



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Francismeuda Lima de Almeida

A Música na Promoção do Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva

SALVADOR
2012

Francismeuda Lima de Almeida

A Música na Promoção do Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Cuidado em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Sadigursky
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Larissa Chaves Pedreira

**SALVADOR
2012**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA.

A447 Almeida, Francismeuda Lima de

A música na promoção do cuidado humanizado na unidade
de terapia intensiva / Francismeuda Lima de Almeida. –
Salvador, 2012.

65 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Dora Sadigursky

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª Larissa Chaves Pedreira

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2012.

1. Enfermagem. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3.
Música. 4. Humanização. 5. Saúde. I. Sadigursky, Dora. II.
Pedreira, Larissa Chaves. III. Universidade Federal da Bahia.
IV. Título.

CDU: 616-08-039.32

Francismeuda Lima de Almeida

A Música na Promoção do Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Cuidado em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.


Aprovada em 29 de dezembro de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dora Sadigursky 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Júlia Paes da Silva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade de São Paulo

Álvaro Pereira 
Doutor em Enfermagem e professor da Universidade Federal da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas 
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia



*À você, Mariana, minha filha querida, luz da
minha vida e dos meus passos.*

*À você, Gilberto (in memoriam), pelos anos todos
de convivência, me incentivando e acreditando
sempre em meu potencial, desde o começo.*

AGRADECIMENTOS

À professora Dora Sadigursky, orientadora querida, pela ajuda, paciência, calma e incentivo na continuidade deste sonho.

À professora Larissa Pedreira, co-orientadora, pelas contribuições.

Ao Grupo GECEN e ao professor Álvaro Pereira, coordenador do grupo, pelas contribuições ao trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial professoras Miriam Paiva e Edméia Coelho, pelo apoio durante meu processo de luto e retorno às atividades.

Aos colegas e professoras do mestrado, pela convivência prazerosa.

Aos colegas da UTI do Com-HUPES, por entenderem as minhas ausências em alguns momentos, em especial a amiga Glícia, pelas inúmeras contribuições.

À Unidade Coronariana do Com-HUPES, por ter cedido, também, seu espaço para a realização deste trabalho.

Aos pacientes que contribuíram com esse estudo, por acreditarem que escutar música na UTI é algo válido.

À todos que torceram e torcem por mim.

À professora Maria Júlia Paes da Silva, pela honra em aceitar fazer parte da minha banca examinadora.

Em ESPECIAL à minha mãe, Maninha, e (à minha eterna sogra) Ilze, por todos os incentivos, apoio, cuidado, atenção, proteção, carinho e amor que sempre me proporcionam. À vocês reservo toda a minha admiração.

Às tias Ione e Iara, pelo apoio e ajuda durante meu processo de readaptação. À vocês meu muito obrigado.

À você, Lennon, por agora fazer parte da minha vida, compartilhando ótimos momentos e querer comigo enfrentar novos desafios.

Minha Herança: Uma Flor

Achei você no meu jardim
Entristecido
Coração partido
Bichinho arredio
Peguei você pra mim
Como a um bandido
Cheio de vícios
E fiz assim, fiz assim
Reguei com tanta paciência
Podei as dores, as mágoas, doenças
Que nem as folhas secas vão embora
Eu trabalhei
Fiz tudo, todo meu destino
Eu dividi, ensinei de pouquinho
Gostar de si, ter esperança e persistência
Sempre
A minha herança pra você
É uma flor com um sino, uma canção
Um sonho, nem uma arma ou uma pedra
Eu deixarei
A minha herança pra você
É o amor capaz de fazê-lo tranquilo
Pleno, reconhecendo o mundo
O que há em si
E hoje nos lembramos
Sem nenhuma tristeza
Dos foras que a vida nos deu
Ela com certeza estava juntando
Você e eu
Achei você no meu jardim

(Vanessa da Mata)

(Música dedicada aos pacientes)

ALMEIDA, Francismeuda Lima de. **A música na promoção do cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 65 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

RESUMO

O objetivo desse estudo foi apreender a contribuição da música na promoção do cuidado humanizado ao paciente na UTI e analisar a contribuição atribuída pelo paciente, sobre o uso da música na promoção do cuidado humanizado na UTI. A pesquisa foi do tipo exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa, realizada em duas UTIs de um hospital público de ensino de Salvador, com 10 pacientes críticos, conscientes e orientados, internados há no mínimo 24h. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado e a observação não-participante e constou de três momentos, o primeiro foi uma aproximação inicial onde foi perguntado sobre questões relativas à percepção do ambiente (UTI), sensações sobre o momento da internação e as músicas de preferência; o segundo constou da aplicação das músicas, enquanto foram observadas expressões faciais e corporais e o terceiro momento foi realizada a entrevista final sobre as sensações após escutar a música na UTI e as melhorias para si e para o ambiente. As entrevistas foram analisadas através da análise temática de Bardin. Os resultados demonstraram que a maioria acha o ambiente da UTI, bom, ótimo, o melhor possível porque tem profissionais competentes, educados que os tratam bem e tem aparelhagem tecnológica excelente. No entanto, outros consideram a UTI um lugar de recuperação e isolamento, sentem-se desconfortáveis por estarem longe de casa e da família. É assustador, devido a movimentação, gente dando ataque, muita aparelhagem, falta distração e o horário de visita é restrito. Estar na UTI, além de sentirem-se solitários, tristes e saudosos de casa e diferente porque saem da rotina, ficam aflitos, sentem dor e preocupação. Após as sessões de música as respostas obtidas das entrevistas e das observações foram de alegria, bom humor, relaxamento e rubor, tranqüilidade, assobios, balanço da cabeça e mãos com ritmo, olhos marejados, choro, sorrisos, fechamento dos olhos e sonolência. A experiência de ouvir música na UTI foi expressa como ótimo/maravilhoso, descontraí e relaxa, refrigera a alma e traz saudades. Os benefícios para si com o uso da música na UTI foram, que traz recordação; traz coisas boas; relaxa, acalma, distraí, anima e faz esquecer os problemas. Os benefícios para a UTI com a aplicação da música evidenciou que é: válido, bom, ótimo, edifica, importante e aprovam a idéia. Concluí que a aplicação da música contribuiu para uma melhor adaptação à UTI, tornando-a mais leve, agradável e confortável para os pacientes, promovendo a humanização do cuidado, e que pode se tornar uma prática freqüente no ambiente da UTI.

Descritores: Enfermagem. Música. Unidade de Terapia Intensiva. Humanização da Assistência.

ALMEIDA, Francismeuda Lima. The music in the promotion of humanized care in intensive care unit. 2011. 65 f. Dissertation (Nursing of Master) - Nursing School, Federal University of Bahia (Brazil), Salvador, 2012.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the contribution of music to promote the humane care to patients in the ICU and to analyze the contribution given by the patient on the use of music in promoting humane care in the ICU. The research was exploratory and descriptive, with a qualitative approach, carried out in two ICUs of a public teaching hospital of Salvador, with 10 critically ill patients, conscious and oriented, hospitalized for at least 24 hours. We used a structured interview semi-structured and non-participant observation and consisted of three phases, the first was an initial approximation was asked questions concerning the perception of the environment (ICU), feelings about admission and music Preferably, the second consisted of the application of the songs, as they were observed facial expressions and body and the third time the final interview was conducted about the feelings after listening to the music in the ICU and the improvements for themselves and the environment. The interviews were analyzed through thematic analysis of Bardin. The results showed that the majority thinks the ICU environment, good, great, because it has the best skilled professionals, who treat them well educated and has excellent technological equipment. However, others consider the ICU a place of recovery and isolation, are uncomfortable because they are away from home and family. It's scary, because the movement, giving us attack, much equipment, distraction and lack time to visit is restricted. Being in the ICU, and feel lonely, sad and yearning for home and come out different because of the routine, they are distressed, in pain and concern. After the music sessions the responses obtained from interviews and observations were of joy, humor, relaxation and flushing, tranquility, whistles, head nodding and hands in rhythm, teary eyes, tears, smiles, eye closure and drowsiness. The experience of listening to music in the ICU was expressed as excellent / wonderful, relaxing and relaxes the soul and brings nostalgia. The benefits for you with the use of music in the ICU, which brings memories, brings good things, relaxes, soothes, distracted, animates and makes us forget the problems. The benefits to the ICU with the application showed that the music is: valid, good, good, builds, important and approve the idea. I concluded that the application of music contributed to a better adaptation to the ICU, making it lighter, pleasant and comfortable for patients, promoting the humanization of care, and that can become a frequent practice in the ICU setting.

Keywords: Nursing. Music. Intensive Care Unit. Humanization of Assistance.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 01 – Caracterização dos sujeitos de pesquisa | 36 |
| Quadro 02 – Tempo das sessões e músicas escutadas pelos pacientes em cada dia..... | 40 |
| Quadro 03 – Reações e expressões dos pacientes observadas durante as sessões de música | 43 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1.0 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2.0 REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 2.1 Contextualizando a Unidade de Terapia Intensiva | 16 |
| 2.2 A Humanização do Cuidado de Enfermagem | 20 |
| 2.3 A Música como Prática Complementar para o Cuidado de Enfermagem Humanizado na UTI | 24 |
| 3.0 CAMINHO METODOLÓGICO | 29 |
| 3.1 Tipo de Pesquisa | 29 |
| 3.2 Local de pesquisa | 29 |
| 3.3 Sujeitos da pesquisa | 30 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos para coleta de informações | 30 |
| 3.4.1 Passos para a coleta de informações | 31 |
| 1º Momento | 31 |
| 2º Momento | 32 |
| 3º Momento | 33 |
| 3.5 Técnica da análise das informações | 33 |
| 3.6 Questões éticas de pesquisa | 34 |
| 4.0 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 36 |
| 4.1 A experiência de ouvir música na UTI | 45 |
| 4.2 Os benefícios para si com o uso da música na UTI | 47 |
| 4.3 Os benefícios para a UTI com a aplicação da música | 50 |
| 5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 53 |
| REFERÊNCIAS | 55 |
| APÊNDICE A – Roteiro para coleta dos dados | 60 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 61 |
| APÊNDICE C – Escala de Coma de Glasgow | 64 |
| ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética | 65 |

1.0 INTRODUÇÃO

O ritmo, a melodia e a harmonia, componentes básicos da música, estão presentes na natureza e nos seres humanos desde sempre, tendo como exemplo o próprio ritmo cardíaco, a melodia e o volume da voz ao falar. Ela também acompanha os homens em todos os ciclos da vida, desde a vida intra-uterina pois, estudos comprovam que os fetos sentem as vibrações, inicialmente através do corpo e depois pelos ouvidos, e qualquer alteração irregular é sentida como sinal de alerta e desconforto para eles, continuando, também, com o seu nascimento, por meio das cantigas de ninar, até a morte, por meio de hinos religiosos e marcha fúnebre (BACKES et al, 2003; PIMENTEL, 2005).

Os efeitos cumulativos da música, portanto, são simbolicamente construídos através das experiências individuais, evidenciando sua importância pelos papéis que pode desempenhar na vida das pessoas, pela experiência do seu significado, tanto no âmbito individual quanto social e cultural. Assim, quanto mais individual e profunda, tanto mais a música terá condições de provocar reações emocionais capazes de modificar o estado de ânimo e criar sensação de alívio e conforto (BACKES et al, 2003) .

A música como harmonizadora do ser humano, usada na redução da ansiedade e na promoção do relaxamento, tem um efeito terapêutico, freqüentemente, mencionado em vários trabalhos como os de Backes et al (2003); Bergold e Alvim (2009a); Silva et al (2008). De uma maneira geral, nesses estudos, os pacientes relatam que a música terapêutica promove paz interior, alegria, tranqüilidade, relaxamento, sensação de transcendência e de conexão com um ser superior, conforto espiritual, sentimentos de bem-estar, segurança, esperança de cura, minimização da solidão, alteração positiva da percepção de tempo, entretenimento, mudança na rotina, recordações positivas, alívio da tensão, agonia e tristeza, além de tornar mais agradável o ambiente em que se encontram.

Promover algumas dessas sensações foram objetivos de uma prática informal com música relaxante realizado por uma preceptora de estágio supervisionado durante meu Curso de Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em 2001, na Universidade Estadual do Ceará. A maioria de nós não tinha ainda experiência na UTI, sendo, para algumas, o primeiro contato com este tipo de ambiente e de paciente crítico. Sempre, antes de entrarmos no campo prático da UTI, éramos submetidas a uma sessão de audição musical, o que foi bem aceito e positivo para todos, porque ajudou na maneira de encararmos àquele desafio com tranqüilidade e calma. Em outros dias, porém, não havia tempo para essa dinâmica prévia,

então percebíamos logo a diferença em nossas atitudes, que sempre ficavam mais estressantes. Esse foi meu primeiro contato com este tipo de terapia, daí surgiu um interesse particular pelo tema, na qual foi amadurecendo durante minha vivência como profissional.

Há dez anos venho trabalhando em UTI clínica de alta complexidade, com adultos. É sabido que nesse ambiente há uma concentração de equipamentos de alta tecnologia, e recursos humanos especializados para atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tido como recuperáveis, sendo necessária a observação contínua e centralizada. Para o paciente, considerando seu aspecto bio-psico-socio-espiritual, a UTI é vista como um dos ambientes mais agressivos, invasivos e traumatizantes, devendo-se ao fato do tratamento ser, quase sempre, desumanizado.

O grande desafio a ser enfrentado hoje, pelos profissionais de saúde, sobretudo os da enfermagem, nas UTIs, é justamente integrar à sua assistência, o cuidado sensível, humanizado, disponível através da utilização das tecnologias leves¹, já que a tecnologia dura cada vez mais se supera, e muitas vezes, o envolvimento com essas máquinas os tornam afastados do maior objetivo da enfermagem que é o cuidado holístico ao paciente. A humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana (VILA; ROSSI, 2002).

Isso reflete o que a proposta da atual Política Nacional de Humanização (PNH) vem defendendo, que é a de oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente, contagiada por atitudes e ações humanizadoras (BRASIL, 2004).

Em minha experiência profissional, como enfermeira assistencial, em uma Unidade de Terapia Intensiva geral, de adultos, sempre houve uma inquietude em relação ao paciente que já se encontra com seu nível de consciência e orientação melhorados, passando a conviver com a ociosidade, apenas observando à sua volta, equipamentos, provavelmente desconhecidos, e pessoas com risco de vida iminente, podendo, com isso, vir a apresentar emoções ou sentimentos negativos, em relação à sua saúde, o que pode potencializar a gravidade da sua condição.

¹As tecnologias em saúde são classificadas por Merhy, Onocko (2007) como: leve, quando se refere à gestão, serviço, relações e acolhimento; leve-dura, quando fala de saberes estruturados; e dura, quando relacionadas a equipamentos tecnológicos.

Surgiram, então, indagações: “O que fazer com esses pacientes conscientes e orientados em uma UTI? Como proporcionar um ambiente mais acolhedor/humanizado para esses pacientes? Será que a música poderia ser esse recurso terapêutico, que favoreceria a isto?”

Nesse sentido, em virtude da minha vivência, como enfermeira, no contexto da unidade de terapia intensiva, preocupada com a qualidade do cuidado de enfermagem, senti a necessidade de propiciar aos pacientes da UTI, que estivessem conscientes e orientados, alguma atividade de prática complementar que pudesse proporcionar um cuidado mais humanizado, por meio da aplicação da música terapêutica.

