



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO E INTERVENÇÃO GERONTOLÓGICA

Benefícios da metodologia SOUND no bem-estar em pessoas com 65+ anos

Ana Maria Cerqueira Viana



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Maria Cerqueira Viana

Envelhecimento e Intervenção Gerontológica: Benefícios da metodologia SOUND no bem-estar em pessoas com 65+ anos

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob orientação do(a)

Prof. Doutora Maria João Tinoco da Costa Azevedo

Professora Doutora Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos

Setembro 2025

AGRADECIMENTOS

Esta foi, seguramente, uma das etapas mais desafiantes do meu percurso académico. E, como tal, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para que esta dissertação se concretizasse.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria João Azevedo agradeço todo o carinho, paciência, cuidado e palavras de incentivo.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Alice Bastos pela disponibilidade, partilha de conhecimento, dedicação e atenção.

A todo o corpo docente do mestrado, agradeço as palavras calorosas e a generosidade.

Aos meus pais, por estarem sempre por perto. Por continuarem a acompanhar-me e a apoiar-me em todas as minhas decisões. Por serem bons pais. Por serem colo. Por serem exemplo. Pelos bons conselhos. Por serem meus.

Ao meu irmão, por ser proximidade e abraço. Por me ajudar em tudo o que eu preciso. Por me ter proporcionado a bênção de ser chamada tia/ madrinha.

Ao meu namorado, por todo o amor, compreensão e motivação. Por ser porto seguro e por nunca me largar a mão. Por ser união, harmonia e gargalhada. Por caminhar ao meu lado e me fazer feliz.

À minha amiga e parceira desta jornada académica, Vitória Costa. Pelas noites mal dormidas para acabar trabalhos. Pelos desabafos e risos. Pelos cafés sem motivo e pelas conversas sem nexos. Por se tornar a minha mana do coração.

Aos meus avós, Joaquim, Emília e José que despoletaram em mim este bichinho de seguir pelo caminho da Gerontologia. Mesmo distantes, estarão sempre comigo. Porque a vida uniu o que a morte não pode separar.

À minha avó Maria, pelo exemplo de vitalidade e pela alegria da família reunida.

Às instituições e a todas as pessoas que se disponibilizaram a participar neste estudo.

E a esta instituição, Escola Superior de Educação, um agradecimento pela forma calorosa como me recebeu e por todo o acompanhamento durante este percurso tão enriquecedor.

A TODOS, O MEU MUITO OBRIGADA!

RESUMO

CONTEXTO. O envelhecimento da população tem vindo a aumentar à escala global, colocando novos desafios à sociedade (World Health Organization [WHO], 2015). Numa revisão recente, Estebansari et al. (2020) concluíram que a definição de envelhecimento bem-sucedido lida, entre outros, com cognição, perceção, controlo, satisfação com a vida/bem-estar. Associado ao bem-estar, podem situar-se alguns trabalhos inovadores no domínio da música. Segundo McDonald (2013), a relação entre a participação nas artes e a saúde é um tema que tem suscitado a atenção de investigadores e profissionais, motivados pelo desejo de investigar intervenções inovadoras, não-invasivas e viáveis. Um dos principais motores desta nova linha de ação é o crescimento da investigação em contextos de cuidados de saúde. O autor apresenta vários tipos de projetos de investigação centrados na exploração do processo e dos resultados das intervenções musicais, bem como um novo modelo conceitual para música, saúde e bem-estar. Lin et al. (2023) apresentaram uma revisão sistemática e meta-análise com o objetivo de analisar a eficácia das terapias com base na música na cognição, qualidade de vida (QV) e sintomas neuropsiquiátricos de pessoas com demência. Concluíram que, em comparação com terapias não musicais, as terapias com base na música: (a) melhoraram a cognição dos pacientes em 15 dos 22 ensaios; (b) melhoraram significativamente a qualidade de vida dos pacientes em 11 testes; e (c) melhoraram significativamente os sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes em 6 ensaios. Também Caldini et al. (2019) propuseram uma dinâmica de Atividades em Círculo a um grupo de pessoas a frequentar um Centro de Dia de Alzheimer. Para os autores, a dinâmica mostrou-se muito positiva e apreciada, tanto pelos participantes como pelos familiares que participaram em seis encontros. Na mesma linha, Santini et al. (2025) realizaram um estudo piloto, intitulado SOUND, junto de pessoas mais velhas com défice cognitivo/demência em Itália, Roménia e Portugal. Concluíram que a intervenção apresentou efeitos positivos ao nível do bem-estar e da cognição nos três Países, na ansiedade e depressão em dois dos três Países. Assim, as relações entre as atividades musicais e o bem-estar sugerem novas pistas para a intervenção gerontológica.

OBJETIVO DO ESTUDO. Analisar os benefícios no bem-estar de uma intervenção com base na música em pessoas mais velhas, recorrendo à metodologia SOUND.

MÉTODO. *Plano de Investigação e Participantes.* Estudo com um design experimental de grupo único, com pré e pós-teste. A amostra é constituída por 26 participantes com 65 + anos. A intervenção SOUND implementada é constituída por 12 sessões, distribuídas ao longo de 6 semanas, com 2 sessões por semana, com atividades com base na música, utilizando a metodologia de *circleactivities*. *Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados.* A recolha de dados foi realizada na semana anterior à implementação da intervenção (pré-teste) e na semana posterior à última sessão (pós-teste). O protocolo de avaliação foi constituído por: (i). Questionário sócio-demográfico elaborado para o efeito; (ii). Assessment of individualized (personal) music preference 2nd Ed. (Gerdner, Hartsock & Buckwalter, 2000, revisto em 2020; tradução Portuguesa de Azevedo et al., 2023); (iii). WHO-5 (Topp et al., 2015); (iv). MMSE-Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009; Santana et al., 2016) (v) HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale (Pais-Ribeiro et al., 2007). As ferramentas (i) e (ii) apenas foram administradas no pré-teste.

RESULTADOS. Os resultados demonstram um aumento significativo no bem-estar ($p < 0,001$), diminuição significativa da ansiedade ($p = 0,005$) e depressão ($p = 0,001$), antes e após a intervenção. Não se observaram diferenças significativas ao nível do desempenho cognitivo ($p = 0,35$).

CONCLUSÕES. Os procedimentos da intervenção com a metodologia SOUND apontam para benefícios no bem-estar e parecem reduzir a ansiedade e depressão em pessoas mais velhas. Recomenda-se prosseguir estudos nesta área, aumentando o nível de controlo na investigação da intervenção, acrescentando, por exemplo, um grupo de comparação.

Palavras-chave: Envelhecimento; Intervenção com base na música; Metodologia SOUND; Bem-estar; Gerontologia Social

ABSTRACT

CONTEXT. Population aging has been increasing globally, posing new challenges to society (World Health Organization [WHO], 2015). In a recent review, Estebansari et al. (2020) concluded that the definition of successful aging deals, among other things, with cognition, perception, control, life satisfaction/well-being. Associated with well-being, there are some innovative works in the field of music. According to McDonald (2013), the relationship between participation in the arts and health is a topic that has attracted the attention of researchers and professionals, motivated by the desire to investigate innovative, non-invasive, and viable interventions. One of the main drivers of this new line of action is the growth of research in healthcare contexts. The author presents several types of research projects focused on exploring the process and outcomes of musical interventions, as well as a new conceptual model for music, health, and well-being. Lin et al. (2023) presented a systematic review and meta-analysis with the aim of analyzing the effectiveness of music-based therapies on cognition, quality of life (QoL), and neuropsychiatric symptoms in people with dementia. They concluded that, compared to non-music therapies, music-based therapies: (a) improved patients' cognition in 15 of the 22 trials; (b) significantly improved patients' quality of life in 11 trials; and (c) significantly improved patients' neuropsychiatric symptoms in 6 trials. Caldini et al. (2019) also proposed a Circle Activities dynamic to a group of people attending an Alzheimer's Day Center. For the authors, the dynamic proved to be very positive and appreciated, both by the participants and by the family members who participated in six meetings. Caldini et al. (2019) also proposed a Circle Activities dynamic to a group of people attending an Alzheimer's Day Center. For the authors, the dynamic proved to be very positive and appreciated, both by the participants and by the family members who participated in six meetings. Along the same lines, Santini et al. (2025) conducted a pilot study, entitled SOUND, with older people with cognitive impairment/dementia in Italy, Romania, and Portugal. They concluded that the intervention had positive effects on well-being and cognition in all three countries, and on anxiety and depression in two of the three countries. Thus, the relationships between musical activities and well-being suggest new avenues for gerontological intervention.

STUDY OBJECTIVE. To analyze the benefits of a music-based intervention on the well-being of older people, using the SOUND methodology.

METHOD. Research Plan and Participants. Study with a single-group experimental design, with pre- and post-testing. The sample consisted of 26 participants aged 65+. The SOUND intervention consisted of 12 sessions spread over 6 weeks, with 2 sessions per week, featuring music-based activities using the circleactivities methodology. Data Collection Instruments and Procedures. Data collection was carried out in the week prior to the implementation of the intervention (pre-test) and in the week after the last session (post-test). The assessment protocol consisted of: (i). A socio-demographic questionnaire designed for this purpose; (ii). Assessment of individualized (personal) music preference 2nd Ed. (Gerdner, Hartsock & Buckwalter, 2000, revised in 2020; portuguese translation by Azevedo et al., 2023); (iii). WHO-5 (Topp et al., 2015); (iv). MMSE- Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009; Santana et al., 2016) (v) HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale (Pais-Ribeiro et al., 2007). Tools (i) and (ii) were only administered in the pre-test.

RESULTS. The results show a significant increase in well-being ($p < 0.001$) and a significant decrease in anxiety ($p = 0.005$) and depression ($p = 0.001$) before and after the intervention. No significant differences were observed in cognitive performance ($p = 0.35$).

CONCLUSIONS. Intervention procedures using the SOUND methodology point to benefits in well-being and appear to reduce anxiety and depression in older people. Further studies in this area are recommended, increasing the level of control in the intervention research, for example by adding a comparison group.

Keywords: Aging; Music-based intervention; SOUND Methodology; Well-being; Social Gerontology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I- REVISÃO DA LITERATURA	5
1. O fenómeno do envelhecimento e a Gerontologia Social	7
1.1 Teorias e modelos acerca do envelhecimento humano	10
1.2 O quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável da OMS	19
1.3 Bem-estar e envelhecimento bem-sucedido	21
2. Intervenção em Gerontologia Social.....	27
2.1 Avaliar e Intervir em Gerontologia Social	27
2.2 Intervenção não farmacológica: terapias alternativas	31
2.3 A música e o bem-estar nas pessoas mais velhas: contributos da investigação	36
3. A metodologia SOUND e o bem-estar de pessoas mais velhas	42
3.1 As atividades em círculo e a metodologia SOUND	42
3.2 Benefícios/eficácia da metodologia SOUND: Contributos da investigação.....	54
II- MÉTODO	61
1. Plano de Investigação e Participantes.....	63
2. Procedimentos e Instrumentos de Recolha de Dados	64
3. Implementação da intervenção com metodologia SOUND	68
4. Análise de Dados	70
5. Ética na investigação.....	71
III- RESULTADOS.....	73
1. Caracterização dos participantes	75
2. Descrição e análise das variáveis em estudo	76
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Critérios de inclusão (Quattrini et al., 2024)	44
Tabela 2- Currículo de formação SOUND	46
Tabela 3- Critérios de inclusão no estudo piloto (Santini et al., 2024).....	49
Tabela 4- Instrumentos de recolha de dados	50
Tabela 5- Critérios de inclusão da amostra	64
Tabela 6- Caracterização dos participantes	75
Tabela 7- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total (pontuação bruta e convertida em % da escala WHO-5 (pré-teste, n=26))	77
Tabela 8- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total (pontuação bruta e convertida em %) da escala WHO-5 (pós-teste, n=24)).....	78
Tabela 9- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total da subescala de ansiedade HADS (pré-teste, n=26)	79
Tabela 10- Descrição dos valores médios dos itens e da população total da subescala de ansiedade HADS (pós-teste, n=24)	80
Tabela 11- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total da subescala de depressão da HADS (pré-teste, n=26).....	81
Tabela 12- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total da subescala de depressão da HADS (pré-teste, n=24).....	82
Tabela 13- Descrição dos valores nos itens e da pontuação total no MMSE (pré-teste, n=26)..	83
Tabela 14- Descrição dos valores nos itens e da pontuação total no MMSE (pós-teste, n=24) .	83
Tabela 15- Síntese dos resultados significativos obtidos através da análise comparativa com teste t-student para amostras emparelhadas	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Plano de Investigação	65
---------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem vindo a aumentar à escala global, colocando novos desafios à sociedade (World Health Organization [WHO], 2015). As tendências da população e na estrutura etária são modeladas, em particular, pelos níveis de fertilidade e mortalidade, que diminuíram de forma praticamente universal em todo o mundo (Rosa, 2012). O aumento da longevidade da população e consequente envelhecimento populacional decorre dos avanços efetuados a nível económico, social, biomédico, tecnológico e na melhoria das condições de vida da população e das políticas públicas de acesso generalizado da população a cuidados de saúde, originando um indicador de desenvolvimento social e científico (Cabral et al., 2013).

Paúl e Ribeiro (2012) defendem ser diversas as questões fundamentais a ser respondidas no âmbito do envelhecimento, com claras repercussões a nível coletivo e individual. Observa-se na Gerontologia Social, uma tendência para afirmar o envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável (Fernandéz-Ballesteros, 2004, 2019), tomando por base vários modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido (Rowe e Kahn, 1987, 1997, 2015), (Baltes e Baltes, 1990, 1999) e Kahana e Kahana (1996, 2005, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002, 2015, 2020) tem vindo a defender a necessidade de promoção do envelhecimento ativo e saudável, numa perspetiva de desenvolvimento e manutenção de mecanismos internos e externos que promovam o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem.

A intervenção não-farmacológica pode ser um contributo importante face ao envelhecimento da população para a qualidade de vida e bem-estar, associado ao processo de envelhecimento (Vink & Hanser, 2018). Na perspetiva de Ferreri et al (2019) o envelhecimento normal pode estar associado a dificuldades emocionais e sociais, que se vão tornando particularmente difíceis de combater no envelhecimento patológico, como é o caso, por exemplo, da demência, onde o défice cognitivo, motor e emocional afetam significativamente a vida das pessoas e seus cuidadores. Neste sentido, McDonald (2013) considera que a relação entre a participação nas artes e a saúde tem vindo a suscitar interesse entre investigadores e profissionais para intervenções inovadoras, não-invasivas e viáveis. A música é o exemplo de uma ferramenta de treino e reabilitação promissora e estimulante para melhorar a cognição e promover o bem-estar e a conexão social (Ferreri et al, 2019).

As intervenções não farmacológicas com base na música têm sido utilizadas numa variedade de ambientes médicos e de cuidados de longa duração, destacando-se nos últimos anos na promoção de bem-estar físico e psicológico entre pessoas que vivem com demência

(Amano et al., 2022). Reconhece-se, assim, que a música pode ajudar a recordar e evocar memórias e pode ser usada em tratamento alternativo para a demência (Nunes et al., 2023). Biasutti et al. (2020) afirmam um crescimento na literatura no que concerne aos benefícios mais amplos da atividade musical, onde estudos nas ciências associadas à música sugerem que existem muitas dimensões da vida humana (física, social, psicológica — incluindo cognitiva e emocional) que podem ser afetadas de forma positiva pela música. Para os autores, o envolvimento em atividades musicais bem-sucedidas também pode ter um impacto positivo nas competências sociais e na inclusão social, fomentando a participação individual em eventos musicais coletivos e colaborativos, assim como a interculturalidade, a intergeracionalidade e o apoio a pessoas com deficiência.

Investigações recentes (Caldini et al., 2019) propuseram uma dinâmica de Atividades em Círculo a um grupo de pessoas a frequentar um Centro de Dia de Alzheimer, intervenção que se revelou muito positiva e apreciada, tanto pelos participantes como pelos familiares que participaram em seis encontros. Na mesma linha, Santini et al. (2025) realizaram um estudo piloto, intitulado SOUND, junto de pessoas mais velhas com défice cognitivo/demência em Itália, Roménia e Portugal. Os autores concluíram que a intervenção apresentou efeitos positivos ao nível do bem-estar e da cognição nos três países, e na ansiedade e depressão em dois dos três países. Este estudo reforçou a relação entre as atividades musicais e o bem-estar, sugerindo contributos para a intervenção gerontológica.

Na sequência destes estudos, mostrou-se relevante, por um lado, reforçar os dados da investigação nesta metodologia, e, por outro lado, testar os seus benefícios em pessoas mais velhas, não focando no défice cognitivo, replicando esta intervenção numa amostra com essas características. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os benefícios da metodologia SOUND no bem-estar de pessoas mais velhas.

Para cumprir o presente objetivo, a dissertação está organizada do seguinte modo: (1) revisão da literatura, correspondente ao enquadramento teórico e empírico; (2) método, inclui o plano de investigação e amostra, instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados; (3) apresentação dos resultados obtidos, finalizando com a discussão de resultados e conclusões.

I- REVISÃO DA LITERATURA

1. O fenómeno do envelhecimento e a Gerontologia Social

Do ponto de vista demográfico, estima-se que, até 2050, o número de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo deverá ser mais do dobro do número de crianças com menos de 5 anos (United Nations, 2022). A partir da segunda metade do século XX, a população passou a confrontar-se com o que foi classificado como «duplo envelhecimento» (na «base» e no «topo» da pirâmide etária), que atravessou rapidamente o envelhecimento à escala mundial, em particular na Europa (Rosa, 2012). As estimativas mais recentes para quem reside nos 28 países da União Europeia sugerem que, até 2050, haverá menos 9,6% de pessoas com menos de 55 anos e que o número de pessoas com 85 anos ou mais deverá sofrer um aumento de 13,8 milhões em 2018 para 31,8 milhões (Eurostat, 2019).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023) a população idosa em Portugal (65+ anos) teve um aumento de 22,8% de 2013 para 2023, com o acréscimo de mais de 400 mil idosos, estando as mudanças mais profundas presentes nos 80+ anos. Dos censos de 2011 para os censos de 2021, o índice de envelhecimento sofreu um aumento de 128 para 181,3 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011, 2021). Face ao decréscimo da população em idade ativa (15-64 anos), a par do aumento da população idosa, as projeções indicam que Portugal poderá passar de 259 para 138 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2018 e 2080 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2020).

Estas mudanças na estrutura etária devem-se, particularmente, de alterações nos modelos sociais e culturais dominantes, pautados pelo reforço da mulher no mercado de trabalho e a sua progressiva emancipação social, especialmente do que resulta da sua decisão sobre fecundidade, a disseminação dos métodos contraceptivos, assim como o planeamento familiar e da sua inclusão no sistema público de saúde, assumindo-se como fatores determinantes para a alteração da dinâmica da natalidade (Dias & Rodrigues, 2012). O aumento da esperança média de vida, a par com reconhecidas tendências sociais e demográficas nas estruturas de contextos e percursos individuais, está a produzir mudanças a nível familiar, na gestão do emprego, assim como nas relações intergeracionais (Ribeiro & Paúl, 2018).

Abordando o envelhecimento como um processo individual, este ocorre ao longo da vida, sendo dinâmico, complexo e universal com distintas trajetórias de vida (Baltes, 1997). É, assim, um processo multidimensional, multicausal e multidirecional do ciclo de vida que abrange a marca histórica, cultural e social dos contextos de vida das pessoas (Baltes, Staudinger, &

Lindenberger, 1999). Emerge, pois, a necessidade de alargar o conhecimento acerca das pessoas mais velhas, atendendo aos desafios e necessidades que daí surgem.

Ao longo do século XX, surge a Gerontologia como nova ciência, conceito primeiramente introduzido por Metchinikoff em 1908, que passou a ganhar maior destaque no final da Segunda Guerra Mundial, com a criação da *Gerontological Society of America* (GSA) em 1945 e com um corpo crescente de gerontólogos e de publicações científicas que têm vindo a aumentar desde então (Paúl, 2012). É tanto uma ciência básica como aplicada, pois, dela deriva a sua aplicação aos problemas que surgem nos idosos e no sistema social, através de uma abordagem biopsicossocial, sustentada numa visão mais alargada, integrada e holística da pessoa mais velha e do processo de envelhecimento, sendo uma área científica multidisciplinar e interdisciplinar (Fernández-Ballesteros, 2012). Esta área científica é, assim, responsável por investigar as experiências do envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo aspetos do envelhecimento normal, patológico e o potencial de desenvolvimento humano associado ao ciclo de vida e ao processo de envelhecimento (Alley et al., 2010).

Paúl (2012) define a Gerontologia como

uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, (...), mas que se constitui num novo campo de saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida (p. 1).

De acordo com Alkema e Alley (2006) a biologia do envelhecimento foca a sua análise nos processos de mudança fisiológica que caracterizam o envelhecimento e o seu impacto sobre a adaptação e a mortalidade. Muitos aspetos do funcionamento biológico sofrem alterações à medida que cada indivíduo envelhece, sendo consensual entre investigadores que se trata da área onde a perceção individual acerca da dinâmica entre ganhos e perdas no desenvolvimento se inclina mais para o lado das perdas do que para o lado dos ganhos (Heckhausen et al., 1989, como citado em Fonseca, 2005). Estas alterações influenciam o padrão global de saúde, a mobilidade física, o funcionamento cognitivo, entre outros, podendo encarar estratégias de adaptação para fazer face à perda (Fonseca, 2005). Portanto, um dos grandes desafios é compreender, tanto as bases biológicas do envelhecimento, como as alterações moleculares, celulares e morfológicas que culminam com o aparecimento da doença associada ao envelhecimento, podendo este conhecimento levar a intervenções preventivas do declínio

funcional do organismo humano, potenciando um envelhecimento ativo e saudável (Oliveira & Pinto, 2014).

No que concerne à psicologia do envelhecimento, esta apresenta as repercussões dos processos fisiológicos do envelhecimento e da experiência ocorrida ao longo do tempo sobre os processos comportamentais na velhice (Alkema e Alley, 2006). Neste domínio, Fonseca (2005) apresenta um conjunto vasto de fenómenos que se podem enquadrar: reações emocionais, personalidade, mecanismos percetivos, aprendizagem, memória e cognição, estilos de relação interpessoal, entre outros. O autor afirma que o estudo de qualquer um destes fenómenos associado ao envelhecimento tem presente, à luz da psicologia do ciclo de vida, que existe uma plasticidade intra-individual, potenciando a capacidade adaptativa do indivíduo, sendo agente ativo do seu próprio desenvolvimento.

No caso da sociologia do envelhecimento, esta avalia as circunstâncias sócio históricas, socioeconómicas e culturais que afetam as formas de envelhecer das pessoas e gerações, considerando-se que, para se compreender as experiências individuais e coletivas de envelhecimento é necessário analisar as características biopsicossociais dos indivíduos, as características da família e dos ciclos de vida familiar, elementos contextuais, benefícios e restrições económicas, o cenário político, e o ambiente físico e construído, integrando estas informações para compreender o universo no qual o indivíduo envelhece (Alkema e Alley, 2006).

Por conseguinte, a abordagem multidisciplinar à pessoa idosa requer uma multiplicidade de conhecimentos, e pelo intrínseco leque de disciplinas em causa, a Gerontologia ramifica-se em possíveis especialidades como, por exemplo, a Gerontologia Social (Paúl & Ribeiro, 2012).

A Gerontologia Social é uma ciência aplicada que estende os seus estudos a questões sociais, como o comportamento sociodemográfico das populações, diferenças no envelhecimento e na velhice, condições políticas, jurídicas, culturais, económicas, educativas, sociais e ambientais que permitam às pessoas mais velhas envelhecer com maior qualidade de vida e bem-estar, aplicando todo o conhecimento em benefício das pessoas mais velhas (Fernandéz-Ballesteros, 2004). Distingue-se, portanto, a Gerontologia Social da Gerontologia na medida em que a primeira se desenvolve e trata de forma mais detalhada a sua componente social (Fernandéz-Ballesteros, 2004).

Existem 4 estruturas sociais determinantes que exercem grande impacto e desempenham um papel primordial na vida das pessoas conforme vão envelhecendo: a família, o trabalho, o estado e a religião (Fonseca, 2005, como citado em VandenBos, 1998). Estas estruturas

desencadeiam acontecimentos que se constituem suscetíveis de modificar significativamente o bem-estar individual, pelo que a pessoa se vê perante a necessidade de mobilizar toda a sua capacidade de adaptação, não só para fazer face a desafios de natureza material ou contextual, mas também no sentido de proceder à redefinição da sua identidade social e do sentido de utilidade da sua vida, numa interação pessoa-ambiente (Fonseca, 2005).

Deste modo, o desenvolvimento/ envelhecimento é um processo biopsicossocial, contudo, não se torna exclusivo deste conjunto de determinantes, sendo, igualmente, consequência da base filogenética (história evolutiva de um grupo), da hereditariedade, do meio físico e social, assim como das escolhas e pensamentos de cada indivíduo (Paúl, 2005).

1.1 Teorias e modelos acerca do envelhecimento humano

Possivelmente influenciada pela Geriatria, durante muitas décadas, a Gerontologia, direcionou o seu foco em constructos médicos e nas doenças do organismo envelhecido (Hernandis & Martínez, 2005), interessando-se mais pelo envelhecimento patológico do que por outras condições do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2019). O envelhecimento pode ser considerado, à luz da perspetiva de Fernández-Ballesteros (2009) como normal (saudável), patológico ou ótimo. Envelhecer de forma normal segue um caminho normativo, de ausência de patologias, logo, muito direcionado para questões de saúde. Envelhecer de forma patológica significa, para a autora, a influência ou a antecipação da presença de diversas patologias, maioritariamente crónicas. Já o envelhecimento ótimo está diretamente ligado à participação do indivíduo na sociedade, em paralelo com a saúde. É de referir que o envelhecimento bem-sucedido (EBS) está relacionado com um conjunto de rótulos conceptuais que surgiram nas últimas décadas do século XX, para caraterizar a gerontologia positiva: bem-sucedido, saudável, ótimo, ativo, produtivo são rótulos positivos que caraterizam “envelhecer bem” como uma expressão comum (Fernández-Ballesteros, 2019).

Relativamente ao envelhecimento, Cícero (106-43 a.C) poderá ter sido o primeiro a concretizar um ensaio sobre a questão do envelhecimento bem-sucedido (EBS), apresentando a velhice como um fenómeno muito variável de pessoa para pessoa, valorizando-a como um período que pode oferecer diversas oportunidades de crescimento pessoal (Fontaine, 2000).

No sentido de esclarecer a diversidade de concepções relativamente ao envelhecimento humano, apresentam-se, em seguida, diferentes perspetivas teóricas, modelos e quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável. Mais concretamente, aborda-se a perspetiva “Life-course” (Elder, 1974, 1998) e perspetiva “Life-Span” (Baltes, 1987; Baltes et al., 2006); em termos de modelos, refere-se alguns dos modelos de EBS mais relevantes, designadamente o modelo biomédico de Rowe e Kahn (1987, 1997, 2015), modelo da Otimização Seletiva com Compensação de P.Baltes e M.Baltes (1990, 1999) e o modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana e Kahana (1996, 2005, 2012); será, ainda, analisado o quadro do Envelhecimento Ativo (EA) e Envelhecimento Saudável da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, 2015, 2020).

