 5 minutos para dois pacientes e de 10 minutos para os outros quatro, por sugestão de quem trabalhava no centro residencial. Cerca de 10 músicas foram escolhidas para cada paciente, recomendadas previamente por seus familiares, sendo realizadas de 3 a 7 sessões/dia, entre sessões ativas e passivas. As consequências das sessões eram feitas pelos cuidadores e membros dos centros

residenciais, por meio de respostas a um questionário previamente elaborado (LANCIONI, 2013).

O questionário consistia em 6 questões subjetivas: 1 – Você acha que o paciente está confortável (feliz/sereno) nesta situação? 2 – Você acha que o paciente está ativamente envolvido (e orientado) nesta situação? 3 – Você acha que esta situação respeita a dignidade e a independência do paciente? 4 – Você acha que esta situação se encaixa em um programa encarregado de promover engajamento positivo e conforto? 5 – Você acha que esta situação pode ser implantada no contexto da vida cotidiana? 6 – Você pessoalmente apoia (acha interessante) esta situação? (LANCIONI, 2013).

4. DISCUSSÃO

O estudo de Gil et al. mostra que o primeiro grupo realmente apresentou incremento da autoconsciência (identidade pessoal, estado afetivo, julgamentos morais, e representação corporal), da cognição e da qualidade de vida, como elucidado anteriormente, enquanto o outro grupo não alcançou resultados positivos significativos. Esses resultados são reforçados pelo estudo de Albuquerque et al. (ALBUQUERQUE, 2012; GIL, 2013).

Com o estudo de Samson et al. foi possível concluir que intervenções não-farmacológicas, como a música e a culinária, oferecidas duas vezes por semana durante um mês para pacientes doentes com declínio cognitivo severo podem resultar em melhoras emocionais e comportamentais e em menor estresse dos cuidadores desses. Foi esclarecido também que estudos envolvendo manipulações comportamentais requerem mais restrições, as quais poderiam não ser necessárias ou não tão importantes em estudos com fármacos, como manter um cegamento durante toda a avaliação comportamental dos pacientes. Estudos mais bem formulados são necessários para estabelecer a eficácia das intervenções musicais nas circunstâncias clínicas e para generalizar as recentes publicações sobre o assunto (SAMSON, 2014).

Com base nos dados do estudo de García et al., foi observado que o estímulo musical foi suficiente para uma melhora significativa da memória autobiográfica dos pacientes com Alzheimer, assim como os níveis de atenção dos mesmos. Contudo, o maior destaque é a influência significativa do fator emocional na capacidade de evocar lembranças, principalmente remotas, mostrando que esse tipo de memória é mais sensível às músicas com capacidade de induzir emoções. A justificativa do melhor

resultado da categoria triste em relação à categoria feliz não foi conclusiva, mas se acredita que seja pelo fato de que as músicas tristes atuam mais especificamente na memória, enquanto as músicas felizes atuam aumentando o nível de atenção, o que não é tão importante para memórias mais remotas. O estudo também aponta para a necessidade de continuar a investigar quais são os parâmetros importantes da musicoterapia e seus efeitos na reabilitação de pacientes com Alzheimer (GARCÍA, 2011).

Os resultados do estudo de Lancioni et al. confirmaram que o uso de estimulação musical pode ser favorável em elevar os índices de participação positiva dos pacientes em estágio severo ou pouco moderado de doença de Alzheimer. Os efeitos da participação positiva estimulada de forma ativa (autorregulada) tendem a ser melhores ou similares aos que são estimulados de forma passiva. Além disso, os cuidadores e membros dos centros residenciais concordaram plenamente que a forma ativa de estimulação é melhor em vários aspectos (dignidade e independência do paciente, praticidade). A abordagem desse estudo envolve uma aproximação entre o paciente com Alzheimer e a situação, e o dispositivo utilizado pode ser considerado útil em aumentar a percepção/orientação da realidade (LANCIONI, 2013).

5. CONCLUSÕES

Diante da pesquisa realizada foi visto que o Alzheimer é uma patologia com incidência relevante no mundo contemporâneo. Visto que a sociedade em geral tem sofrido um incremento na qualidade de vida, a quantidade de idosos com a mesma tem aumentado, em concomitância, conseqüentemente, com a porcentagem de indivíduos que são susceptíveis a essa condição, pois se trata da faixa de idade mais exposta ao risco.

Por ser uma patologia que afeta áreas afetivas e motoras, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (como a estimulação sensorial e motora, por exemplo) vêm sendo buscados para a melhoria das condições dos idosos que vivem essa situação. Entre essas medidas, está a musicoterapia, que, constatada por pesquisas direcionadas pelo grupo em questão, apresenta benefícios relevantes e se mostra uma alternativa promissora para aqueles que apresentam a doença.

Por ser uma área recente e pouco conhecida até então, a musicoterapia, devido aos efeitos já comprovadamente benéficos, pesquisados e testados, tende a se popularizar, pois a memória musical permanece relativamente em portadores da doença.

Assim, esse método irá contribuir ainda mais para a saúde dos idosos, uma vez que poderá ser utilizado como tratamento complementar, indolor e eficaz ao uso de fármacos.

Faz-se necessário, entretanto, a realização de mais estudos e pesquisas de campo, a fim de atestar a real interferência dessa terapia na melhoria da qualidade de vida do paciente com Alzheimer.

6. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. C. S; et al. **Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência.** *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a21.htm>. Acesso em: 01 set. 2015.
- ALDRIDGE, D. **Music and Alzheimer's disease – assessment and therapy: discussion paper.** *J R Soc Med.*, fev. 1993. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1293858/?page=1>>. Acesso em: 01 set. 2015. Acesso em: 01 set. 2015.
- GARCÍA, J. J. M.; et al. **Improvement of autobiographic memory recovery by means of sad music in Alzheimer's Disease type dementia.** *Aging Clin Exp Res*, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.academia.edu/23027048/Improvement_of_autobiographic_memory_recovery_by_means_of_sad_music_in_Alzheimers_Disease_type_dementia> Acesso em: 24 abr. 2016.
- GIL, R; et al. **Familiar Music as an Enhancer of Self-Consciousness in Patients with Alzheimer's Disease.** *Biomed Res. Int.*, 2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784147/?tool=pubmed>>. Acesso em: 01 set. 2015.

LANCIONI, G.E.; et al. **Assessing the impact and social perception of self-regulated music stimulation with patients with Alzheimer's disease.** Res. Dev. Disabil. 2013 Jan;34(1):139-46. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22944256>>. Acesso em 22 abril 2015.

MACHADO, Angelo. *Neuroanatomia funcional*. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006;

PASSARINI, L. B. F. **Musicoterapia como tratamento complementar no mal de Alzheimer.** *Centro de Musicoterapia Benenzon Brasil*, São Paulo, 2009. Disponível em:

<http://www.centrobenenzon.com.br/cmbb/pdf/mal_de_alzheimer.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014;

SAMSON, S.; et al. **Efficacy of musical interventions in dementia: methodological requirements os nonpharmacological trials.** *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, v. 1337, p. 249-255, 2015. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25773641>>. Acesso em: 21 abril 2015.

SILVA, C. B; SOUZA, E. M. **A demência de Alzheimer e suas terapêuticas não farmacológicas: um estudo sobre as estratégias e intervenções em reabilitação neuropsicológica.** *Caderno Discente*, v. 1, n. 1, 2014. Disponível em:

<<http://humanae.esuda.com.br/index.php/Disc ente/article/view/157/86>>. Acesso em 31 ago. 2015.

SNELL, R. *Neuroanatomia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.