

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

THAÍS ALVES LÍVIO

PROJETO EN[CANTO]: A VOZ CANTADA COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR AO  
BINÔMIO MÃE-BEBÊ FUNDAMENTADA NO CUIDADO TRANSPESSOAL

Maceió  
2018

THAÍS ALVES LÍVIO

PROJETO EN[CANTO]: A VOZ CANTADA COMO PRÁTICA COMPLEMENTAR AO  
BINÔMIO MÃE-BEBÊ FUNDAMENTADA NO CUIDADO TRANSPESSOAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza  
Co-orientadora: Profa. Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio

Maceió  
2018

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

L788p Lívio, Thaís Alves.  
Projeto en[canto] : a voz cantada como prática complementar ao binômio mãe-bebê fundamentada no cuidado transpessoal / Thaís Alves Lívio. – 2018.  
103 f. : il. color.

Orientadora: Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza.  
Coorientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia, Maceió2018.

Bibliografia: f. 86-94.  
Apêndices: f. 95-100.  
Anexos: f. 101-103.

1. Recém-nascido. 2. Serviços da saúde infantil. 3. Musicoterapia. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Humanização da assistência. I. Título.


CDU: 616-083-053.2:78.05

## FOLHA DE APROVAÇÃO

THAÍS ALVES LÍVIO

Projeto En[Canto]: a Voz Cantada como Prática Complementar ao Binômio Mãe-Bebê Fundamentada no Cuidado Transpessoal / Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas.

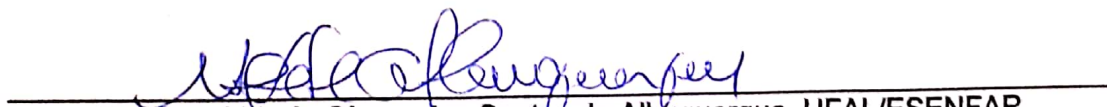
Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 20 de setembro de 2018.

  
Prof.ª Dra. Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, UFAL/ESENFAR  
(Orientadora)

  
Prof.ª Dr.ª Ingrid Martins Leite Lúcio, UFAL/ESENFAR  
(Co-Orientadora)

### BANCA EXAMINADORA:

  
Prof.ª Dr.ª Maria da Conceição Carneiro Pessoa de Santana, UNCISAL  
(Examinador Externo)

  
Prof.ª Dr.ª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, UFAL/ESENFAR  
(Examinador Interno)

Dedico a minha mãe, Wilma,  
pelos embalos ao som de Roberto Carlos  
que aqueceram o meu coração e minha alma.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelo dom de multiplicarem o que sou e o que posso.

Aos meus sobrinhos e irmãos que sempre acendem ternos sorrisos de gratidão em mim.

Aos meus familiares, em especial minha Avó, por toda a fé que sempre depositaram em mim. Meu amor por vocês é o maior motivo para não deixar que nada corrompa minha essência.

Aos meus poucos e bons amigos, pelas alegrias encontradas, pelos sonhos partilhados.

As minhas orientadoras, Cristina Trezza e Ingrid Lúcio, pelas inúmeras vezes que me enxergaram melhor do que sou e pelos momentos somados em minha formação acadêmica, obrigada pelos direcionamentos, apoio e estímulo.

Aos meus pequenos pacientes e seus familiares, pelas oportunidades que forneceram ao confiarem suas vidas aos meus cuidados. Vocês fizeram do meu caminhar a certeza da formação.

Aos profissionais da Maternidade Escola Santa Mônica, pela abertura do ambiente de trabalho e disposição em dividir os seus saberes, obrigada por confiarem na credibilidade do meu estudo.

Aos meus colaboradores, Aline, Natália, Estrela, Andreza e Paulo, pela disponibilidade e acreditação de que este trabalho seria possível.

E, por fim, a todas as outras pessoas que, de algum modo, participaram e acreditaram em meus passos.

Eu não teria chegado até aqui, da mesma forma, sem vocês. Obrigada!

*“A música é a arte que realiza melhor e mais rapidamente a fusão do  
nosso espírito com o todo”.*

*(Pitágoras)*

## RESUMO

Esse estudo teve como objetivo analisar através das interações do recém-nascido se a voz cantada do profissional de saúde pode ser um fator de cuidado para a satisfação de suas necessidades. Trata-se de uma pesquisa-cuidado, com abordagem qualitativa, realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal da Maternidade Escola Santa Mônica. A intervenção musical ocorreu através da voz cantada da profissional, utilizando-se a música "Reconhecimento" de Isadora Canto. A coleta foi realizada por meio da observação qualitativa, dos dados do prontuário do binômio e de gravação na forma de filmagem, cuja análise baseou-se na Teoria do Cuidado Transpessoal. Participaram da pesquisa 05 binômios, os quais demonstraram que o uso de práticas artísticas (canto) deixa de ser uma ação que normatiza e determina o modo de interação e comportamento do outro para tornar-se possibilidade de encontro entre as necessidades deste e a resposta resolutiva e eficaz da assistência. Entende-se, nesta pesquisa, que a assistência em saúde é passível de reconstrução e recomposição de suas práticas e que a utilização da voz cantada como um recurso no cuidado pode funcionar como objeto de contribuição de enfrentamento e confiança do ser cuidado e do cuidador. Ressalta-se a expressiva contribuição da teoria para embasar estes conceitos e reforçar uma assistência de enfermagem mais coerente, verdadeira e empática. Conclui-se, portanto, que devido a influência favorável sobre a totalidade do cuidado, o canto representou um reforço positivo na busca pessoal pela melhora profissional, pela humanidade da assistência e pelo oferecimento de uma assistência transpessoal com foco nos fatores de cuidado e na satisfação das necessidades.