As teorias “Life Course” e “Life-Span” acerca do processo de envelhecimento

Segundo Hutchison (2008) todas as pessoas têm histórias que se desenrolam à medida que progridem no seu ciclo de vida e a melhor forma para compreender essa relação entre tempo e comportamento humano é a teoria/ perspetiva “life course” ou perspetiva de “curso de vida”, que analisa como a idade cronológica, os relacionamentos, as transições comuns da vida e as mudanças sociais moldam a vida das pessoas do nascimento à morte.

Na obra “*Children of the Great Depression – Social Change in Life Experience*”, Glen Elder (1974, 1999) apresenta um estudo sobre a experiência da Grande Depressão na vida de alguns americanos que nasceram em 1920-21 e dos seus pais, tendo como foco principal do estudo as implicações das mudanças socioeconómicas drásticas na família e nas relações intergeracionais, tornando-se uma das obras de referência da teoria “life course” – uma das teorias com maior influência na atualidade a respeito do envelhecimento (Sampaio, 2022).

Na visão de Elder (1998) a teoria e a investigação da perspetiva “life course” chamam a atenção para o mundo real, um mundo em que se vivem vidas e onde as pessoas traçam caminhos de desenvolvimento da melhor forma possível. O autor defende que a teoria e a investigação desta perspetiva expõem como as vidas são socialmente organizadas no tempo biológico e histórico, e de que forma o padrão social resultante pode afetar a maneira como as pessoas pensam, sentem e agem. Neste sentido, o autor explana os princípios subjacentes à

perspetiva “life course”: o princípio (1) do tempo e lugar históricos- o curso de vida das pessoas insere-se e molda-se pelos tempos e lugares históricos que vivenciam no decorrer da sua vida; o princípio do (2) *timing* das vidas- o impacto no desenvolvimento de uma sucessão de transições ou acontecimentos de vida depende do momento/ *timing* em que estes ocorrem na vida de uma pessoa; o princípio (3) das vidas interligadas- as vidas são vividas de forma interdependente e as influências sociais e histórias manifestam-se entre esta rede de relações partilhadas; o princípio (4) da agência humana- as pessoas constroem o seu próprio percurso de vida através das escolhas e ações que tomam dentro das oportunidades e restrições impostas pela história e pelas circunstâncias sociais.

Sobre este assunto, Hutchison (2008) apresenta os conceitos básicos assentes na perspetiva “life-course” defendida por diversos investigadores:

- a. coortes-grupo de pessoas que nasceram durante o mesmo período e que vivenciam mudanças sociais específicas dentro de uma determinada cultura, na mesma sequência e na mesma idade (Alwin & McCammon, 2003; Bjorklund & Bee, 2008; D. Newman, 2008; Settersten, 2003a como citado em Hutchinson, 2008);
- b. transições- o curso de vida é semelhante a estágios, pois propõe que cada pessoa vivencia uma série de transições, ou mudanças de papéis e estatutos que representam um distanciamento distinto dos vivenciados anteriormente (Elder & Kirkpatrick Johnson, 2003; Hagestad, 2003; Hser et al., 2007 como citado em Hutchinson, 2008), muitas delas relacionadas à vida familiar, como os casamentos, nascimentos, divórcios, novos casamentos, mortes (Carter & McGoldrick, 2005a; Hagestad, 2003 como citado em Hutchinson, 2008), podendo, também, ser transições não familiares, como pequenos grupos, comunidades e organizações formais, que também envolvem entradas e saídas de membros, assim como mudanças de estatutos e papéis (Hutchison, 2008);
- c. trajetórias- envolvem uma visão mais ampla de padrões de estabilidade e mudança de longo prazo na vida de uma pessoa, envolvendo diversas transições (Elder & Kirkpatrick Johnson, 2003; George, 2003; Heinz, 2003 como citado em Hutchinson, 2008). As transições estão sempre inseridas nas trajetórias e pessoas e famílias vivem as suas vidas em enumeras esferas e trajetórias interseccionais — como trajetórias educacionais, trajetórias de vida familiar, trajetórias de saúde e trajetórias de trabalho (George, 2003; Heinz, 2003 como citado em Hutchinson, 2008);

- d. evento de vida- acontecimento significativo que envolve uma mudança relativamente abrupta que pode resultar em efeitos sérios e duradouros (Settersten, 2003^a como citado em Hutchinson, 2008), referindo-se ao acontecimento em si e não às transições que ocorrerão em decorrência dele;
- e. ponto de viragem- é um momento em que ocorre uma grande mudança na trajetória da vida que pode envolver uma transformação na forma como a pessoa se vê em relação ao mundo e/ou uma transformação na forma como esta responde a riscos e oportunidades (Cappeliez, Beaupré e Robitaille, 2008; Ferraro e Shippee, 2009 como citado em Hutchinson, 2008).

A respeito do conceito de “curso de vida” Bengtson et al. (2005) consideram, assim, que este se vincula a uma sequência de transições relacionadas com a idade, inseridas nas instituições sociais e na história. Para os autores, esta perspectiva sensibiliza os investigadores para a relevância das condições e mudanças históricas na compreensão do desenvolvimento individual e da vida familiar, numa relação pessoa-ambiente, analisando o desenvolvimento da pessoa de forma micro e macro. Defendem que estabelece um campo comum de investigação ao definir uma estrutura que orienta a investigação em termos de identificação e formulação de problemas, seleção e justificação de variáveis, e estratégias de planeamento e análise e os contextos institucionais – família, escola, trabalho e mercados de trabalho, igreja e governo – definem tanto os caminhos normativos dos papéis sociais, incluindo as transições-chave, como os aspetos psicológicos, comportamentais e sociais.

Em relação à Teoria Desenvolvimental “Life-Span”, também designada por Perspetiva Teórica “Life-Span”, destaca-se, particularmente, na segunda metade do século XX, situando-se, contudo, nos anos 80, com Paul Baltes como um dos investigadores de referência, por ter contribuído com conteúdos de enorme relevância, sendo esta perspectiva marcada pelo estudo da permanência e mudança no comportamento dos indivíduos desde a sua concepção até à morte (Baltes et al., 2006). Baltes publicou no ano de 1987 um dos artigos de referência da Psicologia Desenvolvimental “Life-Span”, esclarecendo pressupostos teóricos e suposições metodológicas do estudo do desenvolvimento/ envelhecimento como processo ao longo da vida.

Neste sentido, Baltes (1987) apresenta o desenvolvimento/ envelhecimento assente em seis princípios que viabilizam a explicação das dinâmicas entre o crescimento e o declínio:

- (i) o desenvolvimento/ envelhecimento ocorre ao longo da vida, sendo todas as fases da vida pautadas por processos contínuos (cumulativos) e descontínuos (inovadores);
- (ii) o desenvolvimento/ envelhecimento é *multidimensional*, pois envolve a interação dinâmica de fatores como desenvolvimento físico, emocional e psicossocial;
- (iii) o desenvolvimento/ envelhecimento é *multidirecional*, uma vez que a direção da mudança varia de acordo com as características do comportamento, logo, o desenvolvimento de certas características pode caracterizar-se como tendo capacidade tanto de aumento quanto de diminuição da eficácia ao longo da vida de um indivíduo, resultando em ganhos e perdas;
- (iv) o desenvolvimento/ envelhecimento é *adaptável* (plasticidade) o que significa que as características são flexíveis e podem alterar-se, já que não há um caminho único a ser seguido no desenvolvimento de um indivíduo ao longo da vida, pois depende de condições de vida e experiências vivenciadas pelo próprio indivíduo;
- (v) o desenvolvimento/ envelhecimento é *contextual*, pois é influenciado pela idade (fatores biológicos e ambientais com forte relação com a idade cronológica), pela história (associam-se a um período específico que define o contexto ambiental e cultural mais amplo onde a pessoa se desenvolve) e por fatores não normativos, cujos acontecimentos são imprevisíveis e não estão vinculadas a um momento específico no desenvolvimento de uma pessoa ou a um período histórico (experiências únicas da pessoa, sejam elas biológicas ou ambientais, que moldam o processo de desenvolvimento); é, também, influenciado por fatores sociais e culturais importantes que incluem coorte (grupo), classe social, gênero, raça, e etnia;
- (vi) o desenvolvimento/ envelhecimento é *multidisciplinar*, por ser necessária e fundamental a articulação com outras áreas do conhecimento, uma vez que podem ser capazes de contribuir com conceitos importantes que integram o conhecimento, resultando, em última análise, na formação de uma compreensão nova e enriquecida do desenvolvimento ao longo da vida.

Assim, ao abordar os pressupostos teóricos, o autor chama a atenção para a plasticidade/capacidade de reserva como aspecto decisivo de uma vida bem-sucedida. Por conseguinte, o potencial de mudança de um indivíduo e a flexibilidade para lidar com novas situações, determinará o processo de envelhecimento. Esta capacidade de adaptação (plasticidade) admite explicar as grandes diferenças interindividuais e ampla multidimensional e

multidireccionalidade nas mudanças cognitivas ao longo da vida adulta e da velhice. É no início da década de 90 que surge uma das principais obras para uma nova visão do processo de desenvolvimento/ envelhecimento – «Successful aging» (P. Baltes & M. Baltes, 1990) – onde o envelhecer bem é elucidado a partir do modelo de otimização seletiva com compensação (SOC).

O modelo biomédico da Fundação MacArthur

O modelo teórico biomédico de Rowe e Kahn (1987, 1997, 2015) teve como objetivo contrariar esta antiga tendência da gerontologia, distinguindo o envelhecimento patológico, por um lado, e envelhecimento normal e bem-sucedido como estados não patológicos, direcionando o envelhecimento para uma visão positiva. Os autores consideraram nesta visão a heterogeneidade das pessoas mais velhas e as suas características a nível fisiológico e a nível psicossocial.

Focando-se nesta premissa, Rowe e Kahn (1997), apoiados pelo estudo longitudinal da *MacArthur Foundation*, inicia, assim, uma visão mais positiva do que é envelhecer. Os autores propuseram uma estrutura conceptual para envelhecimento bem-sucedido (EBS), considerando 3 componentes essenciais: (1) *baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada com a doença* (ex., estilos de vida pouco saudáveis e histórico familiar de doenças crónicas), (2) *maximizar as funções cognitivas e físicas* (intrinsecamente ligadas às competências de cada indivíduo, potenciadoras de atividade) e (3) *envolvimento ativo com a vida*. Dentro do componente envolvimento ativo com a vida, os autores fazem referência a uma outra componente – a resiliência ao stress. Este componente está diretamente relacionado com “eventos stressores da vida”, podendo ser, por exemplo, situações de doença, incapacidade resultante de um possível acidente, a reforma antecipadamente forçada, a diminuição dos rendimentos de forma abrupta, entre outros. É através destes eventos stressores que se tenta compreender em que medida e de que forma os indivíduos lidam e ultrapassam crises para continuarem a dar resposta aos ditos critérios de sucesso. Este componente foi reforçado, mais tarde, por mais 2 componentes fundamentais, que se foram tornando cada vez mais robustos à medida que os autores foram avançando na investigação.

Assim, Rowe e Kahn (2015) apresentam os componentes da seguinte forma: o componente das relações interpessoais/ contactos e transações com os outros, troca de informações, apoio emocional, e assistência direta e componente das atividades sociais/produativas- que criem valor social, independentemente de serem remuneradas ou não.

Logo, este modelo assume que, a baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada com a doença, a maximização das funções cognitivas e físicas e o envolvimento ativo com a vida constituem uma unidade funcional. Porém, a baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada com a doença simplifica a manutenção do funcionamento físico e mental, favorecendo o envolvimento com a vida, devendo estes componentes coincidir para que se torne possível o EBS.

O modelo de otimização seletiva com compensação (SOC)

O modelo da Otimização Seletiva com Compensação (SOC) proposto por P. Baltes e M.Baltes (1990) e Baltes et al. (1997, 2006) é considerado um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido por surgir após investigações baseadas nas proposições da Psicologia Desenvolvimental de Ciclo de Vida (life-span) que se dedica ao estudo da mudança de comportamento (desenvolvimento) ao longo da vida, desde a concepção até à morte (Neri, 2006). O modelo SOC ocupa-se de um processo dinâmico de equilíbrio entre ganhos (crescimento) e perdas (declínio). Inevitavelmente, à medida que se envelhece, o ser humano tende a apresentar maior número de perdas face aos ganhos, contudo, é possível apresentar-se desenvolvimento numa fase mais avançada da vida, desde que sejam adotadas estratégias para fazer face aos desafios implícitos a esta fase.

O modelo proposto pelos autores consiste na interação de 3 processos: (a) *seleção*- restringir e priorizar metas/ tarefas em resposta a possíveis limitações de recursos; (b) *otimização*- adquirir, aplicar, coordenar e fazer manutenção de recursos internos e externos envolvidos, de modo a obter níveis mais altos de funcionamento; (c) *compensação*- envolve a adoção de alternativas/ estratégias para manter o funcionamento (Neri, 2006). São sete as proposições sobre o EBS defendidas pelos autores: (1) há diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, patológico e ótimo; (2) existe uma grande heterogeneidade/ variação no

processo de envelhecimento; (3) há muita reserva latente (capacidade do cérebro se modificar e adaptar ao longo da vida-plasticidade); (4) as capacidades de reserva relacionadas com a idade são limitadas; (5) o declínio relacionado com a idade, nas mecânicas cognitivas (processos mentais fundamentais que permitem a aquisição, o processamento e a organização da informação), pode ser compensado através do conhecimento das pragmáticas (aplicação das capacidades cognitivas em situações do dia-a-dia, incluindo o uso da linguagem, resolução de problemas e interação social) e da tecnologia; (6) o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez menor com o envelhecimento; e (7) o self mantém-se resiliente na velhice.

Como tal, a pessoa deve ser capaz de selecionar e priorizar metas/ tarefas consoante as suas capacidades atuais, otimizar os meios para atingir essas metas e procurar compensar quando não existam meios/ recursos para atingir as metas.

O modelo da proatividade preventiva e corretiva

Como crítica (construtiva) ao modelo biomédico e incluindo, em parte, concepções presentes no modelo SOC (perspetiva psicológica), surge o modelo sociológico designado de Proatividade Preventiva e Corretiva (Kahana & Kahana, 1996; Kahana et al., 2005, 2012), como um outro modelo de envelhecimento bem-sucedido. O modelo pretende ampliar e investigar o paradigma mais tradicional do stress, considerando adaptações preventivas e corretivas, de forma a compreender como é que os idosos moldam a sua acumulação de recursos internos e externos e melhoram o seu bem-estar na terceira idade, enquanto se preparam para confrontar e enfrentar eficazmente os stresses considerados normativos do envelhecimento. Segundo Kahana et al. (2014), o modelo adota uma postura proativa e preventiva (adaptação), relacionada com um acumular fatores stressores inevitáveis ao avançar da idade, relacionados com a saúde e com dimensões sociais. De acordo com este modelo, mesmo os idosos fisicamente frágeis ou com deficiência têm o potencial de responder com sucesso ao stress, modificando as suas atividades ou o ambiente.

Kahana e Kahana (1996) apresentaram diferentes componentes para este modelo: (a) os *stressores*; (b) os *resultados*; (c) as *adaptações proativas preventivas e corretivas*; (d) os *recursos externos e internos*; e (e) *variáveis de controlo* (caraterísticas sociodemográficas). Com

base nestes componentes, os autores definiram os 10 princípios onde assenta este modelo: (i) os stressores normativos da terceira idade são desafios para os resultados de um envelhecimento bem-sucedido (EBS); (ii) na falta de recursos internos e externos, os stressores normativos impulsionam a comportamentos inversos ao EBS; (iii) pessoas mais velhas podem envolver-se em adaptações comportamentais proativas para garantir que os desafios normativos do envelhecimento são superados; (iv) adaptações proativas ocorrem mesmo antes do início do stress e têm como função a prevenção; (v) esta prevenção executa-se como forma de retardar ou minimizar o stress ou aumentar os recursos externos; (vi) é fundamental ativar comportamentos adaptativos corretivos em situações de stress para ultrapassar situações difíceis; (vii) as disposições de EBS são orientações cognitivas e de personalidade duradouras que geram comportamentos de EBS, tanto em termos de adaptação preventiva proativa como adaptação corretiva proativa; (viii) estas disposições têm impacto nos resultados do envelhecimento de forma direta e indireta através de comportamentos e de recursos externos de EBS; (ix) as atitudes proativas preventivas levam ao desenvolvimento de recursos externos e as atitudes proativas corretivas ativam-nos, abrandando os efeitos do stress no resultado; (x) as disposições psicológicas, as atitudes proativas e os recursos externos apresentam conceitos e modo de operacionalizar diferentes, contudo, todos permitem reduzir ou abrandar o impacto do stress nos resultados do EBS.

Atendendo a estas questões, os autores afirmam que o modelo considera que os mais velhos enfrentam tensões e desafios únicos, sendo assim necessárias: (1) ações preventivas que permitam retardar ou minimizar o stress normativo do envelhecimento antes que o mesmo surja; (2) ações corretivas que possam ser eficazes depois dos mais velhos passarem por esse stress normativo; (3) adaptações comportamentais emergentes, direcionadas para a gestão de fatores de stress com os quais as pessoas com doenças crónicas se debatem no quotidiano, com a aplicação da tecnologia a favor destas questões.

Por conseguinte, e de acordo com os autores supracitados, este modelo reconhece que os fatores estruturais genéticos e sociais têm um grande impacto, tanto nos stressores, como nos recursos que os mais velhos têm disponíveis para os combater. Além disso, também o contexto social é tido em conta, particularmente a maneira como os recursos externos e os stressores podem ser minimizados ou maximizados pela sociedade. Assim, o modelo considera que os idosos desempenham papéis importantes na formação de recursos externos, devendo ser proativos no seu próprio envelhecimento, de modo a estarem menos vulneráveis às tensões

normativas do envelhecimento e na formação de resultados pessoais face ao stress (Kahana & Kahana, 1996).

1.2 O quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável da OMS

O envelhecimento é uma realidade presente e com contornos futuros cada vez mais exigentes, partindo-se do princípio que as políticas públicas devem direcionar-se, também, para esta questão. No enfoque do envelhecimento como experiência positiva, a Organização Mundial da Saúde (WHO) apresenta a definição de Envelhecimento Ativo (EA) assente em 3 pilares fundamentais, afirmando-o como “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (World Health Organization [WHO], 2002). Relativamente ao pilar da saúde, a OMS (2002) defende que esta está presente quando o indivíduo apresenta bem-estar físico, mental e social, contudo, esclarecem a necessidade da não progressão de fatores de risco que influenciam no aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional. No que diz respeito ao pilar da segurança, esta abrange as necessidades e os direitos das pessoas mais velhas, destacando o direito à segurança física, social e financeira, de forma a mantê-los protegidos e com dignidade. Ao pilar da participação inclui-se a educação, políticas sociais de saúde e programas de apoio à participação em atividades sociais, culturais e espirituais, considerando os direitos e as necessidades das pessoas para que continuem ativas na sociedade.

Anos mais tarde, o quadro de referência do envelhecimento ativo foi revisto e o Centro Internacional para a Longevidade Brasil (ILC-Brasil) (2015) baseou-se nesta definição e adicionou um 4º pilar fundamental, o da aprendizagem ao longo da vida, passando a definir o EA como o processo em que se potenciam oportunidades ao nível da saúde, da aprendizagem ao longo da vida, da participação e segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. A aprendizagem ao longo da vida é crucial para favorecer o bem-estar e inserção no mundo laboral, permitindo ao indivíduo estar mais capacitado e competente na sociedade para argumentar por meio de decisões informadas (ILC-Brasil, 2015). Segundo a OMS (2002), adotar um estilo de vida saudável é um aspeto fundamental para o envelhecimento ativo, pois facilita um alcance mais eficaz do bem-estar.

A OMS (2002) apresentou um conjunto de fatores determinantes para atingir o EA. Referenciados pelo ILC-Brasil (2015), a cultura e o gênero surgem como fatores determinantes abrangentes e transversais, pois influenciam as pessoas e o meio em que se vão inserindo ao longo da vida; a cultura concede às pessoas sentimentos de identidade e pertença, estruturando o papel do gênero, ou seja, o papel que homens e mulheres têm na sociedade, influenciando as estratégias de enfrentar determinadas questões e respectivas respostas adotadas ao longo da vida, também estas relacionadas com o envelhecimento. Olhando para o pressuposto da cultura, Ribeiro e Paúl (2018) afirmam que pessoas a residir em meio rural ou urbano, em países do norte ou do sul, independentemente do continente, envelhecem igualmente, contudo, as suas vivências e habilidades para se adaptarem são distintas, tal como os seus recursos. Em relação ao gênero, os autores defendem que envelhecer sendo homem ou mulher determina configurações de viver a saúde, estados de doenças, situações de (in)dependência, autonomia e participação social, daí o gênero ser considerado um determinante abrangente e transversal.

O ILC-Brasil (2015) definiu, também, outros fatores determinantes para o EA: (a) fatores pessoais- que incluem a biologia e genética, capacidade cognitiva, fatores psicológicos, orientação sexual e identidade; (b) fatores comportamentais- destacando as questões do tabaco e do álcool, questões do sono, alimentação saudável, prática de atividade física e sexo seguro; (c) fatores sociais- que dizem respeito ao ambiente e rede social de cada pessoa, como família, amigos, colegas e conhecidos e a forma como estes influenciam muito a resiliência da pessoa ao longo da vida, seja de forma positiva ou negativa; (d) fatores económicos- pois a capacidade financeira do indivíduo afeta significativamente a saúde, a segurança e as oportunidades contínuas de participação ativa e aprendizagem; (e) fatores sociais e de saúde- devendo ser acessíveis, igualitários e coordenados de forma correta, com o intuito de promover a saúde e prevenir e tratar problemas à medida que estes vão surgindo ao longo do ciclo de vida; e (f) o meio ambiente físico- necessidade de ajustar o ambiente às pessoas de forma a permitir a participação e o bem-estar e promovendo a interação e coesão social.

Olhando para o envelhecimento de forma mais ampla, a OMS (2015) decide traçar o objetivo de uma estratégia de saúde pública assente em 3 fatores determinantes, apresentando a definição de Envelhecimento Saudável (ES) como o processo de promoção e manutenção da (1) capacidade funcional, que permite que as pessoas mais velhas atinjam o bem-estar na velhice, sendo a capacidade funcional o resultado da interação da (2) capacidade intrínseca com o (3) meio/ ambiente. A capacidade funcional está relacionada com a capacidade da pessoa em satisfazer as suas necessidades básicas de modo a permitir encontrar um padrão de vida com o

qual se identifique, na sua capacidade de mobilidade e de tomar decisões, de criar e manter relacionamentos, de dar o seu contributo para a sociedade (OMS, 2020). Quanto à capacidade intrínseca, a OMS (2020) defende que esta engloba todas as capacidades físicas e mentais que o indivíduo dispõe, incluindo a capacidade motora (movimento físico), sensorial (visão e audição), a vitalidade (energia e equilíbrio), assim como a capacidade cognitiva e psicológica, tendo estas capacidades influência direta na capacidade funcional. No que concerne aos ambientes, os autores apresentam-nos como os contextos nos quais as pessoas residem e se desenvolvem e que fornecem um leque de recursos ou barreiras que decidirão se pessoas com um determinado nível de capacidade podem ou não fazer as coisas que consideram importantes. Os ambientes podem incluir, segundo os autores, o domicílio da pessoa, a comunidade e a sociedade em geral e a relação destes com produtos, equipamentos, serviços e tecnologias que facilitam as capacidades e habilidades da pessoa, assim como o apoio emocional, a assistência, as atitudes e os relacionamentos fornecidos por outras pessoas e animais.

Assim sendo, a relação entre as características de saúde, determina a capacidade intrínseca da pessoa, ou seja, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que possui (OMS, 2015), tornando-se crucial criar ambientes que vão de encontro às necessidades das pessoas mais velhas, de modo a permitir-lhes manter-se mais autónomas e capazes funcionalmente, fomentando um envelhecimento saudável, a par do sentimento de pertença à comunidade.

1.3 Bem-estar e envelhecimento bem-sucedido

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) defendeu que o bem-estar está diretamente relacionado com o conceito de saúde, definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Porém, os aspetos psicológicos do bem-estar estão estritamente relacionados à promoção do envelhecimento positivo, ativo, saudável, ótimo e bem-sucedido, e mesmo não existindo um consenso no que concerne aos termos, estes são usados para se referir a um construto multidimensional que abrange dimensões distintas de bem-estar, por exemplo, satisfação com a vida, eficiência física e cognitiva e envolvimento social na idade adulta tardia (Fernandez-Ballesteros, 2011).

Seguindo esta linha de análise, Estebarsari et al. (2020) realizaram uma revisão com o objetivo de obter e introduzir um conceito comum a ser utilizado em estudos sobre a medição do envelhecimento bem-sucedido. Investigaram através de bases de dados como Web of Science, Scopus, PubMed e Science Direct do ISI, utilizando como palavras-chave padrão: envelhecimento, envelhecimento bem-sucedido, indicadores de envelhecimento bem-sucedido, princípios do envelhecimento bem-sucedido, critérios para envelhecimento bem-sucedido e preditores de envelhecimento bem-sucedido. Um total de 3.417 documentos recuperados no período 1995 a 2017, incluindo-se 27 artigos no estudo. Como principais resultados dos diversos estudos revistos por Estebarsari et al. (2020), verificou-se que a definição de envelhecimento bem-sucedido lida com a ação cognitiva, a percepção, o controlo, a satisfação com a vida e a ética. Para os autores, o envelhecimento bem-sucedido define-se, igualmente, pela presença de sentimentos internos de felicidade e satisfação com a vida, tanto no presente como no passado. Por vezes, o envelhecimento bem-sucedido também é considerado sobrevivência com saúde.

Atendendo a todas estas dimensões de envelhecimento bem-sucedido e à sua estreita relação com o bem-estar, importa compreender o conceito e de que forma este se apresenta, em particular, na vida das pessoas mais velhas.

Mesmo antes das primeiras civilizações, já as pessoas se questionavam sobre a natureza de uma “boa vida” (Deci & Ryan, 2008). O foco do bem-estar sofreu alterações a partir de meados do século XX, evoluindo de um conceito de disponibilidade de recursos (habitação, alimentação, cuidados de saúde, entre outros), para um conceito menos tangível, juntando assim, aspetos como segurança, satisfação com a vida, dignidade, oportunidade de seguir interesses pessoais (Smith, 2001). O bem-estar foi, assim, deixando de se associar na década de 60 aos estudos da economia e do bem-estar material/ económico para assumir uma dimensão global, de bem-estar na vida como um todo, valorizando outras dimensões da vida dos indivíduos (Novo, 2003).

