Revisão baseada na evidência: Qual o benefício da musicoterapia no tratamento de sintomas comportamentais na demência?

por Filomena Sá[1], Jorge Godinho[2], Natália Cidade[1], Marta Guedes[1]
1. Médica interna de formação específica de MGF na USF Nova Via, ACeS Espinho/Gaia
2. Médico interno de formação específica de MGF na USF Canelas, ACeS Espinho/Gaia

RESUMO

Introdução: Os sintomas neuropsiquiátricos observam-se em 61-92% dos doentes com demência. Incluem agitação, agressividade, deambulação, delírios, alucinações, depressão e perturbação do sono. A musicoterapia (MT) destaca-se como um tratamento não farmacológico promissor. Neste contexto, os autores consideraram pertinente elaborar uma revisão baseada na evidência para avaliar a eficácia da MT no tratamento de sintomas comportamentais na demência.

Métodos: Pesquisa de artigos científicos, publicados entre 01/2006 e 05/2014, nas bases de dados de medicina baseada na evidência. As palavras-chave utilizadas foram "*music therapy*" e "*dementia*". A *Strength Of Recommendation (SOR) Taxonomy da American Academy of Family Physicians* foi usada para classificar o nível de evidência (NE) e atribuir a força da recomendação (FR).

Resultados: Foram selecionados seis revisões sistemáticas (RS's), três ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC's) e duas normas de orientação clínica (NOC's). Quatro RS's (NE 2) e os ECAC's (NE 2) demonstraram benefício ao nível de alterações comportamentais a curto prazo. Duas RS's (NE 3) não encontraram evidência sobre o outcome avaliado. As NOC's (FR C) recomendam o uso terapêutico da MT nos doentes com demência.

Conclusões: Parece existir benefício do uso da MT no tratamento de alterações comportamentais na demência (SOR B). Porém, a maioria dos estudos apresenta limitações metodológicas, sendo necessária investigação adicional, sobretudo sobre a eficácia da MT a longo prazo.

Palavras-chave: musicoterapia, demência

INTRODUÇÃO

O "Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais" (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, é utilizado para o diagnóstico da patologia mental. Em 2013, foi lançada a quinta versão deste manual (DSM-5), a qual introduziu algumas mudanças. O capítulo da "demência" passou a intitular-se de "Perturbações Neurocognitivas" em vez de "*Delirium*, Demência, Amnésia e outras Perturbações Cognitivas". O termo "demência" foi também substituído pela expressão "Perturbações Neurocognitivas *Major* ou *Minor*".[1,2]

O diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva Major pressupõe a existência de, pelo menos, dois dos seguintes critérios:

1) Défice cognitivo num ou mais dos seguintes domínios: memória, linguagem (afasia), orientação, perceção;
2) Os défices cognitivos interferem com a independência do doente;
3) Os défices não ocorrem exclusivamente no curso de *delirium*;
4) A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação mental (p.e. Perturbação Depressiva *Major*).[1,2]

Apesar desta nova classificação, dado que a maior parte da literatura pesquisada está de acordo com a classificação usada na quarta versão do DSM (DSM-IV), os autores decidiram utilizá-la, sendo que ao longo do artigo quando é referido o termo "demência" este refere-se ao conceito mais abrangente de Perturbação Neurocognitiva *Major*.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número de pessoas que viviam com demência em 2011 foi estimado em 35,6 milhões.[3] Estudos epidemiológicos prevêem o alarmante crescimento deste número, estimando a sua duplicação a cada 20 anos: 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050.[3]

A demência é uma patologia progressiva, irreversível, caracterizada pelos défices acima mencionados. Cursa em cerca de 61-92% dos doentes com sintomas neuropsiquiátricos.[4] Estes incluem agitação, agressividade, deambulação, delírios, alucinações, depressão e perturbação do sono.[4] São causa de elevados níveis de stress e má qualidade de vida nos doentes e seus cuidadores. A sua prevalência aumenta com a evolução da doença.