**Descritores:** musicoterapia, recém-nascido, cuidado de enfermagem, humanização da assistência



## ABSTRACT

This study purpose to analyze through the interations of the newborn if the voice of the healthcare professional can be a factor of care for the satisfaction of their needs. This is a research-care, with a qualitative approach, carried out at the Neonatal Intermediate Care Unit of Santa Monica School Maternity. The musical intervention made through the singing voice of the professional, using a song "Reconhecimento" of Isadora Canto. The collection was performed through qualitative observation, of the binomial medical records and of recording in the form of filming, whose analysis was based on the Theory of Transpersonal Care. The participated were five newborns, which demonstrated that the use of artistic practices (singing) is no only an action that regulates and determines the way of interaction and behavior of the other, but they become a possibility between the needs of the newborns and the answer and effective assistance. It is understood in this research that health care is capable of reconstruction and recomposition of its practices and that the use of voice as a resource in care can function as an object of coping contribution and trust between caregiver and caregiver. Emphasis is placed on the expressive contribution of theory to support these concepts and reinforce a more coherent, true and empathetic nursing care. It is concluded, therefore, that due to the favorable influence on the totality of care, singing represented a positive reinforcement in the personal search for professional improvement, for the humanity of care and for the offer of a transpersonal assistance focused on factors of care and on satisfaction of needs.

**Keywords:** Music Therapy, newborn, Nurse Care, Humanization of Assistance

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação da Relação Assistencial entre Profissional e Paciente.....	37
Figura 2 - Modelo Processual de Watson que representa o Cuidado Transpessoal .	38
Fluxograma 1 - Representação Metodológica do Estudo conforme o Espaço Quadripolar da Pesquisa.....	41
Fluxograma 2 - Fases Operacionais da Pesquisa.....	46
Figura 3 - Binômio 03 após a intervenção do canto no momento precedente à separação (foto autorizada).....	53
Figura 4 - Comportamento do Neonato 01 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 01) .....	55
Figura 5 - Comportamento do Neonato 01 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 02) .....	56
Figura 6 - Comportamento do Neonato 01 ao 00'20" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	56
Figura 7 - Comportamento do Neonato 01 ao 02'52" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	57
Figura 8 - Comportamento do Neonato 02 antes de Iniciar a Intervenção Musical (câmera 01) .....	59
Figura 9 - Comportamento do Neonato 02 antes de Iniciar a Intervenção Musical (câmera 02) .....	60
Figura 10 - Comportamento do Neonato 02 ao 02'23" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	60
Figura 11 - Comportamento do Neonato 02 ao 03'33" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	61
Figura 12 - Comportamento do Neonato 03 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 01) .....	64
Figura 13 - Comportamento do Neonato 03 ao 01'21" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	64
Figura 14 - Comportamento do Neonato 03 ao 01'23" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	64
Figura 15 - Comportamento do Neonato 03 ao 02'22" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	65

Figura 16 - Comportamento do Neonato 03 ao 02'34" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	65
Figura 17 - Comportamento do Neonato 03 aos 03'15" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	66
Figura 18 - Comportamento do Neonato 04 antes de Iniciar a Intervenção Musical (câmera 01) .....	68
Figura 19 - Comportamento do Neonato 04 ao 01'12" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	68
Figura 20 - Comportamento do Neonato 04 ao 01'27" da Intervenção Musical (câmera 02) .....	69
Figura 21 - Comportamento do Neonato 04 ao 02'04" da Intervenção Musical (câmera 02) .....	69
Figura 22 - Comportamento do Neonato 05 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 01) .....	71
Figura 23 - Comportamento do Neonato 05 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 02) .....	72
Figura 24 - Comportamento do Neonato 05 aos 0'09" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	72
Figura 25 - Comportamento do Neonato 05 aos 0'14" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	73
Figura 26 - Comportamento do Neonato 05 aos 0'44" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	73
Figura 27 - Comportamento do Neonato 05 aos 2'09" da Intervenção Musical (câmera 01) .....	74

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparativo entre o Carative Factors de 1979 e o atual Clinical Caritas Process.....	35
Quadro 2 - Caracterização das Reações do Neonato 01 antes, durante e após o início da intervenção.....	58
Quadro 3 - Fatores de Cuidado do Binômio 01 antes, durante e após o início da intervenção.....	58
Quadro 4 - Caracterização das Reações do Neonato 02 antes, durante e após o início da intervenção.....	62
Quadro 5 - – Fatores de Cuidado do Binômio 02 antes, durante e após o início da intervenção.....	62
Quadro 6 - Caracterização das Reações do Neonato 03 antes, durante e após o início da intervenção.....	66
Quadro 7 - Fatores de Cuidado do Binômio 03 antes, durante e após o início da intervenção.....	67
Quadro 8 - Caracterização das Reações do Neonato 04 antes, durante e após o início da intervenção.....	70
Quadro 9 - Fatores de Cuidado do Binômio 04 antes, durante e após o início da intervenção.....	71
Quadro 10 - Caracterização das Reações do Neonato 05 antes, durante e após o início da intervenção.....	74
Quadro 11 - Fatores de Cuidado do Binômio 05 antes, durante e após o início da intervenção.....	75