O nível de bem-estar do indivíduo pode definir-se de forma interna (subjativa), visto como um bem-estar humano e espiritual associado às características pessoais de cada um, e ao nível do bem-estar externo (objetivo) que se desenvolve a partir da percepção e da avaliação que cada um faz da sociedade (Alatartseva & Barysheva, 2015). Os modelos contemporâneos de envelhecimento bem-sucedido associam-se, habitualmente, a medidas de satisfação com a vida ou de bem-estar subjativo como critérios de resultado e não a medidas de recursos objetivos (Smith, 2001). Assim sendo, direccionamos a nossa análise para o conceito de bem-estar subjativo (BES).

Galinha e Ribeiro apresentam um enquadramento sobre a evolução da história e conceito de bem-estar na sua obra *“História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo”*. Os autores defendem que o conceito de bem-estar surgiu pela primeira vez na tese de Wilson (1967) que estabeleceu uma relação entre os conceitos de satisfação e de felicidade numa perspetiva Base-Topo (*Bottom Up*) – a satisfação imediata de necessidades origina felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer resulta em infelicidade – e Topo-Base (*Top Down*) – o grau de satisfação necessário para gerar felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, valores pessoais e outros fatores.

Na perspetiva dos autores supracitados, a grande evolução de bem-estar subjetivo (BES) na investigação surge a partir das décadas de 70 e 80 do século passado, constituindo-se num campo de estudo recente no domínio da Psicologia Positiva. Defendem que o BES é uma dimensão positiva da saúde, considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como a qualidade de vida, o afeto positivo e o afeto negativo.

Contudo, os autores afirmam que, devido à abrangência da sua nova identidade e à quantidade de investigação produzida sobre o conceito, terá sido por volta dos anos 80, que surge uma crise na sua definição, resultando o conceito de bem-estar numa subdivisão: Bem-Estar Subjetivo (BES) e Bem-Estar Psicológico (BEP).

Diener (1984) apresentou o Bem-Estar Subjetivo (BES) compreendendo três características distintivas: a subjetividade, pois assenta nos pontos de vista dos indivíduos; as medidas positivas, uma vez que não é só a falta de afeto negativo; e uma avaliação geral de todos os aspetos da vida do indivíduo. Sendo assim, o BES resulta das avaliações subjetivas (positivas ou negativas) feitas pelos indivíduos acerca da sua vida e que podem envolver julgamentos e sentimentos que decorrem da satisfação com a vida em diversos domínios (trabalho, relações, saúde).

Já o Bem-Estar Psicológico (BEP) constituiu-se como outro campo de estudo, criado por Ryff (1989) e que integra os conceitos a partir de diferentes perspetivas do desenvolvimento do *self*, como: autoaceitação (ter uma atitude positiva em relação a si e aceitar questões diversas sobre a sua personalidade), autonomia (ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais mediante raciocínios pessoais), domínio sobre o ambiente (ser competente no

manuseamento do ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais), relações positivas com os outros (ter relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e de satisfação), propósito na vida (estar direcionado com propósito e objetivos na vida e desenvolvimento pessoal) e crescimento pessoal (perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e estar disponível para novas experiências).

Assim, ao longo dos anos, os estudos sobre o Bem-Estar Subjetivo (BES) têm vindo a desenvolver-se em paralelo e, muitas vezes, em articulação com os conceitos do Bem-Estar Psicológico (BEP), no seio de um campo ainda maior que é o da saúde em geral e da saúde mental em particular (Galinha & Ribeiro, 2005).

Exemplo disso é o estudo realizado no Brasil, por Soares et al. (2020). Os autores realizaram uma revisão da literatura do tipo integrativa com o objetivo de compreender os aspetos ligados à satisfação com a vida (SCV), bem-estar subjetivo (BES) e bem-estar psicológico (BEP) em pessoas idosas. Utilizaram artigos selecionados através da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, publicados entre 2008 e 2018. Dos artigos selecionados 9 tratam da SCV, 6 são sobre BES e 3 de BEP. Segundo os autores, predomina a abordagem quantitativa nos estudos investigados, correlacionando variáveis como: atitude face ao envelhecimento, capacidade funcional, desempenho cognitivo, envolvimento social, suporte social, capacidades sociais, imagem corporal, saúde bucal, condições de ser uma pessoa idosa cuidadora de outra(s) pessoa(s) idosa(s), religiosidade, cuidados com a saúde, participação em atividades de promoção de saúde e subjetividade de cada participante.

Como principais resultados, os autores afirmam que a saúde mental se apresenta correlacionada com a saúde global dos participantes em aspetos físicos, sociais e psicológicos. Os resultados dos diversos artigos revistos por Soares et al (2020) foram os seguintes:

- percepção positiva sobre a própria imagem corporal após sessões de hidroginástica (Viana e Santos, 2015 como citado em Soares et al., 2020);
- baixa satisfação com a vida associada à presença de três ou mais doenças, assim como a problemas de memória, baixa força de preensão e incontinência urinária (Pinto e Neri, 2013 como citado em Soares et al., 2020);
- a avaliação de pessoas idosas cuidadoras sobre sua satisfação com a vida é mais influenciada por variáveis subjetivas, como a autorrealização e o prazer, sendo que a baixa satisfação com a vida parece estar fortemente associada à baixa qualidade

de vida, alta sobrecarga e a fragilidade da pessoa idosa que cuida (Caldeira et al. 2017 como citado em Soares et al, 2020);

- maiores níveis de satisfação com a vida em pessoas idosas cuidadoras com boas condições de saúde, recursos financeiros suficientes e uma rede de apoio social positiva (Tomomitsu et al., 2014 como citado em Soares et al., 2020);
- frequentar uma universidade para a terceira idade contribui de modo positivo para o bem-estar subjetivo e psicológico, com ajustamentos associados a maior nível de escolaridade (Cachioni et al., 2017 como citado em Soares et al., 2020);
- atitudes positivas face ao envelhecimento podem agir como estratégias para enfrentar perdas na velhice, aumentando o ajustamento pessoal e a autoestima (Silva et al., 2013 como citado em Soares et al., 2020);
- programas de treino de capacidades sociais em grupos de pessoas idosas contribuem para a autoestima positiva e aprendizagem, por exemplo, da assertividade, assim como para o aumento da satisfação com a vida, pois interagir socialmente fomenta a aquisição e manutenção de boas relações interpessoais (Carneiro e Falcone, 2013 como citado em Soares et al., 2020);
- quanto maiores os níveis de satisfação com a vida, melhor é a percepção da pessoa sobre a própria saúde bucal, assim como da imagem percebida sobre os profissionais, com redução da ansiedade em relação à experiência em consultório (Rigo et al., 2015 como citado em Soares et al., 2020);
- a religiosidade subjetiva correlaciona-se de forma positiva com a satisfação com a vida; já os afetos positivos e negativos não apresentaram correlações com o envolvimento religioso (Cardoso e Ferreira, 2009 como citado em Soares et al. 2020);
- intervenções cognitivas com tarefas de atenção, memória e funções executivas podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar psicológico das pessoas idosas (Irigaray et al., 2011 como citado em Soares et al., 2020);
- estados afetivos positivos e atividades prazerosas com redes de relações de ordem emocional, instrumental ou informacional são fontes de suporte social que proporcionam bem-

estar com grande influência sobre a avaliação que a pessoa idosa faz da própria vida (Rodrigues e Ruscalleda, 2009 como citado em Soares et al., 2020).

Assim sendo, as variáveis apontadas na revisão de Soares et al. (2020) como promotoras de BES, BEP e SCV, relacionam-se com o dia-a-dia da pessoa idosa que encontra suporte social entre os familiares e nos relacionamentos interpessoais, que proporcionam afetos positivos e atividades prazerosas, mas também se encontram relacionadas com a religiosidade, aspetos de saúde e envolvimento em atividades estimulantes.

O bem-estar faz parte da velhice bem-sucedida, por se referir à satisfação geral com a vida e áreas específicas de funcionamento, como saúde, relacionamentos sociais, atividade, integração social e senso de controlo (Hossen & Salleh, 2025).

Apresentar uma perspetiva positiva sobre o funcionamento humano e o potencial de crescimento na velhice permite considerar estratégias de adaptação e promover oportunidades de mudança positiva na vida adulta (Araujo et al., 2017). Os aspetos positivos da experiência humana, como a experiência subjetiva positiva, os traços individuais positivos e as instituições positivas, tem vindo a extrapolar os modelos tradicionais baseados na patologia, que dominaram diferentes áreas disciplinares ao longo dos anos (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000 como citado em Araújo et al., 2017).

Desta forma, pode concluir-se que os estudos sobre Bem-Estar Subjetivo (BES) e Bem-Estar Psicológico (BEP) se complementam, tornando-se essenciais para compreender o modo como as pessoas mais velhas veem e sentem o seu bem-estar e de que forma a sociedade e a própria pessoa pode contribuir para que esse bem-estar se torne o mais elevado e gratificante possível. Estes estudos proporcionam pistas para a intervenção gerontológica, estabelecendo caminhos para a promoção do Envelhecimento Bem-Sucedido, tais como estimular as relações interpessoais, o envolvimento em atividades prazerosas ou estimulantes.

2. Intervenção em Gerontologia Social

2.1 Avaliar e Intervir em Gerontologia Social

A Gerontologia surge como uma área cada vez mais relevante, relacionando-se, não só, com as questões demográficas do envelhecimento, mas também com a exigência cada vez maior da qualidade dos cuidados e serviços prestados aos mais velhos (Pereira, 2012). É, pois, fundamental, a realização de avaliações adequadas que possam resultar em intervenções eficazes, eficientes e ajustadas o mais possível às necessidades/ potencialidades das pessoas e ao seu ambiente.

No entanto, importa considerar que há procedimentos aos quais os profissionais devem atender antes da avaliação a uma pessoa idosa. Sobre isto, Naleppa e Reid (2003) apresentam algumas diretrizes orientadoras: (a) o ambiente do contexto da avaliação deve ser confortável e conter alguma privacidade, potenciando sentimentos relaxantes; (b) deve ser esclarecido o propósito da avaliação; (c) deve explicar-se o intuito da informação recolhida, explanando o tipo de questões a realizar para tornar o momento mais tranquilo; (d) deve evitar-se o início da avaliação com questões demasiado íntimas, optando por questões mais confortáveis; e (e) é importante usar linguagem clara e expressões que a pessoa idosa entenda.

A respeito da avaliação, esta deve, na perspetiva de Rubenstein (1983), ser multidimensional, isto porque deve ser realizada em colaboração com profissionais de diversas áreas, formando frequentemente uma equipa multidisciplinar que utiliza instrumentos de avaliação standardizados para apoiar na quantificação e na fiabilidade. O autor defende que passa por abordar não só questões médicas, mas também problemas funcionais, psicológicos e sociais, uma vez que, há evidências que apontam para pessoas idosas a receber de forma frequente diagnósticos incompletos e imprecisos. Nesta linha, consideram-se seis grandes áreas de avaliação na velhice: o estado mental, as capacidades funcionais, o estado de ânimo, o envolvimento social, a qualidade do ambiente e a qualidade de vida (Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 1999)

No que à prática em Gerontologia Social diz respeito, Richardson e Barusch (2006) defendem no seu livro “*Gerontological Practice*” que esta se divide em 3 fases: fase da *escuta*, fase da *avaliação* e fase da *intervenção*, que serão descritas em seguida.

Fase da escuta. Esta fase diz respeito à fase inicial pautada pela escuta empática com a pessoa idosa, de modo a permitir a construção de uma relação de confiança entre o profissional e a mesma, servindo de base para uma análise compreensiva das múltiplas questões, mais ou menos complexas da pessoa (Bastos et al., 2015).

Fase da avaliação. Richardson e Barusch (2006) apontam o *modelo integrado de prática gerontológica*, intitulado de *ABCDEF*, onde cada letra corresponde a uma dimensão da vida da pessoa, fundamentado numa perspetiva multidisciplinar e biopsicossocial. De uma forma genérica: a letra (A) avalia as *ações ou comportamentos*, ou seja, a reação da pessoa idosa face a determinados problemas que apresenta, assim como a capacidade para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária; a letra (B) avalia o *funcionamento biológico e físico*, obtendo informações sobre saúde física, predisposições biológicas e historial geral de saúde; a letra (C) diz respeito à parte da *cognição*, avaliando a saúde mental e estratégias de *coping*, incluindo questões acerca da memória a curto e longo prazo e orientação temporal e espacial; a letra (D) está relacionada com os *recursos demográficos*, identificando, por exemplo, idade, estado civil, género, situação face ao emprego e situação económica da pessoa; a letra (E) avalia os *recursos ambientais*, obtendo informações sobre a quantidade e a qualidade das redes de suporte social e respetivas relações familiares, de amizade e vizinhança, assim como os recursos financeiros e sociais e serviços disponíveis na comunidade; por fim, a letra (F) avalia a dimensão dos *sentimentos*, nomeadamente estados afetivos e visões presentes acerca do mundo (Bastos et al., 2015).

Portanto, o propósito da avaliação é compreender necessidades, forças e fraquezas dos indivíduos, obtendo informação que permita uma tomada de decisão acertada relativamente à informação, assim como recomendações de intervenção, apostando-se em avaliações breves (Naleppa e Reid, 2003). Deste modo, quando procedem à avaliação, os profissionais devem: (i) esforçar-se por compreender a capacidade funcional e cognitiva dos adultos mais velhos naquilo que é o seu ambiente social e físico; (ii) conhecer a teoria, investigação e prática dos variados métodos e instrumentos de avaliação existentes, cultural e psicometricamente adequados para utilização junto desta população; e (iii) desenvolver competências para efetuar e interpretar essas mesmas avaliações (American Psychological Association (APA), 2024), permitindo intervenções mais direcionadas e ajustadas ao indivíduo, fazendo do mesmo parte ativa do processo.

Fase da intervenção. A Gerontologia Social é uma ciência que utiliza vários métodos para investigar, avaliar e intervir junto de populações específicas (Bastos et al., 2013). Sobre este aspeto, Richardson e Barusch (2006) defendem que a fase da intervenção abrange aspetos

micro (que dizem respeito à pessoa) e macro (aspetos ambientais), conjuntamente com intervenções básicas e especializadas, onde os profissionais intervêm a vários níveis de diretividade e utilizam várias estratégias, podendo recorrer ao modelo *ABCDEF*, para organizar a sua intervenção e assegurar uma abordagem integrada.

Os profissionais também podem recorrer a outros modelos, como por exemplo: ao modelo da Gestão de Caso, da Prática Centrada na Tarefa ou da Prática Centrada na Pessoa. É fundamental partir da investigação para orientar a prática da avaliação individual das pessoas mais velhas, aplicando o modelo que melhor se adequa.

O modelo de Gestão de Caso incide num plano de intervenção individualizado e monitorizado que garanta, não só a sua eficácia, mas também que a utilização de recursos financeiros da pessoa é feita de forma eficiente e cautelosa (Summers, 2009). Neste modelo os profissionais realizam tarefas de gestão, qualquer que seja a área em que se encontrem, desde a gestão de si (do próprio profissional) à gestão dos outros e à gestão de sistemas (Coulshed, 1998, como citado de Viscarret, 2014). Na perspetiva de Nalleppa e Reid (2003) o profissional, designado como gestor de caso, deve: (1) identificar o caso, (2) fazer uma avaliação do mesmo, (3) fazer um planeamento de forma a permitir uma melhor resolução das necessidades do cliente, (4) articular e coordenar serviços e (5) monitorizar todo o processo, terminando com uma (6) avaliação de todo o caso. Para os autores, o gestor de caso também pode desempenhar funções paralelas ao longo da sua intervenção, orientadas para o cliente ou para a entidade. Pode, ainda, ocupar-se de assuntos em nome do cliente, ajudá-lo a desenvolver competências e habilidades, fornecer informações, aconselhar e contratuar com serviços e potenciar o próprio cliente a garantir recursos adequados e acessíveis às suas necessidades (Moxley, 1989, como citado em Nalleppa e Reid, 2003).

Relativamente ao modelo da Prática Centrada na Tarefa, Nalleppa e Reid (2003) consideram que este é um modelo de intervenção que consiste em atividades (tarefas) bem definidas e realizadas de forma sequencial, tanto pelo cliente, como pelo profissional de forma a solucionar problemas. Os autores apresentam um conjunto de adaptações individuais e familiares, bem como aplicações a grupos. Este modelo define-se através de 5 elementos: (1) problemas- definição do foco da intervenção e hierarquização de problemas; (2) metas/ objetivos- alcançáveis (ambição vs realidade do cliente) e observáveis (alcançado vs definido como sucesso), para eliminar ou minimizar o problema; (3) limite de tempo- acordo de datas e limites; (4) tarefas- empoderar a pessoa no desenvolvimento e realização das suas tarefas (sempre que possível) e fornecer formas para que as potencialidades sejam aprendidas, evitando um

processo de dependência e permitindo o alcance dos objetivos definidos; e (5) registros- mantém a pessoa informada sobre o progresso, esclarece os planos e atua como assistente de memória para o serviço, tanto para pessoas como para profissionais na execução/ monitorização de tarefas (indispensável na prática) (Marsh, 2007).

Atendendo às tarefas, estas podem ser implementadas por uma pessoa ou por duas ou mais (cliente, profissional, cuidador), podendo ser de natureza cognitiva, comportamental ou situacional (procura de informação, a obtenção de recursos, alteração das condições de vida ou do ambiente), direcionando-se para a resolução de problemas, teste de capacidades, desenvolvimento de aprendizagem através da prática, aplicação de ganhos aprendidos nas sessões, aquisição de informação e teste ou desafio de crenças (Nalleppa e Reid, 2003). Assim sendo, no modelo Centrado na Tarefa as principais decisões são tomadas pela pessoa, que deve assumir o controlo e ser ativa na resolução do problema, com a colaboração do profissional que enfatiza a capacidade e o potencial da pessoa para resolver os seus próprios obstáculos, aconselhando-a, mas não instruindo sobre as decisões que deve tomar (Viscarret, 2014).

O modelo da Prática Centrada na Pessoa foca a pessoa como agente da sua própria vida, realçando aquilo que são as preferências e valores da pessoa, preferências e ideais para a sua vida, proporcionando uma visão integradora e holística da mesma, denotando as inter-relações entre fatores físicos, emocionais, ideológicos e espirituais (Viscarret, 2014). Existem 5 requisitos centrais neste modelo: (1) a Pessoa como o centro de todo o processo; (2) o processo deve ser contínuo de escuta, aprendizagem e ação; (3) o reconhecimento de que que cada pessoa é essencial na vida (contexto, amigos e família); (4) foco nas capacidades, necessidades, desejos, sonhos da pessoa; e, por fim, (5) o compromisso com ações de reconhecimento dos direitos da pessoa, onde não há lugar para o papel de profissional (Mata & Carratala, 2007). Segundo Rodriguez (2012) este é um modelo de intervenção capaz de obter melhorias no âmbito da qualidade de vida e bem-estar da pessoa, assente no respeito pela sua dignidade, direitos, interesses e preferências, dispondo da sua participação efetiva.

Portanto, a intervenção, sustentada por diversos modelos, deverá contribuir para realizar mudanças simples no dia-a-dia dos idosos, abrangendo dimensões relacionadas com a intervenção familiar e pessoal, o equilíbrio pessoal e emocional e o desenvolvimento de recursos (Pereira, 2012). Existe, assim, um reconhecimento crescente da necessidade de uma abordagem mais holística na investigação sobre o envelhecimento, pela importância da genética, do estilo de vida, do ambiente e do bem-estar emocional na formação do processo de envelhecimento,

originando uma mudança em direção a metodologias de investigação mais inovadoras que possam integrar diversas disciplinas e ir além de abordagens simplistas (Sathian et al., 2024).

Os profissionais podem contribuir para o desenvolvimento de políticas, alocação de recursos e implementação de práticas baseadas em evidências que promovam a saúde e o bem-estar das pessoas mais velhas através do envolvimento ativo em organizações e na comunidade (APA, 2024).

2.2 Intervenção não farmacológica: terapias alternativas

Nos últimos anos, o interesse pela intervenção não farmacológica (INF) tem sido crescente, em particular na implementação junto de populações mais envelhecidas (Abraha et al., 2015), abrangendo áreas diversificadas. Brodaty e Arasaratnam (2012) defendem que a INF tem na sua base intervenções que abordam aspetos comportamentais, sociais e psicológicos, não envolvendo o uso de medicamentos (intervenção não-farmacológica). Em linha com o descrito, para Aurelian e colaboradores (2023) a INF está diretamente relacionada com iniciativas terapêuticas e de reabilitação médica, psicológica e social, sem o uso de medicamentos. Para os autores, é um conceito muito diversificado e, por isso, difícil de classificar, compreendendo terapias cognitivas e exercícios físicos, isoladamente ou em procedimentos multimétodo.

Kooijmans et al. (2025) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de fornecer uma visão geral das definições de INF usadas na literatura atual sobre a população mais velha e organizar as características envolvidas nas definições. Os autores recorreram a 5 bases de dados: PubMed, Embase, Clarivate Analytics/Web of Science Core Collection, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature e Wiley/Cochrane Library. De um total de 7.062 artigos, os investigadores incluíram 28, publicados entre 2002 e 2023, organizando as definições de acordo com quatro aspetos diferentes: população-alvo, objetivo das intervenções, critérios das intervenções e tipos de intervenções envolvidas.

Relativamente às populações-alvo mencionadas nas definições, os estudos apontam (grupos de) pacientes ou cuidadores. Como objetivo das intervenções, os resultados consideram:

melhorar os sintomas dos doentes, reduzir a incapacidade, gerir melhor a doença ou otimizar as necessidades de cuidados de saúde, reduzir o stress do cuidador ou melhorar o ambiente.

No que concerne aos critérios das intervenções, estes resumem-se à não utilização de medicamentos, à fundamentação teórica, à replicabilidade, à utilização de forma isolada ou em conjunto com outras intervenções, à administração individual ou em grupo, à participação ativa com supervisão, ao impacto mensurável e ao facto de não ser invasiva. Contudo, na perspetiva dos autores, este tipo de critérios é bastante discutível, pois: (1) até ao momento, os estudos não confirmaram, por exemplo, o valor e a eficácia de muitas INFs, em parte por serem desenvolvidas, por exemplo, no meio de trabalho dos profissionais, pondo em causa a fundamentação teórica; (2) pode ser difícil replicar exatamente uma intervenção, sobretudo quando não há um protocolo de intervenção rigoroso, já que são diversos os fatores que podem variar numa intervenção, desde intensidade, local, tempo, entre outros; (3) a supervisão também poderá tornar-se difícil, uma vez que existem intervenções não supervisionadas, levando os autores a eliminar este critério; e (4) pode haver intervenções cujo impacto não seja bem mensurável, todavia, espera-se obter impacto com as intervenções.

Em relação ao tipo de INFs envolvidas, as definições atuais dos estudos abrangem, de forma mais generalizada: intervenções sociais, psicológicas, físicas, de estilo de vida, ambientais, comportamentais e culturais, apresentando-se a intervenção com base na música, incluindo a musicoterapia, nesta revisão como intervenção de âmbito cultural.

De entre as INF, Calenti e Sande (2006), no livro “Principios de Geriatria y Gerontología”, dedicam um capítulo às “Terapias Alternativas” onde abordam “a musicoterapia” e “terapias assistidas por animais de companhia”. Tendo em consideração o tema da presente dissertação, apresentaremos, em seguida, a musicoterapia.

Musicoterapia. A velhice caracteriza-se por uma série de mudanças em todos os aspetos bio-psico-sociais e espirituais. É pautada pela diminuição da memória e da capacidade visual e auditiva, aumento do tempo de reação perante certos estímulos, alguma rigidez pela perda de mobilidade e possível sedentarismo, considerando-se necessário que, instituições no âmbito curricular e assistencial, ponham em prática programas de intervenção que permitam melhorar tanto as condições de saúde como a sua manutenção. Neste sentido, os autores apresentam a musicoterapia como uma técnica de fácil utilização e com resultados a muito curto prazo. Defendem-na como uma ciência paramédica, assente em objetivos não só curativos, mas também preventivos, que resulta em 2 fins, um científico e outro relacionado ao prazer, atuando

a diferentes níveis: a nível social, por favorecer a relação dos membros do grupo; a nível psicológico, pois capacita aspetos sensoriais e cognitivos; e a nível biológico, uma vez que fomenta a atividade física por melhorar a amplitude articular, a força e a mobilidade do indivíduo. Ao longo deste ponto, os autores fazem referência a diversas definições da musicoterapia, todavia, por ser a instituição mais antiga que se conhece da profissão, consideramos a definição apresentada pela, atualmente, designada “American for Music Therapy- (AMTA)”. Assim, para a AMTA, a musicoterapia é a utilização da música com fins terapêuticos, focados em reparar, manter e melhorar a saúde física e mental, sendo orientada por um musicoterapeuta em contexto terapêutico com a finalidade de facilitar mudanças de comportamento.

Musicoterapia como disciplina terapêutica- Os autores apresentam os objetivos da musicoterapia citados por Patxi del Campo, em 1995: (1) favorecer a comunicação; (2) melhorar as relações interpessoais; (3) facilitar o conhecimento de si próprio; e (4) desenvolver a capacidade de autoexpressão. À luz da visão dos autores, a música é capaz de produzir mudanças no ser humano a nível fisiológico, psicológico, intelectual, social e espiritual. Afirmam que a musicoterapia utiliza o som, a música e o movimento para abrir canais de comunicação e possíveis efeitos regressivos, de modo a fomentar o entretenimento e a recuperação dos pacientes para a sociedade e a permitir-lhes organizar a sua vida interior e exterior, fazendo da musicoterapia uma disciplina terapêutica.

Importância da música como expressão das emoções- A música sempre se constituiu como uma forma do ser humano se expressar pela participação e comunicação de sentimentos, estimulando a imaginação, o equilíbrio afetivo, a linguagem, entre outros. A emoção é, na perspetiva dos autores, o denominador comum da ação terapêutica da música, uma vez que a música se adapta a todas as artes, apresentando para cada pessoa um significado diferente. Permite afastar a solidão, facilita a socialização e ajuda na luta contra a dor, incentivando a segurança e induzindo sentimentos de gratificação. A música é, para os autores, o meio mais eficiente de estabelecer uma relação de ternura entre paciente e terapeuta, ajudando a controlar determinados comportamentos e incentivando a atitudes positivas. Contudo, os autores referem que a musicoterapia é só uma parte do tratamento, e é crucial o profissional ter isso em atenção.

A- Princípios básicos da musicoterapia

Calenti e Sande (2006) fazem alusão à perspetiva de diversos autores relativamente aos princípios básicos da musicoterapia. Para os gregos, a música pode criar algum tipo de estado

de ânimo, partindo do princípio que a música movimenta o organismo em aspetos fisiológicos, psicológicos, intelectuais e espirituais num determinado tempo e de imediato, predominando um ou vários aspetos, segundo o tipo de música que se esteja a ouvir ou a interpretar. O princípio homeostático, defendido pelo psiquiatra Altshuler em 1996 e apresentado pelos autores, assenta na premissa que o ritmo e a melodia são elementos estruturantes, já que o ritmo exerce repetição e permite auxiliar o indivíduo a expressar livre e diretamente as suas necessidades lógicas, eliminando ou aumentando um determinado comportamento. Altshuler sugere, mais tarde, um outro, designado de princípio do prazer, onde relaciona a melodia e o ritmo com o prazer. Neste seguimento, surge o princípio ISO («igual») a afirmar que a música a aplicar deve ser idêntica ao estado de ânimo do paciente, de modo a facilitar a resposta mental e emocional do paciente na intervenção. Um outro princípio é o da compensação, proposto por Poch em 1988, defendendo que a música procura fazer face às carências dos indivíduos, que escolhem a música que melhor se adequa a um determinado momento que vivenciam.