A terapêutica farmacológica nem sempre é eficaz, podendo estar associada a um declínio cognitivo mais acelerado e aumento da mortalidade. As abordagens não farmacológicas têm como objetivo contribuir para um melhor funcionamento cognitivo, bem-estar e melhor adaptação do doente a este processo. Destaca-se a musicoterapia (MT) como um tratamento promissor.

De acordo com a Federação Mundial de Musicotera-

pia, a MT corresponde ao uso profissional da música e seus elementos como intervenção em contextos médicos, educativos e sociais.[5] As intervenções destinam-se a indivíduos isoladamente, grupos, famílias ou comunidades, com vista a melhorar o seu bem-estar biopsicossocial e a sua qualidade de vida.[5] A investigação, a prática, a educação e formação clínica em MT baseiam-se em critérios profissionais estruturados conforme os contextos políticos, sociais e culturais.[5]
Neste contexto, os autores consideraram pertinente elaborar uma revisão baseada na evidência para avaliar a eficácia da MT no tratamento de sintomas comportamentais na demência.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *Pubmed, The Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse, Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase, Guidelines Finder, Bandolier, DARE* e *TRIP database*, utilizando as palavras-chave: "*music therapy*" e "*dementia*". Limitou-se a pesquisa a metanálises, revisões sistemáticas (RS's), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC's), estudos de coorte e caso-controlo e normas de orientação clínica (NOC's), publicados entre 01/2006 e 05/2014, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa.
Incluíram-se estudos referentes a indivíduos com demência submetidos a intervenções de MT em comparação com qualquer outra terapêutica (ou ausência desta) dirigida a sintomas comportamentais, analisando como outcome a frequência/intensidade de sintomas comportamentais associados à demência.
Foram excluídos os artigos repetidos ou que não cumpriam os critérios de inclusão.
Foi utilizada a *Strength of Recommendation* (SOR) *Taxonomy da American Academy of Family Physicians* para avaliação da qualidade dos estudos e posterior atribuição de níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).[6]

RESULTADOS

Dos 120 artigos encontrados, 94 foram excluídos pelo título e pela leitura do resumo e 15 foram excluídos após leitura integral do artigo. Deste modo foram obtidas 11 publicações que foram agrupadas de acordo com o tipo de artigo: seis RS's, três ECAC's e duas NOC's.

Revisões sistemáticas (Quadro I)

Hermans *et al* (2007)[7] realizaram uma RS com o intuito de avaliar a eficácia e segurança de estratégias não farmacológicas, incluindo MT, na redução de comportamentos de deambulação em indivíduos com demência, em contexto domiciliário. Constataram a inexistência de qualquer ensaio clínico randomizado nesta área pelo que concluíram não haver informação disponível sobre a eficácia das abordagens não farmacológicas na deambulação. Foi-lhe atribuído um NE 3.
Na RS de Witzke *et al* (2008)[8] foram incluídos 10 estudos controlados não randomizados (n=214) nos quais a intervenção consistia numa seleção de músicas vs. ausência das mesmas, pretendendo avaliar o impacto na agitação de doentes com demência de Alzheimer. Os estudos incluídos apresentavam n <40 e intervenções distintas respeitantes à seleção das músicas (clássica, de relaxamento, nostálgica, individualizada), duração das mesmas (15 minutos, 30 minutos, hora da refeição, 1 dia inteiro), horário (refeição, ao acaso, ao fim da tarde) e período de intervenção (variando de duas a seis semanas). Apenas um estudo discriminava o grau demencial dos doentes incluídos. Também foram usados diferentes instrumentos de avaliação. Em 9 dos 10 estudos verificou-se diminuição da agitação (na incidência ou frequência), mais significativa com a utilização de música individualizada. No estudo que discriminava a gravidade da demência, o efeito da MT foi mínimo nos doentes com demência severa. Atribuiu-se a esta RS um NE 2.
Warner *et al* (2010)[9] publicaram uma revisão que incluiu 33 estudos, dos quais uma RS abordava o efeito de intervenções não farmacológicas, incluindo MT, no tratamento de sintomas comportamentais em indivíduos com demência. A revisão incluída não encontrou nenhum ensaio clínico randomizado de qualidade, pelo que se concluiu não existir informação disponível acerca da eficácia da MT no controlo de sintomas comportamentais na demência. Atribuiu-se a este estudo um NE 3.
Raglio *et al* (2012),[10] publicaram uma RS que tinha como objetivo analisar ensaios clínicos controlados (ECC's) e ECAC's que estudaram o uso de atividades musicais (criar ou ouvir música, sem orientação de profissional treinado) e da MT no contexto da demência. Esta revisão incluiu 32 estudos, dos quais 15 (n=702) avaliaram os efeitos nos sintomas psicocomportamentais (SPC) associados à demência. Destes, 13 apresentavam n≤60, 1 apresentava n=75 e outro n=100. As intervenções avaliadas eram distintas quanto às atividades musicais (ouvir ou cantar música, individualmente ou em grupo, tocar instrumentos de percussão, escrever canções), tipo de música (clássica, barroca, sons da natureza e música preferida), duração (30 ou 40 minutos, 3 horas) ou frequência das sessões (1, 2 ou 3 vezes/semana) e período de intervenção (variando de 4 a 16 semanas). Apenas dois