## SUMÁRIO

<b>1 “DE CORAÇÃO PRA CORAÇÃO”</b> .....	<b>12</b>
<b>2 “ME CONTE A SUA HISTÓRIA”</b> .....	<b>19</b>
2.1 “Como é possível...” .....	19
2.2 “A primeira vez” .....	25
2.3 “O gosto de tudo” .....	33
<b>3 “AS CURVAS DA ESTRADA DE SANTOS”</b> .....	<b>41</b>
3.1 Desenho do estudo .....	41
3.2 Cenário do estudo .....	42
3.3 Participantes da pesquisa .....	43
3.4 Coleta de dados .....	45
3.5 Descrição dos procedimentos .....	46
3.6 Análise das informações .....	48
3.7 Aspectos éticos .....	49
<b>4 “ALÉM DO HORIZONTE”</b> .....	<b>51</b>
4.1. “Canção do sonho bom” .....	51
4.2 “Nossa canção” .....	55
4.3 “Como é grande o meu amor por você” .....	75
<b>5 “EMOÇÕES”</b> .....	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>86</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>95</b>
APÊNDICE A - QUADRO DE SELEÇÃO .....	95
APÊNDICE B - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS .....	96
APÊNDICE C - FLUXOGRAMA DE COLETA DE DADOS .....	97
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	98
<b>ANEXOS</b> .....	<b>101</b>
ANEXO A – ESCALA NIPS .....	101
ANEXO B – LETRA DA MÚSICA “RECONHECIMENTO”, ISADORA CANTO .....	102
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA .....	103

## 1 “DE CORAÇÃO PRA CORAÇÃO”

*“Vem mais pra cá, chega pra mim  
Quero sentir esse sonho de amor e ficar  
Assim, na sintonia da emoção  
De coração pra coração”  
(Roberto Carlos)*

Este capítulo tem por objetivo introduzir o tema estudado, adentrando-se em suas especificidades a que se refere esta pesquisa. Justifico, de antemão, que os nomes referentes a cada capítulo e subcapítulo deste estudo tratam-se de uma referência e homenagem a minha mãe, que por muito tempo embalou-me ao som de Roberto Carlos. Este, que é um renomado cantor e compositor brasileiro, faz-me em suas canções reencontrar simbolicamente o amor e o cuidado materno.

Esta pesquisa tem como objeto de investigação o estudo das **interações do binômio mãe-bebê frente à voz cantada do profissional de saúde**. Neste contexto, considera-se como reação os parâmetros multidimensionais de comportamento, usados em específicos aqui a expressão facial, seu choro, seu padrão respiratório e cardíaco, sua movimentação corporal e seu estado de alerta.

A escolha do objeto ocorreu durante a graduação mediante a participação em diversos projetos de pesquisa e de extensão relacionados aos cuidados com saúde da criança, bem como, pela aprovação em 2011 do projeto no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Pesquisa-Ação (PIBIP-Ação), intitulado **“Projeto Ninar: a Música no Fortalecimento do Vínculo Mãe-Bebê”** (FERNANDES et al., 2011), no qual buscou-se proporcionar o fortalecimento do vínculo mãe-bebê através do apoio e incentivo às mães ao canto como forma de terapêutica no cuidado com o seu bebê.

Segundo os resultados do Projeto Ninar, a atuação dos profissionais junto às mães e bebês auxiliou na promoção de uma visão holística através da vivência prática, e permitiu uma íntima associação entre os diversos conteúdos de aprendizagens trabalhados na graduação e as diferentes atividades do grupo em estudo, possibilitando uma construção coletiva de saberes e de estratégias de enfrentamento (CORREIA et al., 2012). O projeto teve como fruto diversos Trabalhos de Conclusão de Curso de seus participantes (FERNANDES, 2012; ALBUQUERQUE, 2013; SILVA, et.al., 2014).

O interesse pelo objeto do estudo ampliou-se durante a residência em neonatologia na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), Maceió/AL, quando realizou-se pequenas intervenções musicais no momento da recepção do recém-nascido (RN) em sala de parto. Tal fato resultou em grande sensibilização dos profissionais à realização de outros métodos de humanizar o cuidado, tais como, a diminuição dos estímulos táteis e luminosos, dos manuseios e/ou dos movimentos bruscos (LÍVIO et al., 2014).

Esta experiência levou a uma percepção do efeito da intervenção musical para o RN durante o processo, no qual a música acalmava os bebês e estes dormiam tranquilamente, tendo efeito direto sobre a adaptação no ambiente extrauterino. Como enfermeira neonatologista, a busca pela humanização do cuidado apresentou-se intrínseca à consciência das responsabilidades frente ao desenvolvimento do RN através do uso de habilidades técnico-científicas juntamente ao cuidado integral e a um olhar mais sensível, uma vez que o desenvolvimento dos bebês está condicionado às experiências sensoriais e à exposição aos estímulos cognitivos (LÍVIO et al., 2014).

Conforme Barbosa, Formiga e Linhares (2007), a ausência de estímulos prazerosos pós-nascimento poderá causar uma dificuldade de adaptação sensorial nos neonatos. Fato este que conduz a discussões a respeito da qualidade técnica do cuidado articulada ao uso de tecnologias leves e simples e à promoção do bem-estar e do conforto ao neonato.

Ressalta-se, neste entendimento, que nos últimos anos a humanização hospitalar vem adquirindo crescente valorização e reafirmando os seus efeitos positivos sobre a recuperação de pacientes (PICADO et al., 2007). Tais sistemas e recursos estão incorporados à implantação de práticas de humanização preconizadas pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização (PNH) - rede HumanizaSUS (BRASIL, 2004), e pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema único de Saúde (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o envolvimento entre as abordagens busca enfatizar a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, através de tecnologias eficazes e seguras de prevenção de agravos e recuperação da saúde.