Componentes da música- A música requer um procedimento cronológico, que incentive o indivíduo a comprometer-se com a experiência a cada momento, exigindo uma adaptação e orientação do mesmo com a realidade. Os autores consideram que o ritmo da música implica uma previsão dos elementos musicais para que seja transmitida segurança, tranquilidade e conforto ao indivíduo. Neste sentido, apontam como principais componentes da música: (1) os sons; (2) os silêncios; (3) os timbres (agudo/grave); (4) o ritmo; (5) as nuances; (6) as acentuações (forte/ fraco); e (7) o tempo. Estes elementos formam, assim, a melodia musical, não podendo dissociar-se da harmonia, definida pelos autores como um grupo de tons (sons musicais) que soam em simultâneo e com significado musical.

Indicações da musicoterapia- Para os autores, a musicoterapia pode atuar como papel de apoio a tratamentos psiquiátricos ou como terapia para reduzir o stress, permitindo a diminuição da ansiedade e a melhoria da autoestima. Note-se que grandes investigações científicas no domínio apoiam a aplicação da musicoterapia junto de diferentes beneficiários de diversas faixas etárias e que apresentem um ou vários tipos de patologia. No caso da Gerontologia, a musicoterapia pode beneficiar pessoas mais velhas com doenças degenerativas relacionadas à idade ou com doenças terminais. Permite, assim, na visão dos autores: (a) explorar sentimentos; (b) fazer mudanças positivas no estado de ânimo; (c) desenvolver um sentimento de controlo das suas vidas através de experiências bem-sucedidas; (d) aprender a pôr em prática habilidades que permitam resolver problemas e conflitos; e (e) melhorar as competências de socialização.

A musicoterapia em Gerontologia- A música é um ótimo recurso no tratamento de patologias de pessoas mais velhas, já que permite aumentar a sociabilização. Contudo, importa atender às especificidades deste grupo etário, na medida em que, devido à idade, são um grupo de menor flexibilidade para seguir mudanças rítmicas distintas a uma velocidade constante, devendo utilizar-se outras atividades para fomentar respostas individuais. Antes da realização de sessões de musicoterapia com pessoas mais velhas, os autores consideram ser essencial: (a) adotar-se uma postura amável e sem insistência; (b) a música deve ser conhecida e agradável para o público-alvo; (c) deve atender-se às limitações físicas e mentais que poderão estar presentes; (d) as sessões de música devem ser breves para não desviar o foco; (e) e deve permitir-se o diálogo entre as pessoas sempre que se considere oportuno. Os autores terminam o ponto direcionado para a musicoterapia apresentando, também, os múltiplos benefícios da aplicação da mesma: (1) as sessões em grupo favorecem o diálogo e a socialização e estimulam a memória e as reminiscências; (2) permite aos pacientes o contacto com a realidade; (3) fomenta a autoestima e permite melhorar capacidades e potencialidades, podendo prevenir depressões e situações de isolamento; (4) reativa o prazer provocado pelos movimentos suaves corporais; (5) melhora as funções motoras e perceptivas; (6) permite manter uma boa circulação sanguínea e o tônus muscular; (7) a expressão de sentimentos através da música, o canto, exercícios respiratórios, audição de canções e expressão corporal ajuda a estimular as pessoas mais velhas a desfrutar do momento; e (8) a musicoterapia pode resultar numa intervenção importante quando é capaz de produzir mudanças consideráveis e diferentes níveis do funcionamento da pessoa.

A música é, assim, uma das formas mais universais de expressão e comunicação na vida humana e está presente no dia-a-dia de pessoas de todas as idades e culturas em todo o mundo (Biasutti et al., 2020). Importa, contudo, atender a uma distinção importante, particularmente para o estudo em análise. A musicoterapia é abordada no presente estudo como forma de informar e consciencializar o leitor para o potencial que a música pode ter no ser humano, em particular nas pessoas mais velhas. Todavia, este estudo não retrata uma intervenção de Musicoterapia, uma vez que esta é uma profissão credenciada que requer formação académica, com aplicações clínicas e baseadas em evidências da música, seguidas de formação clínica supervisionada (Mercadal-Brotons et al., 2021). No presente estudo, apesar da intervenção ter sido supervisionada, seguir uma metodologia e os profissionais terem frequentado formação para conhecer a mesma, estes não são profissionais credenciados com formação académica em música, logo, não se trata de musicoterapia, mas sim de uma intervenção com base na música ou intervenção musical em pessoas com 65+ anos.

2.3 A música e o bem-estar nas pessoas mais velhas: contributos da investigação

Na perspetiva da Organização Mundial da Saúde (2015, p.31), o termo bem-estar “é considerado no sentido mais amplo e abrange questões como felicidade, satisfação e realização.” A relação entre a música e o bem-estar tem vindo a ser estudada em diferentes contextos e com diferentes populações, havendo evidência de que a utilização da música produz benefícios a vários níveis, inclusivamente nas pessoas mais velhas, com ou sem demência, com ou sem doença, tal como indicam os estudos reportados nesta secção.

Na época do homem grego, a música já era uma referência em momentos da vida (Júnior, 2007). A teoria do "ethos", considerada central no pensamento filosófico de Platão e Aristóteles sobre a música, corresponde à teoria sobre a qual se pensa que modos musicais específicos evocam movimentos caraterísticos da alma e, assim, afetam tanto as emoções e o carácter das pessoas como o bem-estar da sociedade, apresentando um impacto significativo nos argumentos filosóficos sobre a ligação da música com a emoção (Stamou, 2002).

A música era de tal modo valorizada na Idade Média que, para a composição e manutenção do bem-estar, a lei obrigava os estudantes de medicina a apreciarem, também, música, isto por se acreditar que a cura da mente através da música também curava o corpo, existindo, por exemplo, aplicações musicais específicas para doenças definidas (o som alternado da flauta e da harpa servia como remédio para a doença da gota) (Conrad, 2010) .

Rodrigues (2022) defende, assim, que a utilização da música surge como um meio eficaz na solução de conflitos internos, expressão de emoções, evocação de lembranças e factos de forma inconsciente, acompanhando o estado de espírito num determinado momento específico, devendo a música ser sempre escolhida com o propósito de melhorar o humor e o bem-estar das pessoas.

Nesta linha, Siltainsuu e Peltola (2024) realizaram uma revisão para investigar as potenciais mecanismos por trás dos efeitos positivos no bem-estar de idosos. Os autores selecionaram publicações revistas por pares de janeiro de 2010 a dezembro de 2022 e de 1.103 artigos, incluíram no estudo 141 artigos. Após a realização da análise dos mesmos, os autores identificaram cinco mecanismos principais pelos quais a música pode apoiar o bem-estar nas pessoas mais velhas: (1) reabilitação cognitiva e física através da música, (2) envolvimento social

em atividades musicais em grupo, (3) envolvimento da pessoa com a música para suporte emocional, autoconexão e construção de significado, (4) apoio ao bem-estar de ambientes sociais junto de adultos mais velhos e (5) aperfeiçoamento da acessibilidade e adaptação relacionada à idade em atividades musicais. Assim, Siltainsuu e Peltola (2024) reforçam, através da sua revisão, que o envolvimento da pessoa com a música potencia o seu bem-estar.

Relativamente às questões de humor, Chan et al. (2012) apresentaram um estudo controlado randomizado com o objetivo de determinar o efeito da música nos níveis de depressão em idosos. O estudo realizou-se em casa de cada um dos participantes, em Singapura e contou com uma amostra por conveniência de 50 idosos (24 que usaram música e 26 do grupo de controlo). Os participantes ouviram música à sua escolha durante 30 minutos por semana, durante oito semanas. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e questões sobre historial médico e experiência prévia em música, assim como uma escala para avaliar a variável em estudo. Como principais resultados, Chan et al. (2012) apontam que: os níveis de depressão diminuíram semanalmente no grupo que ouviu música, indicando um efeito cumulativo, assim como uma redução estatisticamente significativa nos níveis de depressão ao longo do tempo no grupo que ouviu música em comparação com o grupo que não tinha audição de música. Os indivíduos com valores menores de depressão sugeriram que os estímulos musicais foram processados através do humor.

Também Hars et al. (2014) efetuaram uma análise secundária de um ensaio clínico randomizado para investigar se 6 meses de treino multitarefa baseado na música tinham efeitos benéficos no funcionamento cognitivo e no humor em idosos. Participaram 134 residentes da comunidade com idade ≥ 65 anos designados, aleatoriamente, para dois grupos: um grupo de intervenção (n=66), que frequentou aulas de grupo supervisionadas de 1 hora, uma vez por semana, com exercícios multitarefa, executados ao ritmo de música de piano e um grupo de controlo (n=68) que manteve os seus hábitos diários, durante 6 meses. Foi administrada uma bateria de testes neuropsicológicos no início do estudo (pré-teste) e no sexto mês (pós-teste), incluindo o MMSE e o teste do desenho do relógio para desempenho cognitivo, a FAB para questões neuropsiquiátricas e a HADS-A para avaliar ansiedade e depressão. O estudo defende que seis meses de treino multitarefa baseado na música, uma vez por semana, foram associados à melhoria da função cognitiva e redução da ansiedade nos idosos residentes na comunidade, em comparação com o grupo de controlo, que não praticou exercícios.

Cheung et al. (2018) também se preocuparam com as questões do humor e decidiram dar lugar a um ensaio clínico randomizado multicêntrico realizado através de amostragem por

conveniência. Foram selecionados 165 participantes em 12 instituições de acolhimento residencial em Hong Kong, portadores de demência moderada e com 65 ou mais anos. O objetivo do estudo consistia em analisar os efeitos de uma intervenção com base na música, com 3 grupos aleatórios: o grupo *music-with-movement* (MM), em comparação com o grupo *music listening* (ML) e com o grupo *social activity* (AS). Os participantes do grupo da intervenção (MM- 4 a 6 participantes por grupo) contactaram com a música através de atividades, 2 vezes por semana, durante 6 semanas, em sessões de 30 minutos cada: 5 minutos para cantar uma música de saudação, 20 minutos para atividades de MM e 5 minutos para cantar uma música de encerramento. Já os participantes do grupo ML ouviram as suas músicas preferidas, enquanto o grupo AS conversou casualmente, duas vezes por semana, durante seis semanas. A recolha de dados realizou-se no início do estudo (T0), logo após a intervenção (T1) e seis semanas depois da intervenção (T2). Como principais resultados, os autores supracitados defendem uma redução significativa da ansiedade tanto no grupo da intervenção (MM), como no grupo de controlo (ML), mas não no grupo SA. No caso da depressão, o estudo apresentou uma redução significativa nos sintomas depressivos para o grupo de controlo MM, e não para o grupo ML. No grupo AS não se observaram alterações significativas em nenhuma das variáveis de resultado em T1. Portanto, na perspetiva dos autores, os resultados deste estudo podem indicar que uma intervenção que consiste em música, movimento e elementos sociais (MM) é preferível à interação social isolada.

Numa outra investigação, esta com três estudos de caso, Creech et al. (2013) tinham como objetivo explorar a relação entre a produção musical ativa e o bem-estar subjetivo na vida de idosos. Foram aplicados questionários com vista a fornecer informações sobre questões sociodemográficas e sobre as experiências musicais anteriores dos participantes, instrumentos tocados, nível alcançado, capacidade para leitura musical e música no seu dia-a-dia. Os questionários também incluíram uma escala para medir qualidade de vida e necessidades psicológicas básicas. A amostra foi constituída por 500 idosos que participaram no estudo, com 398 (80%) a participar em grupos musicais e 102 (20%) a participar em grupos com outras atividades. Como principais resultados, os autores referem que os participantes envolvidos nas atividades com música demonstraram níveis mais elevados de bem-estar subjetivo, em comparação com aqueles envolvidos noutras atividades em grupo. Os participantes envolvidos nas atividades com música também apresentaram benefícios emocionais. Comparações entre os envolvidos na produção musical e os restantes revelaram diferenças estatisticamente significativas, com os grupos musicais apresentando respostas mais positivas no propósito de vida, autonomia e controlo e nos relacionamentos sociais positivos, competência e afirmação

social. As observações dos ensaios e da performance mostraram que os participantes se tornaram visivelmente mais positivos e animados à medida que “faziam” música.

No sudoeste da Inglaterra, Melhuish (2013) reporta um estudo piloto de uma intervenção de musicoterapia numa enfermaria com pessoas com demência. Realizaram-se 10 sessões semanais de 1 hora de música (cantar, ouvir música e tocar instrumentos de percussão), com sessões que vão de 6 a 13 participantes, focando em três aspetos das respostas individuais dos pacientes nas sessões: bem-estar, envolvimento e relacionamentos. Segundo a autora, o número médio de assiduidade representa pouco menos de 46% de uma enfermaria totalmente ocupada, enquanto o grupo com melhores cuidados atraiu 68% do número máximo de doentes. Neste estudo piloto observou-se que o bem-estar dos indivíduos parecia frequentemente aumentar durante as sessões, com pontuações positivas a representar 67,8% do total, incluindo nove pontuações negativas no início de uma sessão, mas que aumentaram para uma pontuação positiva no final, identificando-se uma melhoria significativa no bem-estar. Parte dos participantes envolveu-se ativamente nas sessões, expressando-se de várias formas, permitindo a libertação de sentimentos. Nos relacionamentos foram registadas 27 pontuações positivas, permitindo aos participantes oportunidades para se comunicarem com outras pessoas.

Em Itália, Biasutti e Mangiacotti (2018), num ensaio clínico randomizado, decidiram investigar se um treino cognitivo baseado em exercícios de ritmo-música e improvisação musical apresentaria efeitos positivos nas funções executivas em participantes mais velhos. Foram seleccionados aleatoriamente 35 idosos saudáveis ou com comprometimento cognitivo leve a moderado, residentes num centro residencial. No grupo experimental participaram 18 pessoas com sessões de treino cognitivo musical (12 sessões quinzenais de 70 minutos) e no grupo de controlo participaram 17 pessoas em atividades de ginástica (12 sessões quinzenais de 45 minutos). Foi administrada uma bateria de testes neuropsicológicos no início e no final da intervenção. A comparação pré-teste e pós-teste evidenciou uma melhoria significativa para o grupo experimental em relação ao grupo de controlo, que não apresentou melhorias. Logo, a utilização de um protocolo cognitivo baseado em exercícios rítmico-musicais e exercícios de improvisação musical está associado a melhorias das funções cognitivas em idosos com comprometimento cognitivo leve a moderado, independentemente do grau de reserva cognitiva do indivíduo.

Em investigações mais recentes, Lin et al. (2023) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise com o objetivo de investigar a eficácia de terapias com base na música na cognição, qualidade de vida (QV) e sintomas neuropsiquiátricos de pessoas com demência. Dos 148

estudos identificados, 15 foram elegíveis para inclusão nesta revisão. A combinação de música ao vivo e gravada, sessões de grupo ou individualizadas poderia ser organizada por musicoterapeutas ou outros profissionais de saúde. Os resultados indicaram que, as terapias com base na música, em comparação com terapias não musicais melhoraram a cognição das pessoas em 15 dos 22 ensaios e melhoraram significativamente a qualidade de vida das pessoas em 11 testes, assim como sintomas neuropsiquiátricos das pessoas em 6 ensaios. Para os autores, a música apresentou o benefício de ser universalmente apreciada, envolvendo participantes, cuidadores e equipa.

Também Van der Sten et al. (2025) efetuaram uma pesquisa em várias bases de dados com o objetivo de avaliar os efeitos das intervenções terapêuticas baseadas na música para pessoas com demência. Os autores incluíram 30 estudos, realizados em 15 países, com 1.720 participantes, maioritariamente, diagnosticados com demência em vários graus de gravidade, a residir em instituições e selecionados de forma aleatória. Como principais resultados do estudo, os autores apontam que as intervenções terapêuticas baseadas na música em comparação com cuidados de rotina, melhoram, possivelmente sintomas da depressão, assim como sintomas neuropsiquiátricos e problemas comportamentais em geral.

Com o objetivo de fornecer um panorama abrangente de revisões sistemáticas existentes sobre os efeitos das intervenções musicais na saúde de idosos na prática clínica, Ma e Ma (2023) realizaram um estudo através da metodologia do mapa de evidências. O estudo envolveu a identificação de revisões sistemáticas relevantes e meta-análises em 7 bases de dados eletrónicas. De 513 resultados, os autores identificaram 67 estudos, a maioria publicados entre 2017 e 2022, categorizando os efeitos das intervenções musicais em 4 grupos: positivos (58 resultados), potencialmente positivos (4 resultados), inconclusivos (2 resultados) e sem efeito (3 resultados). As intervenções musicais descritas no referido estudo indicaram, assim, efeitos maioritariamente positivos ou potencialmente positivos na saúde de pessoas idosas, abrangendo áreas como bem-estar psicológico, funcionamento cognitivo, respostas fisiológicas, qualidade de vida e bem-estar geral, afirmando que mais de metade dos estudos incluídos (52,24%) indicaram que as intervenções musicais se mostraram eficazes na melhoria da função cognitiva geral de adultos mais velhos.

Para Rodrigues (2022) procuram-se, atualmente, novas modalidades de intervenção, com uma abordagem multidisciplinar, vendo a pessoa idosa como um todo e harmonizando a sua estrutura física e mental. Deste modo, um conjunto convincente de investigações demonstrou que a música continua a oferecer um potencial poderoso ao nível do bem-estar geral e das

funções cognitivas, reduzindo potenciais sintomas de depressão e ansiedade, fomentando o envolvimento social e os relacionamentos resultantes da participação em atividades musicais individuais e em grupo e permitindo à pessoa idosa construir significado de si mesma e propósito de vida, independentemente do grau de reserva cognitivo que apresente.

3. A metodologia SOUND e o bem-estar de pessoas mais velhas

3.1 As atividades em círculo e a metodologia SOUND

A metodologia SOUND (<https://soundeupproject.eu/>) pressupõe uma intervenção inovadora e combinada com parâmetros específicos e investigações no domínio, que serão descritas de seguida.

Caldini et al. (2019) foram pioneiros desta metodologia ao apresentarem um projeto experimental com o objetivo de compreender o impacto de atividades musicais realizadas em círculo em pessoas com demência. Os autores selecionaram o Centro de Dia de Trento, em Itália, para aplicar o estudo entre maio e agosto de 2018. A metodologia de “atividades em círculo” já estava a ser implementada em contexto educativo-musical com profissionais da área da música, por Albert Hera, músico e um dos investigadores deste estudo. Todavia, após um encontro com os restantes investigadores, considerou-se fundamental a expansão do uso da metodologia para o contexto da prestação de cuidados.

O projeto incluiu uma intervenção com um total de 10 sessões, sendo cada sessão composta por exercícios motores e cognitivos, todos efetuados através do uso da voz, e, por vezes, combinada com objetos de apoio e instrumentos musicais. As atividades musicais e músicas utilizadas no círculo pertenciam aos períodos históricos dos participantes, peça chave para relembrar contos, histórias de vida e emoções. A amostra foi constituída por 8 utentes, excluindo-se quem apresentasse défices auditivos severos. Foram avaliadas as dimensões cognitiva (através do Montreal Cognitive Assessment [MOCA], Conti, et al., 2015; Trail Making Test, Mondini et al., 2003 e Teste de Fluência Verbal por Categoria, Spinnler & Tognoni, 1987), assim como o comportamento agitado (através da Cohen-Mansfield agitation inventory [CMAI], Vespa A. et al., 2002), antes e após a intervenção. Sendo uma amostra reduzida, os autores optaram por realizar uma observação em profundidade utilizando fichas de observação não validadas em 2 participantes com características cognitivas e comportamentais distintas: o primeiro com défices cognitivos graves e manifestações afetivo-comportamentais caracterizadas pela oposição e a agressividade verbal; o segundo, com capacidades cognitivas preservadas, porém com perturbações sensoriomotoras e de humor. Esta observação realizou-se em 3 momentos: (T1) antes da intervenção (pré)- com uma avaliação do estado emocional/comportamental como humor, solidão/convivência, comunicação; (T2) durante as

sessões- verificar a utilização das funções cognitivas e funções sociais/emocionais/comportamentais; (T3) após a intervenção (pós)- aplicando a mesma avaliação da pré intervenção. Caldini et al. (2019) referem como principais resultados que as Atividades em Círculo foram muito positivas, com satisfação demonstrada tanto pelos participantes como pelas famílias que participaram em seis encontros, permitindo aos participantes expressarem-se através da música. Não se observaram alterações significativas nas dimensões avaliadas no pré e pós teste devido à escassez dos dados recolhidos e à dificuldade de controlo das variáveis confundidoras. Na observação efetuada aos dois participantes, os investigadores apontam que, no decurso das sessões, as atividades tiveram uma tendência positiva, tanto na funcionalidade cognitiva, como nas questões social/ emocional/ comportamental, com diminuição do comportamento verbal agitado, que, na presença de música, improvisaram de forma criativa, capacitando a sua memória e permitindo libertar as suas emoções para se disponibilizarem para a relação com o outro. Na visão dos autores, o projeto experimental permitiu focar o papel que a criatividade pode desempenhar na relação de cuidados em pessoas com Alzheimer, sendo um exercício positivo de estimulação cognitiva, onde todos puderam expressar-se sem medo de falhar.

Com base nesta metodologia e de modo a inspirar futuras formações educativas sobre o uso da música aplicada ao tratamento da demência, surge o projeto intitulado: SOUND: *Training social and health care professionals in music-based therapeutic interventions to support older people with dementia* (<https://soundeuproject.eu/>). Tal como referido por Quattrini et al. (2024), o projeto SOUND tem como objetivos: (1) desenvolver uma nova metodologia e um currículo de formação para profissionais de saúde e cuidadores informais (CI) de pessoas mais velhas com demência (PcDs), com base em atividades de música desenvolvidas em círculo (ministradas em instituições e em casa); (2) desenvolver e testar a eficácia de uma intervenção com base no método SOUND; e (3) monitorizar os resultados do estudo junto dos PcDs, CI e profissionais de saúde e sociais. Implementado em Itália, Portugal e Roménia, o projeto envolve pessoas com défice cognitivo ou demência (PcD), cuidadores informais (CI) e profissionais de saúde e sociais que trabalham na área da demência, identificando de que forma os serviços de saúde e sociais e os seus profissionais podem proporcionar experiências para melhorar os cuidados. Assim, o SOUND dividiu-se em 3 fases: 1ª fase- Co-Design; 2ª fase- Currículo de formação com base na música e implementação da formação; 3ª fase- Estudo piloto.

➤ 1ª Fase- Co design

Desenvolver um currículo sobre atividades ativas e passivas com base na música (usando como referência o método *Experience-Based Co Design (EBCD)* um processo realizado por etapas, incluindo uma parte prática e uma parte de investigação proposta Bate e Robert, 2006 como citado em Quattrini et al. 2024) através de:

- a) grupos focais com os profissionais de saúde e sociais de pessoas mais velhas com demência;
- b) entrevistas às pessoas mais velhas com demência (PcDs);
- c) workshops de música com os profissionais de saúde e sociais de pessoas com demência, PcDs e seus cuidadores informais (CI);
- d) desenvolvimento de uma campanha de conscientização sobre “música para demência”.

Para identificar a amostra do co design do *SOUND*, os investigadores definiram os seguintes critérios que constam da seguinte tabela (Tabela 1):

Tabela 1- Critérios de inclusão (Quattrini et al., 2024)

	Critérios de inclusão
Pessoas com demência (PcDs)	• diagnóstico formal de demência • pontuação mínima de 15 no MMSE • expressarem-se bem verbalmente • não apresentarem deficiência auditiva e visual nem problemas motores que os impedissem de participar nas atividades
Cuidadores (CI)	• teriam de ser cuidadores principais de PcDs há mais de 1 ano • prestar cuidados médios intensivos (i.e., 14 a 20 horas por semana)
Profissionais de saúde e social de pessoas com demência	• a trabalhar com PcDs • mostrar interesse e motivação para o projeto

Após a definição de critérios, os investigadores formaram a amostra do co design *SOUND* para profissionais de saúde e sociais de pessoas mais velhas com demência, cuidadores informais e pessoas mais velhas com demência.

Um total de 55 pessoas esteve envolvido no co design nos três países participantes (Itália n=21; Portugal n=15 e Roménia n=19). Dos participantes, 18 eram profissionais de saúde e sociais de pessoas mais velhas com demência (dos quais 2 músicos), 15 CI e 22 PcDs. A amostra era, maioritariamente, constituída por mulheres: as profissionais envolvidas eram todas mulheres (8 em Itália, 5 em Portugal e 5 na Roménia), das PcDs 17 eram mulheres e dos 15 CI, 12 eram mulheres. Os CI estiveram presentes em igual número nos 3 países (n=5/28%). Portugal foi o único país sem cuidadores informais homens e com menor número de PcDs (n=5/23%).

No que concerne às entrevistas e grupos focais:

- i. foram gravados em vídeo e áudio;
- ii. conteúdo foi transcrito pelos investigadores a nível nacional, nas línguas dos respetivos países;
- iii. os PcDs tiveram orientação de um gerontólogo ou um profissional do domínio do envelhecimento, apoiado por profissionais de cuidados, (psicólogos e/ou educadores) que conheciam os doentes e que trabalhavam no centro de cuidados de Alzheimer ou de demência;
- iv. em Itália e Portugal, realizaram-se entrevistas individuais e presenciais devido ao comprometimento cognitivo dos PcDs, para evitar distrações e confusão;
- v. no exemplo de Portugal, a organização parceira leciona música folclórica tradicional, então, esta foi integrada nas sessões de co design.

Em relação aos workshops de música, de, aproximadamente, 75 minutos, estes realizaram-se em cada país piloto do SOUND: foi previamente preparada uma lista de atividades, adaptadas e personalizadas em cada país de acordo com os recursos, competências e aptidões das equipas nacionais e com base no perfil dos PcDs, obtido através de biografias e preferências musicais. Cada workshop incluiu uma observação “em direto” de, no mínimo, 2 observadores internos e 3 externos, das reações e do comportamento dos participantes, com anotações no final de cada sessão, e uma observação à posteriori efetuada pelos investigadores, facilitador e observadores externos a partir das gravações em vídeo das sessões.

Para Quattrini et al. (2024) o principal ponto forte desta fase é o processo *bottom-up*, pois permitiu, tal como o nome indica, moldar o seu conteúdo e estrutura, da base para o topo, juntando contribuições dos diferentes intervenientes no workshop de co design e tornando possível refletir a maioria das expectativas dos formandos.

Assim, as sessões de co-design esclareceram os conteúdos básicos e as características do currículo SOUND e apoiaram a formulação de sugestões relevantes para dar lugar à 2ª fase do projeto, a estrutura curricular SOUND.