estudos referiam horário das sessões (um durante o lanche e outro após o lanche). Sete estudos incluíram doentes com demência moderada a severa, não sendo mencionada a gravidade da demência nos restantes. Quatro foram efetuados em doentes institucionalizados. Os instrumentos de avaliação utilizados diferem entre estudos ou não são descritos. Apesar das limitações, os resultados são consistentes quanto à evidência de benefício da MT nos SPC associados à demência. Em relação ao efeito das atividades musicais, os resultados são controversos. Atribuiu-se a esta RS um NE 2.

Quadro I. Revisões sistemáticas

Referência	Objetivos/Metodologia	Resultados	NE
Hermans et al (2007)[7]	Avaliar eficácia e segurança de estratégias não farmacológicas, incluindo MT, na redução de comportamentos de deambulação associados à demência	Sem informação disponível acerca da eficácia da MT no outcome avaliado	3
Witzke et al (2008)[8]	Analisar efeito da MT na agitação de doentes com demência de Alzheimer 10 estudos controlados não randomizados (n=214) Intervenção: músicas selecionadas vs. ausência de música	Em 9 estudos: diminuição da agitação, mais significativa quando utilizada música individualizada	2
Warner et al (2010)[9]	Avaliar efeito de intervenções não farmacológicas, incluindo MT, no tratamento de sintomas comportamentais associados à demência	Sem informação disponível acerca da eficácia da MT no outcome avaliado	3
Raglio et al (2012)[10]	Analisar ECC's e ECAC's que estudaram o uso da música e da MT no contexto da demência 15 estudos (n=702) avaliaram os efeitos nos SPC Intervenção: atividades musicais (criar ou ouvir música) vs. MT	Resultados controversos sobre o efeito das atividades musicais na redução dos SPC Evidência consistente de benefício da MT nos SPC	2
McDermott et al (2013)[11]	Determinar eficácia da MT em pessoas com demência 8 estudos (n=328) avaliaram efeitos nos sintomas comportamentais: 4 ECAC's, 2 estudos controlados não randomizados, 2 estudos "antes-depois" Intervenção: MT	Melhoria consistente a curto prazo no humor e redução de distúrbios comportamentais	2
Ueda et al (2013)[12]	Avaliar eficácia da MT nos SPC, funções cognitivas e atividades de vida diária em indivíduos com demência 11 estudos (n=397) avaliaram efeitos nos SPC: 5 ECC's e 6 ECAC's Intervenção: MT	Benefícios na abordagem dos SPC associados à demência	2