Cabe salientar que o termo “música terapêutica” é usado para designar a música como um recurso tecnológico, recebida passivamente, que pode ser utilizado por enfermeiros interessados em propiciar conforto, prazer e segurança ao cliente, bem como intervir na redução do estresse e manejo da dor, dentre outros benefícios. Diferencia-se, assim, do termo “musicoterapia” que é uma atividade profissional que necessita de uma formação específica, a de musicoterapeuta, onde deve-se ter conhecimento aprofundado de música, utilizar-se de instrumentos musicais e técnicas terapêuticas específicas como recriação musical, improvisação musical, composição musical e audição ou experiência receptiva, além de exercícios respiratórios, de relaxamento e consciência corporal (BERGOLD, 2005; BERGOLD; ALVIM, 2009b; ZANINI et al, 2009).

A música, de acordo com a atual Classificação das Intervenções de Enfermagem (CIE), é um cuidado proposto à assistência de enfermagem, aos Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA) como: angústia espiritual, distúrbio do sono, desesperança, ansiedade, distúrbio no autoconceito, distúrbio no campo energético, pesar, déficit de lazer, risco para solidão, isolamento social e dor (SILVA et al, 2008). Cabe ao enfermeiro, determinar o interesse do paciente por música e suas preferências musicais, elegendo seleções representativas da preferência do paciente, tendo em conta a mudança de conduta desejada (relaxamento, estimulação, concentração, diminuição da dor), ou outras atividades que se relacionam com o conforto e bem-estar do cliente como entretenimento, descontração ou mesmo passa-tempo. Pode ser disponibilizado CDs ou fitas e equipamento de som em bom estado de funcionamento; proporcionar fones de ouvido, se for conveniente; e assegurar-se de que o volume é adequado; evitando deixar a música durante longos períodos para prevenir a ocorrência de fadiga ou a diminuição da percepção musical e, facilitar a participação ativa do paciente (tocar um instrumento ou cantar) se for do seu desejo e possível, dentro da situação e da instituição (BERGOLD, 2005).

Esse trabalho, portanto, é bem diferente do que o profissional musicoterapeuta desempenha. Porém, Bergold (2005) traz em sua reflexão, que a música, numa perspectiva transdisciplinar, é um recurso que pode ser empregado por enfermeiros interessados em criar um ambiente de cuidado hospitalar mais humanizado e saudável, não sendo visto como uma atividade exclusiva do musicoterapeuta, mas de reconhecida importância para os interessados em valorizar a construção de subjetividades inerentes ao afeto e à criatividade. A necessidade seria, então, a do preparo do enfermeiro para utilizar a música em seus pacientes, a fim de evitar efeitos nocivos, ou mesmo, potencializar os benéficos.

Efeitos positivos na resposta fisiológica, causados pelo uso da música, foram achados importantes em pesquisas experimentais, com pacientes, como as de Hatem (2005), que em seu ensaio clínico e randomizado, comprovou a ação da música na redução da dor e dos sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória) em crianças, do grupo experimental, no pós-operatório de cirurgia cardíaca, em uma UTI neonatológica. Puggina (2006) utilizou a música e mensagens de voz em pacientes em coma, na UTI, constatando que no grupo experimental, também houve alterações estatisticamente significativas nos sinais vitais (saturação de oxigênio e frequência respiratória). Leão e Silva (2004) utilizaram peças musicais para mulheres com diagnósticos de fibromialgia, lesão por esforços repetitivos/doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho (lesão por esforço repetitivo - LER/ doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho - DORT) e afecções relacionadas à coluna vertebral, e o resultado foi a redução, estatisticamente significativa, da intensidade da dor ao final da audição musical nos três grupos experimentais. Zanini et al (2009) aplicaram a música em pacientes hipertensos, em um estudo experimental, verificando, também, redução nos valores de pressão arterial e melhora da qualidade de vida.

No processo de humanização hospitalar, Bergold (2005) desenvolveu um trabalho importante com o uso da visita musical como estratégia terapêutica, obtendo resultados positivos no que diz respeito à promoção do conforto, bem-estar e expressão das emoções, promovendo, também, a integridade, a autonomia, a comunicação e a interação entre os participantes.

Na literatura estrangeira há vários trabalhos realizados por enfermeiros com o uso da música na saúde, dentre eles o de Heitz et al (1992), onde a música foi usada na unidade de cuidados pós-anestésicos obtendo como resultado uma demora maior na solicitação de analgésico pelo grupo que sofreu a intervenção, além de tornar o ambiente mais agradável segundo a percepção deles. Smolen et al (2002) aplicou a escuta passiva da música em 32 pacientes, escolhidos aleatoriamente, que iriam realizar colonoscopia e, no grupo

experimental, houve redução da ansiedade, da pressão arterial, frequência cardíaca e menor quantidade do uso de anestésico. Hamel (2001) aplicou a música em 101 pacientes que esperavam pelo cateterismo cardíaco, havendo redução estatisticamente significativa nos valores da pressão arterial e frequência respiratória dos participantes, além dos relatos de melhoria da ansiedade.

Assim, os estudos têm demonstrado o quanto a música é um método terapêutico eficiente e benéfico para pacientes que necessitam de cuidados integrais, humanizado e sensível e, dentre estes, os pacientes das Unidades de Terapia Intensiva, tão carentes desse tipo de atendimento.

Entretanto, este tipo de intervenção ainda é pouco acreditada, valorizada e aceita pelos profissionais e, talvez, os motivos estejam na formação técnica e pessoal de cada um, pois a racionalidade científica ainda dá pouco espaço aos aspectos subjetivos que não podem ser quantificados, porém podem ser comprovados. Outro fator importante é de que a UTI, particularmente, por ser um setor fechado, que precisa ter mais objetividade nas ações dos profissionais e, considerado mais frio, não há espaço para investimento nas relações pessoais, então utilizar recursos como a música, poderia atrapalhar toda uma rotina diária já estabelecida.

É preciso mudar, então, esse paradigma biomédico na maneira de encarar o cuidado em saúde. Trabalhos estão sendo realizados com o intuito de mudar essa concepção e comprovar o quanto é válido o uso de práticas complementares, na provisão de uma assistência mais integral e humanizada.

Enfim, o meu alvo, nesse estudo, é propiciar esse cuidado, por meio da música, para os pacientes conscientes e orientados na UTI, mais especificamente porque pouco se tem trabalhado com esse grupo e, tampouco, por inexistirem trabalhos escritos sobre suas vivências e percepções através da música.

Diante do exposto, o **objeto desse estudo** foi: **A** música na promoção do cuidado humanizado, ao paciente, na UTI. Partindo daí a **questão norteadora** da pesquisa: O que a música pode proporcionar ao paciente que contribua para a promoção de um cuidado de enfermagem humanizado na Unidade de Terapia Intensiva?

Tendo os seguintes **objetivos**: Apreender a contribuição da música na promoção do cuidado humanizado ao paciente na UTI e analisar esta contribuição atribuída pelo paciente, sobre o uso da música na promoção do cuidado humanizado na UTI.

Assim, esse estudo tem relevância porque acredito que o uso da música pode proporcionar uma melhora no estado de saúde do paciente crítico, tratando-o de forma mais

individualizada, humana e sensível. Conseqüentemente, trará uma melhor percepção do ambiente em que ele se encontra, por torná-lo menos agressivo e hostil, colaborando com sua recuperação.

Trazer evidências científicas de que a música pode ser benéfica ao cuidado em saúde, pode despertar, nos profissionais, a importância para associá-la ao seu cuidado, considerando-a como uma terapia complementar de saúde.

Como contribuição, o estudo tem a finalidade de propor o uso da música como uma intervenção de enfermagem, na promoção do cuidado humanizado na UTI, para ser implantada no serviço, atendendo assim à proposta da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

2.0 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contextualizando a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A primeira idéia de um ambiente exclusivo para observar pacientes que necessitavam de maiores cuidados surgiu com Florence Nightingale, em 1854, durante a Guerra da Criméia. Ela, juntamente com outras 38 voluntárias, partiu para a guerra com a finalidade de tratar os soldados gravemente feridos, separando-os dos menos graves, e com isso conseguiu reduzir a mortalidade de 40% para 2% (SOBRATI, 2010).

Progressivamente, esses ambientes foram se organizando à medida que houve avanço do aparato tecnológico, até a origem das modernas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) como hoje são conhecidas. À princípio, já em 1923, Walter Dandy montou uma unidade de cuidados para pacientes neurocirúrgicos; na década de 1940 surgiu a unidade de queimados após um incêndio no Coconut Grove Fire; os respiradores artificiais surgiram com a epidemia de poliomielite entre 1947 e 1952. A partir da II Guerra Mundial aparecem as primeiras salas de recuperação anestésica (BRYAN-BROW, 1992; LINO; SILVA, 2001).

No Brasil, as primeiras UTIs foram instaladas na década de 1970, com a finalidade de centralizar pacientes graves e recuperáveis, em uma área hospitalar com recursos humanos, equipamentos e materiais, especificamente, direcionados ao cuidado desses pacientes, com o propósito de reduzir em cerca de 70%, o número de óbitos (MARTINS; FARIAS, 2000). As UTIs nasceram na época do auge do milagre econômico, em que as técnicas curativas eram mais importantes que as preventivas e, de promoção à saúde (RIBEIRO; SILVA; MIRANDA, 2005).

A partir de 1998, o Ministério da Saúde vem dando maior ênfase à Terapia Intensiva. Atualmente as UTIs são caracterizadas como um ambiente de alta complexidade, porque agrupa, no seu espaço, sistemas de monitorização contínua, equipamentos com tecnologia de ponta, aparelhos que realizam procedimentos sofisticados e, recursos humanos especializados e capacitados para realizar assistência ininterrupta, adequada à reversão dos distúrbios fisiopatológicos que colocam em risco a vida do paciente (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais, lançou a Portaria Nº 3.432/98, onde considera a importância da assistência, nas unidades que realizam tratamento

intensivo, nos hospitais do país, e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre essas unidades, de acordo com a incorporação da tecnologia, a especialização dos recursos humanos, a área física disponível e o acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e a terapêutica. Dentre estas exigências, no que compete à enfermagem, fica estabelecido que deve haver um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro assistencial para cada cinco leitos, por turno de trabalho; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho (BRASIL, 2010).

De acordo com dados de 06 de julho de 2010, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Brasil possui um total de 27.737 leitos de UTI, sendo 17.357 leitos (62,57%) disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil possui, ainda, uma cobertura hospitalar no que se refere a leitos de UTI de 4,5% (BRASIL, 2010).

A importância de uma UTI está na capacidade que ela possui para oferecer suporte avançado de vida à pacientes com instabilidade clínica e com potencial para agravamento. Assim, a criação dessas áreas específicas e diferenciadas, para a assistência intensiva, nas últimas décadas, tornou-se viável à manutenção e à recuperação de pacientes com diversos tipos de doenças, e quadros de instabilidade aguda, delas decorrentes, melhorando seu estado hemodinâmico, ventilatório, metabólico e renal, dentre outros.

Segundo Dias, Matta e Nunes (2006), identificam-se três categorias de pacientes que podem se beneficiar do cuidado e do tratamento intensivo: pacientes com doença aguda reversível, para os quais a possibilidade de sobrevida sem a internação em UTI é baixa; pacientes com probabilidade de se tornarem agudamente enfermos, necessitando de monitorização/observação, e pacientes com baixa probabilidade de sobrevida sem UTI, e que podem se beneficiar do cuidado intensivo com perspectivas de sobrevida maior.

Nessa diferenciação, fica claro que o paciente crítico é visto, portanto, como aquele que no momento encontra-se em situação de risco de vida, enfrentando mecanismos fisiopatológicos causados pela doença, e que necessita de um ambiente especial e de uma equipe pronta e em condições de reverter esse quadro que, muitas vezes, o coloca na iminência de morte. Morte esta, que se confunde com a própria concepção de grande parte de nossa sociedade em relação às UTIs, como unidades fechadas, de acesso restrito, com atendimento tecnologicamente diferenciado e que servem apenas para atender “os que vão para morrer”.

A objetividade do tratamento na UTI existe, sem dúvida, porém não se pode negligenciar àqueles aspectos relacionados à subjetividade do paciente que entra na unidade precisando de cuidados.

Sobre o assunto “humanização”, a Portaria MS Nº 3432/98 enuncia a importância de alguns aspectos físicos e organizacionais como a climatização, a iluminação natural, a divisórias entre os leitos, os relógios visíveis para todos os leitos, a garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito, e a garantia de informações sobre a evolução diária, dos pacientes aos familiares, por meio de boletins (BRASIL, 2010). Porém, a importância dos aspectos relacionais entre os pacientes e familiares com os profissionais, e a equipe entre si, não foram explicitados, evidenciando que a subjetividade não tem sido contemplada com tanta ênfase, para as Unidades de Terapia Intensiva, pela legislação brasileira.

Entretanto, de acordo com a Portaria MS 1.071 de 04 de julho de 2005, que revoga a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, esses aspectos subjetivos já estão sendo considerados essenciais. Nesta portaria vem descrito que o lidar com os limites entre a vida e a morte, com a tensão e o desconhecimento, com a ausência e o medo, com a culpa e o desespero, sentimentos tão próximos daqueles que, por uma razão ou outra, se tornam, em algum momento, pacientes, seus familiares, ou mesmo interlocutores profissionais, destas unidades de tratamento intensivo, exige, destes setores, muito mais que tecnologia, medicamentos, recursos humanos tecnicamente capacitados, processos organizacionais e administrativos próximos da perfeição, muito mais que fortes vínculos com outras unidades assistenciais da instituição hospitalar. Exige muita atenção e carinho, capacidade para compreender que o ser humano merece o diálogo e o conforto, exige compromisso e respeito com a vida e com aqueles que a perdem, respeito e compromisso com aqueles que perderam ou estão perdendo os seus entes, exige capacidade em compreender que a informação e o esclarecimento são direitos do paciente e seus familiares e que informar e esclarecer é dever dos profissionais que os assistem, e exige, enfim, um processo assistencial humanizado e humanizador enquanto instrumento claro e concreto de qualificação e bem estar (SOBRATI, 2010).

Assim, o paciente crítico, em sofrimento, necessita do respeito à sua individualidade, como ser humano dotado de sentimentos, emoções e com uma vida social fora do hospital, que ele tinha antes do seu internamento. Quando conscientes, lúcidos e orientados, quase sempre se queixam da separação da família, do ambiente desconhecido, agressivo e pouco acolhedor, da quebra nos hábitos de alimentação e hidratação, do medo de morrer, da

dependência de outrem, do desrespeito à privacidade e da falta de atenção individualizada (SILVA, 2001; SEVERO; GIRARDON-PERLINE, 2005).

Para Penna (1998) as reações dos pacientes estão relacionadas a fatores como nível de consciência, grau de comprometimento orgânico, significado simbólico da doença, experiências anteriores com doença e hospitalização, nível cultural e intelectual, personalidade pré-mórbida e relações interpessoais com a equipe.

Os estudos sobre a percepção do paciente crítico, feitos após a alta da UTI, mostraram que todos eles caracterizam o ambiente como estranho, frio e barulhento, e os sentimentos vivenciados são de angústia, medo de morrer, perda da autonomia, vergonha, perda do sono e desorientação (LEMOS; ROSSI, 2002; CESARINO et al, 2005; SEVERO; GIRARDON-PERLINE, 2005; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Desse modo, esse paciente precisa ser orientado em relação ao seu estado, aos procedimentos que serão realizados com ele e aos materiais utilizados em seu tratamento. Isto seria, o mínimo de tratamento humanizado a ser dado e, uma forma de trabalhar com a educação para a saúde; entretanto, nem sempre se observa esse tipo de conduta, pois aquele ser humano, às vezes, é considerado apenas mais um número nas estatísticas hospitalares. Felizmente, e não generalizando, muitos profissionais, preocupados com a qualidade de sua assistência, vêm tentando reverter esse quadro.