Esclarecendo às diferenças entre tais tecnologias em saúde, Silva, Alvim e Figueiredo (2008), referem que as tecnologias em saúde podem ser de três formas: tecnologia dura, relacionada a equipamentos, normas e rotinas; leve-dura, que são

todos os saberes solidificados no processo de saúde; e a leve, que são as tecnologias de relações, comunicação, acolhimento, humanização e vínculo.

As tecnologias leves aplicadas ao cuidado em saúde que abrangem o cliente em sua integralidade têm estimulado cada vez mais o estudo de recursos e práticas desenvolvidas por outras disciplinas que possam contribuir de maneira efetiva com o campo próprio de saber e de prática (BERGOLD e ALVIM, 2009). Como tecnologia leve de cuidado neonatal, temos as terapias complementares, que agrega ao cuidado convencional, um olhar acolhedor e humano com base nas relações estabelecidas entre o RN, os profissionais da equipe de enfermagem e a mãe/família (SILVA, 2014).

Dentre as inúmeras práticas integrativas do cuidado (BRASIL, 2015), as quais atualmente abrange um total de 19 terapias (BRASIL, 2017), a música vem acumulando evidências de sua efetividade nos diversos âmbitos do cuidado ao paciente. Segundo o Glossário Temático, trata-se de um processo facilitador e promotor de objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo (BRASIL, 2018).

De acordo com Corrêa e Blasi (2009), a música faz parte do ser humano, seja no ritmo do caminhar, no respirar ou nas batidas do coração. Ela traduz uma forma de expressar a relação com o outro, um carinho, uma comunicação, através da linguagem verbal. Em concordância, Candia (2011) ratifica que o corpo comunica sentimentos através do olhar, da expressão facial, do conforto pela música, por outros sons, ou por ouvir alguém cantar.

Historicamente, o uso da música como terapia é uma ciência recente, que começou a ser sistematizada a partir de meados do século XX (OLIVEIRA, 2014). Entretanto, seu uso como elemento íntimo da saúde humana faz parte da história do homem e teve sua origem na própria história entre a arte de curar e as notas musicais, perpassando diferentes tempos, espaços e civilizações, tendo acompanhado, portanto, sua evolução e marcado suas experiências e vivências nos aspectos físico, emocional, mental e espiritual (CAMPOS, 2016).

Sua importância na medicina tem ponto máximo na redução do estresse, da dor, da ansiedade e da sensação de isolamento. Este objetivo é atingido, porque a música é uma atividade de lazer, que ajuda o paciente a focar sua atenção, que antes estava voltada para dor e ansiedade, em alguma coisa mais prazerosa (HATEM, 2005).



Inúmeros estudos apontam-na associada diretamente ao tratamento de doenças e ao reestabelecimento da saúde, reiterando o uso terapêutico na redução do nível de ansiedade e de estresse de pacientes, no fortalecimento do sistema imunitário, no alívio da dor, e entre outros (MATOSO e OLIVEIRA, 2017; CAMPOS, 2016). Ratifica-se, pois, seu potencial terapêutico como instrumento capaz de promover mudanças físicas e psicológicas, tratando-a como uma linguagem apropriada para a humanização (FLUSSER, 2013).

No que se trata à área da enfermagem, a intervenção musical possui interfaces que se relacionam com a visão integral do cliente atreladas ao cuidado em si e à busca por promover uma assistência holística frente ao reconhecimento e satisfação de suas reais necessidades, quais sejam físicas, emocionais, sociais e/ou espirituais (SALVADOR, 2012; BERGOLD e ALVIM, 2009). Trata-se de um recurso acessível e versátil que pode ser usada em todos os níveis de complexidade da atenção em saúde (VICENTE, 2011; MATOSO e OLIVEIRA, 2017).

Tal possibilidade terapêutica propicia práticas incorporadas de forma integrada no cuidado à saúde, e não apenas inserida em uma única interface, as quais perpassam níveis multiprofissionais em suas mais diversas áreas de conhecimento e distintas populações alvos e faixas etárias, indo desde ao seu uso no cuidados aos recém-nascidos, lactentes e crianças pré e/ou escolares até aos adolescentes, adultos e idosos (VICENTE, 2011).

Neste contexto, em se tratando dos recém-nascidos, deve-se levar em consideração que eles possuem características fisiológicas e anatômicas próprias que salientam sua fragilidade sistêmica, como a imaturidade dos sistemas respiratório e nervoso central. A prematuridade, o baixo peso ao nascer e as condições perinatais podem levar o RN a necessitar de longos períodos de internação (SILVA et al., 2013).

Durante estes períodos, os neonatos são frequentemente expostos ao ruído contínuo, tais como o som de equipamentos (responsáveis por traduzir os sinais vitais do paciente), as conversas entre profissionais e as luzes fortes e contínuas. Estes ruídos podem interferir no desenvolvimento dos recém-nascidos, uma vez que a estimulação auditiva excessiva cria respostas fisiológicas, como apneias e flutuações da frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>), além de torna-los mais vulneráveis à perda auditiva, ao desenvolvimento sensorial anormal e a problemas de fala e linguagem (ARAÚJO e RODRIGUES, 2010; BROWN, 2009; MARQUES e FREIRE, 2007).

Brown (2009) afirma que a redução dos níveis desses ruídos e a estimulação sensorial precoce, tais como através do uso da música, pode melhorar a estabilidade fisiológica de recém-nascidos doentes e, portanto, ampliar o potencial de desenvolvimento do cérebro infantil. Além disso, evidências comprovam que tal estímulo pode influenciar a função cardiorrespiratória dos bebês, observados através dos sinais vitais, bem como, podem melhorar a alimentação, os padrões de comportamentos de sucção, além de aumentar períodos prolongados de estados de sono do RN (LOEWY et al., 2013).