Legenda: ECAC – ensaio clínico aleatorizado e controlado; ECC – ensaio clínico controlado; MT – musicoterapia; NE – Nível de evidência; SPC - sintomas psicocomportamentais

McDermott *et al* (2013)[11] publicaram uma RS que visava determinar a eficácia da MT em pessoas com demência de qualquer tipo, idade e género, vivendo tanto em comunidade como em contexto de cuidados continuados. Foram incluídos estudos que avaliassem intervenção, individual ou em grupo, sob a forma de MT ativa (doentes participam na criação de música) e sob a forma de MT recetiva (doentes ouvem música gravada ou ao vivo, selecionada para satisfazer necessidades clínicas individuais). Esta revisão incluiu 18 estudos. Oito (n=328) avaliaram os efeitos nos sintomas comportamentais associados à demência. Quatro são ECAC's, dois são estudos controlados não randomizados e dois são tipo "antes-depois", todos com n ≤60. As intervenções avaliadas eram semelhantes quanto à duração das sessões (30 minutos), diferindo quanto à frequência (1, 2 ou 3 vezes/semana), tipo de atividades (improvisação, cantar com acompanhamento de guitarra, ouvir música ao vivo, pedidos de música e discussão) e período de intervenção (variando de 12 dias até 16 semanas). Os instrumentos de avaliação utilizados diferem entre estudos. Apesar das limitações, verificou-se evidência consistente de melhoria a curto prazo no humor e redução de distúrbios comportamentais, não tendo sido encontrados estudos longitudinais de qualidade que demonstrassem benefícios da MT a longo prazo. Atribuiu-se a esta RS um NE 2.

Ueda *et al* (2013)[12] publicaram uma RS com metanálise que pretendia determinar a eficácia da MT nos SPC, funções cognitivas e atividades de vida diária em pessoas com demência. Foram incluídos 20 ensaios clínicos, dos quais 11 avaliaram os efeitos da MT nos SPC associados à demência (n=397): 5 ECC's e 6 ECAC's, todos com n <70. As intervenções avaliadas variaram desde uma única experiência relacionada com música a uma combinação de múltiplas experiências, como cantar, ouvir, atuar, dançar ou improvisar. Os outcomes foram medidos antes e após o tratamento. Esta

RS sugere que a MT é eficaz na abordagem dos SPC associados à demência. Especificamente, revela efeitos benéficos moderados no controlo da ansiedade e depressão, mas efeitos mais modestos nas alterações de comportamento associadas à demência. As principais limitações relacionam-se com a heterogeneidade entre estudos relativamente às características dos participantes, utilização de diferentes instrumentos de avaliação e metodologias utilizadas (desenho, ocultação, qualidade). Atribuiu-se a esta RS um NE 2.

Ensaios clínicos aleatorizados e controlados (Quadro II)

Vink *et al* (2012)[13] publicaram um ECAC que comparava os efeitos da MT com atividades recreativas diárias gerais na redução da agitação em pessoas com demência. Incluíram 77 residentes de 6 lares de idosos holandeses com demência: 43 constituíram o grupo experimental (MT) e 34 o grupo controlo (atividades recreativas). Participaram em intervenções de grupo (5 residentes por grupo no máximo) durante 4 meses. No grupo experimental, cada sessão durou 40 minutos (total de 235 sessões) consistindo em atividades como ouvir música selecionada, cantada ou tocada (clássica e popular), cantar, dançar ou tocar instrumento musical. No grupo controlo, cada sessão durou 40 minutos (total de 180 sessões) consistindo em trabalhos manuais, jogos tradicionais, cozinhar e jogos quebra-cabeça/puzzles. A avaliação foi feita através da escala CMAI (*Cohen-Mansfield Agitation Inventory*) modificada, em cada sessão: (1º) uma hora antes da sessão, (2º) uma hora após, (3º) duas horas após e (4º) quatro horas após a sessão. Nos dois grupos, a intervenção reduziu comportamentos agitados 1 hora antes e 4 horas depois de cada sessão. O estudo conclui que tanto a MT como atividades recreativas gerais diminuíram a agitação a curto prazo, não demonstrando o efeito benéfico adicional da MT sobre as atividades recreativas. Os resultados podem ter sido afetados por viéses, nomeadamente: os doentes incluídos no grupo controlo apresentavam tendencialmente comprometimento cognitivo mais grave; não pode garantir-se que o ensaio tenha sito totalmente "cego"; 9 doentes do grupo controlo contra apenas 1 do grupo experimental foram excluídos pela falta de dados; e falha esporádica na aplicação da CMAI modificada. Atribuiu-se a este ECAC um NE 2.