➤ **2ª Fase- Currículo de formação com base na música e implementação da formação**

Nesta fase, aos autores identificaram os conteúdos básicos e prioritários da formação SOUND e elaboraram o currículo em inglês com tradução para italiano, português e romeno. A estrutura curricular da formação encontra-se descrita na tabela 2.

Tabela 2- Currículo de formação SOUND

Módulos	Título	Nº de lições	Avaliação
0	Círculo de música virtual	2	
1	Envelhecimento e Demência	3	Aulas teóricas (online e presencial)
2	O bom trabalho na equipa de cuidados	2	13 testes de autoavaliação dos formandos (55 questões no total, realizados on-line no final de cada módulo, com avaliação de 1 a 5)
3	Método SOUND	7	
4	Metodologia para analisar os resultados SOUND	3	
5	Design SOUND activities	Workshop final (aula prática presencial)	Teste prático- criar e facilitar uma atividade em círculo com um grupo de 5 a 6 outros formandos, simulando uma sessão com PcDs e observadores internos. Avaliar formandos em 5 domínios, numa escala com pontuação de 1 a 5: 1- configuração e uso de equipamentos; 2- empatia e relacionamento; 3- resolução de problemas; 4- participação; 5- criatividade.
Total de 18 lições = 22 horas			
Avaliação no final do curso pelos formandos (9 questões numa escala com pontuação de 1 a 5 aos parâmetros: estrutura geral, conteúdos teóricos e workshops práticos)			

Após elaboração do currículo SOUND, procedeu-se ao recrutamento para a formação. Os investigadores utilizaram amostragem em bola de neve (folheto com informações sobre o curso e como se inscrever, através de vários canais de recrutamento) e definiram como critérios de seleção: profissionais com licenciatura ou mestrado em saúde ou na área social a trabalharem como cuidadores profissionais de pessoas com demência.

Findo o processo de recrutamento, os investigadores selecionaram um total de 63 pessoas (29 em Itália, 17 em Portugal e 17 na Roménia). Esta amostra foi selecionada pela participação em, no mínimo, 90% das 22 horas totais de formação e passagem à fase de avaliação. Os formandos pertenciam a 4 categorias de profissionais: educadores profissionais (41,4%) na Itália (3 dos quais também músicos), auxiliares de enfermagem ou enfermeiros (82,4%) em Portugal e (neuro) psicólogos/psicoterapeutas (52,9%) na Roménia. A amostra era composta, na maioria, por mulheres, tanto a nível nacional como internacional (88,9%), com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos na Roménia (76,4%) e em Portugal (41,2%), e os 50 e os 59 anos na Itália (44,9%). A formação foi ministrada em vídeo-aulas, entre junho e julho de 2023 com apresentações em PowerPoint (PPT) e sebatas fornecidas através da plataforma moodle Virtual Music Circle (VMC) (também criada para apoiar profissionais e músicos).

Como principais resultados da implementação da formação, Quattrini et al. (2024) assinalam que a maioria dos formandos atingiu a pontuação mais elevada na avaliação das competências teóricas nos três países. Nas competências práticas, em Itália e Portugal, a pontuação média mais alta foi para “participação” e “empatia e relacionamento” e a mais baixa para “resolução de problemas” e “criatividade”. Na Roménia, a pontuação média mais alta foi para a “criatividade” e a mais baixa para “configuração e uso de equipamentos”, sendo que, no geral, algumas destas competências precisam ser melhoradas. Dos 63 formandos, 11 não receberam nota suficiente (15 valores) na pontuação total (7 na Itália, 2 na Roménia e 2 em Portugal). Na parte prática, na Itália, cerca de 3 em cada 4 formandos obtiveram nota suficiente (+15 valores), 18,5% foram “quase suficientes” (14,5 valores) e 7,4% não foram suficientes; em Portugal e na Roménia, a maioria dos formandos foi avaliada com a pontuação total de “bom” (70,6%). A formação SOUND foi avaliada muito positivamente pelos formandos dos 3 países, todos com notas médias superiores a 4 em relação a todos os parâmetros, a valorizarem as aulas presenciais às online.

Se comparadas outras dinâmicas musicais realizadas com profissionais de cuidados de PcDs destacadas na literatura do presente estudo, os autores defendem que: (a) enquanto estas eram compostas por conferências presenciais ou aulas à distância, o SOUND incluiu ambos; (b) os instrutores eram principalmente enfermeiros ou musicoterapeutas, enquanto no SOUND a equipa incluía profissionais de diferentes áreas, como psicólogos, músicos, sociólogos, educadores profissionais e gerontólogos; (c) quando comparado com dinâmicas musicais semelhantes, o SOUND incluiu não só canto e audição, mas também exercícios rítmicos,

movimento corporal, narrativas para estimular a memória e a fluência verbal, integrando um kit de ferramentas que podem revelar um forte estímulo para os PcDs.

Além disso, para os autores, a formação SOUND é totalmente replicável e sustentável, pois encontra-se disponível em quatro idiomas (inglês, italiano, português e romeno), é totalmente gratuita e acessível através da plataforma VMC e os profissionais com treino (componente prática e nota mínima suficiente em cada um dos 12 testes (8+) e no geral (80+)) para aplicarem o método SOUND podem fazê-lo nas unidades onde trabalham sem custos adicionais de pessoal e com a única necessidade de cobrir materiais de baixo custo.

Relativamente às limitações do estudo, os autores indicam: (1) a ausência de entrevistas aos formandos; (2) as competências adquiridas dos profissionais deveriam ter sofrido uma avaliação mais robusta; (3) não foi testada a correlação entre o conhecimento e as competências adquiridas durante a formação e a capacidade real dos formandos na aplicação do método de forma adequada, a par da influência no bem-estar dos profissionais; e (4) na visão de alguns formandos e formadores, o tempo para as sessões síncronas e presenciais não foi suficiente para alguns tópicos, devendo futuras edições da metodologia SOUND e outras dinâmicas baseadas em música para profissionais antecipar mais atividades práticas.

Para Quattrini et al. (2024), a formação SOUND abordou a necessidade do uso autónomo da música por cuidadores profissionais na rotina de cuidados, sem a intervenção direta de musicoterapeutas, como meio para melhorar o bem-estar, tanto de cuidadores profissionais como das pessoas com demência.

Deste modo, após finalização e avaliação da formação SOUND, surge a 3ª fase, onde Santini et al. (2024) dão lugar à metodologia SOUND como intervenção, através de um estudo piloto, abordado em seguida.

➤ **3ª Fase- Estudo piloto**

Santini et al. (2024) realizaram um estudo piloto quase experimental, com grupo único, de tipo pré e pós-teste, com os objetivos de investigar: 1) a eficácia da intervenção SOUND no bem-estar mental e na cognição de pessoas com défice cognitivo ou demência (PcDs) e 2) avaliar a viabilidade e os resultados preliminares do currículo SOUND e a eficácia no *burnout* de profissionais de pessoas com demência na Itália, Portugal e Roménia.

Os profissionais foram recrutados nas instituições de Alzheimer presentes no estudo, serviços de saúde para demência e serviços comunitários, como centros de diagnóstico, estabelecimentos para pessoas com demência, instituições de cuidados residenciais e outras.

Os autores definiram como critérios de inclusão os descritos na tabela 3.

Tabela 3- Critérios de inclusão no estudo piloto (Santini et al., 2024)

Critérios de inclusão	
Pessoas com demência (PcDs)	• Idade igual ou superior a 65 anos; • Interesse e motivação para participar no projeto; • serem capazes de ver, ouvir e movimentar-se; • ausência de afasia (ligeira aceitável); • serem capazes de compreender e realizar tarefas simples, conforme necessário, durante as atividades; • consentimento informado assinado; • participação mínima em 50% das sessões. • pontuação igual ou superior a 10/30 no MOCA.
Profissionais de pessoas com demência	• apresentarem experiência a trabalhar com PcDs; • apresentarem consentimento informado assinado; • mostrarem interesse no projeto; • os co facilitadores e observadores internos/ externos deveriam ter concluído com sucesso a formação SOUND (fase 2 do estudo de Quattrini et al., 2024).

A amostra foi constituída por um total de 90 participantes (45 PcDs e 45 profissionais), com 15 PcDs e 15 profissionais em cada país do estudo. A implementação da metodologia SOUND realizou-se em grupos de 7 ou 8 PcDs em conjunto com profissionais em número semelhante (neuropsicólogos, médicos, educadores, enfermeiros, cuidadores profissionais), monitorizados em diferentes fases, dependendo do tipo de variável e instrumento usado. Os PcDs tinham diagnóstico formal ou estavam sinalizados pelas instituições como tendo demência ou défice cognitivo.

A recolha de dados efetuou-se em três momentos: (i) uma semana antes do início da intervenção (T0); (ii)- durante a intervenção (T1); e (iii) duas semanas após a intervenção (T2). Na recolha de dados utilizaram-se os seguintes instrumentos para profissionais e para PcDs (tabela 4):

Tabela 4- Instrumentos de recolha de dados

Grupo alvo	Instrumento		Variáveis Principal (P) / secundária (S)	Momento (T0, T1 e T2)
	Versão original	Versão portuguesa		
Profissionais	Avaliação de burnout (BAT) (Beer et al., 2020; Schaufeli et al., 2020)	Burnout Assessment Tool (BAT) (Sinval et al., 2022) com pontos de corte europeus (Schaufeli et al., 2023)	Burnout (P)	T0, T1 e T2
	Questionário ad-hoc	Questionário ad-hoc	Stress (S)	T0, T1 e T2
	Questionário ad-hoc	Questionário ad-hoc	Cooperação no trabalho (S)	T0, T1 e T2
	Questionário sociodemográfico	Questionário sociodemográfico	Questões sociodemográficas (S)	T0
	Longitudinal Emotional Well-being Thermometer (LEWT) (SOUND consortium, 2024)	Longitudinal Emotional Well-being Thermometer (LEWT) (SOUND consortium, 2024)	Bem-estar emocional (S) (autorrelato dos profissionais)	relatório diário, do momento T0 ao T2
	The Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings et al., 1994; Cummings, 1997, 2020) com administração aos cuidadores	The Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings et al., 1994; Ferreira et al., 2015)	sintomas comportamentais relacionados com demência (P)	T0, T1 e T2
Pessoas com demência (PcDs)	Montreal Cognitive Assessment (MOCA; Nasreddine et al., 2005)	Montreal Cognitive Assessment (MOCA; Nasreddine et al., 2005; Freitas et al. 2013)	avaliação da cognição geral (S)	T0, T1 e T2
	Frontal Assessment Battery (FAB; Sarazin et al., 1998)	Frontal Assessment Battery (FAB; Sarazin et al., 1998)	avaliação de funções executivas (S)	T0, T1 e T2
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond e Snaith, 1983)	HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale (Pais-Ribeiro et al., 2007)	avaliação do humor (ansiedade/ depressão) (S)	T0, T1 e T2

Grupo alvo	Instrumento		Variáveis	Momento (T0, T1 e T2)
	Versão original	Versão portuguesa	Principal (P) / secundária (S)	
	OMS-5; Heun et al., 1999	Índice de bem-estar da OMS (cinco) (versão de 1998; Topp et al. 2015)	autoavaliação para medir o índice de bem-estar subjetivo de indivíduos, validada para idosos (S)	T0, T1 e T2
	Longitudinal Emotional Well-Being Thermometer (LEWT) (SOUND consórcium, 2024) administrado aos cuidadores	Longitudinal Emotional Well-Being Thermometer (LEWT) (SOUND consórcium, 2024) administrado aos cuidadores	Termómetro longitudinal de bem-estar emocional do doente (observação para cuidadores familiares ou profissionais primários)	relatório diário, do momento T0 ao T2
	Assessment of individualized (personal) music preference - 2nd Editions Linda A. Gerdner, Jane Hartsock, & Kathleen C. Buckwalter (2000, revised 2020)	Assessment of individualized (personal) music preference - 2nd Editions Linda A. Gerdner, Jane Hartsock, & Kathleen C. Buckwalter (2000, revised 2020)	Identificar preferências musicais dos participantes	T0
	Apparent Affect rating scale (AARS; Lawton et al., 1999)	Apparent Affect rating scale (AARS; Lawton et al., 1999)	ferramenta observacional projetada para fins de investigação no campo da demência- Escala de Avaliação de Afeto Aparente	T0 a T2
Ferramentas de monitorização do comportamento com gravação de vídeo durante as sessões				

Em relação aos profissionais, para além da parte sociodemográfica, os autores desenvolveram questões a incidir em áreas como: (a) condições de trabalho; (b) atitudes musicais; (c) bem-estar, motivação, satisfação e autorrealização no trabalho (d) trabalho em equipa, (e) relacionamento com pacientes e cuidadores familiares. Os entrevistados respondem às questões através de uma escala Likert de cinco pontos, sendo 1 menor pontuação/ frequência e 5 maior. Os questionários são complementados com questões quantitativas e qualitativas onde devem mencionar até que ponto e de que forma a intervenção melhorou em cada área.

No caso dos PcDs, para além da biografia e das questões sociodemográficas aplicadas ao profissional cuidador, também o questionário mencionava serviço de demência frequentado, tipo de diagnóstico, momento do diagnóstico, nível de expressão verbal e compreensão. Os resultados pré, pós e longitudinais da intervenção, bem como ferramentas de monitorização ao vivo foram desenvolvidas para avaliar o impacto da intervenção SOUND em profissionais e PcDs.

A intervenção SOUND é constituída pelas seguintes características (Santini et al. 2024):

- a. 12 sessões, com a duração de 45 minutos cada, realizadas 2x por semana, durante 6 semanas;
- b. cada sessão SOUND divide-se em quatro fases distintas: (1) acolhimento, (2) atividade de abertura, (3) três a cinco atividades principais (dependendo da duração e intensidade de cada uma) e (4) atividade de encerramento;
- c. as atividades com base na música podem ser ativas (ex. produção vocal e rítmica) ou passivas (ex. ouvir peças musicais), incluindo igualmente atividades narrativas vinculadas à música, como criar ou contar histórias, falar sobre imagens, descrever um objeto, entre outras. Foi criado um repositório de atividades a utilizar nas sessões;
- d. o objetivo geral de todas as atividades é melhorar o bem-estar dos participantes, com cada atividade incidindo na estimulação de habilidades cognitivas específicas;
- e. as atividades são realizadas em círculo;
- f. o plano de cada sessão é desenvolvido de acordo com as preferências musicais e características do grupo, avaliadas previamente, assim como, de acordo com a evolução e a avaliação realizada ao longo das sessões;
- g. as sessões facilitadas por um profissional social ou de saúde, ou um músico que tenha completado com sucesso a formação SOUND, que propõe as atividades aos participantes em estilo responsorial, controlando o círculo, acolhendo e repetindo qualquer atividade espontânea e inesperada vinda dos participantes, propondo-a a todo o círculo;

- h. presença de um co-facilitador (um profissional com formação SOUND), responsável por apoiar o facilitador durante a sessão;
- i. presença de observadores internos, papel atribuído aos restantes profissionais, os quais apoiam os participantes com demência ou défice cognitivo durante a intervenção de forma não intrusiva e facilitadora, enquanto participam também eles próprios na atividade;
- j. o facilitador, o co-facilitador e os observadores internos fazem anotações mentais das suas observações e apresentam por escrito no final de cada sessão, usando as ferramentas de monitorização ao vivo;
- k. quatro investigadores, enquanto observadores externos, concentraram-se nas respostas emocionais e comportamentais dos participantes às atividades propostas e registam essas respostas nas ferramentas de monitorização;
- l. a sala deve ser, suficientemente ampla (para permitir a disposição das cadeiras em círculo e a circulação dos participantes), acolhedora, com luz suave e adequada e com nível de ruído baixo, para favorecer a concentração e a cognição.

Para a realização das atividades, os autores definiram 5 critérios de seleção e ajustamento das atividades a utilizar nesta metodologia:

- i. preferências musicais pessoais dos PcDs, identificadas em ficha biográfica;
- ii. nível de comprometimento dos PcDs;
- iii. objetivo das atividades de estimulação, como fluência verbal, memória e coordenação;
- iv. atender aos medos e fatores desencadeantes específicos dos PcDs com base nas suas histórias pessoais e situações atuais, verificadas na ficha biográfica;
- v. Possível necessidade de adaptar periodicamente as atividades de pessoa para pessoa, considerar as preferências dos PcDs e a sua condição física e mental.

Atendendo aos pontos fortes do estudo, os autores defendem: (1) o uso de ferramentas de recolha de dados quantitativas e qualitativas e uma abordagem multimétodo permitirá uma compreensão mais completa e abrangente do fenómeno em estudo; (2) a natureza transnacional do estudo, que pode fornecer dicas interessantes com base na cultura; (3) a intervenção é inovadora por se realizar em círculo, ser conduzida por facilitadores com o apoio de outros profissionais de saúde, todos treinados e incluir diferentes tipos de atividades musicais (ativas e passivas) baseadas nas preferências dos participantes; e (4) o estudo piloto pode fornecer informações úteis para futuros estudos e contribuir para melhorar o conhecimento sobre a

eficácia da música em instituições de pessoas com demência, não só para doentes, mas também para profissionais.

No que concerne às limitações, os autores afirmam que o tamanho reduzido da amostra a nível nacional não permitirá generalizar os resultados nem o protocolo prevê a monitorização de alguns parâmetros clínicos, conforme recomendado por investigadores no domínio. Poderia ter sido interessante investigar o efeito da intervenção na relação entre cuidador familiar vs PcDs e profissional vs PcDs. Para os autores, a nível metodológico, os dados recolhidos por observação sobre profissionais podem apresentar o risco de subjetividade, sendo influenciados por diversos fatores.

Neste sentido, para Santini et al. (2024) o principal desafio do estudo pode prender-se pela necessidade de uma equipa multidisciplinar, composta por investigadores, profissionais de saúde e social de pessoas com demência e músicos treinados, para aplicar adequadamente a intervenção e monitorizar o seu impacto nos grupos-alvo. Na visão dos autores, não sendo a presença de investigadores e músicos muito comum em instituições de cuidados para idosos, este ponto pode limitar a replicabilidade do estudo.

Por conseguinte, na perspetiva de Santini et al. (2024) o estudo piloto pode fornecer informações úteis para futuros estudos e contribuir para melhorar o conhecimento sobre a eficácia da música em instituições com pessoas com demência, tanto para doentes, como para profissionais.

3.2 Benefícios/eficácia da metodologia SOUND: Contributos da investigação

Nesta secção, serão apresentados os resultados agregados do estudo internacional SOUND de Santini et al. (2025) realizado em Itália, Portugal e Roménia. São analisados os dados quantitativos relativamente a pessoas com défice cognitivo ou demência, não integrando dados qualitativos, uma vez que os investigadores consideraram merecer um artigo específico, ainda que partilhem, na discussão do estudo, algumas reflexões resultantes da observação da intervenção.

A amostra final foi constituída por 41 participantes (média=81,0, dp=3,4), 13 PcDs de Itália, 13 de Portugal e 15 da Roménia, uma vez que 7 pessoas desistiram. A idade média foi de 81,0 anos (dp=3,4), sendo a maioria mulheres (70,7%), sendo os valores mais elevados em Portugal (84,6%) e menores em Itália (53,8%). Foram diagnosticados com demência/comprometimento cognitivo durante 3,4 anos em média (dp=2,2 anos), indicando variações na duração da doença entre PcDs.

Em relação à residência dos participantes (PcDs) de Itália, estes residiam nas suas casas e frequentavam durante o dia centro de dia para Alzheimer do Instituto Nacional de Saúde e Ciência do Envelhecimento (INRCA); em Portugal, os participantes residiam em três unidades de atendimento na Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso e no Centro Comunitário da Trofa - ASAS; já na Roménia, seleccionaram-se residentes de unidades de cuidados em Bucareste.

Considerando a escolaridade, 7 em cada 10 frequentaram o ensino entre 0 a 8 anos (todos em Portugal, 60% na Roménia e 53,8% em Itália), entre 9 a 12 anos (33,3% na Roménia; 23,1% em Itália) ou durante 13 anos ou mais (pós-secundário ou universidade) (6,7% na Roménia; 23,1% em Itália), sendo as diferenças entre países significativas ($p = 0,013$). Relativamente à compreensão da linguagem e à expressão oral avaliadas pelo cuidador informal (quando disponível), 31,7% apresentam um nível elevado, em maior número entre romenos e portugueses, 58,5% apresentam um nível médio e 9,8% apresentam um nível baixo.

Santini et al. (2025) pretendem ver respondida a seguinte questão de investigação: Em que medida a intervenção não farmacológica baseada na música SOUND pode melhorar o bem-estar, a cognição e o humor das pessoas com demência que participam na intervenção SOUND?

Posto isto, segundo os investigadores, na amostra geral e em Itália, os efeitos da intervenção SOUND relativamente ao bem-estar são claros, enquanto nos outros dois países, isoladamente, não se observam quaisquer efeitos. O bem-estar dos PcDs aumentou significativamente ($p = 0,010$) de T0 ($m=60,0$) para T1 ($m=70,24$), diminuindo superficialmente duas semanas depois do final da intervenção (T2), contudo, mantendo-se acima dos valores iniciais. A diferença é estatisticamente significativa entre o final da intervenção e o momento T2 ($p = 0,015$).

No caso da cognição, a pontuação média total do MoCA nos 3 países aumentou significativamente durante a intervenção SOUND (T0; $m=12,54$ / T1; $m=14,73$), com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$), mantendo-se praticamente estável até T2. A subida significativa das capacidades cognitivas também se verifica entre T0 e T2 ($m=14,63$) ($p = 0,005$).

Estes resultados indicam uma melhoria significativa na cognição dos PcDs em geral, caso que se verifica, unicamente na Roménia, com a diferença (não significativa) de que um aumento adicional das capacidades cognitivas também se observa entre T1 e T2. Apesar de se verificar melhoria entre os 3 momentos da intervenção, em termos absolutos, no caso de Portugal, não se observa uma diferença estatisticamente significativa nas capacidades cognitivas entre T0 e T2. Em relação à Itália, o aumento das capacidades cognitivas apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre T1 e T2 ($p = 0,048$), porém não foi estatisticamente significativo entre T0 e T1, e a pontuação voltou ao ponto inicial quando a intervenção chegou ao fim (T2; $m=13,38$).

Os resultados da escala FAB, que mede as funções cognitivo-executivas, aumentaram significativamente tanto de T0 para T1 ($m=10,05$; $m=11,66$), como de T0 para T2 ($m=11,88$), com um valor de p estável ($0,001$), confirmando-se esta tendência em Portugal.

As questões do humor medidas pela escala HADS, apresentam resultados tanto para a depressão como para a ansiedade. Ao nível de depressão, na amostra geral, não se verificaram diferenças significativas nos três momentos de observação, possivelmente relacionado com a polarização dos dados observada na Roménia entre T0 ($m=3,60$) e T1 e T2 ($m=6,20$), quando comparado com os restantes dois países; em Portugal observa-se uma ligeira oscilação da pontuação (não estatisticamente significativa); em Itália os sintomas de depressão diminuíram significativamente ($p = 0,030$) de T0 ($m=3,92$) para T1 ($m=2,46$) continuando a diminuir até T2, ainda que não significativamente. Todavia, na Roménia, a tendência é oposta, uma vez que as pontuações médias de depressão quase duplicaram de T0 ($m=3,60$) para T1 ($m=6,20$), com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,012$), mantendo-se valores em T2 ($p = 0,008$ em comparação com T0).

Relativamente aos sintomas de ansiedade dos PcDs, estes diminuíram significativamente durante a intervenção, tanto em Itália (de $m=4,23$ em T0 para $m=0,77$ em T2) como em Portugal. (de $3,77$ no T0 para $1,38$ no T2), mantendo-se esta diminuição até ao seguimento. Já na Roménia verificou-se uma tendência contrária, com as pontuações médias de ansiedade a aumentarem de $m=5,47$ em T0 para $m=8,33$ em T1 ($p = 0,018$), mantendo-se ao mesmo nível em T2 ($p = 0,018$ em comparação com T0).

Na visão dos autores, não há consistência no nível de depressão dos participantes nos três países nos três momentos de recolha de dados, agravando-se na amostra romena ao longo da intervenção terapêutica e mesmo após terminar. Logo para Santini et al. (2025) o estudo não tem

como confirmar nem contrariar os resultados presentes noutras investigações sobre a capacidade das atividades musicais em diminuir os níveis de depressão e ansiedade em pessoas com défice cognitivo ou demência.

Por conseguinte, os autores defendem que, enquanto intervenção musical centrada na pessoa, o SOUND resultou num grande impacto no bem-estar das pessoas com défice cognitivo ou demência, considerando a amostra total. Os resultados positivos da intervenção no bem-estar e na cognição demonstram, para os autores, a eficácia do SOUND a curto prazo. Os dois facilitadores presentes na subamostra de Portugal e um dos dois facilitadores da subamostra em Itália, eram profissionais de saúde ou sociais que trabalhavam permanentemente na instituição/ centro de dia, o que pode ter facilitado a interação entre profissionais e PcDs e favorecido a confiança plena e a serenidade do ambiente. No entanto, não foi possível investigar adequadamente episódios externos, como situações de cuidado e relacionais, que poderiam ter influenciado o bem-estar, a cognição e o humor dos PcDs fora da intervenção.

As limitações do estudo vão ao encontro do referido em Santini et al. (2024) quando apresentado o projeto piloto. Acrescentam nesta fase uma outra limitação relacionada com a duração da intervenção, acreditando que intervenções de maior duração e com maior frequência poderão resultar em mais ganhos.

Em linha com o descrito, os autores finalizam com a recomendação de se realizar um estudo longitudinal de método misto que apresente um número mais elevado de participantes a par de uma intervenção mais longa, com a previsão de 3 sessões por semana, que poderá fomentar maior impacto e melhores resultados no bem-estar, cognição e humor dos intervenientes.

A eficácia do SOUND na subamostra portuguesa

Afunilando um pouco mais a questão, neste ponto apresentam-se os resultados relativos ao estudo piloto, mais concretamente em Portugal. Estes resultados foram obtidos através de um relatório nacional não publicado, cedido pelos autores Azevedo et al. (2024), investigadores do parceiro português do Projeto, a Associação Sons do Estaminé. O piloto teve lugar nas instalações de uma ERPI de uma cidade do norte do país, numa sala que preenchia os critérios referidos anteriormente em Santini et al. (2024).

A amostra foi constituída por 15 participantes com déficit cognitivo ou demência, com média de idades de 81,2 anos ($dp=7,6$), a maioria do sexo feminino (86,7%), a residir em lares ou a frequentar um Centro de Convívio e 14 profissionais que trabalham nas mesmas instituições de origem dos participantes e um músico voluntário, embora pudessem exercer funções numa valência diferente. Os profissionais eram maioritariamente mulheres (93,33%), casadas (86,67%), com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos e com experiência prévia de trabalho com pessoas com demência (em média há 18,3 anos). Os 30 participantes foram distribuídos em dois grupos de intervenção, sendo que cada um foi facilitado por um profissional de uma das Instituições de origem dos participantes, com formação no currículo SOUND (Quattrini et al., 2024), concluída com sucesso.