É importante, tanto para o paciente e família quanto para a equipe de saúde, a compreensão de que a internação na UTI é uma etapa fundamental para superação da doença, assim como é importante aliviar e proporcionar conforto, independentemente do prognóstico. A equipe deve estar orientada para o respeito à dignidade e autodeterminação de cada pessoa internada, por meio da humanização do seu trabalho, buscando amenizar os momentos difíceis vivenciados pelo paciente e família. Desta forma, a UTI será vista, sem dúvida, como um ambiente onde o avanço terapêutico beneficiará a saúde de muitos.

É preciso desmistificar a UTI como lugar de doença e morte, para um lugar de controle e manutenção da saúde, e fazer desse local, um lugar onde as pessoas tenham direito a um cuidado menos hostil, para reverter processos de mal-estar em bem-estar. Nesta perspectiva, faz-se necessária a humanização desse ambiente, não só estruturalmente, mas, também, uma mudança de atitude dos profissionais que nela atuam.

Menezes (2002) comenta que para a humanização da UTI, seu foco principal deve ser no seu interior, priorizando uma melhor atenção ao doente, entretanto, para ser considerado pleno, é preciso que haja um sentido bidirecional, ou seja, para que haja o respeito e solicitude daqueles que trabalham na UTI, deve haver a contra-partida dos pacientes e vice-versa. A

harmonia entre ambos deve ser um fato. Por outro lado, de nada adiantará ter uma unidade com aparatos de lazer, ou transformá-la esteticamente em um ambiente moderno, luxuoso, se lá não houver o cuidado humanizado ao paciente.

A princípio, parece que nada pode ser feito na UTI para aliviar o “peso” da internação. A pessoa doente, hospitalizada, é invadida por várias inquietações: medo da dor, da morte, da solidão, da dependência e da impotência frente às atividades quotidianas, além de ficar exposta a um ambiente estranho e impessoal. Por isso é preciso atentar para a subjetividade e sensibilidade humanas, mesmo nos ambientes fechados e, erroneamente, considerados agressivos como as UTIs.

2.2 A humanização do cuidado de enfermagem

Falar sobre humanização, se faz necessário entender, prioritariamente, as raízes e a transformação desse conceito no âmbito da saúde. Segundo Minayo (2008), o termo humanização deriva do conceito de “humanismo”, sendo essa uma palavra de origem latina que significa *humanus*. Humanista pode ser definido “como alguém cuja visão do mundo confere grande importância à vida e aos valores humanos. O humanismo realça a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos”. (GAADER, 2002 apud MINAYO, 2008, p24).

O pensamento humanista tem suas origens com o filósofo Sócrates em 399 a.C., pois, suas idéias já traziam os seres humanos, e não os deuses, como responsáveis pela vida social e pela cumplicidade e compaixão entre as pessoas. Na Idade Média, com o obscurantismo, do ponto de vista do humanismo, apenas os valores religiosos detiam o poder na consciência e nos conceitos de comportamento das pessoas. Já o movimento renascentista veio a se opor a esses moralismos da igreja e trazer à tona uma nova atitude em relação à humanidade, afastando a religião do controle do conhecimento, e contribuindo, assim, para a vitalidade intelectual e científica da época. No séc. XVIII o Iluminismo consagrou essas idéias, aprofundando concepções importantes como liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a racionalidade como lócus preponderante do pensamento e da ação humana. Foi nesse período que surgiu a Declaração Universal dos Direitos Humanos (MINAYO, 2008).

Entretanto, nessa mesma época, também surgia o período áureo do capitalismo industrial ou da chamada Modernidade, trazendo novas questões para a cultura moderna e

para o conceito histórico do humanismo. No entanto, com o desenvolvimento acelerado da tecnologia e da ciência, houve transformação nos modos de vida e de pensamento, não mais colocando o ser humano no centro de tudo. Essa exacerbação que levou ao absolutismo da ciência e da técnica, menosprezou a subjetividade das emoções, nas relações, o que vem acontecendo até os dias atuais. Porém, o que se deseja, portanto, para o século XXI, é a reorganização de atitudes solidárias do ser humano com sua natureza e a retomada dos conceitos valorativos da harmonia entre razão e sentimentos. Esse seria o ponto de equilíbrio (MINAYO, 2008).

A autora ainda afirma que, na atualidade, essa possibilidade vem caminhando porque o termo humanismo entrou na pauta de prioridade como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa por meio do vocábulo humanização. Humanização no setor saúde significa um movimento crescente do cuidado e de valorização da intersubjetividade nas relações, sendo necessário e possível para o alcance dessa possibilidade, que, os caminhos sejam acreditados, começando por intervenções específicas que sensibilizem aqueles que miram apenas as técnicas, ou têm a visão de que o outro é um objeto de estudo científico ou de negócio, e passem a oferecer um cuidado pleno, subjetivo e integral.

Assim, a busca pela humanização nos serviços será alcançada quando essa antiga dicotomia for superada. Deslandes (2008) concorda com esta idéia, e acredita que a proposta seria articular o bom uso de tecnologias, na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana, também vista como uma forma de tecnologia do tipo relacional.

Campos (2005, p.400) afirma que:

A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

Desse modo, em nosso país, a humanização do cuidado à saúde do cliente pode ser percebida na proposta que o Ministério da Saúde definiu por meio da Política Nacional de Humanização (PNH). Esta inicia reconhecendo que há lacunas no processo de humanização das relações, em saúde, pois revela que um dos aspectos que mais tem chamado a atenção,

quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. E propõe mudanças no modelo de atenção, que não se farão, a nosso ver, sem mudanças no modelo de gestão (BRASIL, 2004).

A PNH entende que a humanização será realizada quando entendermos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Assim, no processo de humanização do cuidado ao cliente, pela enfermagem, Matsuda, Silva e Tisolin (2003) referem que não há regras, nem fórmulas que tornem esse processo viável, porque isto depende, fundamentalmente, da conscientização de cada um membro da equipe, sobre sua importância. Desse modo, Silva; Pires e Rodrigues (2008) defendem que o profissional de enfermagem, como cuidador, deve possuir habilidades que consigam transpor os obstáculos que se interpõem ao cuidado humanizado, tentando viabilizar a proposta de um diálogo com o indivíduo e a família, rompendo com os paradigmas do predomínio do tecnicismo e da impessoalidade dentro do ambiente de saúde.

Nesse sentido, o aspecto humanizado do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado, pois há uma inabilidade no que diz respeito ao tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente. O enfermeiro, em sua formação, recebe conhecimentos técnicos e científicos suficientes, para se tornar competente, frente às condições físicas do paciente, entretanto, quanto ao aspecto humanístico e sensível, é superficial o que o impossibilita exercê-lo, satisfatoriamente. Por isso é preciso resgatar a sensibilidade desse fazer, como estratégia para o cuidar de um modo humanizado, cabendo a esse profissional, a transformação desse conhecimento para o uso de forma mais adequada.

Sobre o cuidado humanista na enfermagem, Talento (1993) refere que Jean Watson trouxe considerações importantes, com sua teoria, de que o cuidado é a essência da enfermagem e denota sensibilidade entre a enfermeira e a pessoa sadia ou doente; onde co-participa com essa pessoa, desse processo. Esse cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar controle, tornar-se conhecedora e promover mudanças na sua saúde, pois deve ter autonomia e condição de poder fazer escolhas.

O paciente, quando lúcido e orientado, é capaz de ajudar na sua recuperação, basta que ele seja estimulado a fazê-lo, co-participando dos cuidados. O momento da internação é

vivenciado diferentemente por cada um, portanto, comportamentos e sensações não podem ser rotulados, muito menos tratadas de forma igual. Se somos seres humanos, as diferenças existem, sem dúvida, por isso, as ações dos profissionais, também devem ser diferenciadas, e para isso é preciso, não apenas olhar, mas ver, estar atento e entender as repentinas mudanças nas atitudes de cada paciente, enfim, na sua individualidade.

Para Waldow (1999), o cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa, onde o ser, recipiente do cuidar, deve participar, quando possível, ajudando-se, transformando-se em seu próprio cuidador.

Quando se está doente, se deseja a cura. A situação de vulnerabilidade que se instala no paciente, faz com que ele, muitas vezes, não enxergue que os cuidados recebidos são tão ou mais importantes do que receber a cura. Em relação a isso, Waldow (1999) refere que o processo de cuidar envolve crescimento e ocorre, independentemente da cura, é intencional, depende do momento, da situação, da experiência, e seus objetivos envolvem, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, restabelecer, restaurar, dar, fazer, dentre outros. Sendo que a cura pode ou não ocorrer. Para Collière (1999) cuidar não é tratar ou curar; quando isso se confunde, todas as forças vivas da pessoa permanecem inativas, passivas, não são estimuladas a se manterem alertas e reagir, e assim têm, elas próprias, tendência para se deixarem adormecer, reduzir, diminuir.

Humanizar um cuidado não significa agir apenas com as emoções, mas através delas. Aliar a sensibilidade às habilidades parece ser o grande alicerce do atendimento com qualidade, exigido a quem lida diretamente com a vida de outras pessoas. De nada adianta o profissional ter uma excelente habilidade e uma inteligência visível, se seu relacionamento com os outros for extremante indelicado, e se alguém com este tipo de comportamento, for o cuidador, quem está recebendo o cuidado se sentirá, no mínimo, incomodado, desconfortável, ou ameaçado.

É comum o termo ‘humanização’ ser interpretado como um conceito ‘romântico’ e, portanto, tecnicamente menos rigoroso no ser e no atuar profissional. Acredita-se que esta confusão seja devido ao fato de que a humanização procura resgatar a proximidade subjetiva com o ser que recebe os cuidados, há algum tempo esquecido, devido a preocupação com o aspecto técnico do fazer em detrimento do sentir, do entender as expectativas de quem recebe essas técnicas (PUGGINA, 2006).

Tendo em vistas estas considerações, humanizar pressupõe um resgate a estas características humanas, centradas no cuidado e não na cura do sujeito, objetivando integrá-

las a um novo funcionamento hospitalar, com vistas a mudanças paradigmáticas e reestruturação do cuidar.

2.3 A música como prática complementar para o cuidado de enfermagem humanizado, na UTI

A utilização da música como uma prática complementar, dentro dos serviços de saúde, indica mudanças no modelo de atenção, tanto no cenário da gestão, como na implantação de políticas que estimule ou incentive o uso de diferentes práticas terapêuticas, promocionais à saúde, no âmbito profissional, com uma melhor articulação das equipes, e preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Isto é o que a Política Nacional de Humanização (PNH) justamente propõe, ou seja, a oferta de um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo, nelas presente (BRASIL, 2004).

Em seus pensamentos sobre música e saúde, Ruud (1991, p.8) comenta que “a música pode vir a representar um papel fundamental nesta redefinição das regras de existência colocada pela sociedade contemporânea”. Leão (2009) considera que a música traz esse universo de possibilidades porque tem uma natureza polissêmica, precede qualquer disciplina e já está inserida, na esfera humana, desde sempre, portanto, traz a subjetividade em sua essência e tem condições de promover, ao outro, um cuidado em todas as suas dimensões.

Para Collière (1999), surge, pois, como necessário para reconsiderar a utilização de instrumentos e de técnicas inserida na amplitude da dimensão relacional. Continua afirmando que, se houver separação, de um lado a tecnologia e do outro as relações, o processo do cuidado continuará empobrecido, criando frustrações para quem presta cuidados e graves dissabores a quem os recebe.

Bergold e Alvim (2009b) comentam que a Enfermagem vem retomando as mudanças de paradigma acerca do cuidado, procurando atender ao homem em sua integralidade e, para isso, busca em outras disciplinas, recursos disponíveis que possam ampliar essa prática, assim como o uso da música, por exemplo.

A utilização da música como adjuvante do cuidado, na enfermagem, foi usada pela primeira vez por Florence Nightingale, em 1859. Mais tarde, por ocasião das Primeira e Segunda Guerras Mundiais, duas enfermeiras norte-americanas, Isa Maud Ilse e Harriet Ayer Seymour, ambas musicistas, desenvolveram atividades musicais para aliviar as dores físicas e emocionais dos pacientes sob seus cuidados, sendo que, em 1919, de forma pioneira,

iniciaram a preparação de músicos para atuarem nos hospitais, como terapeutas, lecionando na Universidade de Columbia, em Nova York. Ilsen também fundou a Associação Nacional para Músicos nos Hospitais, em 1926. Méritos da Enfermagem (LEÃO; BUSSOTTI; AQUINO, 2010).

Atualmente o uso da música, no âmbito hospitalar, vem crescendo, graças à preocupação de alguns gestores com o aspecto da qualidade do serviço e atendimento diferenciado como atrativo. Entretanto, observa-se, ainda, que muitos pacientes hospitalizados, não sabem ou não têm condições de ativar seu potencial curativo interior, sozinhos, seja por falta do estímulo, ou porque, na rotina hospitalar, não se permite ou não se considera como prioridade o uso de atividades que possam servir como promotoras de saúde.

Sobre este aspecto, considero que pode ser desenvolvido atividades coadjuvantes, com a ajuda do enfermeiro, complementando às terapias tecnológicas modernas, por meio da valorização do cuidado sensível e assistência humanizada. Waldow (1999, p.83-4) concorda com essa premissa quando evidencia que: “(...) o uso de algumas práticas não convencionais pode contribuir no sentido de sensibilizar para uma forma mais humanizadora no processo de cuidar.”

Nesse sentido, as técnicas complementares usam métodos não tradicionais, que ultrapassam os paradigmas positivistas e buscam comprovações científicas, tendo como objeto principal, o sujeito em desequilíbrio e o restabelecimento da sua saúde e harmonia bio-psico-espiritual, contrapondo-se ao combate apenas da doença ou patologia física. Cada tipo de terapia possui sua própria definição e técnica terapêutica. Atualmente temos como exemplos em uso no ocidente: acupuntura, fitoterapia, homeopatia, musicoterapia, florais de Bach, aromaterapia, reflexologia, iridologia, toque terapêutico, shiatsu, do-in, reiki, quiroprática, cromoterapia, geoterapia, nutrição alternativa e ortomolecular (SARAIVA; XIMENES, 2004).

A eficácia do uso dessas técnicas vem sendo comprovada pela redução da ansiedade, do estresse e da dor, sintomas inerentes às doenças agudas e crônicas e, com isso, intensificam o processo de cura, visto que elas auxiliam no controle do estado emocional do paciente, o que por sua vez, afeta seu estado fisiológico (SILVA, 2001).

As técnicas de relaxamento diminuem o estresse, aumentam o efeito dos analgésicos, diminuem a fadiga, diminuem a tensão muscular, aumentam a amplitude respiratória, diminuem a pressão arterial e a frequência cardíaca. Mas talvez a principal vantagem do relaxamento seja que o paciente volta a controlar sua situação – ele se “resgata”, resgata seu corpo, sua mente. (SILVA, 2001, p.7).

No entanto, com doentes clínicos/cirúrgicos, internados em UTIs, essas técnicas ainda não têm sido uma prática usual, até porque, nestas instituições, a ênfase tem recaído sobre os cuidados no plano biológico e, a assistência, também, vem se limitando a este enfoque. Desse modo, é preciso ampliar nossa linha de atuação pois, na prática hospitalar, verifica-se que alguns pacientes permanecem longos períodos hospitalizados na UTI, acordados, conscientes e orientados, com tempo ocioso imposto pela sua própria condição.