Esta percepção apurada dos elementos sonoros leva ao desenvolvimento positivos de habilidades, tais como relatadas nos estudos de Auto, Amancio e Lanza (2013) que avaliaram o efeito da música gravada com estimulação multimodal sobre o ganho de peso de prematuros; o de Cardoso, Farias e Melo (2014) que investigou a relação do uso da música e glicose 25% no alívio da dor dos RN prematuros; e o de Tabarro et al. (2010), cujo objetivo foi verificar e descrever os efeitos da música, individualmente selecionada, no trabalho de parto e no comportamento e reações do bebê, quando submetido às melodias ouvidas por suas mães durante a gestação e o trabalho de parto.

Esta proposta, além de constituir-se como uma intervenção de baixo custo, não farmacológica e não invasiva empregada na promoção dos processos de desenvolvimento e da saúde da criança, da família e dos trabalhadores, torna-se uma tecnologia importante no processo de humanização dos cuidados em saúde (FERREIRA, REMEDI e LIMA., 2006).

Atenta-se, nesse sentido, para a importância de considerar o RN não como ser integral, biopsicossocial e espiritual. Uma visão ampliada que se estende, inclusive, a todos os envolvidos nesse contexto de hospitalização: o recém-nascido, a mãe (família), a equipe multiprofissional e o ambiente que tem como finalidade produzir uma assistência mais humanizada e coerente (FERNANDES, 2012).

Essa perspectiva faz gerar novas necessidades no âmbito assistencial da neonatologia, pois a grande complexidade do cuidar humanizado perfaz buscar recursos em novas tecnologias leves, ampliando o seu universo de possibilidades. Essas estratégias de intervenção exigem da equipe multiprofissional uma percepção sensível e cuidadosa em seu fazer, como é o caso do uso do canto, acalantos e/ou canções infantis (FRACALOSSO, 2003; VIANA et al., 2005).

Para Candia (2011), o canto acalma e dá segurança ao bebê, este por sua vez se sente acalentado, amado e desejado, o que permite que sua situação clínica seja recuperada mais rápida. Uma vez que a assimetria funcional hemisférica para a percepção da música está presente ao nascimento, as experiências musicais incorporam-se a vida dos bebês hospitalizados, pois, ao ouvir a música, o bebê recebe uma estimulação multimodal coerente e organizada de onde não só intervêm os sentidos, mas também as emoções (PERANI et al, 2010).

Esta pesquisa, encontra sua relevância ao fundamentar-se na proposta de uma atenção à saúde humanizada através do canto musical do profissional de saúde, usando esta tecnologia como parte integrante ao cuidado do recém-nascido a fim de identificar suas demandas comportamentais. Além disso, encontra-se também a sua relevância social, na medida em que contribui para a melhor compreensão do ser humano.

Considera-se aqui neste estudo que a voz cantada pode ser utilizada como uma tecnologia leve e inovadora de cuidado, se organizada como atividade sistemática e criativa, facilitando a expressão das emoções e a comunicação interpessoal terapêutica. Além disso, em virtude de sua singularidade, alguns aspectos inerentes à intervenção musical podem transformar a vida diária entre profissional-mãe-bebê em constante processo interacional de seu saberes, valores e práticas, vinculados à construção de um ambiente de cuidar com respeito à unidade e integralidade de mente-corpo-espírito de ambos.

Desta forma, partindo das considerações acerca da construção de vínculos e da humanização do cuidado, é importante identificar as reações do neonato frente à voz cantada do profissional de saúde, uma vez que visa abranger a perspectiva individual dados à vivência e à prática profissional. Esta prática do canto articulada com o cuidado individualizado, propôs-se à satisfação das necessidades dos neonatos através do uso de fatores de cuidado identificados. O canto, neste sentido, pode ser entendido como um elo forte que se estabelece entre os envolvidos e que vai além da comunicação através da palavra, atinge a comunicação do sentir e da expressão individual em diferentes entornos.

Para tal, buscou-se fundamentar este conhecimento no uso de teorias, cujas aplicações contribuem para a formação e sustentação da prática profissional por construírem uma base sólida na investigação dos fenômenos pesquisados. Esta concepção encontra-se apoiada, no âmbito da enfermagem, em Teorias próprias de

seu campo de saber, das quais destaca-se aqui a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Watson (2007) afirma que o cuidado transpessoal auxilia na criação de fatores de cuidado, baseando-se nos direitos do paciente, suas necessidades, desejos e expectativas, como propõe este estudo através do uso da música. Para tanto, dentre os principais pressupostos da teórica (1985) que permitem o enfoque da enfermagem no conceito da pessoa como um ser integral destaca-se o de que “o cuidado consiste de fatores que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas”, base para a construção do **pressuposto** que norteou o estudo:

**A exposição à voz cantada do profissional de saúde constitui-se um fator de cuidado que resulta na satisfação de determinadas necessidades do binômio mãe-bebê.**

Desta forma, a fim de asseverar tal afirmativa, o estudo tem como Objetivo:

**Analisar através das interações do recém-nascido se a voz cantada do profissional de saúde pode ser um fator de cuidado para a satisfação de suas necessidades.**

## 2 “ME CONTE A SUA HISTÓRIA”

Este capítulo tem por objetivo apresentar o referencial teórico da pesquisa e fundamentar a contribuição de diversos autores para o desenvolvimento do estudo.