Em relação ao desempenho cognitivo (avaliado através do MoCA), Azevedo et al. (2024) indicam ter existido um aumento de T0 para T1 e para T2, todavia, estas diferenças não foram consideradas estatisticamente significativas. A mesma tendência se verificou relativamente ao bem-estar (avaliado através da WHO-5), embora as pontuações tenham melhorado ao longo das avaliações (T0/ $m=55,47$; T1/ $m=61,87$ e T2/ $m=67,43$). As funções executivas apresentaram, uma melhoria estatisticamente significativa entre a avaliação pré-teste (T0) e pós-teste (T1) ($m=8,67$; $m=10,33$), respetivamente ($p=0,008$) e a avaliação pré-teste (T0) e follow-up, duas semanas após o término da intervenção (T2) ($m=8,67$; $m=11,21$). Embora tenha existido uma melhoria de T1 para T2, esta não foi estatisticamente significativa.

No que diz respeito ao humor, os scores médios de sintomatologia depressiva diminuíram de T0 para T1, no entanto, voltaram a um nível ainda mais elevado do que em T0 em T2, não sendo estas variações estatisticamente significativas, com a nota de as pontuações médias serem mais baixas. Atendendo aos valores da ansiedade, os autores apontam que a média se manteve sempre em níveis baixos e diminuíram ao longo dos três momentos de avaliação, sendo esta diminuição estatisticamente significativa de T0 para T1 e de T0 para T2. Considerando que os sintomas neuropsiquiátricos estiveram presentes num reduzido número de participantes, não foi possível apresentar análises de significância. No entanto foi possível verificar que, dos sintomas identificados, todos, exceto a apatia, diminuíram ao longo dos tempos de avaliação. Os níveis médios de sofrimento emocional causados pelos sintomas neuropsiquiátricos identificados mostraram um padrão de aumento de T0 a T1, para delírios, alucinações, agitação e depressão/disforia e diminuição em T2, mas, novamente, a significância estatística não foi calculada. Por outro lado, o sofrimento emocional percebido relacionado à irritabilidade diminuiu de T0 para T1, aumentando uma vez mais em T2 para níveis mais altos do que em T0.

Como principais resultados, Azevedo et al. (2024) indicam existir uma melhoria significativa ao nível das funções executivas e da ansiedade. Apesar de todas as outras dimensões (cognição, bem-estar e sintomas depressivos) terem revelado melhorias, estas não foram estatisticamente significativas. Além disso, as observações durante as sessões, assim como o feedback verbal informal que os participantes providenciaram à equipa, corroboram a percepção de bem-estar e o prazer produzidos durante a participação nas sessões. Da informação qualitativa recolhida importa destacar a satisfação percebida pelos profissionais, uma vez que todos admitiram os efeitos imediatos no bem-estar dos participantes e no seu próprio bem-estar, com narrativas de que estas sessões surgiram como uma oportunidade para olhar para as pessoas com demência de uma forma diferente.

Para os autores, o projeto SOUND foi inovador por oferecer orientações sistemáticas sobre como utilizar a música com pessoas com demência e fornecer recursos para a implementação e avaliação deste tipo de intervenções, incluindo para os próprios cuidadores informais. Defendem, no entanto, a importância de o profissional participar em sessões práticas e de simulação de atividades SOUND em círculo antes de dar início às mesmas, para que a intervenção não resulte na intenção e nos resultados esperados com este método. Afirmam, ainda, que a utilização deste método em residências e centros de dia parece ser crucial para promover a participação e o envolvimento vital dos residentes, podendo a música proporcionar igualmente prazer aos profissionais e contribuir para uma relação mais próxima entre estes e os utentes.

II- MÉTODO

1. Plano de Investigação e Participantes

Foi realizado um estudo com um design experimental de grupo único, com pré e pós-teste para avaliar os benefícios no bem-estar da implementação de uma intervenção com base na música em pessoas mais velhas, utilizando a metodologia SOUND com os devidos ajustes ao contexto, descrita na secção 3 deste capítulo. Os dados recolhidos são de natureza essencialmente quantitativa, recorrendo a instrumentos de avaliação da mesma natureza, mas procedeu-se também à recolha de alguns dados qualitativos, principalmente os relacionados com a relação dos participantes com a música e algumas condições que poderiam interferir com o bom funcionamento da intervenção. Esta informação qualitativa foi usada essencialmente para planear as atividades a implementar.

A intervenção foi implementada em duas instituições de apoio às pessoas mais velhas, nomeadamente na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) do Centro Social e Paroquial de Fornelos, em Ponte de Lima (doravante designado grupo 1), que conta com um total de 29 utentes e no Centro de Dia (CD) da Associação de Reformados e Pensionistas de Viana do Castelo (doravante designado grupo 2), que conta com um total de 34 utentes, tendo sido selecionados para integrar o estudo 12 e 14 participantes, respetivamente, num processo de amostragem do tipo por conveniência. As instituições foram selecionadas de entre a rede de parcerias da Escola Superior de Educação (ESE), tendo o estudo sido apresentado num encontro presencial em cada resposta social para explanar o projeto, os seus objetivos e os critérios de inclusão dos participantes (ver tabela 5). A direção técnica indicou potenciais participantes para o estudo de acordo com os critérios de inclusão, tendo estes sido verificados posteriormente pela equipa de investigação e consequente integração, ou não, no estudo. Solicitou-se ainda às instituições a participação dos seus profissionais, de forma a ocuparem o papel de observador externo ou co-facilitador, tendo sido obtida uma resposta positiva de acordo com as características da instituição. Os critérios de inclusão destes profissionais/ estagiários foram os seguintes: i) ter experiência na área do envelhecimento; ii) demonstrar interesse no projeto; iii) ter recebido informação sobre a metodologia SOUND e o seu papel na intervenção, da parte da equipa de investigação do projeto. Assim, no grupo 1 foram designados dois profissionais e um estagiário para integrarem a implementação da intervenção e no grupo 2 foram designados dois estagiários, deixando a indicação que foi designado um profissional no grupo 2 que participou em todas as sessões e assumiu o papel de co-facilitador. De notar que a frequências destes

profissionais/ estagiários não foi consistente, sendo que apenas esteve presente o estagiário do grupo 1 em pelo menos 50% das sessões.

Na tabela 5, apresentam-se os critérios definidos para inclusão dos participantes na amostra.

Tabela 5- Critérios de inclusão da amostra

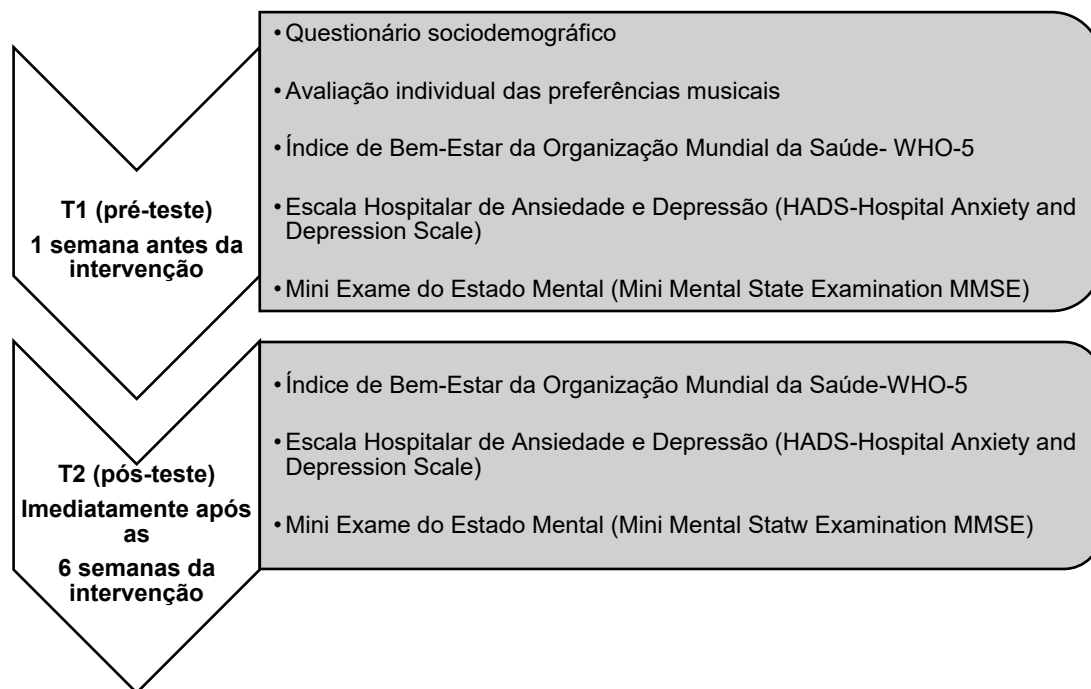
Critérios de inclusão
• Idade igual ou superior a 65 anos; • Interesse e motivação para participar no projeto; • serem capazes de ver, ouvir e movimentar-se; • ausência de afasia (ligeira aceitável); • serem capazes de compreender e realizar tarefas simples, conforme necessário, durante as atividades; • consentimento informado assinado; • participação mínima em 50% das sessões.

2. Procedimentos e Instrumentos de Recolha de Dados

Tal como referido, este estudo recorre a um design pré e pós teste, em que os participantes são avaliados uma semana antes do início da intervenção (pré teste ou T1) e durante a semana posterior à última sessão. Esta avaliação foi realizada recorrendo aos seguintes instrumentos: (i) Questionário sociodemográfico; (ii) Protocolo Avaliação individual das preferências musicais (Assessment of individualized (personal) music preference (Gerdner et al., 2000, revisto em 2020); (iii) Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde- WHO-5 (Topp et al., 2015); (iv) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007); e (v) MMSE- Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015). Os instrumentos (i) e (ii) apenas foram administrados no pré-teste. A avaliação pré teste foi aplicada pelas duas investigadoras responsáveis pelo projeto e três estagiárias da licenciatura de Educação Social Gerontológica, devidamente treinadas para o efeito. O pós teste (ou T2) foi assegurado pelas duas investigadoras responsáveis. Os instrumentos de avaliação foram selecionados consideram-se

aqueles usados no estudo piloto (Santini et al., 2024) e considerando as características da amostra, bem como os objetivos deste estudo. A figura 1 sumaria o plano de investigação e os instrumentos utilizados, os quais são descritos em maior pormenor em seguida.

Figura 1- Plano de Investigação



O **Questionário Sociodemográfico** foi adaptado do estudo piloto e é composto por questões com o intuito de caracterizar os participantes em estudo, tais como idade, género, escolaridade, estado civil e resposta social a frequentar.

O instrumento **Avaliação Individual das Preferências Musicais** (Assessment of individualized (personal) music preference) (Gerdner et al., 2000, revisto em 2020; tradução portuguesa Azevedo et al., 2023) tem como objetivo recolher informação sobre a importância da música na vida da pessoa e as suas preferências musicais, através de um conjunto de questões abertas e fechadas. As questões incluem a avaliação da importância da música, experiência prévia com algum instrumento, se a pessoa gosta ou gostava de cantar e dançar, os estilos musicais e artistas favoritos, assim como as músicas que associam a memórias felizes e a sua biblioteca pessoal musical. Pode ser administrado à pessoa ou a um cuidador no caso da pessoa já não estar capaz de se recordar.

A aplicação deste instrumento tem como intuito caracterizar a relação da pessoa com a música e informar o planeamento da intervenção com a seleção de atividades e de músicas para a intervenção em grupo, que vão de encontro aos interesses dos participantes.

O **Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde- WHO-5** (World Health Organization [WHO], 2024) é uma escala desenvolvida por um grupo de peritos da Organização Mundial da Saúde, tendo sido traduzida para várias línguas, incluindo a portuguesa, pelo “WHO Regional Office in Europe” (Topp et al., 2015). O WHO-5 é uma escala constituída por 5 itens para avaliar o bem-estar psicológico subjetivo (Topp et al., 2015). É solicitado ao entrevistado que classifique o quão bem cada uma das 5 afirmações se aplica a si, numa escala de 0 (nunca) a 5 (todo o tempo), considerando as 2 últimas semanas. A pontuação bruta total varia entre 0 (ausência de bem-estar) e 25 (bem-estar máximo), sendo que as pontuações mais elevadas indicam um maior bem-estar. Pode, ainda, ser calculada uma pontuação percentual multiplicando a pontuação bruta por 4, variando de 0 (ausência de bem-estar) a 100 (bem-estar máximo). Uma revisão sistemática da literatura sobre o WHO-5 indica que esta escala apresenta validade adequada tanto como instrumento de rastreio para a depressão, como medida de *outcome* em ensaios clínicos (Topp et al., 2025).

Uma pontuação bruta inferior a 13 tem sido sugerida como ponto de corte para bem-estar mental e indicador de avaliações mais detalhadas para problemas de saúde mental (World Health Organization [WHO], 2024).

A **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale)** (Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007) é uma medida breve de autoavaliação utilizada como rastreio de presença de humor como um estado de perturbação (Zigmond & Snaith, 1983). É constituída por duas subescalas, cada uma com 7 itens: (1) uma mede ansiedade (HADS-A), que incluiu itens como tensão, preocupação, medo, pânico, dificuldades de relaxamento e inquietação; (2) e a outra mede depressão (HADS-D), com itens que incidem, predominantemente, sobre anedonia (ausência de alegria), com pontuações cotadas separadamente. O título da escala sugere que esta só é válida para uso exclusivo em hospitais, porém vários estudos conduzidos em todo o mundo confirmaram a sua validade quando usada em ambientes de cuidados primários e comunitários, assim como em trabalhos psiquiátricos gerais e em psicologia clínica (Zigmond & Snaith, 1983). Os resultados garantem que esta versão pode ser utilizada como medida de rastreio de ansiedade e depressão em populações com doenças (Pais-Ribeiro et al., 2007). Cada pergunta pode ser respondida através de uma escala de Likert que varia entre 0 e 3. Podem ser obtidas duas pontuações totais,

uma para cada domínio, que variam entre 0 e 21, onde pontuações mais elevadas indicam maior ansiedade e depressão, com um ponto de corte de > 11 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Uma diminuição de 50% nas pontuações ou a ausência de depressão e ansiedade é considerada indicativa de bons níveis de humor. Segundo Pais-Ribeiro et al. (2007) a pontuação entre 0 e 7 indica "humor normal", entre 8 e 10 indica presença "leve" de sintomas, entre 11 e 14 presença "moderada" e entre 15 e 21 "grave". A consistência interna das subescalas é aceitável, sendo os valores de alfa de Cronbach de 0.76 a 0.93 para ansiedade (HADS-A) e 0.67 a 0.90 para depressão (HADS-D), logo, a versão portuguesa apresenta propriedades métricas semelhantes às dos estudos gerais noutras línguas (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental State Examination (MMSE)) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009; Freitas et al., 2015) é o instrumento de avaliação mais utilizado para despiste de défice cognitivo. O instrumento inclui 30 questões dicotómicas, pontuadas com 1 ponto cada, divididas em seis domínios cognitivos, descritos de seguida. A pontuação varia entre 0 e 30 pontos, distribuídos pelos vários domínios da seguinte forma: 10 pontos para a orientação, 3 para a retenção, 5 para atenção e cálculo, 3 para a evocação diferida, 8 para a linguagem, e 1 para a capacidade construtiva. Pontuações mais elevadas correspondem a melhores desempenhos cognitivos. As normas portuguesas deste teste foram estabelecidas há vinte anos, por Guerreiro et al. (1994) no qual foram determinados pontos de "corte" para deteção de défice cognitivo, consoante o grau de escolaridade: 15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 para 1 a 11 anos de literacia e 27 para literacia superior a 11 anos. Porém, com o avançar dos anos, as pessoas passaram a tornar-se mais escolarizadas, revelando uma maior probabilidade para melhor desempenho nas provas neuropsicológicas. Morgado et al. (2009) atualizaram os dados normativos para o nosso país, propondo os seguintes valores de corte: 22 para 0 - 2 anos de literacia, 24 para 3 - 6 anos e 27 para literacia $\geq$ sete anos. Mais tarde, devido ao facto de os estudos de Guerreiro et al. (1994) e Morgado et al. (2009) não terem contemplado uma amostra representativa da população portuguesa, Freitas et al. (2015) efetuaram um estudo normativo do MMSE, com uma amostra representativa, analisando a influência de variáveis sociodemográficas e de saúde sobre o desempenho dos participantes. Através de uma amostra de 850 pessoas adultas saudáveis cognitivamente, os autores verificaram que a escolaridade contribuiu significativamente para explicar a variância nas pontuações do MMSE (aproximadamente 18%). Partindo desta premissa, os investigadores definiram como pontos de corte: 26 pontos ($m= 27,95$; $dp=1,51$) para pessoas no grupo dos 1 a 4 anos de escolaridade e 28 pontos para pessoas nos grupos de 5 a 9 anos de escolaridade ($m= 29,13$; $dp=1.00$), 10 a 12 anos de escolaridade ($m= 29,46$; $dp= 0,79$);

e com ensino superior a 12 anos ($m=29,48$; $dp=0,7$), mantendo-se o valor abaixo de 15 para analfabetos. Relativamente à idade, os dados normativos para a população portuguesa organizam-se dos 25-49 anos, 50-64 anos e 65+ anos. O défice cognitivo é definido, afirmam os autores, em função dos grupos de idade e escolaridade, considerando, igualmente, valores abaixo do desvio padrão de 1,5 relativamente à média. Os analfabetos foram excluídos dos dados normativos. A consistência interna do MMSE, medido pelo indicador Alfa de Cronbach é de .46. O estudo piloto (Santini et al., 2025) recorreu à utilização do MOCA (Nasreddine et al., 2005) para avaliação da presença de défice cognitivo e como critério de exclusão (score total do MOCA <10). No presente estudo optou-se pela utilização do MMSE considerando os níveis baixos de escolaridade da população portuguesa mais velha.

3. Implementação da intervenção com metodologia SOUND

A Intervenção com Base na Música SOUND foi descrita em pormenor no capítulo II, secções 1 e 2. Originalmente, a Intervenção SOUND foi desenvolvida e testada com pessoas com declínio cognitivo ou demência, mas neste estudo em particular, a intervenção foi testada com pessoas mais velhas, independentemente do seu estado cognitivo, desde que cumprindo os critérios de inclusão (ver capítulo II secção 1). Assim, neste estudo, a intervenção foi implementada em dois grupos: grupo 1 com 12 participantes e grupo 2 com 14 participantes. Esta intervenção realizou-se entre 15 de maio e 20 de junho, com sessões 2 vezes por semana (grupo 1- quarta e quinta-feira entre as 9:30h e as 10:15h; grupo 2- terça e quinta-feira entre 14:30h e as 15:15h), Para a implementação foram seguidas as *Guidelines* descritas em Santini et al. (2024) e no documento *D4-Handbook for the implementation of the sound music-based intervention for older people with dementia* (SOUND Consortium, 2024a), desenvolvido pelo consórcio do projeto SOUND para a replicação da intervenção SOUND por outros profissionais que não estiveram envolvidos no projeto. Este documento encontra-se disponível no site do projeto (<https://soundeuproject.eu/results/>). Algumas das recomendações foram adaptadas à realidade e aos constrangimentos relacionados com as rotinas diárias da instituição.

Destacam-se, então, os princípios base da intervenção SOUND, que orientaram a planificação da intervenção implementada neste estudo, assim como as adaptações necessárias:

- 12 sessões de atividades com base na música, com uma cadência de duas sessões por semana (num total de 6 semanas consecutivas), com a duração de 45 minutos cada sessão;

- cada sessão organizada por acolhimento, uma atividade de boas-vindas, entre três a cinco atividades principais (dependendo da sua duração e intensidade) e uma atividade de despedida;

- as atividades são desenvolvidas em grupo e em círculo;

- as atividades foram planeadas inspiradas no conjunto de atividades descritas no documento com as *guidelines* de implementação e de acordo com a formação SOUND;

- as músicas para acompanhar as atividades SOUND foram selecionadas de acordo com as preferências musicais dos participantes deste estudo, avaliadas na semana anterior à implementação;

- o objetivo geral das atividades é proporcionar bem-estar aos seus participantes, mas, cada atividade pode ainda estimular capacidades cognitivas específicas. A planificação das sessões e a descrição das atividades encontra-se no anexo 1. Sempre que necessário, as atividades planeadas foram adaptadas considerando limitações físicas, cognitivas ou outras, tal como recomendado;

- as atividades têm sempre por base a música e incluem atividade passivas (como por exemplo ouvir música) e ativas (tais como cantar, tocar um instrumento, percussão corporal, narração de histórias, entre outras);

- o foco da intervenção é o bem-estar a inclusão e não o desempenho sem erros, sendo recomendado que estes “erros” sejam integrados e usados como um recurso para, de forma criativa, alterar as atividades;

- os facilitadores criaram instrumentos com materiais recicláveis para utilizar nas sessões e as instituições também colocaram à disposição os instrumentos musicais de que dispunham;

- em ambos os grupos de intervenção, além dos participantes, estiveram envolvidos uma facilitadora e um co-facilitador, assim como um e zero profissionais/estagiários das instituições, no grupo 1 e grupo 2 respetivamente, os quais se assemelham aos observadores internos

descritos no manual de implementação, não tendo sido possível cumprir o *ratio* recomendado de aproximar o número de participantes e o número de profissionais, devido a constrangimentos de disponibilidade de pessoal da instituição para o efeito. No grupo 2 a instituição não conseguiu garantir a permanência dos observadores internos ao longo das 12 sessões, pelo que este papel foi assumido maioritariamente pelo co-facilitador;

- as facilitadoras, licenciadas em Gerontologia e mestradas em Gerontologia Social, cumpriram a formação on-line e presencial com a equipa portuguesa do projeto SOUND e preenchem os critérios definidos no manual para assumir este papel, nomeadamente ser um profissional da área, ter realizado a formação SOUND, ter boas atitudes musicais e confiança suficiente para utilizar a sua voz;

- todas as sessões foram registadas em vídeo com uma câmara no grupo 1, estando presente, também, um observador externo (com a formação SOUND completa);

- em ambos os grupos, as salas eram amplas o suficiente para permitir a disposição das cadeiras em círculo e a circulação dos participantes, apresentando luz suficiente para facilitar a aplicação da metodologia.

Orientações mais específicas sobre a comunicação no grupo e a seleção das músicas encontram-se descritas no Manual de implementação (SOUND Consortium, 2024b).

4. Análise de Dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 29. Considerando a natureza do estudo e dos dados obtidos, realizaram-se análises estatísticas descritivas e inferenciais. Relativamente às análises descritivas, são apresentadas as frequências absolutas e percentagens para as variáveis categóricas, e as médias, desvio padrão, mínimos e máximos para as variáveis contínuas. No que diz respeito às análises inferenciais realizaram-se comparações temporais (T1 vs T2) recorrendo ao teste *t-student* para amostras emparelhadas. Nestas análises, consideraram-se significativos os testes com significância igual ou inferior a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1.

5. Ética na investigação

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de ética do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O protocolo de avaliação e o modelo de consentimento informado foram adaptados do estudo piloto (Santini et al., 2024; Santini et al., 2025; SOUND Consortium, 2024b) e posteriormente discutidos e revistos pelas orientadoras deste estudo, sendo que uma das orientadoras é investigadora da equipa portuguesa do projeto SOUNDSOUND (<https://soundeuproject.eu/>). O consórcio do Projeto SOUND foi informado da realização deste estudo, não se tendo colocado qualquer objeção à sua implementação.

Cada pessoa envolvida foi informada sobre os objetivos do estudo e as modalidades da intervenção musical, através de contacto presencial e leitura do respetivo consentimento informado, tendo este sido assinado na presença do diretor técnico/profissional ou cuidador/familiar responsável. Os participantes foram informados do carácter voluntário da sua participação e da possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, sem necessidade de qualquer explicação ou prejuízo. O tipo de intervenção foi explicado tanto à pessoa idosa participante como ao diretor técnico ou aos seus cuidadores/ familiares, com total respeito pelas capacidades do idoso. Quando e sempre que aplicável, o consentimento informado foi assinado pela pessoa idosa que participa e pelo diretor técnico ou seu familiar cuidador/ responsável legal. Só foram incluídos neste estudo aqueles que assinaram o consentimento informado.

Os profissionais envolvidos na implementação enquanto facilitadores são profissionais da área da Gerontologia com competências para implementar a metodologia e intervenção SOUND adquiridas através da participação na formação SOUND (Quattrini et al., 2024). Esta formação dotou os facilitadores também de competências para identificar e abordar qualquer desconforto experienciado pelos participantes durante a intervenção. A participação não obrigará à suspensão de cuidados ou intervenções em simultâneo em todo o estudo e será reportada como tal.

A seleção das atividades e das músicas foi realizada de forma cuidadosa, considerando as orientações disponíveis (Santini et al., 2024; SOUND Consortium, 2024a), nomeadamente recorrendo a informações recolhidos no pré-teste sobre a relação com a música e preferências musicais dos participantes, com o objetivo de proporcionar sentimentos de paz e bem-estar, como demonstraram intervenções idênticas realizadas anteriormente (Caldini et al., 2019).

Não se anteciparam nem verificaram quaisquer riscos, situações incómodas ou invasão da privacidade na intervenção. Todas as informações relacionadas com o estudo foram tratadas e armazenadas de acordo com os regulamentos em vigor.

III- RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados de seguida, iniciando com a descrição sociodemográfica dos participantes (tabela 6), seguindo-se os resultados obtidos para pré-teste e pós-teste nas variáveis em estudo. De notar que as análises comparativas das pontuações totais em cada uma das variáveis em estudo se realizou num universo de 24 participantes, uma vez que foram excluídos 2 participantes.

1. Caraterização dos participantes

Tabela 6- Caraterização dos participantes

	65- 84 anos n=15		85+ anos n=11		Total n=26	
	n	%/M	n	%/M	n	%/M
Idade (dp)		78,1 (DP=5,06)		90,73 (DP=3,41)		83,5 (DP=7,70)
Min-Max		68-84		85-95		68-95
Género						
Feminino	11	73,3	8	72,7	19	73,1
Masculino	4	26,7	3	27,3	7	26,9
Estado-Civil						
Casado/ União de facto	1	6,7	0	-	1	3,8
Viúvo	11	73,3	9	81,8	20	76,9
Divorciado/ separado	1	6,7	0	-	1	3,8
Solteiro	2	13,3	2	18,2	4	15,4
Escolaridade						
Sem título	1	6,7	1	9,1	2	7,7
1ºCiclo do Ensino Básico	9	60,0	7	63,6	16	61,5
2ºCiclo do Ensino Básico	1	6,7	3	27,3	4	15,4
Ensino secundário	2	13,3	0	-	2	7,7
Licenciatura	2	13,3	0	-	2	7,7
Resposta Social						
Centro de Dia	10	66,7	4	36,40	14	53,8
ERPI	5	33,3	7	63,60	12	46,2

A tabela 6 reúne as principais características sociodemográficas dos participantes em estudo, considerando a totalidade da amostra e dois grupos etários (65-84 e 84+). De notar que a caracterização apresentada diz respeito aos 26 participantes mais velhos que integraram a

implementação inicialmente. No entanto, dois destes participantes acabaram por não ser incluídos nas análises comparativas pós-teste e análises comparativas, uma vez que um dos participantes a frequentar CD desistiu da intervenção e uma outra participante, a residir em ERPI, apesar de ter participado em todas as sessões da intervenção, recusou-se a realizar a avaliação pós-teste. Dos 26 idosos aqui caracterizados, 19 são do género feminino e sete do género masculino, sendo que a distribuição de géneros pelos grupos etários é semelhante (cerca de 70% do género feminino e 30% do género masculino). Cerca de 57,89% (n=11 em 19) dos participantes do género feminino e 57,14% (n=4 em 7) dos participantes do género masculino têm entre 65-84 anos de idade. Os residentes em ERPI (n=12) apresentam-se em menor número em relação aos clientes a frequentar CD (n=14). Em ERPI, os participantes encontram-se maioritariamente, na faixa etária dos 85+ anos (63,60%), verificando-se a tendência contrária nos participantes em CD, com cerca de 66,70% com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos. A média de idades dos participantes é de 83,5 anos (DP=7,70), 76,9% (n=20) são viúvos, 15,4% (n=4) são solteiros e dos restantes dois participantes, um está casado ou em união de facto e o outro está divorciado/ separado. É na faixa etária dos 65-84 anos onde se encontra o maior número de viúvos (n=11). Relativamente ao grau de escolaridade, apenas duas pessoas não têm qualquer título académico. Dos 26 participantes, 16 frequentaram a escola até ao 1º ciclo do ensino básico, quatro participantes frequentaram o 2º ciclo do ensino básico, e apenas quatro pessoas frequentaram o ensino secundário (n=2) e licenciatura (n=2). De notar que as quatro pessoas com escolaridade mais elevada estão no grupo etário entre os 65-84 anos.