Nesse sentido, a música na saúde deve ser utilizada para melhorar a qualidade de vida desses pacientes porque pode proporcionar um estado emocional, físico, comportamental e cognitivo que permite melhor se expressarem, estabelecendo, assim, melhor comunicação nos relacionamentos (BACKES et al, 2003).

A música é uma atividade de lazer, que ajuda o paciente a focar sua atenção, que antes estava voltada para a dor e a ansiedade, em alguma coisa mais prazerosa. Por isso, dentre as diversas melhorias que traz, tem seu ponto máximo na redução do stress, da dor, da ansiedade e da sensação de isolamento.

O uso da música pode reconstruir identidades, integrar as pessoas, reduzir a ansiedade e proporcionar a construção da auto-estima. O foco de interesse é ajudar o cliente a melhorar, recuperar, ou manter a sua saúde física e mental. O objetivo principal desta prática é proporcionar o bem-estar e, conseqüentemente, permitir uma mudança no seu estado de saúde, através da atuação da música, melhorando seu quadro psicológico e emocional que influenciam na sua recuperação (PIMENTEL, 2005).

Uma das formas de aplicar uma terapêutica subjetiva, na UTI, para a humanização do cuidado, pode ser através da música, pois ela faz parte da história de cada indivíduo, da cultura, da vida social, espiritual e emocional. É possível, através da música, valorizar a pessoa no que ela tem de mais especial, suas diferenças, a riqueza cultural, as experiências únicas, a maneira de ser, de sentir, de pensar, enfim, valorizar sua individualidade, elaborando pensamentos que despertem sua capacidade de protagonizar sua própria vida (BACKES et al, 2003).

A música resgata o agir do próprio homem e promove a humanização em sua essência, pois transforma e sonoriza os ambientes, tornando-os mais acolhedores e confortáveis e aproxima os indivíduos, permitindo, quando possível, a expressão de suas subjetividades, principalmente, quando podem compartilhar as mesmas experiências (BACKES et al, 2003).

Segundo Benenzon (1988) a música provoca efeitos nas pessoas porque existe um princípio de ISO, onde explica:

O princípio de ISO é um conceito totalmente dinâmico que resume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons, ou o de fenômenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano. Esse conjunto de movimento-som condensa os arquétipos sonoros herdados onto e filogeneticamente. Evolutivamente se lhe agregam as vivências sonoro-vibratórias e de movimento durante a vida intra-uterina, no período gestacional. Mais tarde se enriquece com as experiências vividas durante o parto, nascimento e durante todo o tempo de vida. (p.34).

Por isso, cada um só sente algo se escutar a música de sua preferência, de seu gosto, de seu universo vivido e experimentado ao longo dos anos, independente do contexto social, cultural e histórico.

Os benefícios que a música pode trazer ao ser humano são inúmeros e muitos deles são relatados desde a antiguidade.

Sobre a história da música, na saúde, Hatem (2005); Puggina e Silva (2009) referem, por meio de suas pesquisas, que muitos povos primitivos já usavam a música para efeito medicinal e terapêutico. O homem primitivo, quando doente, a utilizava para acalmar os deuses que causavam tal patologias; os egípcios, em 1500 a.C. acreditavam que seu uso aumentava a fertilidade das mulheres; gregos e romanos harmonizavam corpo e alma através da música. Nos últimos anos do século XVIII, a primeira música gravada foi usada em hospitais como forma de intervenção, como uma ajuda para dormir, diminuir a ansiedade e também para ajudar na administração de anestesia local.

Dentre os efeitos fisiológicos que o estímulo da música causa estão as alterações elétricas e bioquímicas no corpo caloso cerebral levando os dois hemisférios a trabalharem em conjunto, ao invés de forma isolada. Há liberação de endorfinas pela glândula pituitária, melhorando a dor. O nível de catecolaminas diminui e isso provoca redução da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, e regulação da temperatura corporal. Os efeitos circulatórios têm ação direta na diminuição da enxaqueca, hipertensão, doença coronariana e acidente vascular cerebral (HATEM, 2005; MCCLELLAN, 1994; BENEZON, 1988).

Dentre os efeitos cognitivos e emocionais podem ser citados os de auto-aceitação, melhora na habilidade auditiva, na comunicação, resoluções e enfretamento de conflitos, autocontrole, tomada de decisões, desenvolvimento da linguagem, memória, humor, motivação para mudanças, relaxamento, melhora do sono, entre outros (MCCLELLAN, 1994; BENENZON, 1988).

“A música também se relaciona com a imaginação. A maior parte de tudo o que pensamos, sejam pessoas, objetos ou situações, reais ou imaginárias, bem como as nossas lembranças, são acessadas pelo nosso consciente sob a forma de imagens mentais”. (LEÃO;

SILVA, 2010, p.148). A música, portanto, tem esse poder de tocar profundo nossa alma e resgatar essas imagens.

Sua aplicabilidade na saúde, portanto, é muito extensa, podendo abranger praticamente todas as áreas do conhecimento humano. O que varia é a forma como é aplicada e a que propósito ela terá. Para a Enfermagem, a música utilizada no cuidar tem objetivo de agregar a sensibilidade e a subjetividade do ser, como sujeito único e integral, em processo de adoecimento, tentando resgatar sua individualidade e expressividade.

Todos estes aspectos são de fundamental importância para o paciente em unidades de terapia intensiva, pois cuidar inclui atos que facilitam a melhoria da condição de saúde humana, envolvendo interação mútua, baseada em valores humanísticos e em conhecimento científico, constituindo uma meta para a enfermagem.

Com esse pensamento afirmo que a contribuição da música como estratégia para promoção do conforto de pacientes críticos é um objetivo do cuidar humanizado proposto por esse trabalho. Sendo reforçado por Arruda e Marcelino (1997, p.158) quando afirmam:

Alcançar o conforto, como uma meta de enfermagem, implica em que a pessoa experiencie um sentimento agradável de harmonia consigo mesmo e com o ambiente, sinta-se cuidado e estimado, seja capaz de viver uma vida tão normal, quanto possível, na situação que está enfrentando e se sinta seguro e protegido.

Para esses autores, o enfermeiro que possui o compromisso genuíno com o bem-estar do paciente integrando-os aos seus conhecimentos e habilidades, certamente conseguirá promover o mais alto nível de conforto para seu cliente, sentindo-se, da mesma forma, confortado e realizado.

O essencial é que a atuação do enfermeiro não seja só mais uma, dentre outras, mecanizadas como parte de um contexto biomédico vigente, servido apenas como uma ponte auxiliar para o serviço de outros profissionais. O mais importante/relevante é que ele faça a diferença, em suas ações, dotadas de atitudes renovadoras que tragam seu reconhecimento como profissional humanístico, não só na percepção daqueles que recebem seu cuidado, ou seja, dos pacientes, mas na sua instituição de trabalho e na sociedade como um todo.

3.0 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa realizada foi do tipo exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito e, a pesquisa descritiva à descrição das características desses problemas.

Segundo Minayo (2000, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.

A música, em sua essência, mexe com esse universo de significados da pessoa, possibilitando sensações, recordações e expressões. A apreensão desses significados só será alcançada de forma individual e qualitativamente.

3.2 Local da pesquisa

O lócus da pesquisa foram duas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de ensino, localizadas na cidade de Salvador. A primeira é uma UTI Clínica, que recebe pacientes adultos, clínicos ou cirúrgicos de evolução clínica. É composta por 10 leitos, dentre estes, 2 são para pacientes em isolamentos. Tem como perfil atender aos pacientes com agravos diversos como os infecciosos, cardiológicos, renais, respiratórios, imunológicos, neurológicos, dentre outros. Isso porque a UTI é retaguarda para o hospital, que atende todas as especialidades médicas. A segunda é uma UTI Coronariana (UCO), um lugar com área bem menor, onde há apenas 6 leitos destinados à pacientes exclusivamente com problemas cardiológicos, e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. As unidades são fechadas, com entrada restrita aos funcionários; os pacientes não ficam com acompanhantes, porém recebem visitas dos seus familiares em dois horários, pela manhã e à tarde, todos os dias.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram pacientes críticos que, nos momentos do estudo, estavam conscientes e orientados e que aceitaram participar da pesquisa.

Como critérios de inclusão foram ainda considerados: pacientes clínicos ou cirúrgicos de evolução clínica, por permanecerem mais tempo na unidade e terem mais vivências com o meio; pacientes com capacidade de expressão verbal; pacientes com intervalo de, pelo menos, 24 horas de permanência na UTI desde sua admissão, haja vista, ser este um tempo necessário para que o paciente se reconheça em seu novo ambiente e tenha uma melhor percepção daquela realidade; pacientes com quadro hemodinâmico estável.

Para classificar o estado de consciência foi utilizado a Escala de Coma de Glasgow (apêndice 3), que é um método de avaliação mais empregado na UTI. Baseia-se na quantificação de três variáveis: abertura ocular, resposta verbal e motora, pontuando-se cada uma de acordo com a melhor resposta obtida durante o exame e, somando-se os resultados, obtém-se uma pontuação entre 3 e 15 pontos. Assim, os pacientes intubados ou traqueostomizados não puderam receber avaliação da resposta verbal, assim como os com sedação, pois isso interferiria no resultado do estudo e, portanto não participaram do estudo.

Quanto maior a pontuação, melhor o estado de consciência dos pacientes. Portanto, aqueles pacientes com escores totais entre 12 e 15 foram os abordados para o estudo. Considerando para o critério de “Abertura ocular” os escores 3 ou 4, para o de “Melhor resposta verbal” 4 ou 5 e para o de “Melhor resposta motora” 5 ou 6.

3.4 Técnicas e instrumentos para coleta de informações

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista que foi aplicado aos pacientes que atendiam aos critérios estabelecidos e, a observação não-participante com registro em diário de campo. O roteiro teve como base questões relativas à percepção do ambiente (UTI), sensações sobre o momento da internação, as músicas de preferência, sensações após escutar a música na UTI e as melhorias para si e para o ambiente. A observação foi realizada a uma pequena distância do leito, de uma maneira em que não fosse percebida essa ação ou a minha interferência, mesmo o ambiente sendo pequeno, às vezes um biombo ou a cortina encobria um pouco o leito isolando-o, porém sempre deixando uma certa visibilidade para a observação. Enquanto o paciente estava escutando a música, foram observadas as expressões

faciais e corporais naquele momento, como por exemplo, testa enrugada, lágrimas, sorriso, outros movimentos com a boca, movimentos de cabeça, braços ou pernas, inquietação na cama ou outras.

3.4.1 Passos para a coleta de informações

O trabalho foi desenvolvido em três momentos, sendo realizados pela autora, e assim descritos:

1º Momento:

O primeiro momento foi constituído por uma aproximação inicial com o paciente, ou seja, o primeiro dia de contato, onde foi realizada uma investigação, para saber os dados de identificação, diagnóstico médico, quantidade de dias de internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e se o paciente se adequava aos critérios estabelecidos para a pesquisa.

Inicialmente me apresentava e falava o objetivo da abordagem, então explicava o que era a pesquisa, como seria, e suas etapas, convidando-o a participar. Quem aceitou, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes, ficando uma cópia com cada um deles. Portanto, foram dez pacientes que participaram, todos conscientes, orientados e estáveis hemodinamicamente.

Esse contato, na maioria das vezes, aconteceu no período da manhã e foram rápidos, não ultrapassando a trinta minutos de conversa; em geral os pacientes foram bem receptivos e aceitaram participar sem problemas.

Ao ser abordado, era perguntado se o mesmo gostava de escutar música e qual tipo. O objetivo, além desse, foi o de adquirir informações sobre sua opinião sobre o ambiente de UTI, bem como o que estava sentindo por estar internado. Então, a entrevista, que foi gravada, iniciava-se com a pergunta: *É a primeira vez que o senhor(a) está em uma UTI?* Seguidas de *O que o senhor(a) acha desse ambiente?* e *O que o senhor(a) está sentindo por estar aqui?* Após as respostas, eram anotadas as preferências musicais, incluindo o estilo musical, os cantores ou as bandas, além dos melhores horários para a sessão.

Iniciei essa etapa já com um acervo de musicas gravadas no aparelho MP4 que iria utilizar na pesquisa. Haviam músicas variadas como as evangélicas e música popular brasileira. Quando coincidia de ser a preferência do paciente, eu já colocava para que ele escutasse, ainda nesse primeiro dia de contato, mas já iniciando o segundo momento da

pesquisa, que consistia da observação. Quando não possuía a música gravada, escolhida por ele, providenciava a gravação e voltava no dia seguinte já trazendo e iniciando o segundo momento.

Antes de qualquer coisa, os alarmes sonoros da monitorização do paciente foram minimizados durante a aplicação da entrevista e da música, com o objetivo de não atrapalhar na escuta e na gravação da entrevista, focalizando a atenção do paciente.

2º Momento:

Consistiu no momento de observação do paciente enquanto ele escutava a sua música de preferência, em seu próprio leito, porém com exceção de um, que escutou a música, sentado na poltrona.

No mesmo dia ou no dia seguinte, era dada a continuidade ao estudo, onde chamei de sessão cada vez em que ele escutava a música durante sua permanência na UTI. Portanto, as sessões duraram de dois a três dias, para cada um.

A reprodução das músicas foi feita por um aparelho tipo MP4 acoplado a um fone de ouvido tipo “tiara”, pois foi observado um maior conforto com esse tipo de fone. Cada paciente teve seu fone individual, não sendo reutilizado para outros fins; o aparelho MP4 era limpo com álcool 70% a cada vez que foi utilizado. Segundo Hatem (2005), o uso de fones de ouvido individuais é particularmente importante, na unidade de terapia intensiva, porque permite ao paciente focalizar a música e não os sons dos aparelhos da unidade, e evitam causar distúrbios a outros pacientes e aos profissionais de saúde.

Cada paciente fez seu tempo de escuta das músicas de acordo com sua vontade e disponibilidade, que variaram de quinze minutos a duas horas. O horário das sessões normalmente foi no período diurno, pois eles também tiveram a liberdade de escolha do momento de escutar suas músicas.

Também estavam livres para passar as faixas ou parar quando quiseram. Durante esse tempo eles permaneceram em seus leitos sozinhos, quietos, enquanto eu os observava a uma curta distância. Entretanto, em alguns momentos, outros profissionais, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, chegaram para realizar alguma atividade como administração de medicamentos ou verificação de sinais vitais, sem, contudo, parar a sessão de música ou interferir no procedimento.

Todas as observações foram anotadas em um diário de campo, uma anotação para cada dia de sessão e para cada paciente.

Foram observadas as expressões faciais e corporais no momento, como por exemplo, testa enrugada, lágrimas, sorriso, outros movimentos com a boca, com a cabeça, braços ou pernas, inquietação na cama, dentre outras.

3º Momento:

Este momento ocorreu após os dois ou três dias em que o paciente foi submetido às sessões de escuta da música na UTI.

Quando a última sessão terminava, me aproximava e realizava a entrevista final após a escuta da música. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tendo as seguintes perguntas: *O que o senhor(a) achou dessa experiência? Que benefícios trouxe para o senhor(a)? O que o senhor(a) acha de se aplicar a música aqui na UTI?*

Ao terminar a entrevista, deixava-os livres para falarem o que quisessem, muitos agradeciam a participação, outros pediam para continuar a escutar músicas.

A análise e discussão desses momentos são descritos, mais detalhadamente, no terceiro capítulo, onde são apresentados os resultados do trabalho.