Assim, ele dividiu-se estrategicamente em três aspectos teóricos: **2.1 “Como é possível...”**, trazendo a base neurocientífica do desenvolvimento fetal e neonatal, bem como as principais comprovações de seu uso contextualizados na atenção à saúde do neonato; **2.2 “A primeira vez”**, abordando o contexto histórico de surgimento do uso da música no cuidado à saúde e seu panorama atual através de um estudo bibliométrico; e **2.3 “O gosto de tudo”** na qual apresentamos os principais pontos da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, os quais servirão de apoio na análise dos dados.

### 2.1 “Como é possível...”

*“Existem mesmo tantos mistérios  
Ocultos entre o céu e a Terra  
Que a gente às vezes se aprofunda  
tentando explicar”  
(Roberto Carlos)*

Durante muito tempo acreditou-se que a vida fetal, em virtude de sua natureza pouco conhecida permeava-se alheia ao mundo externo. O útero era considerado um lugar silencioso e o feto era incapaz de enxergar ou ouvir, atos que se iniciavam somente após o seu nascimento (SUASSUNA, 2011).

A predominância deste raciocínio associava-se à falta de recursos tecnológicos que fossem capazes de revelar o que se passava com o feto no oculto do útero materno. Porém, a partir da década de 1970, graças aos avanços tecnológicos da medicina e ao advento da medicina fetal e seus equipamentos, a visão do ambiente intrauterino foi completamente modificada, sendo possível explorá-lo diante de experiências sensoriais, dentre as quais inclui-se a habilidade sonora (JABER, 2013).

Desta forma, era costume não expor os bebês à exposição da luz, mantendo-o em ambientes pouco iluminados a fim de não causar danos irreparáveis em sua visão; bem como, as pessoas mantinham o hábito de permanecer em silêncio ou de

falar baixo perto de um bebê para não prejudicar sua audição (JABER, 2013). O bebê era considerado “uma substância amorfa, uma tabula rasa, um ser completamente vulnerável e frágil” (BEYER, 2005).

Nas últimas décadas, o avanço das Neurociências tem possibilitado uma maior compreensão sobre a relação entre os estímulos sonoros e sistema nervoso. Diversos estudos ratificam o desenvolvimento do sistema auditivo fetal e sua capacidade de audição a partir da 20ª semana de gestação, momento no qual o feto já apresenta certa responsividade aos sons. O bebê é capaz de distinguir uma variedade de sons três meses antes do nascimento, tais quais os batimentos cardíacos, a respiração, os movimentos peristálticos, os sons das articulações e a voz da mãe; além de perceber e responder à estímulos externos. Ou seja, as vibrações sonoras dentro do útero são percebidas pelo feto também na forma de experiência tátil (ALBUQUERQUE, 2013; MOON e FIFER, 2000).

Para Krueger (2010), a voz de sua mãe, histórias familiares e melodias e o som de sua língua nativa podem ser alvos de estímulos sonoros preferenciais pelo feto, uma vez que este é um receptor ativo.

Após o nascimento, a acuidade auditiva do RN é possivelmente semelhante à de um adulto assim que o líquido amniótico é drenado dos ouvidos. Fora do útero materno, um novo mundo sonoro revela-se, não mais filtrado pelo líquido amniótico e pelas barreiras que o protegiam. O recém-nascido é capaz de virar-se em direção aos sons, assusta-se com ruídos elevados e possui a capacidade de distinguir os tipos de sons com base na frequência, na intensidade, na altura e no padrão, podendo determinar a direção de onde o som vem (LUZ, 2005; NUNES, 2009; SANTOS e PARRA, 2015).

Tais condições tornam-se peças importantes para a manutenção do equilíbrio físico-emocional do bebê, uma vez que seu cérebro é um órgão em desenvolvimento, que se adapta à realidade de acordo com as experiências vivenciadas, sendo fortemente influenciado pelo meio ambiente e pelos estímulos que a criança recebe nos primeiros anos de vida (ILARI, 2002, LEVITIN, 2010).

Muszkat (2012) designa a essa capacidade do cérebro de ser flexível e se transformar conforme as experiências vivenciadas como Plasticidade. Durante a primeira infância, o cérebro humano é mais maleável e flexível do que em qualquer

outra fase da vida, estruturando-se de acordo com as experiências vivenciadas nessa época. Tal desenvolvimento auditivo, neste ambiente rico em estimulação acústica, capacita o bebê a reconhecer diferenças no tom, padrões sonoros, intensidade e ritmo (GRAVEN e BROWNE, 2008).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos houve-se a comprovação de que o sistema auditivo neonato possui uma espécie de senso rítmico inato capaz de produzir resposta à estímulos musicais. Neste experimento, quatorze recém-nascidos com cerca de 2 ou 3 dias de vida receberam estímulos de músicas com ritmo constante através de fones de ouvido e foram monitorados os impulsos elétricos emitidos pelo cérebro por eletrodos aderidos ao seu couro cabeludo; por vezes a música era suprimida a fim de identificar as variações nas respostas elétricas. Descobriu-se, então, que permanecendo dormindo durante o experimento, o cérebro dos bebês iniciava a liberação de respostas concomitante à liberação do estímulo (WINKLEY, 2009).

Estes tipos de pesquisas têm sido realizados com o intuito de verificar mais profundamente aspectos bastante específicos da percepção sonoro-musical dos bebês. Em um estudo utilizando imagens de ressonância magnética para observar a atividade cerebral de 18 recém-nascidos, todos de 1 a 3 dias de vida, enquanto eram expostos estímulos musicais, concluiu-se que, no que diz respeito ao processamento musical, a atividade cerebral de um bebê é bastante semelhante à atividade de um cérebro adulto, apresentando a mesma especialização de hemisférios (PERANI et al., 2010).