2. Descrição e análise das variáveis em estudo

Bem-estar

Na tabela 7 encontram-se os valores médios obtidos no bem-estar no momento pré-teste (uma semana antes do início da intervenção), tal como avaliado pela escala WHO-5. Analisando esta tabela é possível observar que os itens da escala variam, na sua maioria, entre 0 e 5, sendo que 0 significa “nunca” e 5 significa “o tempo todo”, correspondendo aos extremos da escala de

resposta. O item com a pontuação média mais elevada é o item 5 “O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam” ($M=3,66$; $DP=1,47$). Por outro lado, é no item 3 “Senti-me ativo e energético” que se verifica a pontuação média mais baixa ($M=3,00$; $DP=1,41$). O item 2 “Senti-me calmo e relaxado” é o único dos 5 itens que não esteve ausente durante as duas semanas anteriores à avaliação pré-teste. A pontuação total para o bem-estar variou entre 1 e 25, com uma pontuação média de 16,88 ($DP=5,56$). Relativamente à pontuação percentual, o bem-estar varia entre 1 e 100% ($M=67,54$; $DP=22,24$).

Tabela 7- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total (pontuação bruta e convertida em % da escala WHO-5 (pré-teste, $n=26$))

item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1- Senti-me alegre e bem-disposto	0	5	3,35	1,38
2 -Senti-me calmo e relaxado	1	5	3,35	1,13
3- Senti-me ativo e enérgico	0	5	3,00	1,41
4- Acordei a sentir-me fresco e repousado	0	5	3,54	1,58
5- O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	0	5	3,65	1,47
WHO-5_T1_total	1	25	16,88	5,56
WHO-5 T1 total em %	1	100	67,54	22,24

Considerando os resultados da WHO-5 obtidos no pós-teste (T2), observa-se na tabela 8 que as respostas aos itens variam entre 1 e 5, sendo que nenhum participante respondeu 0 “nunca” a nenhum dos itens, relativamente às duas últimas semanas. O item 3- “Senti-me ativo e energético” é aquele que apresenta valores médios mais baixos ($M=4,04$; $DP=1,16$). Em contrapartida, a média mais elevada de resposta corresponde ao item 1- “Senti-me alegre e bem-disposto” ($M=4,50$; $DP=0,72$), seguindo-se o item 4- “Acordei a sentir-me fresco e repousado” ($M=4,46$; $DP=0,88$). Os itens um, três e quatro pontuaram um valor mínimo de 2, querendo isto dizer que nenhum participante assinalou uma resposta “nunca” nem “algumas vezes”. Já o item 2- “Senti-me calmo e relaxado” apresentou um valor mínimo de resposta igual a 3, o que significa que todos os participantes se sentiram assim pelo menos mais de metade do tempo, nas duas semanas anteriores à avaliação pós-teste. A soma das respostas dos cinco itens desta escala de

bem-estar variou entre 11 e 25, com uma pontuação média de 21,46 (DP=4,02) e, quando convertida para pontuação percentual, varia entre 44 e 100% (M=85,83; DP=16,09).

Tabela 8- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total (pontuação bruta e convertida em %) da escala WHO-5 (pós-teste, n=24))

item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1- Senti-me alegre e bem-disposto	2	5	4,50	0,72
2 -Senti-me calmo e relaxado	3	5	4,33	0,70
3- Senti-me ativo e enérgico	2	5	4,04	1,16
4- Acordei a sentir-me fresco e repousado	2	5	4,46	0,88
5- O meu dia a dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	1	5	4,13	1,26
WHO-5 T2 total	11	25	21,46	4,02
WHO-5 T2 total em %	44	100	85,83	16,09

Análise comparativa do bem-estar antes e após intervenção

Partindo da análise do test *t student* para amostras emparelhadas, observa-se que os valores médios de bem-estar aumentaram de forma estatisticamente significativa ($t(23)=3,847; p<0.001$), uma vez que, no tempo 1 (T1) a média de bem-estar foi de 71,17 (DP=18,00) e no tempo 2 (T2) a média foi de 85,83 (DP=16,09), sendo a diferença de médias de 14,67.

Ansiedade

Os resultados obtidos na subescala de Ansiedade (HADS) são apresentados na tabela 9. Observa-se que no pré-teste (T1) todos os itens da escala de ansiedade variam entre 0 e 3, sendo que 0 é a resposta mais favorável e 3 significa a resposta que mais contribui para a ansiedade. O item 4 “Sinto-me agitado como se não conseguisse estar quieto” é aquele que

apresenta uma maior pontuação média ($M=1,27$; $DP=0,72$), seguido do item 1 “Sinto-me tenso ou ansioso” ($M=0,92$; $DP=0,85$). É o item 3 “Sinto uma sensação de medo como se tivesse um “frio” no estômago” que apresenta a pontuação média menor ($M=0,46$; $DP=0,95$). Nos itens dois e cinco observa-se a mesma média ($M=0,73$) e com os desvios-padrão de $DP=1,04$ e $DP=0,96$, respetivamente. No pré-teste, a pontuação total na subescala de ansiedade (soma dos sete itens para a ansiedade) varia entre 0 e 20, com média de 5,54 ($DP=4,28$).

Tabela 9- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total da subescala de ansiedade HADS (pré-teste, $n=26$)

item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1.Sinto-me tenso ou ansioso	0	3	0,92	0,85
2.Tenho uma espécie de sensação de medo, como se algo de terrível estivesse prestes acontecer	0	3	0,73	1,04
3.Sinto uma sensação de medo como se tivesse um "frio" no estomago	0	3	0,46	0,95
4.Sinto-me agitado como se não conseguisse estar quieto	0	3	1,27	0,72
5.Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	0	3	0,73	0,96
6.Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído	0	3	0,77	0,86
7.Tenho sensações de pânico repentinas	0	3	0,65	0,75
HADS_A_T1_total	0	20	5,54	4,28

Observando-se a tabela 10, no pós-teste (T2), é possível verificar que as respostas aos itens da subescala de ansiedade da HADS apresentam todas um valor mínimo de 0 (resposta mais favorável) e valor máximo variável entre 1, 2 ou 3 (quando mais elevado, mais contribui para a ansiedade). Similarmente aos resultados do pré-teste, é o item 4- “Sinto-me agitado como se não quisesse estar quieto” que apresenta a média de resposta mais elevada ($M=1,00$; $DP=1,02$). Tal como no pré-teste, o item 3 “Sinto uma sensação de medo como se tivesse um “frio” no estômago” ($M=0,08$; $DP=0,28$) apresenta o valor médio de resposta mais baixo. De notar que, em relação a este item, nenhum dos participantes respondeu acima de 1. No pós-teste, a pontuação total para a subescala de ansiedade variou entre 0 a 9 valores, com uma média de 3,42 ($DP = 2,26$).

Tabela 10- Descrição dos valores médios dos itens e da população total da subescala de ansiedade HADS (pós-teste, n=24)

Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1.Sinto-me tenso ou ansioso	0	3	0,50	0,72
2.Tenho uma espécie de sensação de medo, como se algo de terrível estivesse prestes acontecer	0	2	0,25	0,53
3.Sinto uma sensação de medo como se tivesse um "frio" no estomago	0	1	0,08	0,28
4.Sinto-me agitado como se não conseguisse estar quieto	0	3	1,00	1,02
5.Passam-me pela cabeça pensamentos preocupantes	0	2	0,33	0,57
6.Consigo sentar-me com calma e sentir-me descontraído	0	2	0,71	0,55
7.Tenho sensações de pânico repentinas	0	1	0,13	0,34
HADS A T2 total	0	9	3,42	2,26

Análise comparativa da HADS-A (Ansiedade) antes e após intervenção

Através da realização do test t- student para amostras emparelhadas, podemos concluir que, no tempo 1, os participantes apresentaram uma média de 5,00 pontos (DP=3,23) na escala de ansiedade, enquanto, no tempo 2, a média diminuiu para 3,42 (DP=2,26). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($t(23) = -3,102$; $p = 0,005$), verificando-se uma diferença de - 1,583 entre as médias dos dois tempos.

Depressão

Partindo de uma análise à tabela 11, no pré-teste (T1) pode verificar-se que as respostas aos itens da subescala de depressão variam entre 0 (resposta mais favorável) e 3 (resposta menos favorável), à exceção do item 1 “Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter”, cujo valor máximo é 2. É o item 3 “Sinto-me como se estivesse mais lento” que apresenta uma média mais elevada ($M = 1,38$; $DP = 0,90$), seguindo-se o item 4 “Perdi interesse na minha aparência” ($M = 1,15$; $DP = 1,16$). Já o item 7 “Consigo disfrutar de um bom livro ou de um programa de rádio” é o item menos cotado em termos médios ($M = 0,50$; $DP = 0,81$). De notar que

a escala deste item, assim como do item 1, 2, 5 e 6 é realizada de forma inversa, ou seja, quanto mais elevado o valor da resposta, menos favorável é essa resposta. A pontuação total da subescala de depressão (soma da pontuação de todos os itens da subescala) no pré-teste (T1) variou entre 0 e 14 valores, com média de 6,12 (DP= 3,41).

Tabela 11- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total da subescala de depressão da HADS (pré-teste, n=26)

item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1.Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter	0	2	0,65	0,56
2.Consigo rir e ver o lado cómico das coisas	0	3	0,69	0,88
3.Sinto-me como se estivesse mais lento	0	3	1,38	0,90
4.Perdi interesse na minha aparência	0	3	1,15	1,16
5.Sinto-me alegre	0	3	0,65	0,85
6.Sinto um prazer antecipado pelas coisas	0	3	1,08	1,09
7.Consigo disfrutar de um bom livro ou de um programa de radio ou tv	0	3	0,50	0,81
HADS_D_T1_total	0	14	6,12	3,41

Analisando a tabela 12 relativamente ao momento pós-teste (T2), pode observar-se que os itens variam, novamente entre 0 e 3, ou seja os extremos das possibilidades de resposta, em que 0 apresenta-se como a resposta mais favorável e 3 a resposta que mais contribui para a depressão. O item 3 “Sinto-me como se estivesse mais lento” é aquele que apresenta a média de resposta mais elevada (M=1,08; DP=0,78) e o item 5 “Sinto-me alegre” apresenta a média mais baixa (M=0,25; DP=0,44). A soma das respostas a todos os itens do pós-teste, que corresponde à pontuação total da subescala de depressão variou entre 0 e 10 valores, com média de 3,96 (DP= 2,51).

Tabela 12- Descrição dos valores médios dos itens e da pontuação total da subescala de depressão da HADS (pré-teste, n=24)

Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
1.Ainda tenho prazer nas coisas em que costumava ter	0	1	0,54	0,51
2.Consigo rir e ver o lado cômico das coisas	0	2	0,38	0,65
3.Sinto-me como se estivesse mais lento	0	2	1,08	0,78
4.Perdi interesse na minha aparência	0	3	0,54	0,93
5.Sinto-me alegre	0	1	0,25	0,44
6.Sinto um prazer antecipado pelas coisas	0	2	0,63	0,58
7.Consigo disfrutar de um bom livro ou de um programa de radio ou tv	0	2	0,33	0,70
HADS_D_T2_total	0	10	3,96	2,51

Análise comparativa da HADS-D (Depressão) antes e após intervenção

No tempo 1, os participantes apresentaram um nível de depressão ($M=5,88$; $DP=3,23$) significativamente superior ao tempo 2 ($M=3,96$; $DP=2,51$), $t(23) = -3,729$; $p=0,001$. As diferenças entre a média do nível de depressão do tempo 1 e do tempo 2 é de $-1,917$.

Cognição

Na tabela 13 encontram-se os resultados obtidos no MMSE no momento pré-teste (uma semana antes do início da intervenção). Analisando esta tabela é possível observar que os valores mínimos em todas as dimensões, exceto na nomeação, começam em zero, significando que em todas essas dimensões, pelo menos, um dos participantes não consegue obter qualquer pontuação. Por sua vez, os valores máximos em todas as dimensões correspondem aos valores máximos possíveis. Considerando a pontuação total no MMSE, observa-se que os participantes obtêm valores compreendidos entre três (uma pontuação muito baixa) e 29 (uma pontuação muito boa, perto do valor máximo possível de 30). A média obtida no score total do MMSE é de $23,81$ ($DP=6,44$) o que, considerando a escolaridade da amostra, pode ser considerado positivo, dado que se encontram acima do ponto de corte para déficit cognitivo para pessoas com escolaridade entre 1 e 12 anos de escolaridade, onde se situa a maioria da amostra, sendo, no

entanto, necessário verificar os resultados individuais pela escolaridade. Assim, verifica-se cinco (19,2%) participantes em 26 apresentam déficit cognitivo, tal como avaliado pelo MMSE.

Tabela 13- Descrição dos valores nos itens e da pontuação total no MMSE (pré-teste, n=26)

Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Orientação_temporal	0	5	3,81	1,56
Orientação_espacial	0	5	4,42	1,36
Orientação_total	0	10	8,23	2,66
Retenção	0	3	2,88	0,59
Atenção_Cálculo	0	5	3,69	1,64
Evocação	0	3	2,15	1,12
Linguagem_nomeação	1	2	1,96	0,20
Linguagem_repetição	0	1	0,96	0,20
Linguagem_compreensão_verbal	0	3	2,73	0,83
Linguagem_compreensão_escrita	0	1	0,81	0,40
Linguagem_escrita_frase	0	1	0,69	0,47
Linguagem_total	2	8	7,15	1,57
Habilidade_construtiva	0	1	0,42	0,50
MMSE_total	3	29	23,81	6,44

Tabela 14- Descrição dos valores nos itens e da pontuação total no MMSE (pós-teste, n=24)

Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Orientação_temporal	0	5	3,96	1,55
Orientação_espacial	1	5	4,58	0,98
Orientação_total	3	10	8,54	2,15
Retenção	3	3	3,00	0,00
Atenção_Cálculo	0	5	3,37	1,64
Evocação	0	3	2,17	1,00
Linguagem_nomeação	2	2	2,00	0,00
Linguagem_repetição	0	1	0,87	0,34
Linguagem_compreensão_verbal	3	3	3,00	0,00
Linguagem_compreensão_escrita	0	1	0,79	0,42
Linguagem_escrita_frase	0	1	0,62	0,50
Linguagem_total	5	8	7,29	0,99
Habilidade_construtiva	0	1	0,29	0,46
MMSE_total	13	29	23,96	4,82

Os resultados obtidos no MMSE no momento pós-teste (tabela 14) apresentam um valor mínimo mais elevado do que no pré-teste em algumas dimensões (e.g. orientação, linguagem-compreensão verbal). Por sua vez, os valores máximos em todas as dimensões mantêm-se os correspondentes aos valores máximos possíveis. Considerando a pontuação total no MMSE, observa-se que os participantes obtêm valores compreendidos entre 13, o que corresponde a um aumento relativamente ao pré-teste, mas ainda assim é um valor indicativo de défice cognitivo, e 29 (uma pontuação muito boa, perto do valor máximo possível de 30). A média obtida no score total do MMSE é de 23,96 (DP=4,82), ligeiramente acima da média obtida no pré-teste, o que, uma vez mais, considerando a escolaridade da amostra pode ser considerado positivo, dado que se encontra acima do ponto de corte para défice cognitivo para pessoas com escolaridade entre 1 e 12 anos de escolaridade, onde se situa a maioria da amostra. Observando-se os resultados os resultados considerando a escolaridade, verifica-se que cinco participantes (20,8%) em 24 apresentam défice cognitivo, tal como avaliado pelo MMSE.

Análise comparativa do MMSE antes e após a intervenção

Através do teste t de student para amostras emparelhadas observou-se que os participantes no pré-teste obtiveram uma média de 24,50 (DP=5,00) sendo que no pós teste a média observada é de 23,96 (DP=4,82). Comparando o pós teste com o pré-teste observa-se que os valores obtidos não são estatisticamente significativos ($t(23) = -0,96$, $p=0,347$), verificando-se uma diferença entre as médias de -0,54.

Em síntese, com a metodologia SOUND, observam-se: (1) ganhos no bem-estar e (2) redução significativa da ansiedade e depressão, tal como se pode verificar na tabela 15.

Tabela 15- Síntese dos resultados significativos obtidos através da análise comparativa com teste t-student para amostras emparelhadas

	Pré-teste M (DP)	Pós-teste M (DP)	Dif. Médias	<i>t</i>	<i>p</i>
WHO5- Bem-estar	71,17 (18,00)	85,83 (16,09)	14,67	3,847	<0,001
HADS- Ansiedade	5,00 (3,23)	3,42 (2,26)	-1,583	-3,102	0,005
HADS- Depressão	5,88 (3,23)	3,96 (2,51)	-1,917	-3,729	0,001

Face aos resultados encontrados, apresenta-se, de seguida, a sua discussão.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Após a apresentação dos resultados, importa realizar a análise e discussão dos mesmos, tendo por base o objetivo e o quadro de referência deste estudo. Retoma-se aqui o objetivo estabelecido: Analisar os benefícios no bem-estar de uma intervenção com base na música em pessoas mais velhas, recorrendo à metodologia SOUND.

A intervenção com base na Metodologia SOUND, que integra atividades com base na música e é implementada neste estudo, parece ter produzido benefícios significativos ao nível do bem-estar, ansiedade e depressão dos participantes. A intervenção foi implementada junto de uma amostra com mais de 65 anos, com idade média de 83,5 anos, a residir em ERPI ou a frequentar CD. No que diz respeito ao bem-estar, verifica-se um aumento significativo dos valores médios de bem-estar do momento 1 para o momento 2. Este resultado é confirmado, se considerarmos o critério sugerido em Ware (1995, como citado por World Health Organization. Regional Office for Europe, 1998), em que uma alteração igual ou superior a 10% indica uma mudança significativa no bem-estar. Neste estudo a diferença de pontuação percentual estandardizada entre o pré e o pós teste é de 14,66%, com pontuações mais elevadas no pós-teste, ou seja, logo após a intervenção com base no modelo SOUND. Os níveis de ansiedade e depressão, avaliados pela HADS, diminuíram significativamente logo após a intervenção. Nesta amostra, a cognição parece não ter alterado significativamente, verificando-se uma manutenção entre os momentos pré e pós-teste.

Se considerarmos o ponto de corte da HADS, em que pontuações superiores a 11 indicam presença provável de depressão ou ansiedade, pontuação igual ou inferior a 7 indica níveis “normais”, entre 8 e 10 níveis de probabilidade de ansiedade ou depressão “leves”, entre 11 e 14 níveis “moderados” e entre 15 e 21 níveis “graves”, é possível categorizar os participantes nesta perspetiva. No presente estudo, no pré-teste, 22 dos participantes reportaram níveis normais de ansiedade, sendo que no pós-teste, um destes passou a apresentar níveis de ansiedade ligeira provável e um dos participantes que apresentava níveis de ansiedade grave provável, reduz para níveis normais no pós-teste. No que diz respeito à depressão, quatro participantes passaram de níveis ligeiros em pré-teste, para níveis normais em pós-teste e um participante passou de nível grave para normal. Observando os valores mínimos e máximos em ambas as subescalas, permite-nos, também, constatar os efeitos positivos da intervenção com música neste grupo de participantes. Os valores máximos para ansiedade atingem 21 pontos (considerado grave) e “moderados” para a depressão (valor máximo 14) antes da intervenção. Após a intervenção, estes valores máximos sofreram uma descida significativa (os autores consideram que uma descida de 50% é considerada significativa) para 9 na ansiedade e 10 na depressão,

consideradas pontuações “leves”. Esta forma de olhar para os resultados confirma a sugestão de efeitos positivos desta intervenção com música nas dimensões de afeto negativo aqui referidas.

Os resultados obtidos apresentam similaridades e diferenças com os resultados observados no estudo piloto do SOUND (Santini et al., 2025), onde a metodologia foi implementada pela primeira vez em três países europeus, junto de pessoas com demência ou défice cognitivo. Neste estudo, Santini et al. (2025) encontraram efeitos positivos ao nível do bem-estar, considerando a amostra total, ou seja, juntando todos os países participantes, corroborando a hipótese de que intervenções com base na música podem ser benéficas para este domínio, seja em pessoas com demência/défice cognitivo ou pessoas mais velhas em geral. Relativamente à depressão, os resultados para a amostra total, onde se incluem os 3 países, não mostram efeitos significativos após a intervenção, mas um olhar mais pormenorizado permite encontrar efeitos significativos nesta dimensão em Itália e Roménia, mas em sentido opostos, com uma melhoria das pontuações em Itália, e piores pontuações de depressão na Roménia. Este resultado pode estar relacionado com condições específicas do contexto Romeno relacionados com a qualidade dos equipamentos sociais. O piloto SOUND (Santini et al., 2025) demonstrou ainda melhorias significativas nos níveis de ansiedade em Portugal e Itália, mas uma significância no sentido oposto na Roménia. A cognição (avaliada através do MOCA) e as funções executivas (avaliadas através da FAB), quando analisadas para todos os países em conjunto, melhoram significativamente após a intervenção, sugerindo efeitos positivos nesta dimensão. De notar que o estudo de Santini et al. (2025) se focou na implementação da Metodologia SOUND junto de pessoas com demência/défice cognitivo, contrariamente ao estudo presente direcionado a pessoas mais velhas em geral.

O presente estudo corrobora com a literatura que associa a participação em atividades com música a efeitos positivos nas emoções e bem-estar (Creech et al., 2013; Melhuish, 2013), melhoria nos níveis de depressão (Chan et al., 2012; Cheung et al., 2018; Van der Sten et al., 2025) e nos níveis de ansiedade (Hars et al., 2014; Cheung et al., 2018). Num inquérito levado a cabo pela Universidade de Michigan (Kullgren et al., 2024) fica claro o poder e a importância da música junto das pessoas mais velhas, sendo que, 98% dos inquiridos perceciona retirar algum benefício de saúde relacionado com a música referindo, por exemplo, que a música ajuda a aliviar o stress e relaxar (75%), traz alegria (73%), melhora a saúde mental, humor e atitude (65%) e resulta noutros benefícios relacionadas com a cognição e motivação.

Relativamente aos resultados da cognição, este estudo não corrobora com investigações no domínio (Biasutti e Mangiacotti, 2018; Lin et al, 2023) que apresentam melhorias no desempenho cognitivo. Apesar disso, o desempenho cognitivo dos participantes deste estudo manteve-se estável após a intervenção, considerando-se um bom resultado.

Em linha com o descrito, Ma e Ma (2023) na sua revisão sobre os efeitos das intervenções musicais na saúde de idosos na prática clínica, constataram que intervenções musicais para idosos podem ter efeitos positivos ou potencialmente positivos nos resultados de saúde, nomeadamente no bem-estar psicológico, funcionamento cognitivo, respostas fisiológicas, qualidade de vida e bem-estar geral.

Os resultados encontrados reforçam a evidência de que a música tem efeitos positivos nas pessoas mais velhas, podendo atuar como um recurso de promoção de saúde mental positiva, complementando assim as estratégias de envelhecimento ativo (Modelo OMS). As características da amostra também são importantes para tentar explicar os resultados: os valores médios de bem-estar, depressão, ansiedade e cognição são, à partida (em pré-teste), bastante bons WHO-5= 16,88 (ponto de corte sugerido >13), ansiedade=5,00 e depressão=5,88 (ponto de corte sugerido <11) e MMSE=23,81 (ponto de corte de acordo com a escolaridade).

Apesar de não se observarem efeitos ao nível cognitivo e de a literatura referir efeitos expectáveis nesta dimensão, neste estudo em particular, o foco principal das atividades não foi trabalhar habilidades cognitivas. Ainda que todas as atividades SOUND apresentem objetivos cognitivos, considerando a nossa amostra de pessoas mais velhas em geral, a planificação das atividades não se realizou com vista a trabalhar dimensões cognitivas específicas relacionadas a défices cognitivos presentes na amostra. Em todo o caso, o desempenho cognitivo manteve-se após a intervenção, o que por si já é um bom resultado. Estes resultados podem indicar que quando as intervenções com música não têm objetivos específicos de treino cognitivo, apresentam benefícios mais acentuados ao nível do bem-estar e humor. Estudos com implementação mais longa da metodologia e uma planificação mais intencional ao nível do trabalho cognitivo poderão, eventualmente, resultar em efeitos mais positivos ao nível da cognição.

A intervenção com base na metodologia SOUND é realizada em grupo, seguindo a metodologia de *circle activities*, e poderá ter contribuído para a dimensão de participação e sentimento de pertença (Melhuish, 2013; Creech et al. 2013; Siltainsuu & Peltola, 2024). Estes

podem funcionar como contributos para o bem-estar, diminuição de sentimentos de solidão, enquadrando-se nos determinantes de envelhecimento ativo (OMS, 2015).

O bem-estar subjetivo, medido pelo WHO-5, refere-se ao estado emocional positivo, à vitalidade e ao interesse pelas coisas do dia a dia, não englobando a componente de satisfação com a vida e a componente cognitiva. Assim, a música parece ter efeitos imediatos no afeto positivo (promove relaxamento, alegria, como referido anteriormente), mas também na vitalidade, uma vez que a participação e o tipo de atividades (passiva e ativas) podem gerar a sensação de estar ativo.