Sakamoto *et al* (2013)[14] publicaram um ECAC que pretendia avaliar o efeito da MT nos SPC associados à demência. Incluíram 39 indivíduos com demência de Alzheimer severa, com 65 ou mais anos. Estes indivíduos constituíram três grupos de intervenção, cada um com n=13: MT passiva (ouvir música selecionada gravada), MT interativa (ouvir música selecionada gravada juntamente com atividades como bater palmas, cantar ou dançar) e grupo controlo (não submetidos a MT). A MT (passiva ou interativa) foi realizada durante 30 minutos, semanalmente, durante 10 semanas (entre as 10h e as 11h). Os efeitos a curto e longo prazo foram avaliados através de diversas escalas. Concluiu-se que tanto a MT passiva como a interativa podem reduzir o stress e relaxar indivíduos com demência severa. Adicionalmente, verificou-se redução dos SPC duas semanas após o período de intervenção de MT interativa ou passiva, ao contrário do verificado no grupo controlo. Esta redução foi superior no grupo interativo comparativamente ao grupo passivo. Contudo, a redução dos SPC em ambos os grupos desapareceu 3 semanas após o período de intervenção. Como limitações, salienta-se que não foi testada a duração ótima das intervenções, o *follow-up* foi de curta duração, a amostra é de pequena dimensão e apenas foram testados doentes com demência severa. Foi atribuído um NE 2.

Quadro II. Ensaios clínicos aleatorizados e controlados

Referência	Objetivos/Metodologia	Resultados	NE
Vink et al (2013)[13]	Comparar os efeitos da MT com atividades recreativas gerais na redução da agitação n=77 residentes de 6 lares de idosos holandeses com demência Intervenção: MT (n=43) vs. atividades recreativas gerais (n=34), 4 meses	Diminuição da agitação a curto prazo em ambos os grupos Sem efeito benéfico adicional da MT sobre as atividades gerais	2
Sakamoto et al (2013)[14]	Avaliar o efeito da MT nos SPC n=39 indivíduos com doença de Alzheimer severa Intervenção: MT passiva vs. MT interativa vs. grupo controlo, 10 semanas	Redução dos SPC duas semanas após MT passiva ou interativa (maior benefício no grupo interativo)	2
Ridder et al (2013)[15]	Avaliar o efeito da MT na agitação, uso de fármacos psicotrópicos e qualidade de vida n=42 indivíduos com demência moderada a severa Intervenção: MT vs. tratamento convencional, 6 semanas	Aumento da agitação com tratamento convencional Diminuição da agitação e menor prescrição de fármacos psicotrópicos no grupo submetido a MT	2

Legenda: MT – musicoterapia; NE – nível de evidência; SPC – sintomas psicocomportamentais