Crianças em ambientes sensorialmente enriquecedores apresentam respostas fisiológicas mais amplas, maior atividade das áreas associativas cerebrais, maior grau de neurogênese (formação de novos neurônios em área importante para a memória como o hipocampo) e diminuição da perda neuronal (apoptose funcional) (MUSZKAT, 2012).

Olischar et.al. (2011), por exemplo, examinaram os possíveis efeitos da música no sono tranquilo em recém-nascidos com idade gestacional  $\geq 32$  semanas, neurologicamente saudáveis, da unidade de terapia intensiva do Hospital do Royal Children em Melbourne - Austrália.

A amostra foi composta por 20 recém-nascidos randomizados para 10 no grupo de caso e 10 no grupo controle dentro do período de um ano. A música foi administrada às crianças utilizando um aparelho de som e alto-falantes dispostos a 30 cm da cabeça do bebê. Os RN foram monitorados por cinco eletrodos dispostos na cabeça, os quais eram ligados ao monitor de eletroencefalograma, iniciando-se uma hora antes da sessão de música e deixado até quatro horas após. Os autores concluíram, pois, que o grupo de caso apresentou ciclos de sono-vigília mais maduros, sugerindo que pode haver um pequeno efeito da música sobre o sono tranquilo no RN.

Loewy et al (2013), em seu estudo que objetivou avaliar os efeitos da musicoterapia nos sinais vitais, na alimentação e no sono dos recém-nascidos prematuros e teve duração de dois anos e meio, perceberam que a aplicação de canções de ninar ao vivo de forma organizada e com sons ajustados pode, de fato, ajudar o neonato a se autorregular.

Além disso, a mudança dos elementos musicais, em um contexto ao vivo, teve qualidades terapêuticas que podem ser benéficas para um bebê prematuro crescendo. Os autores concluem que a música pode influenciar a função cardiorrespiratória, observados através dos sinais vitais dos bebês prematuros; e que o som e a canção de ninar podem melhorar a alimentação, os padrões de comportamentos de sucção, além de aumentar períodos prolongados de estados tranquilos-alerta (Loewy et al, 2013).

Nesta mesma linha de pesquisa, Perani et.al. (2010) também verificaram as variações do cérebro quanto aos estímulos musicais, avaliando se o cérebro do recém-nascido seria sensível a variações sutis dos estímulos musicais ou se ele iria responder com indiferença a qualquer estímulo musical.

Usando ressonância magnética funcional, os dados foram obtidos a partir de 18 recém-nascidos a termo, saudáveis nos primeiros 3 dias de vida, que apresentaram pontuação de APGAR  $\geq 8$  e não foram sedados. Os bebês foram expostos pela primeira vez à música inicialmente fora do útero, permitindo a observação dos primeiros estágios de desenvolvimento de uma capacidade que desempenha um papel importante para o desenvolvimento emocional, cognitivo, e social a partir dos



primeiros dias de vida. As sessões ocorriam alternando estímulos musicais com blocos de silêncio.

Os autores concluíram que a assimetria funcional hemisférica para a percepção da música está presente ao nascimento. Isto indica que o cérebro do recém-nascido responde a informação musical muito especificamente, demonstrando uma especialização hemisférica no processamento da música tão cedo quanto nas primeiras horas após o nascimento. Os resultados também indicam que a arquitetura de rede neuronal subjacente ao processamento de música em recém-nascidos é sensível a mudanças na chave tonal, bem como às diferenças em consonância e dissonância. Fato este que se torna de fundamental importância para a aprendizagem da língua durante as fases posteriores do desenvolvimento (PERANI et al, 2010).

De fato, estudos com potenciais evocados mostram as várias competências musicais para reconhecer o contorno melódico, diferenciam consonâncias e dissonâncias e mudanças rítmicas. Sabe-se, pois, que os neonatos além de responder efetivamente aos sons que lhe são familiares e agradáveis, como os intrauterinos, também adquirem uma melhor percepção dos ruídos do ambiente através de uma possível habilidade inata de diferenciar música de ruído, por exemplo (JABER, 2013).

Bebês tão jovens quanto dois dias de vida são capazes de perceber as diferenças no contorno melódico (WINKLEY, 2009). “Eles reconhecem música como música, como uma estrutura audível, de alguma forma qualitativamente distinta do barulho desorganizado que os rodeia” (KRUEGER, 2010). Percebe-se que através do sentido da audição o bebê é estimulado das mais diferentes formas e que os estímulos recebidos por este sentido podem provocar diversos efeitos e reações (JABER 2013).

Sabe-se, entretanto, que os casos dos bebês que necessitam de internação adentram em um ambiente de Cuidados Neonatais bem diferente do intrauterino. A exposição a ruídos estressantes contínuos, como por exemplo os decorrentes do processo de internação em unidades neonatais, é condicionada a cenários que são compostos de muitas luzes, aparelhos, fios, interrupções repetitivas dos ciclos de sono, manipulações dolorosas e estimulação sonora incessantemente presente através de diversos alarmes e ruídos (ARAÚJO E RODRIGUES, 2010).

Nestes casos, além de precisar aprender a viver fora do conforto e do calor do útero materno, o RN também deve habituar seus ouvidos a estas experiências

sonoras. Consequentemente, este ambiente pode interferir no desenvolvimento, uma vez que a estimulação auditiva excessiva cria respostas fisiológicas, como apneias e flutuações da frequência cardíaca, pressão arterial e da saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>), além de tornar os pacientes mais vulneráveis à perda auditiva, ao desenvolvimento sensorial anormal e a problemas de fala e linguagem (BARBOSA, FORMIGAS e LINHARES, 2007; BROWN, 2009).