A intervenção com base na música SOUND integra contributos das teorias, modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido e do quadro de referência para o envelhecimento ativo e saudável. No que concerne às perspetivas lifecourse e lifespan, esta intervenção enfatiza os efeitos e a importância das experiências ao longo da vida, e a integração das preferências musicais nas intervenções podem amplificar a resposta emocional positiva à intervenção (a música associada às memórias, identidades prévias), ajudando a compreender os benefícios ao nível do bem-estar. Pode relacionar-se esta intervenção ao modelo biomédico, na medida em que as intervenções musicais podem resultar em diminuições da ansiedade e depressão (eventos stressores) e potenciar, entre muitos outros componentes, as funções cognitivas e o envolvimento ativo com a vida. Adequa-se, igualmente, ao modelo de otimização seletiva com compensação, pois permite a seleção de músicas e atividades relacionadas com as preferências dos participantes e potencia a obtenção de significado e prazer nas atividades; a repetição e o treino das atividades otimizam as capacidades das pessoas; e a adaptação das atividades às características dos participantes permite a sua participação, mesmo que a pessoa apresente alguma limitação, ajudando a refletir e entender os ganhos obtidos pelos participantes. A relação com o modelo de proatividade preventiva e corretiva deve-se ao facto de que a intervenção proporciona uma participação regular, o que pode ser entendido como uma estratégia preventiva, ainda que proposta por outras pessoas, permitindo a manutenção da rotina e estímulos emocionalmente interessante; as adaptações previstas nas sessões poderão apresentar-se como ações corretivas, na medida em que promovem a integração e a inclusão de todos os participantes e estes mecanismos podem ajudar a explicar os benefícios obtidos ao nível do bem-estar, ansiedade e depressão. Por fim, esta intervenção está direcionada para os modelos de envelhecimento ativo e saudável, dado que as intervenções com música ocorrem em ambientes seguros e potenciam oportunidades ao nível da saúde, com resultados favoráveis na cognição e

no humor, da participação e das relações sociais, melhorando o bem-estar das pessoas através de estímulos musicais e de movimentos rítmicos.

A avaliação das preferências musicais e integração destas na planificação é um aspeto valorizado nos estudos na área (Santini et al., 2024), enquadrando-se na abordagem de Cuidados Centrados na Pessoa (Viscarret, 2014) ou de Kitwood (mencionado em Santini et al., 2024) para intervenção em pessoas com demência e está subjacente à Metodologia SOUND, o que pode ser um fator que facilita os benefícios da intervenção.

Apresentada a discussão dos resultados do estudo, importa atender à descrição das principais limitações do estudo.

No presente estudo, as principais limitações dizem respeito, essencialmente, ao tipo de estudo, amostra e contexto. Em termos de plano de investigação, o presente estudo apresenta um design experimental de grupo único, contrariando alguns estudos no domínio (Chan et al., 2012; Creech et al., 2013; Hars et al., 2014; Cheung et al., 2018; Biasutti & Mangiacotti, 2018). Um plano experimental, numa ótica mais simples, entende-se pela formação de dois grupos de indivíduos, aplicando a um dos grupos a experiência (intervenção) e no outro grupo não se aplica qualquer intervenção ou aplica-se um tratamento diferente também designado por *efeito placebo* (Stern & Kalof, 1996; Vogt, 1999 como citado em Coutinho, 2014). Sendo o presente estudo, então, de design experimental com grupo único, a dificuldade maior está em estabelecer a validade interna, uma vez que não existe um grupo de comparação (controlo) para determinar se as mudanças observadas se relacionam com a intervenção ou com outros fatores, como alterações naturais no indivíduo, efeitos da terapêutica medicamentosa ou influências externas. A ausência de grupo de controlo também reduz a confiabilidade dos resultados, que não podem ser generalizados para outras populações ou situações (Coutinho, 2014), apresentando-se com um grau de controlo mínimo (Sampieri et al., 2006).

Neste estudo os participantes foram selecionados por conveniência, junto de 2 organizações da rede de contactos da Escola Superior de Educação. Portanto, a amostragem por conveniência dificulta a generalização deste estudo, assim como a inexistência de um grupo de controlo, não permitindo fazer afirmações globais com rigor e generalizações para outros sujeitos, além daqueles que fazem parte desta amostra, ou com características semelhantes (Coutinho, 2014). Também o tamanho da amostra se considera reduzido comparativamente a outros estudos no domínio (Chan et al., 2012; Creech et al., 2013; Hars et al., 2014; Van der steen, 2015; Cheung et al., 2018; Biasutti & Mangiacotti, 2018). Recomenda-se, em estudos

futuros, englobar amostras de maior dimensão com recurso a procedimentos de amostragem probabilística e a inclusão de um grupo de controlo, com distribuição aleatória dos participantes pelos grupos.

O facto de este estudo se tratar da implementação de uma intervenção em instituições com atividade no terreno, coloca alguns desafios. Desde logo, o número reduzido de profissionais disponíveis para participar, assim como a dificuldade em cumprir com as condições acordadas previamente. A este respeito, é de notar a dificuldade das instituições em se comprometerem com os seus profissionais à intervenção. Como tal, não foi possível, contrariamente ao estudo de Santini et al. (2015), cumprir com todos os requisitos da metodologia, como por exemplo o rácio entre profissionais e participantes no círculo de atividades, ou garantir o número recomendado de observadores externos. No entanto, neste estudo, a população idosa em geral é o grupo de análise, pelo que, à partida, apresenta menos desafios e exigências em termos de apoio durante as atividades. As intervenções executam-se com um grupo de participantes que já se encontra integrado em instituições/ grupos e, por conseguinte, podem ter já uma oferta de atividades e hipóteses de convívio social que os limita. Contudo, os participantes do estudo apresentam bons níveis nas variáveis em análise, no momento pré-teste (em média, acima dos pontos de corte).

No que concerne à duração da intervenção (6 semanas, 12 sessões) esta pode ser considerada curta, se analisarmos um outro estudo no domínio da música (Hars et al., 2014) para se verificar o impacto ao nível cognitivo. Acrescenta-se uma outra limitação relacionada com a planificação das atividades, uma vez que não teve como foco a estimulação das habilidades cognitivas, sendo que os valores estáveis apresentados para o comprometimento cognitivo poderão estar relacionados com esta questão.

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados, o presente estudo apenas utilizou ferramentas quantitativas de recolha de dados e estas podem não ser suficientes para compreender o impacto das intervenções. A ferramenta escolhida para avaliar o bem-estar é a mesma do estudo original (WHO-5) que avalia o bem-estar subjetivo geral considerando aspetos relacionados com o afeto positivo tais como o humor positivo, vitalidade e interesse, mas não considera a componente cognitiva da satisfação com a vida.

Recomenda-se, assim, que se alargue a duração das intervenções com base na música e que os profissionais sigam com planos de intervenção direcionados, também, para a componente cognitiva. Estudos que incluam dados qualitativos com recolha de reações dos participantes

através de entrevistas rápidas e breves, são essenciais para captar as mudanças e as nuances subtis que a música pode desencadear (Santini et al., 2025). A inserção de escalas para avaliar a satisfação com a vida também se poderia tornar uma mais valia nestes estudos.

Conclusão

O presente estudo pode ser considerado inovador, uma vez que implementa uma intervenção com base na música, a intervenção SOUND com pessoas mais velhas, tendo esta sido testada previamente com pessoas com demência. Neste estudo, a amostra não foi selecionada tendo como critério o desempenho cognitivo, embora este tenha sido avaliado. Assim, este estudo abre caminho para a evidência da utilidade e adequação desta metodologia para outros participantes para além daqueles cognitivamente comprometidos. Foram encontradas evidências que indicam benefícios ao nível do bem-estar, ansiedade e depressão após esta intervenção, embora o estudo careça de grupo de controlo para atribuição destes benefícios de forma inequívoca à intervenção.

A implementação decorreu de acordo com as orientações definidas pelo Consórcio do Projeto, com as devidas adaptações à realidade e limitações do contexto de implementação deste estudo. A intervenção foi realizada com um grupo de participantes que já se encontrava integrado nas instituições em causa, mas a participação foi voluntária. Embora inicialmente o grupo estivesse mais inibido na participação, em ambas a instituição a maioria dos participantes esteve presente em quase todas as sessões e à medida que a sessão se desenvolvia, os participantes mostraram-se mais desinibidos e participativos, mostrando as suas aptidões para o canto e para a articulação com instrumentos musicais criados pelos facilitadores. Ao longo das sessões, outras observações foram indicadoras do interesse que esta intervenção provoca nas pessoas mais velhas e de como as suas componentes, como as atividades em círculo podem ser facilitadoras deste interesse. A metodologia de *circle activities* e atividades com base na música parecem facilitar a interação social e o sentimento de pertença, fundamental para o envelhecimento ativo e bem-sucedido. Esta hipótese foi visível pela proximidade das relações criadas entre o grupo e pelo tempo de duração das sessões finais. A dinâmica final da sessão que incluía abraçar o participante que estivesse ao lado da pessoa no círculo, abraço estimulado

pela música selecionada para esta dinâmica, foi paradigmática desta proximidade. Com o avançar das sessões, esta dinâmica passou a ganhar maior robustez, pois passaram de abraçar uma única pessoa que se encontrasse na proximidade do círculo, para abraçarem todas as pessoas que estavam presentes na sessão. Relativamente à duração das sessões, particularmente em centro de dia, foi visível um entusiasmo que aumentou à medida que as sessões se realizavam semana após semana, já que os elementos do grupo continuavam envolvidos a cantar músicas depois do término das mesmas. Os objetivos e os planos de todas as sessões foram cumpridos de acordo com o planeado.

Além disso, foram considerados e postos em práticas outros requisitos/recomendações para esta intervenção: os facilitadores completaram a formação exigida pela Metodologia SOUND, com prática simulada com a equipa de investigadores do projeto SOUND em Portugal, sendo que um destes investigadores acompanhou em supervisão a implementação da intervenção; a intervenção decorreu em salas amplas e acolhedoras tal como sugerido; foram incluídas atividades com base na música de diferentes tipos, tanto passivas quanto ativas, altamente personalizadas, baseadas nas preferências e atitudes dos beneficiários, recolhidas antes da finalização da intervenção. Como tal, este aspeto poderá ter contribuído, também, para os benefícios alcançados.

Este estudo permite, então, refletir sobre algumas implicações para a prática gerontológica, nomeadamente a recomendação da sua implementação junto da população mais velha. A intervenção com música pode ser vista como uma intervenção não-farmacológica de baixo custo, não invasiva, viável e útil, que pode ser integrada em contextos institucionais e comunitários para atenuar sintomas de sofrimento psicológico. A música promove a conexão e este estudo reforça os benefícios que a música tem no bem-estar, ansiedade e depressão, sugerindo que instituições como ERPI e Centros de Dia possam integrar sessões musicais como parte da rotina semanal, com potencial de prevenção de mal-estar psicológico e promoção da qualidade de vida. A intervenção reforça a evidência de que a música pode atuar como um recurso de promoção da saúde mental positiva e pode complementar estratégias de envelhecimento ativo (OMS, 2015). Assim, devem ser integradas atividades musicais como componente de programas que visem o “envolvimento continuado” nas instituições, em complemento com intervenções que atuem sobre saúde física e cognitiva, como forma de atenuar possíveis declínios ou comprometimentos mais severos. A utilização deste método em instituições e programas de apoio à terceira idade pode tornar-se crucial para promover a participação e o envolvimento vital dos residentes, podendo a

música proporcionar igualmente prazer aos profissionais e contribuir para uma relação mais próxima entre estes e os utentes.

Esta metodologia está alinhada e reforça a abordagem da OMS de Cuidados Centrados na Pessoa (WHO, 2020). Na sequência disso, a personalização dos exercícios e das músicas pode ser um dos elementos-chave nesta intervenção, por isso recomenda-se a utilização de ferramentas simples para avaliação das preferências e experiência musicais antes da intervenção, tal como o questionário usado neste estudo. Uma vez que a intervenção SOUND pode ser replicada por profissionais da área do envelhecimento ou da música com experiência com pessoas mais velhas, é fundamental apostar na formação na Metodologia SOUND, de forma a alargar as possibilidades de integração desta metodologia nas instituições.

Por fim, pensando numa perspetiva mais macro, este estudo reforça a importância da música no envelhecimento e como tal, as intervenções com música e, eventualmente, outras artes deveriam ser integradas nos planos municipais e nacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraha, I., Trotta, F., Rimland, J. M., Cruz-Jentoft, A., Lozano-Montoya, I., Soiza, R. L., Pierini, V., Dessì Fulgheri, P., Lattanzio, F., O'Mahony, D., & Cherubini, A. (2015). Efficacy of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients: A systematic overview. The SENATOR project ONTOP Series. *Plos One*, 10(6), e0123090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123090>
- Alatartseva, E., & Barysheva, G. (2015). Well-being: Subjective and objective aspects. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 166, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.479>
- Alkema, G. E., & Alley, D. E. (2006). Gerontology's future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(5), 574–582. <https://doi.org/10.1093/geront/46.5.574>
- Alley, D. E., Putney, N. M., Rice, M., & Bengtson, V. L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990-2004. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(5), 583–590. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq053>
- Amano, T., Hooley, C., Strong, J., & Inoue, M. (2022). Strategies for implementing music-based interventions for people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5641>
- American Psychological Association (APA). (2024). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 69(1), 34–65. <https://doi.org/10.1037/a0035063>
- Araujo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2017). Hedonic and eudaimonic well-being in old age through positive psychology studies: A scoping review. *Anales de Psicología*, 33(3), 568. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.265621>
- Aurelian, S., Ciobanu, A., Cărare, R., Stoica, S.-I., Anghelescu, A., Ciobanu, V., Onose, G., Munteanu, C., Popescu, C., Andone, I., Spînu, A., Firan, C., Cazacu, I. S., Trandafir, A.-I., Băilă, M., Postoiu, R.-L., & Zamfirescu, A. (2023). Topical cellular/tissue and molecular aspects regarding nonpharmacological interventions in Alzheimer's disease—A systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(22), 16533. <https://doi.org/10.3390/ijms242216533>
- Azevedo, M. J., Costa, S., NO, A., & Guimarães, P. J. (2024). *SOUND- National Report Portugal*. [Texto não publicado].
- Azevedo, M. J., Costa, S., NO, A., & Guimarães, P. J. (Trad). (2023). *Avaliação individual das preferências musicais*. [Tradução não publicada].
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful Aging* (pp. 1–34). Cambridge University Press.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychological Association*, 52, 4, 366-380.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 569–664). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & Carvalho, J. M. M. (2013). Gerontologia social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. *Actas de Gerontologia*, 1(1).
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida? *Exedra- Revista Científica*, Número Temático, 11–28. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6495844.pdf>
- Bengtson, V. L., Elder, G. H., & Putney, N. M. (2005). The lifecourse perspective on ageing: Linked lives, timing, and history. In *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 493–

- 501). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511610714.053>
- Biasutti, M., & Mangiacotti, A. (2018). Assessing a cognitive music training for older participants: a randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), 271–278. <https://doi.org/10.1002/gps.4721>
- Biasutti, M., Welch, G. F., MacRitchie, J., McPherson, G. E., & Himonides, E. (Eds.). (2020). *The impact of music on human development and well-being*. Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/978-2-88963-683-9>
- Brodaty, H., & Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529>
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caldini, G., Vichi, D., Hera, A., Springhetti, N., & Dallapè, G. (2019). Circle Activity & Alzheimer: l'arte dialoga con la cura. Progetto sperimentale presso il Centro Diurno Alzheimer dell'APSP Civica di Trento. *Psicogeriatría*, XIV(1), 58–63. <https://siing.net/?p=3271>
- Calenti, J. C. M., & Sande, A. L. (2006). Terapias alternativas. In J. C. M. Calenti (Ed.), *Principios de Geriatría y Gerontología*. McGraw-Hill Interamericana de España.
- Chan, M. F., Wong, Z. Y., Onishi, H., & Thayala, N. V. (2012). Effects of music on depression in older people: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5–6), 776–783. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03954.x>
- Cheung, D. S. K., Lai, C. K. Y., Wong, F. K. Y., & Leung, M. C. P. (2018). The effects of the music-with-movement intervention on the cognitive functions of people with moderate dementia: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 22(3), 306–315. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1251571>
- Conrad, C. (2010). Music for healing: From magic to medicine. *The Lancet*, 376(9757), 1980–1981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62251-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62251-9)
- Creech, A., Hallam, S., McQueen, H., & Varvarigou, M. (2013). The power of music in the lives of older adults. *Research Studies in Music Education*, 35(1), 87–102. <https://doi.org/10.1177/1321103X13478862>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Dias, I., & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In M. C. Paul & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: Aspectos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do Envelhecimento* (pp. 179–201). Lidel.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child development*, 69(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x>
- Estebasari, F., Dastoorpoor, M., Khalifehkandi, Z. R., Nouri, A., Mostafaei, D., Hosseini, M., Esmaeili, R., & Aghababaeian, H. (2020). The concept of successful aging: A review article. *Current Aging Science*, 13(1), 4–10. <https://doi.org/10.2174/1874609812666191023130117>
- Eurostat. (2019). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the eu* (1^a ed.). European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19-681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- Fernandez-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.7790/ejap.v7i1.238>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología* (pp. 59–99). Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2012). Prefácio. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspectos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do Envelhecimento* (pp. XV–XVI). Lidel.
- Fernández-Ballesteros, R. (2019). The concept of successful aging and related terms. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, & J.-M. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of*

- Successful Aging* (pp. 6–22). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781316677018>
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir). (2004). Gerontología social. Una introducción. In *Gerontologia Social* (pp. 31–54). Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón, M. D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10(3), 245–286.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/50620.pdf>
- Ferreri, L., Moussard, A., Bigand, E., & Tillmann, B. (2019). Music and the aging brain. In M. H. Thaut & D. A. Hodges (Eds.), *The oxford handbook of music and the brain* (pp. 622–644). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198804123.013.25>
- Fonseca, M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (Ed). (2000). Velhice normal, velhice patológica, velhice bem sucedida. In *Psicologia do envelhecimento* (pp. 22–23). Climepsi Editores.
- Freitas, S., Simões, M., Santana, I., & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2015). *Escala e testes na demência* (3ª ed). Novartis.
- Gerdner, L. A., Hartsock, J., & Buckwalter, K. C. (2000). Assessment of personal music preference. In *Evidence-based guideline: Individualized music for persons with dementia*.
- Gerdner, L. A., Hartsock, J., & Buckwalter, K. C. (2020). *Assessment of Individualized (Personal) Music Preference* (2ª ed).
- Guerreiro, M., Silva, P., Botelho, M., Leitão, O., Castro Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Hars, M., Herrmann, F. R., Gold, G., Rizzoli, R., & Trombetti, A. (2014). Effect of music-based multitask training on cognition and mood in older adults. *Age and Ageing*, 43(2), 196–200.
<https://doi.org/10.1093/ageing/aft163>
- Hernandis, S. P., & Martínez, M. S. (Coord). (2005). Claves para comprender la posición actual de la gerontología. Justificación de la obra. In *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (1ª ed, pp. 1–16). Prentice Hall - Pearson.
- Hossen, M. S., & Salleh, S. F. B. (2025). Social influences on the psychological well-being of elderly individuals. *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*, 7(4), 315–332.
<https://doi.org/10.1108/JHASS-01-2024-0010>
- Hutchison, E. D. (2008). A life course perspective. In E. D. Hutchison (Ed.), *Dimensions of human behavior: The changing life course* (6ª ed., pp. 1–38). Sage publications.
- ILC. (2015). *Envelhecimento ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade* (1ª ed). Centro Internacional de Longevidade.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Projeções de População Residente em Portugal (2018-2080)*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2021: Resultados definitivos*. INE - Estatísticas oficiais.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). *Censos 2021: Resultados definitivos*. INE - Estatísticas oficiais.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *Estimativas Anuais da População Residente. População Residente (N.º) Por Local de Residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo Etário*. <https://shorturl.at/nBXUs>
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). Springer.
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear

- path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466–474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438–451. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. Winkle, P. Whitehouse, & D. Moris (Eds.), *Successful aging through the life span: Intergenerational issues in health* (pp. 101–122). Springer.
- Kooijmans, E. C. M., Hoogendijk, E. O., Drapała, N., Antonenko, O., Burchell, G. L., Barańska, I., Pokladníková, J., Szczerbińska, K., Fialová, D., van Hout, H. P. J., & Joling, K. J. (2025). Defining and categorizing nonpharmacologic interventions in the older population: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 26(1), 105306. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105306>
- Kullgren, J., Solway, E., Roberts, S., Howell, J., Singer, D., Box, N., Smith, E., & Hutchens, L. (2024). *National poll on healthy aging: Sound of music*. University of Michigan Health. <https://hdl.handle.net/2027.42/192265>
- Lin, T.-H., Liao, Y.-C., Tam, K.-W., Chan, L., & Hsu, T.-H. (2023). Effects of music therapy on cognition, quality of life, and neuropsychiatric symptoms of patients with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 329, 115498. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115498>
- Ma, G., & Ma, X. (2023). Music intervention for older adults: Evidence map of systematic reviews. *Medicine*, 102(48), e36016. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036016>
- MacDonald, R. A. R. (2013). Music, health, and well-being: A review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1), 20635. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20635>
- Marsh, P. (2007). Task-centred practice. In J. Lishman (Ed.), *Handbook for practice learning in social work and social care: Knowledge and theory* (pp. 188–200). Jessica Kingsley Publishers. [https://doi.org/Jessica Kingsley Publishers](https://doi.org/Jessica%20Kingsley%20Publishers)
- Mata, G., & Carratala, A. (2007). *Planificación centrada en la persona: Experiencia de la fundación San Francisco de Borja para personas con discapacidad intelectual*. FEAPS.
- Melhuish, R. (2013). Group music therapy on a dementia assessment Ward: An approach to evaluation. *British Journal of Music Therapy*, 27(1), 16–31. <https://doi.org/10.1177/135945751302700103>
- Mercadal-Brotons, M., Tomaino, C. M., Alcântara Silva, T. R., & Vianna Moreira, S. (2021). Music therapy & music based interventions in the context of dementia: Recommendations for clinical guidelines - Part II. *Music and Medicine*, 13(3), 169–173. <https://doi.org/10.47513/mmd.v13i3.822>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. <https://ciencia.ucp.pt/en/publications/novos-valores-normativos-do-mini-mental-state-examination>
- Naleppa, M., & Reid, W. J. (2003). Case Management. In M. Naleppa & W. J. Reid (Eds.), *Gerontological social work: A task-centered approach* (pp. 167–202). Columbia University Press.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool For mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17–34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751426004>
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia - O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nunes, I. B., de Santana, M. A., Gomes, J. C., Torcate, A. S., Charron, N., de Brito, N. C., Moreno,

- G. M. M., de Gusmão, C. M. G., & dos Santos, W. P. (2023). Music recommendation systems to support music therapy in patients with dementia: An exploratory study. *Research on Biomedical Engineering*, 39(3), 777–787. <https://doi.org/10.1007/s42600-023-00295-7>
- Oliveira, C. R. de, & Pinto, A. M. (2014). Biologia e fisiopatologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría Fundamental: saber e praticar* (1ª ed., pp. 17–28). Lidel, Edições Técnicas.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21–41). Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In Paúl & Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1–20). Lidel.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In M. C. Paul & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do Envelhecimento* (pp. XVI–XX). Lidel.
- Pereira, F. (Ed.). (2012). *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. PsicoSoma.
- Quattrini, S., Merizzi, A., Caciula, I., Napradean, L., Azevedo, M. J., Costa, S., & Santini, S. (2024). The design and implementation of a novel music-based curriculum for dementia care professionals: The experience of SOUND in Italy, Portugal and Romania. *BMC Medical Education*, 24(1), 668. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05651-4>
- Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2018). Envelhecimento Ativo. In O. Ribeiro & C. Paul (Eds.), *Manual de Envelhecimento Ativo* (2ª ed, pp. 1–12). Lidel, Edições Técnicas.
- Richardson, V. E., & Barusch, A. S. (2006). Stages in gerontological practice. In *Gerontological practice for the twenty-first century: A social work perspective* (pp. 64–87).
- Rodrigues, I. (2022). *A música como coadjuvante terapeutica nos séniores*. Seda.
- Rodriguez, P. (2012). Modelo de atención integral centrada en la persona. In P. Rodriguez, L. Bermejo, J. Marín, & C. Valdivieso (Eds.), *Servicios de ayuda a domicilio: Manual de planificación y formación* (pp. 25–43). Panamericana.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Rubenstein, L. (1983). The elinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 758–762. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03395.x>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sampaio, D. C. C. (2022). *Avaliação e intervenção gerontológica: Contributos para a gerontologia social* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositorio IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/3293>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). AMGH.
- Santini, S., Merizzi, A., Azevedo, M. J., Costa, S., Caciula, I., Di Rosa, M., & Quattrini, S. (2025). Effects of a person-centered music-based intervention in the rehabilitation of older adults with mild to moderate dementia. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.1177/25424823251367291>
- Santini, S., Merizzi, A., Caciula, I., Azevedo, M. J., Hera, A., Napradean, L., Di Rosa, M., & Quattrini, S. (2024). A quasi-experimental mixed-method pilot study to check the efficacy of

- the “SOUND” active and passive music-based intervention on mental wellbeing and residual cognition of older people with dementia and dementia professionals’ burnout: A research protocol. *Frontiers in Psychology*, 15, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1327272>
- Sathian, B., van Teijlingen, E., Simkhada, P., Kabir, R., & Al Hamad, H. (2024). Editorial: Evidence-based approaches in aging and public health. *Frontiers in Public Health*, 12, 1–4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1391432>
- Siltainsuu, H., & Peltola, H.-R. (2024). Music as support for older adults’ wellbeing: A scoping review. *Music & Science*, 7, 1–22. <https://doi.org/10.1177/20592043241268721>
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9(4), 461–477. <https://doi.org/10.1017/S1062798701000424>
- Soares, A. F., Gutierrez, D. M. D., & Resende, G. C. (2020). A satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico em estudos com pessoas idosas. *GIGAPP Estudos Working Papers*, 7(154), 275–291. <https://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/186>
- SOUND Consortium. (2024a). *D4-Handbook for the implementation of the sound music-based intervention for older people with dementia*. <https://soundeupproject.eu/results/>
- SOUND Consortium. (2024b). *D5-Guidelines and recommendation for the assessment of the sound music-based intervention outcomes on older people with dementia*. <https://soundeupproject.eu/results/>
- Stamou, L. (2002). Plato and Aristotle on music and music education: Lessons from ancient greece. *International Journal of Music Education*, 39(1), 3–16. <https://doi.org/10.1177/025576140203900102>
- Summers, N. (Ed). (2009). Fundamentals of case management practice: Skills for the human services. In *case management: definition and responsibilities* (pp. 39–63). Rebecca Cross.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- United Nations. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. UN Department of Economic and Social Affairs. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.p%0Ad/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- van der Steen, J. T., van der Wouden, J. C., Methley, A. M., Smaling, H. J. A., Vink, A. C., & Bruinsma, M. S. (2025). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub5>
- Vink, A., & Hanser, S. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia: A mini-review. *Medicines*, 5(4), 109. <https://doi.org/10.3390/medicines5040109>
- Viscarret, J. J. (2014). Modelos de intervención en trabajo social. In T. Fernández-García (Ed.), *Fundamentos del trabajo social* (pp. 293–344). Alianza Editorial.
- World Health Organization [WHO]. (1948). *Summary Reports on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. iris. Institutional Repository for Informacion Sharing. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active Ageing- A Policy Framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (WHO)
- World Health Organization [WHO]. (2024). *The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>
- World Health Organization [WHO] Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden*,

12. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/349766>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