3.5 Técnica de análise das informações

Para a análise das informações verbais colhidas foi utilizado a análise de conteúdo temático de Bardin (2009), que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação) e um dos critérios para a categorização dos dados pode ser o semântico ou temático, quando são agrupados todos os temas que têm o mesmo significado.

Neste estudo utilizei a análise de conteúdo temática que consistiu em extrair das entrevistas as idéias ou núcleos de sentido que frequentemente apareceram e que deram significado ao que o objeto de estudo propunha, que foi o uso da música na UTI para um cuidado mais humanizado, onde os pacientes puderam expressar suas opiniões e sensações antes, durante e após a escuta da música no momento em que encontravam-se internado.

De acordo com Bardin (2009, p.131) “o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências...”.

Em relação à análise das observações, ou seja, do conteúdo não-verbal, tem como objetivo, demonstrar as sensações apresentadas durante a escuta das músicas, já evidenciadas por alguns autores, as mesmas expressões, em seus estudos.

3.6 Questões Éticas de Pesquisa

O projeto passou pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, onde foi analisado, e só iniciado após sua aprovação (Protocolo Nº 08/2011- FR 402.993). Com os pareceres favoráveis, se iniciou a coleta das informações. Durante todo o processo, as emendas e/ou modificações em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram registradas e encaminhadas ao CEPEE/UFBA.

Foi apresentado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo a resolução 196/1996 do Comitê de Ética em Pesquisas (BRASIL, 1996), sobre pesquisas com seres humanos, que contou com a assinatura do paciente ou seu responsável, ou impresso suas digitais em espaço reservado para isto. Foi feito em duas cópias onde uma via ficou com a pesquisadora e a outra com o colaborador.

O paciente foi abordado e orientado sobre a natureza da pesquisa e da pesquisadora, quais objetivos do estudo, a justificativa e os métodos que iriam ser aplicados, os benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que poderiam acarretar explicitando, quais recursos iriam ser utilizados caso isto ocorresse. Foi assegurada a devida assistência e indenização, se fosse necessário.

A participação foi voluntária não sendo coagido a aceitá-la, ficando assegurado o sigilo de sua identidade, podendo desistir a qualquer momento ou etapa da pesquisa, sem ônus ou represálias, tendo seu tratamento garantido e continuado.

A coleta somente teve início com a anuência dos sujeitos da pesquisa e/ou seu representante legal, livre de vícios, simulação, fraude ou erro, dependência, subordinação ou intimidação.

A privacidade e confidencialidade foram garantidas em todas as fases da pesquisa, desde observação à distância até a entrevista. O anonimato também foi assegurado na

divulgação e publicação dos resultados por meio de pseudônimos que foram utilizados tendo o tema música como guia.

Qualquer dúvida o colaborador esteve livre para perguntar aos pesquisadores ou ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, que tiveram seus endereços e telefones divulgados no termo de consentimento.

4.0 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresento os resultados da pesquisa realizada com dez sujeitos internados em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), ao qual foi aplicada sessão de música, com os objetivos de apreender a contribuição da música na promoção do cuidado humanizado ao paciente na UTI e analisar esta contribuição atribuída pelo paciente, sobre o uso da música na promoção do cuidado humanizado na UTI.

Trago a análise e a discussão dos três momentos em que ocorreu o procedimento: o contato e a entrevista inicial; a aplicação da música e a observação durante essa escuta; a entrevista final realizada com os pacientes, pós escuta das músicas.

Assim, em primeiro lugar, apresento a caracterização dos sujeitos entrevistados, denominados com codinomes de termos e expressões musicais, em ordem cronológica, conforme quadro:

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa (N=10)

| | Sexo | Idade | Religião | Dias de internação na UTI | Gênero e preferência musical |
|------------|------|-------|------------|---------------------------|------------------------------|
| Agudo | M | 24 | evangélica | 5 | evangélica; MPB; forró |
| Harmonia | F | 26 | evangélica | 2 | evangélica |
| Pentagrama | F | 47 | evangélica | 2 | evangélica |
| Partitura | F | 51 | evangélica | 3 | evangélica; instrumental |
| Compasso | M | 54 | católica | 3 | MPB |
| Acorde | M | 59 | católica | 5 | romântica nacional |
| Ritmo | M | 61 | católica | 23 | seresta |
| Clave | M | 62 | católica | 3 | reggae |
| Grave | M | 64 | católica | 18 | rock |
| Melodia | F | 85 | católica | 7 | romântica nacional |

Foram 10 sujeitos entrevistados, sendo quatro do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idades variando de 26 a 85 anos, com média de idade de 53,3 anos, sendo quatro evangélicos e seis católicos, com tempo de internação variando de 2 a 23 dias sendo esta, por motivos diversos, em sua maioria devido a problemas cardiológicos.

A preferência musical, variou de música evangélica (4), seresta (1) e MPB(4) à reggae (1), rock (1) e forró (1). Essas músicas foram escolhidas pelos pacientes durante o primeiro contato e entrevista, revelando os seus interesses pessoais.

Watson (1979 apud TALENTO, 1993) em sua teoria humanística, evidencia que a ciência do cuidado é feita a partir de fatores que propiciam a autonomia e a liberdade de

escolha do paciente em seu tratamento, sendo este o nosso procedimento nesta pesquisa. Esse momento fortaleceu o desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança com o profissional que presta o cuidado, criando uma conexão entre ambos, bem como permitiu o cultivo da sua expressão, enquanto ser sensível, individual e ativo no processo de cuidado (TALENTO, 1993).

Bergold (2005) afirma que é imprescindível respeitar a preferência musical do paciente, porque não é qualquer música que compõe o seu universo e, conseqüentemente, não lhe trará sentimento de identificação.

McCaffrey e Locsin (2002 apud PUGGINA, 2006, p.74) consideram que:

A preferência musical é um dos princípios, além de outros, que devem ser considerados para tornar a música uma intervenção de enfermagem integral. As autoras afirmam que, se considerarmos pessoas como seres completos, incluindo culturas distintas e aspectos espirituais, a música para cada pessoa deve ser uma experiência única. A preferência musical leva em consideração experiências pessoais anteriores como a escuta da música, idade, cultura, estado de espírito, gênero e atitude. É previsto que exista uma correlação positiva entre o grau de significância que a música tem na vida pessoal antes do início da doença e a efetividade da música como intervenção durante essa enfermidade. O resultado da experiência passada com alguns tipos de música pode influenciar a preferência pessoal e a percepção do efeito da música. Segundo as autoras, para a música escutada produzir a melhora, deve-se identificar antipatias e gostos individuais, entendê-los e respeitá-los, isso é essencial, a música usada para curar deve ser aceitável e agradável para o ouvinte.

Para Bergold (2005) a preferência musical, porém, não é estática, elas evoluem de acordo com as mudanças que ocorrem no cotidiano de cada um e com o estilo de vida atual, pois o significado que a música traz para a pessoa está estreitamente ligado ao contexto de sua vida; por isso não é qualquer música que provocará um sentimento de identificação, ela deve fazer parte do universo do paciente e, respeitosamente, se deve atentar para saber se, naquele momento, ele quer ou não escutá-la.

Nesse estudo pude observar, claramente, que a idade influenciou no tipo de música a ser escutada, os mais velhos preferiram cantores mais antigos e românticos, pois referiam que eram músicas do seu tempo; por exemplo, *Melodia* (85 anos) gostava de Agnaldo Timóteo e Agnaldo Rayol, *Ritmo* (61 anos) gostava de Violão de Ouro (grupo que toca seresta com músicas mais antigas), *Acorde* (59 anos) preferia Amado Batista; e mesmo *Grave* (64 anos) e *Clave* (62 anos) que tinham preferências pelo rock e reggae, respectivamente, preferiram cantores mais da sua época, como Elvis Presley e Peter Tosh e Bob Marley, como disseram. Os mais novos como, *Compasso* (54 anos) e *Agudo* (24 anos), escolheram MPB com cantores mais atuais como Caetano, Djavan e Maria Gadú e o forró da Calcinha Preta.

A espiritualidade também foi decisiva nas escolhas, *Harmonia*, *Partitura* e *Pentagrama*, que são evangélicas, somente quiseram escutar esse estilo, com cantores como Aline Barros e Cassiane. Para elas elevar os pensamentos ao “alto”, através dessas músicas, traz uma sensação de melhoria para sua condição de saúde do momento.

Agradar ao paciente fazendo com que escolhessem sua música de preferência possibilitou um momento de aproximação positiva, pois essa atitude demonstrou respeito à sua individualidade e, no mínimo, criou uma mudança no ambiente, pela simples expectativa de escutar um outro tipo de som que não aquele das pessoas falando ou aparelhos alarmando ou ruídos indesejáveis. Expressar seus gostos, atender à sua vontade e dar oportunidade de ser ouvido, é ser tratado com mais atenção, e isto é parte essencial no processo de humanização.

Em relação à internação em UTI, sete estavam pela primeira vez, dois pela segunda vez e um pela terceira vez. Considerando o período mínimo de 24 horas na UTI suficiente para que o paciente, consciente e orientado, apresente suas percepções individuais sobre sua internação e tendo 70% internados pela primeira vez, o estudo de Cesarino et al; Rodrigues, Mendonça e Amorim (2005) confirma que, quando os pacientes já vivenciaram a experiência de internar-se em uma UTI, sua visão pode mudar. De acordo com Novaes, Romano e Lage (1996) o número de internações anteriores interfere diretamente na resposta emocional, com tendência ao aumento da depressão, mas com diminuição da ansiedade. No entanto, neste estudo, a quantidade de vezes em que os sujeitos estiveram internados em UTI, parece não ter influenciado em suas respostas.

Prosseguindo, ainda no primeiro momento, foi realizada uma primeira entrevista, pré-escuta da música, para saber a opinião do paciente sobre aquele ambiente e como estava se sentindo por encontrar-se internado em uma UTI, bem como se ele gostaria de participar da pesquisa e que gênero musical gostaria de ouvir, para que o mesmo fosse aplicado nas sessões de música.

Sobre o que acham do ambiente de UTI, sete acharam o lugar bom, ótimo, o melhor possível porque tem profissionais mais competentes, educados que os tratam bem, tem aparelhagem tecnológica excelente. No entanto, os outros três responderam que a UTI é um lugar de recuperação e de isolamento, se sentem desconfortáveis por estarem longe de casa e da família, pois é assustador, devido a movimentação, gente dando ataque e muita aparelhagem, falta distração e o horário de visita é restrito.

Perguntados sobre o que sentiam por estar na UTI, responderam que estavam: sozinhos, tristes, saudosos de casa, diferente porque saíram da rotina, ficam aflitos, sentem dor e preocupação.

Embora cada paciente vivencie sua internação de maneira diferente, percebi, nesse estudo, que a visão que os pacientes têm da UTI está associada a um ambiente que possui profissionais presentes, constantemente, e com competência para tratar e corrigir seus problemas fisiológicos, sendo este o melhor lugar, no momento, favorável à sua condição de saúde. Entretanto, Severo; Girardon-Perline (2005) consideram que a percepção que o paciente tem desse bom tratamento está mais relacionada à disponibilidade e a forma de interação por parte dos profissionais, do que aos aspectos técnicos, habilidades ou conhecimento científico. Portanto, a subjetividade nas relações e nas ações, no ambiente da UTI, é um fator importante e que deve fazer parte das atitudes destes, pois traz segurança, facilita a compreensão do internamento e tratamento, melhorando a qualidade do serviço e promovendo satisfação dos pacientes.

O simples fato de adoecer torna o paciente mais vulnerável, pois seu prognóstico desconhecido traz ansiedade e expectativas. Internar-se em uma UTI, então, gera mais desconfortos, pois o fator cultural da proximidade com a morte ainda é bem presente, e ficar longe da família, em um momento em que “mais se precisa” do apoio desta ou de que dela poderia contar, deve ser tão difícil quanto enfrentar sua própria doença. Os pacientes, nesse estudo, revelaram esses sentimentos de isolamento, que causam a solidão e tristeza, por estar longe da família e de casa.

Santana e Silva (2000) destacam que as regras rígidas da hospitalização e dos horários de visita, responsáveis pela separação do cliente da sua família, contribuem negativamente tanto para sua evolução quanto para o sentir-se agregado, e isso leva ao medo, a angústia, ao nervosismo e à solidão.

Sobre o isolamento social na UTI, Lemos e Rossi (2002) também afirmam que este quadro é causado pelo afastamento do cliente dos seus hábitos rotineiros, de sua família, e de seu mundo, e associaram o conforto à importância da presença da família. As autoras ainda concluíram que o paciente ao sentir-se isolado, tende a retirar-se ou distanciar-se emocionalmente, quando se depara com o desconhecido, em um ambiente de UTI.

Portanto, com essas respostas pude perceber que trazer a música para os pacientes da UTI pode proporcionar uma mudança nesse discurso porque, mesmo que continuem afastados dos seus familiares, o fator ansiedade pode ser minimizado ou mesmo sanado, com a simples atenção que eles podem ter ao se proporcionar um momento mais relaxante, que foi escutar uma música de sua preferência.

A partir daí iniciei o segundo momento, onde ofereci as músicas por dois ou três dias, respeitando o gosto e o tempo da escuta de cada um, e observando suas reações durante o procedimento. As sessões variavam de paciente para paciente, conforme quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Tempo das sessões e músicas escutadas pelos pacientes em cada dia

| | 1º DIA | | 2º DIA | | 3º DIA | |
|------------|---------|------------|---------|--------------|--------|------------|
| | Tempo | Música | Tempo | Música | Tempo | Música |
| Harmonia | 1h15min | Evangélica | 15min | Evangélica | -- | -- |
| Melodia | 15min | Romântica | 20min | Romântica | -- | -- |
| Ritmo | 1h | Seresta | 30min | Seresta | -- | -- |
| Compasso | 40min | MPB | 15min | MPB | -- | -- |
| Partitura | 1h | Evangélica | 1h | Instrumental | 20min | Evangélica |
| Acorde | 1h15min | Romântica | 1h30min | Romântica | -- | -- |
| Clave | 40min | Reggae | 1h | Reggae | -- | -- |
| Pentagrama | 30min | Evangélica | 1h | Evangélica | 30min | Romântica |
| Agudo | 30min | Evangélica | 45min | MPB | 2h | Forró |
| Grave | 1h | Romântica | 1h30min | Rock | 2h | Rock |

As músicas evangélicas, como já mencionado, tiveram como interpretes Cassiane e Aline Barros; as românticas cantadas por Agnaldo Timóteo, Agnaldo Rayol e Amado Batista; o grupo Violão de Ouro para a seresta; MPB com Caetano Veloso, Djavan, Ana Carolina e Maria Gadú; reggae com Peter Tosh e Bob Marley; forró com Calcinha Preta; e rock com Elvis Presley.

O tempo mínimo que os pacientes quiseram escutar música foi de 15min, realizado por *Harmonia*, *Melodia* e *Compasso*. O máximo foi 2h de escuta feita por *Agudo* e *Grave*. Os pacientes tiveram livre escolha do tempo de escuta das músicas, da quantidade de músicas, da faixa a tocar, além da preferência dos horários e quantidade de dias, tudo de acordo com a proposta da pesquisa. Assim, conforme a metodologia, o tempo de escuta não foi ultrapassado aos três dias de escuta da música, para que a entrevista final pudesse ser realizada.