Ridder *et al* (2013)[15] publicaram um ECAC que avaliou o efeito da MT na agitação, no uso de fármacos psicotrópicos e na qualidade de vida em pessoas com demência. Este estudo compreendeu 42 residentes em lares de idosos, com demência moderada a severa e com sintomas de agitação, que foram divididos de forma aleatorizada em 2 grupos, cada um com n=21. Um dos grupos foi submetido a MT individualizada, duas vezes por semana, durante 6 semanas, e o outro a tratamento convencional durante o mesmo período de tempo. Verificou-se um aumento da agitação nos indivíduos submetidos ao tratamento convencional, contrariamente aos efeitos benéficos que se verificaram a este nível no grupo submetido a MT. A prescrição de fármacos psicotrópicos foi significativamente maior no grupo submetido ao tratamento convencional. As principais limitações deste estudo prendem-se com o reduzido tamanho amostral e com a sua metodologia, uma vez que não foi duplamente cego. Foi-lhe atribuído um NE 2.

Normas de orientação clínica (Quadro III)

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), na norma de orientação *Dementia - Supporting people with dementia and their carers in health and social care* (2006),[16] sugere que o uso terapêutico da música deve ser considerado nos indivíduos com qualquer tipo e estadio de demência, de acordo com as preferências e capacidades do doente. Tratando-se de uma NOC foi atribuída a esta evidência uma força de recomendação C.

Quadro III. Normas de orientação clínica

Referência	Resultados	FR
NICE (2006)[16]	A MT deve considerar-se nos indivíduos com qualquer tipo e estadio de demência, atendendo às preferências e capacidades do doente	C
NHS / SIGN (2006)[17]	A MT adaptada ao gosto do indivíduo pode ter efeitos benéficos na agitação, mas não na agressividade, em pessoas com demência	C

Legenda: FR – Força de recomendação; MT – musicoterapia

O *National Health Service* (NHS), na norma de orientação *Management of patients with dementia* (2006) do grupo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN),[17] sugere que a MT adaptada ao gosto do indivíduo pode ter efeitos benéficos na agitação, mas não na agressividade, em pessoas com demência, não sendo possível determinar se esses benefícios resultam apenas da MT ou da combinação de outros fatores, tais como a presença de investigador. Foi atribuída a esta NOC uma força de recomendação C.

CONCLUSÕES

A evidência disponível aponta para a existência de benefício no uso da MT no tratamento de alterações comportamentais associadas à demência (SOR B). Esta conclusão apoia-se no facto de em 9 dos 11 artigos incluídos nesta revisão (4 RS's, 3 ECAC's e duas NOC's) ter sido encontrada evidência de efeitos benéficos da MT no *outcome* avaliado.

A investigação nesta área tem aumentado nos últimos anos, quantitativa e qualitativamente. A partir de 2012 verificou-se um aumento de publicações, como se pode verificar pelo ano de publicação da maioria dos artigos incluídos nesta revisão.

Salientam-se, contudo, as diferenças e limitações metodológicas exibidas pelos estudos incluídos, as quais condicionam a interpretação dos resultados: intervenções distintas entre os estudos (atividades musicais, tipo de música, frequência, duração das sessões e período de intervenção); tipo e gravidade da demência dos indivíduos incluídos; doentes institucionalizados vs. não institucionalizados; utilização de diferentes instrumentos de avaliação; a avaliação do efeito da MT nos SPC em conjunto e não nos sintomas psíquicos e comportamentais em separado.

Esta diversidade metodológica dificulta a definição dos componentes específicos da MT que mais contribuem para os efeitos benéficos nos sintomas comportamentais associados à demência.

Na RS de Raglio *et al* (2012)[10] fica evidente a importância do papel do musicoterapeuta no sucesso da intervenção (benefício da MT vs. resultados controversos das atividades musicais não orientadas por qualquer profissional treinado na redução dos SPC). Isto demonstra que atividades quotidianas como ouvir ou criar música, efetuadas sem critério pelos doentes, podem não ter benefício nos sintomas em questão, residindo o "segredo" do sucesso na seleção e aplicação da atividade musical e/ou tipo de música por um profissional treinado de acordo com as necessidades individuais ou do grupo.