Normalmente as sessões eram realizadas em horários de livre escolha e considerados calmos pelos participantes. Por coincidência, em nenhum desses dias da coleta houve intercorrências ou outros problemas na unidade, a não ser a realização de um ou outro procedimento durante as sessões como administração de medicações ou verificação de sinais vitais, porém eles permaneciam com seus fones, escutando suas músicas sem se incomodarem. Quando a televisão estava ligada, eles preferiam desligá-las.

O que pude observar de cada participante durante as escutas das músicas estão registradas individualmente, a seguir:

Harmonia - Teve boa aceitação da música, teve reação de alegria com expressões de sorrisos e face relaxada, manteve-se de olhos abertos por algum instante, mas logo os fechou, e assim permaneceu quieta, tranquila e com respiração lenta. Pediu para interromper no momento do banho.

Melodia - Inicialmente me pareceu inquieta, pois pedia para que eu mudasse as faixas constantemente, não escutando as músicas por completo. Na música “Amigos para sempre”, interpretada por Agnaldo Rayol, ela fez menção de cantar, mas parou porque disse que sem sua prótese ficava ruim. Percebi que escutou essa música por completo, e que sua face mudou, ficando mais ruborizada, seus olhos, também, ficaram marejados e apresentou um sorriso discreto. Interrompeu a sessão quando referiu sono, afirmando que tinha gostado das músicas.

Ritmo - Mostrou-se sempre solícito, alegre e bem humorado, referindo que escutar as músicas seria ótimo, mantendo-as em volume alto. Sorridente, tranqüilo, às vezes com olhar fixo no teto, parecendo pensar em algo. Assobiou algumas músicas, balançava a cabeça e movimentava as mãos no ritmo da música que estava escutando. Quando a sessão terminou, ele referiu haver relaxado apresentando sono, bocejando no momento.

Compasso - Manteve-se sempre de olhos abertos, observando tudo ao seu redor. Calmo, mas sua aparência facial revelava preocupação, com testa franzida. Cantou alguns trechos das músicas. Pediu para interromper porque não conseguia mais concentração, pois só pensava em ir embora dali.

Partitura - Sempre com aparência bem tranqüila, relaxada e calma. Bocejava várias vezes e mantinha-se de olhos fechados. Agradecia no final das sessões porque referia conseguir dormir.

Acorde - Antes de iniciar as sessões ele apresentava-se sempre inquieto, ansioso, hiperativo, logorreico e, algumas vezes, interferindo nos cuidados que estavam sendo prestados no paciente vizinho, pois a cortina de separação estava aberta, porém sempre simpático e sorridente, demonstrava felicidade em participar e escutar música. Ao colocar os fones ele já mudava o comportamento, ficava quieto, com olhos fechados, calmo e mais sereno. Os outros profissionais, inclusive, notavam essa mudança. Algumas vezes fez movimentos rítmicos com as mãos. Ao interromper a sessão dizia que aquilo era muito bom e legal, e que a música não fazia mal a ninguém.

Clave - Interessado, tranqüilo. Ao começar a escutar o reggae começou a sorrir e disse que a tradução da música que estava tocando no momento era linda, falava de amor e paz, e que todos deveriam escutar. Logo fechou os olhos e manteve-se assim. Por várias vezes fazia movimentos rítmicos com as mãos, como se estivesse tocando algum instrumento no ar, bem

como balançava sua cabeça. Mostrava-se bem concentrado no que escutava. Em um momento, ainda de olhos fechados, baixou sua cabeça, colocou a mão na testa e começou a chorar, sem que ninguém percebesse tentou esconder as lágrimas enxugando-as. Quando parou ainda ficou escutando por mais um pouco, interrompeu a sessão porque sentiu incômodo com os fones.

Pentagrama - Inicialmente apresentava-se preocupada e pouco relaxada, sempre com olhar baixo, entristecida, mas aceitou escutar a música. No primeiro dia chorou bastante e referiu, no final da sessão, que as músicas evangélicas eram lindas, emocionantes e deixou-a triste porque faziam lembrá-la dos filhos. No segundo dia quando cheguei para colocar a música ela sorriu e foi logo falando que estava ansiosa por aquele momento, pois gostou; sua aparência já estava menos preocupada, com mais tranqüilidade, face mais relaxada; não chorou, manteve-se sentada e quieta no leito, com olhos abertos e fixo, concentrada. Seu humor no terceiro dia já estava bem melhor, e durante a sessão parecia mais relaxada, esboçou sorriso, fechou os olhos e referiu melhora ao encerrar a sessão.

Agudo - Ao abordá-lo estava aparentemente entediado, entristecido, alheio ao que acontecia ao seu redor, calado, sem muita conversa, reservado, mas aceitou escutar a música, deixando em volume máximo, permanecendo sentado no leito, de olhos fechado, pouco reativo. Já no segundo dia apresentou-se bem mais tranqüilo, porém ainda reservado, mas referiu que a música o havia feito relaxar mais. Tive a percepção de que seu humor havia melhorado. Na última sessão ele já estava mais alegre, esperançoso, durante a escuta da música, permaneceu de olhos abertos, cantou várias vezes e fez alguns exercícios de alongamento com os braços, pernas e mãos, tudo sozinho e no próprio leito, como se a música o estimulasse. Seu humor mudou completamente, ele estava bem mais animado, sorridente, esperançoso e comunicativo.

Grave - Mostrou-se bem disposto, comunicativo, alegre, cooperativo, tranqüilo. Referiu ser bom demais escutar sua música preferida no momento. Permaneceu de olhos fechados como se dormisse, ficou quieto sem movimentações no leito. No final das sessões comentou que aquelas músicas o fizeram relaxar bastante e pensar em várias coisas.

As principais reações e expressões encontradas durante a observação dos pacientes nas sessões de músicas foram, assim, resumidas no quadro 3, por ordem de frequência.

Quadro 3 – Reações e expressões dos pacientes observadas durante as sessões de música

| REAÇÕES E EXPRESSÕES | PARTICIPANTES QUE APRESENTARAM |
|------------------------------------|---|
| Quietude/Tranquilidade/Relaxamento | Ritmo/Pentagrama/Harmonia/Compasso/Partitura/Acorde/Clave/Grave/Agudo |
| Sorrisos | Harmonia/Melodia/Ritmo/Acorde/Clave/Pentagrama |
| Agradecimento | Partitura/Acorde/Clave/Pentagrama/Agudo/Grave |
| Fechamento dos olhos | Harmonia/Clave/Pentagrama/Grave |
| Alegria/Bom humor | Harmonia/Ritmo/Acorde/Grave |
| Sono | Melodia/Ritmo/Partitura/Grave |
| Balanço de cabeça e mãos com ritmo | Ritmo/Acorde/Clave/Agudo |
| Olhos marejados/Choro | Melodia/Clave/Pentagrama |
| Face relaxada | Harmonia/Clave/Grave |
| Cantar | Melodia/Compasso |
| Face ruborizada | Melodia |
| Estimulado/Revigorado | Agudo |
| Assobiar | Ritmo |

De acordo com McClellan (1994) a música promove reações físicas e emocionais, primeiro porque os estímulos sonoros são propagados mediante ondas de pressão molecular que podem ser sentidas corporalmente e segundo, porque, criam ambientes de humor aos quais reagimos em um nível subconsciente e não verbal. Os efeitos são maiores quanto mais a música tenha algum significado para o ouvinte. Quando a música penetra em nossos ouvidos, seus sons são convertidos em impulsos que percorrem até o tálamo e o córtex cerebral, responsáveis pelas emoções, sensações e sentimentos, e se esse estímulo se torna contínuo, pode-se experimentar o que se chama de reflexo talâmico, cuja manifestação física pode assumir a forma de batidas com os pés, oscilação do corpo, balanço de cabeça ou movimentos rítmicos de braços e das mãos.

Sobre o poder emocional e sedutor da música, Luz e Davino (2010) referem que a música é uma poderosa ferramenta, e tem a força de manipular as respostas sentimentais como tensão, medo, alegria, tristeza, angústia, alívio, horror, compaixão.

Reações emocionais, durante a escuta musical, foram, também, detectadas em alguns trabalhos. Leão e Flusser (2008) realizaram um estudo de comunicação não verbal, mediada pela música, com idosos hospitalizados, durante um projeto de música nos hospitais da França, e observaram, durante as gravações, que os idosos apresentaram vários sorrisos, inclusive acompanhados com o cantar. Em outro estudo, Leão; Bussotti e Aquino (2010) realizaram 21 sessões musicais envolvendo 74 pacientes e, durante estas, os principais estados de ânimo encontrados foram calma/tranquilidade, otimismo, alegria e paz, felicidade, dentre outros.

Em estudos quantitativos essas expressões e reações também foram encontradas, no trabalho de Puggina (2006) com pacientes em coma, demonstrando que houve alteração, estatisticamente significativa após 60 minutos de música e mensagens de voz aplicada ao grupo experimental, registrando reações como alterações do movimento de boca, de cabeça, de sobrancelha, tensão e relaxamento facial, lágrimas e abertura ocular inespecífica.

Nesse caso, durante a intervenção com a música, apesar da subjetividade na observação e mensuração dessas expressões e reações, pude perceber que não houve nenhum momento desagradável para eles, mesmo para aqueles que choraram (*Clave e Pentagrama*).

Para Santos (2000), as emoções constituem linguagens de base biológica, estão em estreita relação com os movimentos expressivos e permitem a intercomunicação. O choro é, portanto, uma expressão da emoção. É um sinal de vínculo, com algo ou alguém, é expresso quando há uma experiência de satisfação, alívio de tensão ou necessidade de comunicação.

Os benefícios foram perceptíveis desde o início da escuta das músicas. Para alguns pacientes como *Partitura, Acorde, Clave, Pentagrama e Agudo*, a música foi coadjuvante na evolução e notável na mudança do comportamento, para melhor, promovendo a tranquilidade, o bom humor, o estímulo e o relaxamento. Os agradecimentos no final das sessões confirmavam essas atitudes, o que foi extremamente positivo, dado aos achados que confirmam a intervenção musical como extremamente válida.

O paciente de UTI precisa de atividade que o torne ativo e que possibilite a mudança de atitude, bem como o foco de seus pensamentos. Mesmo em um ambiente tão objetivo e técnico como a UTI, é possível interferir com subjetividade, no tratamento, utilizando-se de recursos integrativos, principalmente se o paciente encontra-se consciente e orientado, observando tudo o que acontece à sua volta, consigo e com os outros. Este tipo de paciente muitas vezes esquecido é tratado como se não pudesse expressar sua fala, sentimentos e ações.

Dar oportunidade à expressão desses sentimentos é um ato de humanização. Quanto mais tempo se passa em situação de doença, mais se clama por algo, talvez mais que a cura, se clama por compreensão e atenção, alguém que se importe em atender e entender o outro. Cuidar é dar importância a qualquer tipo de ação ou reação (SILVA; LEÃO, 2010).

Após essa etapa de observação, durante as intervenções musicais, parti, então, para o terceiro momento, onde teria o *feedback* dos pacientes, por meio da aplicação da entrevista sobre os resultados da experiência com o uso da música para os pacientes internados em UTI, evidenciando as contribuições que esta interferência trouxe no sentido da promoção da humanização na UTI.

Como humanizar está inserido no cuidado, concordo com Silva (2002) quando afirma que algumas atitudes são importantes na arte de cuidar, e uma delas é aprender escutar, buscando entender o que o outro quer transmitir, em um processo de *feedback*. As palavras ditas pelo cliente, revela a expressão do que sente; para Coelho (2006) este é um recurso terapêutico de enfermagem importante, pois através da análise interpretativa do que é dito, se pode programar uma ação. Essa é uma das maneiras de cuidar proposta pela autora, o “cuidar por gestos e palavras”.

O ato de escutar a música compõe um gesto individual e misterioso, porque somente quem a experimenta tem suas sensações e imaginações. Tais experiências, no entanto, me foram reveladas, através das entrevistas, evidenciando, três categorias: a experiência de ouvir música na UTI; os benefícios para si com o uso da música na UTI; os benefícios para a UTI com a aplicação da música.

4.1 A experiência de ouvir música na UTI

A Unidade de Terapia Intensiva permite, poucas vezes, que o paciente consciente e orientado, tenha ou faça alguma atividade lúdica ou prazerosa; ao contrário, precisa ficar estático, imóvel, passivo, em cima do leito, esperando o “tratamento” chegar. Isto por causa da objetividade do setor e da existência de rotinas estabelecidas que precisam ser executadas a qualquer custo, o que torna o ambiente pouco acolhedor.

A promoção do cuidado humanizado na UTI exige que as atitudes dos profissionais sejam modificadas, mas que o ambiente também o seja, tanto em sua estrutura como em suas rotinas, para permitir a intervenção de outras atividades, como, por exemplo, poder escutar uma música de sua preferência, em algum momento. Isso transforma a condição dos pacientes, passando de mero expectadores a atores, pelo simples fato de poder ter autonomia para solicitar e fazer algo que podem e que gostam.

Nesse contexto, é que entendemos que o uso da música na UTI é uma estratégia importante para o cuidado humanizado durante a internação. No presente estudo, esse tipo de intervenção proporcionado aos pacientes, conscientes e orientados, obteve respostas positivas para todos os pacientes entrevistados. A experiência de ouvir músicas na UTI foi revelada como ótima e maravilhosa; descontraí e relaxa; e ainda refrigera a alma e traz saudades.

Para alguns pacientes escutar música foi ótimo/maravilhoso como nestes depoimentos:

“Bom demais”. (Ritmo)

“Isso é ótimo.” (Compasso)

“Ô chente, foi ótimo! Bacana.” (Acorde)

“Poxa, uma maravilha!” (Clave)

O bom humor apresentado pelos pacientes, nestes discursos, demonstra que escutar música foi útil, agradável e prazeroso. Para Bergold e Sobral (2003), ao escutarmos música nosso corpo vibra e as emoções surgem, havendo um processo de retroalimentação biopsíquico que, positivamente, promove boas sensações, levando ao relaxamento físico e mental por reduzir o stress, a ansiedade e a tensão. Estimula, também, o despertar da atenção, a estabelecer contato com a realidade e o ambiente, a aumentar o nível de energia, a evocar atividade sensorio motora, as percepções sensoriais e a elevar o humor.

Sensações de relaxamento, distração e descontração também foram evidenciados nos seguintes discursos:

“Descontrai, relaxa bastante, né. Escutar uma musiquinha é ótimo para relaxar. Eu mesmo gostei.” (Partitura)

“Achei que me relaxou mais.” (Pentagrama)

“Ah, eu achei bom, estava me distraíndo muito.” (Agudo)

“Bom demais, porque é uma distração.” (Grave)

Difícilmente um paciente que encontra-se na UTI terá relatos dessas sensações se nada for feito para isto. Ao contrário, geralmente eles referem ansiedades, preocupações, medos, raiva e tensões. Mudar esses conceitos depende de como ele é informado, tratado e que atividade ele desempenha nesse processo de saúde-doença institucionalizado. Por isso, para a promoção de um cuidado mais amplo, o paciente deve ser visto com um ser dotado de sentimentos e atitudes, para além do corpo doente.

Fazê-los expressar boas sensações é um ato que exige, do profissional, mais do que o saber técnico, exige sensibilidade, espiritualidade e criatividade.

Segundo Waldow (1999, p.143):

Para que o cuidado realmente ocorra na sua plenitude, a cuidadora deve expressar conhecimento e experiência na performance das atividades técnicas, na prestação de informações e na educação ao paciente e sua família. A isso deve conjugar

expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade.

Usar a música no cuidado, precisa ser compreendida como uma estratégia válida, pois promove essa interação do saber e do fazer na enfermagem, além de promover a expressão da sensibilidade para quem a escuta. Jensen (1991) confirma que a música é compreendida, portanto, como uma atividade expressiva, essencialmente, vinculada à manifestação das emoções.

Para Tame (1984) a música autenticamente boa é, sem dúvida, curativa no mais verdadeiro e pleno sentido da palavra, pois funciona como um harmonizador e aprimorador de cada aspecto do ser humano físico, emocional, mental e espiritual.

Para alguns destes entrevistados a música mexeu com sensações edificantes como “refrigeração” da alma e em sentimentos agradáveis como a saudade, conforme esses depoimentos:

“Escutar essas músicas durante a internação é bom porque edifica, né. Refrigera a alma da gente.” (Harmonia)

“Eu lembrei dos meus tempos de moça, gostava de dançar, de cantar. Saudade, saudade.” (Melodia)

Quando se está internado, é comum a procura por algo que o reporte à segurança ou ao conhecido. Escutar uma música conhecida, que lhes agradava, proporcionou a uma, o conforto espiritual e à outra, o resgate de boas lembranças. No primeiro caso, está implícito que sua segurança/conforto está condicionada a salvação de sua alma como uma forma de segurança. Já no segundo, a lembrança é o que ela tem de mais conhecido, no momento, para se aproximar.

4.2 Os benefícios para si com o uso da música na UTI

O benefício que a música causa, apesar de ser subjetiva, multifatorial e pessoal, foi revelado como algo positivo por todos os pacientes que a escutaram. Os temas que surgiram

foram: traz recordação; traz coisas boas; relaxa, acalma, distrai, anima e faz esquecer os problemas.

Segundo Backes et al (2003) o estado emocional, físico, comportamental, comunicativo e a habilidade cognitiva podem ser avaliadas por meio das respostas dadas pela música.

A música atuou no estado emocional de alguns pacientes, estimulando a memória para trazer recordações, permitindo que revivessem esses momentos significantes em sua mente. Esses depoimentos a seguir os demonstram:

“Algumas coisas melhoram, pois traz recordações antigas que são boas.” (Melodia)

“Trouxe muitas recordações do meu passado, me fez lembrar de muitas coisas boas que tinha esquecido. E aí eu achei bom.” (Acorde)

“Foi bom demais, me fez lembrar de muitas coisas boas.” (Grave)

“Para mim trouxe alegria, emoções. Com certeza, lembrei de várias coisas boas.” (Clave)

Segundo Knill e Knill (1991) esta é uma característica da música, pois ela propicia uma estrutura na qual atividades e impressões podem ser lembradas e, a repetição de uma música pode facilitar tanto a lembrança quanto a antecipação de eventos associados a ela, ocorridos há muito tempo.

Sensações físicas agradáveis de bem-estar também foram relatadas por outros entrevistados, evidenciando que a música trouxe coisas boas, assim descritas:

“Com certeza trouxe benefício. Foi tão agradável!” (Partitura)

“Trouxe coisas muito boas pra mim.” (Harmonia)

De acordo com Giannotti e Pizzoli (2004), a audição musical afeta positivamente a liberação de substâncias químicas cerebrais que podem regular o humor e reduzir a depressão.

Valorizar o outro também está relacionado com o proporcionar humor, pois ele alivia a ansiedade, estabelece uma comunicação com os outros, traduz uma mensagem emocional e

diminui a tensão, constituindo-se em um forte mecanismo no processo da cura (SILVA, 1998).

Assim, a música pode preencher, com significado, os momentos difíceis que é estar internado, principalmente em uma Unidade de Terapia Intensiva, tornando mais confortável enfrentar os desafios. Nesse sentido, ela funciona como aliada na promoção do autocuidado, pois permite que o paciente, conscientemente, encontre seu relaxamento, bem-estar e prazer de estar consigo, além de reconhecer seus próprios sentimentos.

A música foi importante para harmonizar e humanizar o processo de hospitalização, pois proporcionou sensações boas para quem a vivenciou como o tema relaxa, acalma, distrai, anima e faz esquecer os problemas, evidenciado nestes relatos:

“Ah me relaxou muito, pois estava muito nervosa, e agora estou bem mais calma.”

(Pentagrama)

“Me distraiu bastante, né. Fez esquecer os problemas, entende. Melhorou o ambiente, o astral, tudo.” (Ritmo)

“Para mim trouxe muitos benefícios e acredito que para os outros também. Me deixou mais animado, com certeza.”(Agudo)

Ao perceber-se internado, em uma UTI, o paciente pode sofrer variadas sensações como medo, angústia, tensões, dentre outras, que são individuais, além das disfunções físicas instaladas que, para muitos profissionais, somente este fator é importante e precisa ser corrigido.

Ao proporcionar um cuidado mais humanizado, é necessário que exista um relacionamento interpessoal e uma boa comunicação com o paciente, através de uma atenção individualizada, porque isso significa respeito, e é nesse momento, que se identifica quais são os problemas e os anseios, presentes. O uso da música como uma estratégia de interação, pode proporcionar o encontro de respostas e soluções, além de promover a expressividade do ser.

Sobre este aspecto Silva (1998, p.226) diz:

A expressividade do ser no cuidado resulta, então, de um modo humano de ser, o qual pode ser desenvolvido na relação do cuidado. Esta expressividade é considerada, pelos cuidadores e seres cuidados, como uma forma essencial de cuidado. Ela se constitui em um modo terapêutico de ser, que favorece sobremaneira a recuperação e o bem-estar do outro. Deste modo, a expressividade no cuidado é

uma expressividade terapêutica que requer o ‘uso do self e formas estéticas da arte do cuidado’.

Portanto, o uso da música pela enfermagem engloba sua dimensão estética, e esta dimensão engloba os sentidos e os valores das inter-relações, essenciais no processo de humanização ao paciente crítico. Para Watson (1988 apud WALDOW, 1999, p.165), “a arte da enfermagem inclui a disponibilidade em receber o outro ser, em compreender sua experiência e em expressar isso, permitindo que o outro também expresse seus sentimentos”.

4.3 Os benefícios para a UTI com a aplicação da música

A terceira questão sobre a aplicação da música na UTI como rotina, evidenciou, para os pacientes, os seguintes temas: válido; bom e ótimo; edifica, importante e aprova a idéia.

Segundo Silva (1998), o ambiente, enquanto dimensão contextual do cuidado, é um componente importante para a recuperação, conforto e bem-estar dos seres cuidados.

Na Unidade de Terapia Intensiva, o espaço físico, a iluminação, a ventilação e a temperatura são diferenciadas, causando mudanças bruscas na rotina de quem se interna nesse ambiente, tornando-o pouco acolhedor. Aliado a isso, muitos profissionais, acostumados com suas rotinas, acabam por perpetuarem um cuidado pouco sensível e humanizado, com mais atenção nas tecnologias duras do que no próprio ser que necessita de ajuda não só na esfera física, mas também na psíquica, espiritual e social.

Collière (1999, p.269) afirma que para poder ajudar a viver e facilitar a vida, a utilização de instrumentos e de técnicas exige associação com o suporte relacional, que lhe confere todo o seu significado. De fato, cuidar não tem sentido se a utilização das técnicas não estiver integrada ao processo relacional.

Nesse processo relacional, o uso da música é um instrumento favorável, porque aproxima os sujeitos do cuidado além de promover sensações prazerosas, mesmo quando se está internado. A maioria dos entrevistados confirmou que o uso da música é válido, conforme os depoimentos:

“É válido, porque para os pacientes que estão afastados da família ter a música ajuda a alegrar, né.” (Ritmo)

“É válido.” (Compasso)

“Sim, é válido, porque distrai as pessoas, afasta os maus pensamentos. Aonde a música entra traz alegria, porque é uma coisa muito boa.” (Acorde)

“Com certeza, é válido sim.” (Clave)

“É válido sim, muitos pacientes vão gostar disso.” (Grave)

A solidão, por estar afastado dos familiares torna o paciente mais vulnerável à tristeza, pois, nesse turbilhão de estímulos que ocorre em uma UTI, não há por perto ninguém conhecido para afastar suas dúvidas e temores. Portanto, promover a alegria quando se está doente e internado em uma UTI é algo surpreendente, porque a idéia que muitos pacientes têm, ainda hoje, é que estão ali para morrer e por isso a tristeza reina. No entanto, neste estudo encontrei discursos positivos, gerados por bons sentimentos, proporcionados por esta experiência de escutar a música na UTI, e isso foi importante.

Para outros, o tema bom/ótimo esteve presente nas falas:

“Acho bom porque gostei.” (Melodia)

“Foi muito bom, ótimo, só tenho a agradecer. Com certeza dá certo, eles vão gostar, porque a música relaxa a pessoa, vai lá no fundo do coração e faz a pessoa feliz.” (Pentagrama)

Bergold e Alvim (2009a) apontam a importância de proporcionar variedade no ambiente hospitalar, pois a ansiedade é uma sensação intensificada nas pessoas que não podem variar as atividades. Nightingale (1989) já apontava a importância da variedade para a mudança do foco do pensamento do cliente e, para diminuir seu sofrimento.

A monotonia, então, pôde ser quebrada com o uso da música, através da escuta passiva. Para outros, foi relatado que a música edifica, é importante e aprovam a idéia de que a música seja incorporada à rotina de UTI, assim presente nas seguintes falas:

“Quando falo em edificação, não é só de mim, é do ambiente também.” (Harmonia)

“Achei sim, importante.” (Partitura)

“Eu aprovo, a idéia é boa demais, é melhor do que ficar sem fazer nada.” (Agudo)

Assim, este estudo demonstrou que houve total aceitação dessa experiência de escutar a música na UTI, porque trouxe contribuições para àqueles pacientes que ficam internados, esperando os dias passarem e seu estado de saúde melhorar, ociosos, sem nenhuma atividade que os motive, pois, enquanto isso não ocorre, a ansiedade pôde ser reduzida, porque o foco da atenção foi substituído por algo mais prazeroso, levando um pouco de humanização a quem necessita, neste ambiente considerado hostil.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento do adoecimento é difícil para quem o vivencia, pois mudanças em seus hábitos ocorrem, e isso se torna exacerbado quando o paciente encontra-se internado na UTI, por ser um ambiente fechado, cheio de tecnologia dura, pouco acolhedor, com rotinas que (des)humanizam as relações e, historicamente, dotado de idéias pré-concebidas. As sensações para quem vivencia esta experiência são as piores possíveis, como o medo, a ansiedade, a solidão, a tensão, a preocupação e a ociosidade, dentre outros.

Não é comum encontrar em uma UTI atividades que promovam ou reduzam a carga negativa dessa internação, principalmente, para os pacientes que se encontram conscientes e orientados. No máximo se trabalha o aspecto da comunicação nas relações, fator também considerado importante no processo de humanização das UTIs, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização.

Neste estudo, que propôs o uso de uma tecnologia leve para o cuidar, por meio da intervenção da escuta passiva da música, pelos pacientes conscientes e orientados, na UTI, concluí ser este um cuidar relevante e eficiente para a Enfermagem, principalmente porque permite que o cuidado transponha-se ao fazer meramente técnico, agregando os aspectos subjetivos e expressivos do ser cuidado, para uma melhor qualidade da assistência.

O uso da música pela Enfermagem deve ser feito de uma maneira ética e com compromisso, sabendo que há diferenças individuais. O maior objetivo, alcançado nesse estudo, foi o de promover momentos agradáveis, de descontração, conforto e lazer, proporcionando um cuidar mais sensível e humanizado, no ambiente da UTI.

As respostas apresentadas revelaram os efeitos positivos que a música pode proporcionar neste ambiente, tornando-o mais leve e agradável. Assim como, contribuições no aspecto pessoal, alcançando os aspectos mais subjetivos e expressivos de cada um. Percebi que os sentimentos e as sensações, podem sim, ser respeitadas e atendidas individualmente, quando o objetivo é tratar bem aquele sujeito vulnerável em sua situação de saúde.

Esses efeitos positivos podem ser observados e compreendidos por alguns profissionais e, talvez, por outros não, porque lidar com o subjetivo, com o que não se pode quantificar, não é fácil e exige mais doação e tempo daquele que cuida. Para uns o uso da música pode ser um incômodo a mais ou uma tarefa a mais para ser realizada, simplesmente. É como fazer por ter que fazer, e não algo que pode trazer benefícios para quem estar

recebendo, precisando de atenção e respeito aos sentimentos e sensações vivenciadas, naquele ambiente da UTI.

Nesse processo de humanização, apenas a música não deve ser considerada prioridade, mas sim coadjuvante no tratamento humanizado ao paciente de UTI, pois o importante deve ser o cuidado sensível prestado ao ser humano.

Concluí que a escuta das músicas, revelada pelos participantes como momentos agradáveis, ótimos, relaxantes, descontraídos, que trouxeram recordações boas e ajudaram a passar o tempo, foi o objetivo alcançado, evidenciado pelas falas e observado através das expressões de alegria, dos sorrisos, das lágrimas, do alívio, do sacudir de mãos, do cantar, do assobiar e até do dormir, além dos agradecimentos recebidos pelo simples fato de ter sido permitido ouvir música.

A música contribuiu para uma melhor adaptação à UTI, tornando-a mais leve, agradável e confortável para esses pacientes.

Além desses benefícios, o uso da música como uma intervenção do cuidar, traz outros tipos de melhorias, pois tem o poder de agir simultaneamente tanto no corpo biológico quanto no psicossocial; é um tratamento não invasivo e, portanto, não doloroso; está facilmente a disposição do paciente, inclusive quando tiver alta hospitalar, possibilitando-o a continuar ativamente do processo de saúde; além de ser uma técnica econômica e com pouco custo. Necessita apenas, da disponibilidade dos profissionais e, dos gestores, em quererem promover essa ação.