No ECAC de Sakamato *et al* (2013)[14] verificou-se uma maior redução de SPC associados à demência no grupo submetido a MT interativa do que no grupo da MT passiva. Este resultado é a favor da realização preferencial de outras atividades musicais para além de ouvir música selecionada na abordagem dos SPC associados à demência.

Relativamente à comparação da eficácia da MT com

outras abordagens não farmacológicas na redução de sintomas comportamentais associados à demência, Vink *et al* (2013)[13] não encontraram benefício adicional da MT sobre a realização de atividades recreativas gerais. A avaliação da eficácia da MT vs. tratamento convencional na redução da agitação em pessoas com demência é feita apenas num dos estudos (Ridder *et al*, 2013),[15] tendo sido encontrados resultados benéficos apenas para o uso da MT. Isto revela a necessidade de mais estudos sobre a eficácia da MT vs. outras abordagens não farmacológicas e vs. terapêutica convencional, conhecimento que se revelará fundamental na optimização da(s) escolha(s) terapêutica(s).

Com esta revisão, verifica-se evidência consistente de eficácia do uso da MT na diminuição dos sintomas comportamentais associados à demência a curto prazo. No entanto, não foram encontrados estudos longitudinais de alta qualidade que demonstrassem benefício da MT a longo prazo no outcome avaliado. É, portanto, necessária investigação adicional, com recurso a metodologias estandardizadas, outcomes e instrumentos de avaliação apropriados e uniformizados, sendo especialmente importante o investimento no estudo dos efeitos da MT a longo prazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Siberski J. Dementia and DSM-5: Changes, Cost, and Confusion. Today's Geriatric Medicine [revista em linha]. 2012 [citado a 3 de maio de 2014]; 5(6):12. Disponível em: http://www.todaysgeriatricmedicine.com/archive/110612p12.shtml.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: A Public Health Priority. Geneva: World Health Organization; 2012 [citado a 3 de maio de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.
4. Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. UpToDate® [revista em linha]. 2014 [citado a 3 de maio de 2014].
5. Associação Portuguesa de Musicoterapia. Musicoterapia [página da internet]. Lisboa: APMT; 2011 [atualizado em 2014; citado a 3 de maio de 2014]. Disponível em: http://www.apmtmusicoterapia.com/#/musicoterapia2.
6. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. J Am Board Fam Pract. 2004; 17(1):59-67.
7. Hermans DG, Htay UH, McShane R. Non-pharmacological interventions for wandering of people with dementia in the domestic setting. Cochrane Database of Systematic Reviews [revista em linha]. 2007 [citado a 3 de maio de 2014]; (1). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253573.
8. Witzke J, Rhone RA, Backhaus D, Shaver NA. How sweet the sound: research evidence for the use of music in Alzheimer's dementia. J Gerontol Nurs. 2008; 34(10):45-52.
9. Warner J, Butler R, Gupta S. Dementia. BMJ Clin Evid [revista em linha]. 2010 [citado a 3 de maio de 2014]; 04(1001). Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907611/.
10. Raglio A, Bellelli G, Mazzola P, Bellandi D, Giovagnoli AR, Farina E, *et al*. Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. Maturitas. 2012; 72:305-310.
11. McDermott O, Crellin N, Ridder HM, Orrell M. Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2013; 28:781-794.
12. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. Aging Res Rev. 2013; 12:628-641.
13. Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, de Jonge P, Zuidema SU, Slaets JP. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2013; 28:1031-1038.
14. Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. Int Psychogeriat. 2013; 25(5):775-784.
15. Ridder H, Stige B, Qvale L, Gold C Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. Aging Ment Health. 2013; 17(6);667-678.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE Clinical Guideline [revista em linha]. 2006 [citado a 3 de maio de 2014]; 42. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg42.
17. National Health Service (NHS) / Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patient with dementia: a national clinical guideline. SIGN [revista em linha]. 2006 [citado a 3 de maio de 2014]; 86. Disponível em: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/86/index.html.