Os desafios foram traçados e, dar continuidade ao processo de humanização na UTI, através da escuta individual de músicas, respeitando as preferências e gostos de cada paciente, deve ser efetivado no dia-a-dia, para dar um ar de leveza ao internamento, principalmente, em um ambiente considerado tão hostil e carregado como a da UTI, tornando-o acolhedor e humanizado.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, E.; MARCELINO, S.R. Cuidando e Confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. **Dimensões da Dor no Câncer**. São Paulo: ROBE. 1997. Cap.8. p.157-189.
- BACKES, D.S.; DDNINE, S.C.; OLIVEIRA, C.deL.; BACKES, M.T.S. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. **Rev. Nursing**. São Paulo, v.66, n.6, nov., 2003. p.37-42.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ed. Lisboa: Edições 70; 2009. 277p.
- BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. 3ed, São Paulo: Summus; 1988. 182p.
- BERGOLD, L.B. **A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/EEAN, 2005. 174p.
- BERGOLD, L.B.; ALVIM, A.T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009a jul-set; 18(3): 532-41.
- BERGOLD, L.B.; ALVIM, A.T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009b jul-set; 13(3): 537-42.
- BERGOLD, L.; SOBRAL, V. Music for care humanization. **Online Brazilian Journal of Nursing** v.2, n.3, December 2003 [Online]. Available at: www.uff.br/nepae/objn203bergoldsobral.htm
- BRASIL, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para **gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da** Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 1071 de 04 de julho de 2005. **Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico**. SOBRATI – SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA - Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br>> Acesso em: 14 de maio de 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 3432 12 de agosto de 1998. **Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br>> Acesso em: 08 de novembro de 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Nota informativa 14 de setembro de 2010. **Credenciamento dos leitos de UTI**. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>> Acesso em: 08 de novembro de 2010.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/1996, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 20 nov. 2010.
- BRYAN-BROW, C.W. O caminho até o presente: uma visão pessoal do tratamento intensivo. In: CIVETTA, J.M. et al. **Tratado de Terapia Intensiva**. São Paulo: Manole, 1992. Cap. 145, p.1887-1896.
- CAMPOS, G.W.deS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface-comunic, saúde, educ**. 2005 mar-ago; 9 (17), p.389-406.
- CESARINO, C.B.; RODRIGUES, A.M.S.; MENDONÇA, R.C.H.R.; AMORIM, R.C. Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia Intensiva. **Arq Ciênc Saúde**, 2005 jul-set;12(3): 158-61.
- COELHO, M.J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2006 nov-dez; 59(6): 745-51.
- COLLIÈRE, M-F. Elementos que participam na construção do processo de cuidados de enfermagem. In: _____. **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999. Cap.13, p.243-285.
- DESLANDES, S.F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. IN: DESLANDES, S.F. (organizadora). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. cap.1; 33-47.
- DIAS, A.T.; MATTA, P.deO.; NUNES, W.A. Índice de gravidade em Unidade de Terapia Intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2006 jul-set; 18 (3): 276-81.
- GIANNOTTI, L.A.; PIZZOLI, L.M.L. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. **Nursing (São Paulo)**. 2004, 71 (7):35-41.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HATEM, T.deP. **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-peratório de cirurgia cardíaca**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2005. 68p.
- HAMEL, W. The effects of music intervention on anxiety in the patient waiting for cardiac catheterization. **Intensive and Critical Care Nursing**. 2001 October; 17(5): 279-285.
- HEITZ, L.; SYMREG, T.; SCAMMAN, F.L. Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: a nursing intervention. **Journal of Post Anesthesia Nursing**. 1992; 71(1):22-31.
- JENSEN, H.S. Música e Saúde na Sociedade Pós-Moderna. In: RUUD, E (organizador). **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, 1991. p. 157-165.
- KNOBEL, E. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KNILL, C.; KNILL, M. Percepção, contato e comunicação corporal: um programa de utilização da música com pessoas portadoras de graves deficiências da percepção. In: RUUD, E. (organizador) . **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 1991. P.87-93.

LEÃO, E.R. **Cuidar de Pessoas e Música**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 368p.

LEÃO, E.R.; SILVA, M.J.P. Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, 2004 março-abril; 12(2):235-41.

LEÃO, E.R.; SILVA, M.J.P. A música no controle da dor crônica. In: In: LEÃO, E.R. (organizadora). **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010. Cap. 9, p.139-157.

LEÃO, E.R.; FLUSSER, V. Música e comunicação não verbal em instituições de longa permanência para idosos: novos recursos para a formação de músicos para a humanização dos hospitais. **OBJN**; 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1600/362>>.

LEÃO, E.R.; BUSSOTTI, E.A.; AQUINO, C.R.de. Uma canção no cuidar de si e do outro. In: LEÃO, E.R. (organizadora). **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010. Cap. 21. p.321-368.

LEMOS, R.C.A.; ROSSI, L.A.. O significado cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2002 maio-junho; 10(3):345-57.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**. São Paulo, 2001 outubro; 25-9.

LUZ, M.C.; DAVINO, G.E. Música, sedução e comunicação. In: In: LEÃO, E.R. (organizadora). **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010. Cap.5. p.67-94.

MARTINS, J.deJ.; FARIA, E.M. A (re)organização do trabalho da enfermagem em UTI, através de uma nova proposta assistencial. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2000 maio/agosto; 9(2):388-401.

MATSUDA, L.M.; SILVA, N.da; TISOLIN, A.M. Humanização da assistência de enfermagem: estudos com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. **Acta Scientianim Health Sciencies**. Maringá 2003. 25 (2), p. 163-170.

MCCLELLAN, R. **O poder terapêutico da música**. São Paulo: Sciliano, 1994.

MENEZES, F.A. de. **Ruídos na UTI: ensaios**. Fortaleza: Premius, 2002. 120 p.

MERHY, EE; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MINAYO, M.C.deS. **Pesquisa Social**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Sobre humanismo e a humanização. IN: DESLANDES, S.F. (organizadora). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. prefácio; 23-30.

NOVAES, M.AF.P.; ROMANO, B.W.; LAGE, S.G. Internações na UTI: variáveis que interferem na resposta emocional. **Arq Bras Cardiol**, 1996; 67(2): 99-102.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo (SP): Cortez, 1989.

PENNA, T. Reações emocionais de pacientes internados em UTI por tempo prolongado. In: **Anais (I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna)**, 1998, São Paulo. São Paulo: Astúrias, 1998. p. 124-5.

PINA, R.Z.; LAPCHINSK, L.F.; PUPULIM, J.S.L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidades de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, 2008 out-dez; 7(4): 503-508.

PIMENTEL, A.deF. **Convergências entre a política nacional de Humanização e a musicoterapia**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2005. 38p.

PUGGINA, A.C.G. **O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e Escala de Glasgow e Ransay**. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2006. 157p.

PUGGINA, A.C.G.; SILVA, M.J.P. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 435-41.

RIBEIRO, C.G.; SILVA, C.V.N.S.; MIRANDA, M.M. O paciente crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão da literatura. **REME – Rev.Min.Enf.** 2005 out-dez; 9(4): 371-377.

RUUD, E. (organizador) . **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 1991. 175p.

SANTANA, M.L.; SILVA, M.J.P. Como é sentida a experiência de estar na UTI sob a perspectiva de quem a vivencia. **SOBETI Rev** 2000; 1:12-6.

SANTOS, A.S.C. Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. **Análise Psicológica**. 2000; 3 (XVIII): 325-334.

SARAIVA, K.V.de O.; XIMENES, L.B. Terapias Alternativas/Complementares de toque e imposição de mãos: uma reflexão para a enfermagem. **Nursing**. 2004 jul; 74 (7).

SEVERO, G.; GIRARDON-PERLINI, N.M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, 2005 15 (1): 21-9, jan./mar.

SILVA, M.J.P. Humanização em UTI. In: CINTRA, E.deA.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu 2001. Cap. 1. p.1-11.

_____. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 155p.

SILVA, M.J.P.; LEÃO, E.R. Sobre o cuidar ampliado. In: LEÃO, E.R. (organizadora). **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2010. Cap. 2. p.11-30.

SILVA, M.G.; PIRES, C.G.daS.; RODRIGUES, G.R.S. Cuidado de enfermagem no ambiente de terapia intensiva: uma reflexão. **Rev Baiana de Saúde Pública**. 2008; 32 (1), p. 42-50.

SILVA, S.A.da; FAVA, S.M.C.L.; NASCIMENTO, M.C.do; FERREIRA, C.S.; MARQUES, N.R.; ALVES, S.deM. Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):382-7.

SILVA, A.L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (organizadoras). **Marcas da Diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap.11, p.195-241.

SOBRATI – SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA. **História da UTI** (vídeo). Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br>> Acesso em: 08 de novembro de 2010.

SMOLEN, D.; TOPP, R.; SINGER, L. The effect of self-selected music during colonoscopy on anxiety, heart rate, and blood pressure. **Applied Nursing Research**. 2002 August; 15 (3):126-136.

TALENTO, B.J.W. IN: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap.18, p.254-67.

TAME, D. O poder oculto da música. São Paulo: Cultrix, 1984. 334p.

VILA, V.daS.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, 2002. p.1-13.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2ª Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 1999. 202p.

ZANINI, C.R.deO.; JARDIM, P.C.B.V., SALGADO, C.M.; NUNES, M.C.; URZÊDA, F. L. de; CARVALHO, M.V.C.; PEREIRA, D.A.; JARDIM, T.deS.V.; SOUZA, W.K.S. B.de. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arq Bras Cardiol** 2009; 93(5):534-540.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS

I- IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do paciente:

Diagnóstico médico:

Motivo da internação:

Dias de internamento na UTI:

II – MOMENTOS

| 1° Momento | 2°Momento | 3°Momento |
|--|---|---|
| <p>Objetivo: contato inicial Data:</p> | <p>Objetivo: sessões com música no leito Data: N° da sessão: Música: Tempo:</p> | <p>Objetivo: entrevista final Data:</p> |
| <p>Entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ É a primeira vez que o senhor(a) está em uma UTI? ❖ O que o senhor(a) acha desse ambiente? ❖ O que senhor(a) está sentindo por estar aqui? ❖ Qual a música de sua preferência? | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicação das músicas de escolha do paciente ❖ Duração de acordo com a disponibilidade e aceitação ❖ Observação* do paciente enquanto escuta a música ❖ Anotações no diário de campo | <p>Entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ O que o senhor(a) achou dessa experiência? ❖ Que benefícios trouxe para o senhor(a)? ❖ O que o senhor(a) acha de aplicar a música aqui na UTI? |

* Serão observadas quaisquer expressões faciais e corporais no momento, como por exemplo testa enrugada, lágrimas, sorriso, outros movimentos com a boca, movimentos de cabeça, braços ou pernas, inquietação na cama, dentre outras.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Francismeuda Lima de Almeida (pesquisadora principal), Dora Sadigursky (orientadora) e Larissa Chaves Pedreira (co-orientadora), responsáveis pela pesquisa **A MÚSICA NA PROMOÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende: apreender a contribuição da música na promoção do cuidado humanizado ao paciente na UTI e analisar esta contribuição atribuída pelo paciente, sobre o uso da música na promoção do cuidado humanizado na UTI.

Acreditamos que ela seja importante porque o uso da música pode proporcionar uma melhora no seu estado de saúde, tratando-o de forma mais individualizada, humana e sensível. Conseqüentemente, trará uma melhor percepção do ambiente em que se encontra, por torná-lo menos agressivo e hostil, colaborando com sua recuperação.

Para sua realização será feito o seguinte:

- uma entrevista inicial, que será GRAVADA em um aparelho, a respeito da sua percepção da UTI desde sua chegada e das músicas de sua preferência, para que possa escutar em dois ou três dias seguintes, enquanto estiver na UTI;

- havendo a música já gravada no aparelho, poderá neste mesmo dia, escutá-la, de forma individual, através de fones de ouvido individuais acopladas ao um mp4;

- em dois ou três dias diferentes irá apenas escutar as músicas de sua preferência, que escolheu anteriormente, pelo tempo que lhe for conveniente, não ultrapassando 1 hora;

- depois de dois ou três dias, conceder nova entrevista, que será GRAVADA em um aparelho, sobre sua experiência com a música na UTI e suas sensações;

- em todos os momentos, inclusive o registro das suas respostas na entrevista, será feito pela pesquisadora, uma enfermeira e aluna de mestrado.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos físicos como dor no ouvido ou risco previsível de sangramento, devido ao tempo de uso dos fones, que é feito de material endurecido, ou do volume alto, podendo tirá-los a qualquer momento que quiser ou reduzir o volume, mesmo que a música não tenha terminado. Ou desconfortos emocionais como tristeza, porque a música pode lhe despertar lembranças ruins, porém sem riscos previsíveis.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito a uma assistência gratuita que será prestada pela unidade de assistência em que se encontra. Se houver desconfortos ou sangramentos, o aparelho será imediatamente retirado, uma avaliação primária com otoscópio será realizada pela enfermeira ou médico plantonistas e, se necessário, será acionado um especialista em otorrinolaringologia. Uma psicóloga poderá também ser acionada se urgirem desconfortos emocionais.

Os benefícios que esperamos com o estudo são sensações de prazer, conforto, alegria, distração, relaxamento, alívio, lazer e melhor percepção do ambiente, dentre outras que a música pode lhe proporcionar.

Sua participação constará por decisão voluntária. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

É importante esclarecer que, caso você decida não participar, seu tratamento na UTI não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou diferenciação.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso chamar a pesquisadora que está na unidade em todos os momentos da aplicação da música, ou entrar em contato, com alguma das outras pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Será mantida sua privacidade durante a coleta dos dados, que compreende a observação à distância e a entrevista, com o uso de biombos quando possível, por se tratar de uma unidade de terapia intensiva com leitos não isolados um do outro.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, sem ônus algum, não havendo identificação dos voluntários, para isto serão usados pseudônimos durante a entrevista, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa, como o uso de aparelhos de mp4 para escutar músicas e o gravador de voz, serão assumidos pela pesquisadora responsável.

Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Este termo deverá ser assinado por você ou por algum responsável, em duas vias, ficando uma via com você e a outra com a pesquisadora, sendo que essas vias deverão ser guardadas por um período de cinco anos. Após esse período os documentos ficarão armazenados em um banco de dados do grupo.

Francismeuda Lima de Almeida (Pesquisadora responsável)

Profa. Dra. Dora Sadigurky (Orientadora)

Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira (Co-Orientadora)

Autorização:

Eu, _____,
RG Nº _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal



Impressão digital do voluntário ou de seu representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Salvador, _____ de _____ de 2011.

Francismeuda Lima de Almeida – RG: 94015077258
Pesquisador responsável pela obtenção do TCLE

Dados dos pesquisadores:

Pesquisadora responsável: Francismeuda Lima de Almeida
Rua Domingos Pires, 13 – Periperi – Salvador/BA
Tel: (71) 9196 1918 / (71) 3283 8228 (UTI)
E-mail: franciscajado@hotmail.com

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Dora Sadigursky
Rua Augusto Viana, s/n, Campus Universitário do Canela
CEP 40110-060 – Salvador/BA
Tel: (71) 3283 7613
E-mail: dora@ufba.br

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Larissa Chaves Pedreira
Rua Augusto Viana, s/n, Campus Universitário do Canela
CEP 40110-060 – Salvador/BA
Tel: (71) 3283 7613
E-mail: lchavesp@ufba.br

Dados do CEPEE/UFBA responsável pela autorização da pesquisa:

Universidade Federal da Bahia - Escola de Enfermagem
Rua Ademar de Barros
Tel: (71) 3283 7615
E-mail: pgenf@ufba.br

APÊNDICE C

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

| Tabela- Escala de Coma de Glasgow | |
|--|-----------|
| ABERTURA OCULAR | |
| Espontânea | 4 |
| Comando verbal | 3 |
| Estímulo doloroso | 2 |
| Nenhuma | 1 |
| MELHOR RESPOSTA VERBAL | |
| Orientado | 5 |
| Confuso | 4 |
| Palavras inapropriadas | 3 |
| Sons | 2 |
| Nenhuma | 1 |
| MELHOR RESPOSTA MOTORA | |
| Obedece comando | 6 |
| Localiza estímulo doloroso | 5 |
| Retira membro a dor | 4 |
| Flexão anormal (decorticação) | 3 |
| Extensão anormal (descerebração) | 2 |
| Nenhuma | 1 |
| TOTAL | 15 |

Fonte: KNOBEL (2006; p.99)

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

TERMO DE APROVAÇÃO

Comunicamos que o Protocolo N° 08/2011 – FR 402.993 Título do Projeto: A musica na promoção do cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva, considerando o atendimento as diretrizes da Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos de autoria :

Pesquisadoras Responsáveis: Francismeuda Lima de Almeida

Demais Pesquisadores: Dora Sadigursky e Larissa Chaves Pedreira

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 9.5.2011

CONSIDERADO PELO COORDENADOR: APROVADO após atendimento às Pendências

OBSERVAÇÃO:

Os pesquisadores devem atentar para as novas diretrizes da resolução 196/96 sobre a entrega do parecer a instituição e pegar o modelo da declaração para a instituição. Após a coleta de dados lembrar a entrega do relatório final.

Salvador, 9 de maio de 2011.

Dani Santa Rosa
Dani de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-BA 10111

CEP-EEUFBA
RECEBIDO

Data: 10 / 05 / 11
Hora: 15 : 00

Francismeuda Lima de Almeida