No entanto, suprimir esses ruídos não seria a única abordagem na tentativa de fornecer um ambiente sonoro adequado. Sugere-se acrescentar sons, modificando perspectivas sonoras, acrescentando novas sonoridades, criando uma “paisagem sonora” de um espaço (FLUSSER, 2013). Neste entendimento, MUSZKAT e et.al. (2000) afirmam que a disposição dessas vibrações sonoras é resultado de suas estruturas temporais, tais quais ocorre com a voz cantada.

Entende-se voz cantada como uma das formas de se comunicar oralmente. A voz seja ela falada ou cantada, é o resultado da articulação dos órgãos que compõem o aparelho fonador humano. No entanto, existem várias diferenças entre ambas, tais quais a frequência fundamental e as características específicas relacionadas a modificações fisiológicas, acústicas e musicais (ALMEIDA, 2012; CUERVO, 2011).

A onda sonora do canto percebida pelo sentido da audição advém com características musicais, timbre (amplitude), altura (frequência) e intensidade próprias; e tal processamento musical não ocorre apenas em uma região cerebral isolada, mas envolve diversas áreas cerebrais responsáveis por dar significado à percepção. Compreende-se, assim, que seu processo de uso enquanto terapia é constituído por distintos componentes que se inter-relacionam (WEIGSDING e BARBOSA, 2014; OLIVEIRA e GOMES, 2014; MUSZKAT, 2012).

A música/canto é uma arte que se utiliza da linguagem de símbolos naturais ou convenções para a comunicação e expressão (CUERVO, 2011). Ratifica-se, pois, seu potencial terapêutico como instrumento capaz de promover mudanças físicas e psicológicas, tratando-a como uma linguagem apropriada para a humanização (FLUSSER, 2013).

## 2.2 “A primeira vez”

*“A impressão que eu sentia  
era que te conhecia  
há muito tempo atrás”  
(Roberto Carlos)*

O uso da música como terapia é uma ciência recente, que começou a ser sistematizada a partir de meados do século XX. Com efeito, sua prática curativa e/ou cuidadora intercruza-se ao longo da história da humanidade, sendo, pois, parte da cultura desde tempos remotos (OLIVEIRA e GOMES, 2014).

As referências entre música e medicina são comuns na literatura médica egípcia, grega e latina, porém o interesse tem sido quase sempre histórico ou literário. Ambas tinham uma relação estreita com a vida religiosa e sociocultural do povo egípcio. Na Antiguidade, a concepção de doença e cura estava ligada à magia e à religião. Os povos primitivos acreditavam que as doenças eram provocadas por espíritos ou deuses e criavam procedimentos especiais para atrair suas bênçãos e afastar sua ira (JORDÁ, 2008).

Os feiticeiros eram considerados médicos/bruxos e utilizavam rituais mágicos, onde incluíam sons e músicas, que eram utilizadas para expulsar os espíritos malignos que tornavam a pessoa doente. A expressão corporal e a dança eram também frequentemente utilizadas para enfatizar estes rituais mágicos (CARDOSO, 2010).

Costa (1989) relata que entre esses procedimentos se incluíam as danças e músicas cerimoniais. Segundo a autora, como a doença não era atribuída a um transtorno do organismo, e sim ao espírito maligno, a música era usada somente como meio de comunicação e domínio desse espírito.

Somente na Grécia antiga é que surge uma medicina racional relacionada com a evolução do pensamento. Sekeff (2002) relata que Pitágoras e seus seguidores concebiam a música como uma redução (em frequências) da “música das esferas”, caracterizada pelo chamado som cósmico que possibilitava ao indivíduo sintonia com o ritmo da vida e com a harmonia do macrocosmo, que é o conjunto de todos os corpos que constituem o universo. Segundo Ruud (1990), para Pitágoras, a música restaurava a harmonia por refletir os números deste conjunto. Essa concepção influenciou Hipócrates, criador das bases da medicina ocidental.

Para Costa (1989), Hipócrates e seus diversos seguidores acreditavam ser a doença uma manifestação psicossomática, resultado de uma desarmonia da natureza humana. A música podia restabelecer o equilíbrio perdido por ser ordem e harmonia dos sons, desempenhando “tanto a função de provocar a depuração catártica das emoções, quanto de enriquecer a mente e dominar as emoções através de melodias que levam ao êxtase”.

Na Idade Média, a doença estava ligada à religião, dessa forma, servia como punição por possíveis pecados cometidos pelos enfermos, assim, a igreja se apropriava das justificativas relacionadas ao processo de saúde-doença, causando a estagnação nas pesquisas terapêutica-científicas. Nesse período a utilização da música de forma terapêutica diminui, sendo enfatizado o seu emprego religioso; na área da saúde, passou a ser criteriosa e utilizada com recomendação médica em casos de doenças mentais, no controle de febres, dores e como medicina preventiva (RUDD, 1990).

Sekeff (2002) acrescenta que no período do Renascimento há uma valorização do humanismo e a cultura grega clássica ressurgiu influenciando as artes e ciências. A música reaparece como um recurso de saúde e comunicação, assim como, a meloterapia (tratamento de certas doenças com música durante os séculos XII e XIII) que fora integrada à medicina de tendência metafísica da época, que unia filosofia, magia e astrologia. A partir do século XVI os conceitos médicos começam a ser separados da magia e há os que atribuem a loucura às causas naturais e não à bruxaria.

Durante os séculos seguintes a música passou a ser relacionada a tratamentos psiquiátricos, produzindo grandes revoluções sobre a doença mental e tratamento. De acordo com Bergold (2005), as alusões à música como tratamento no ocidente se intensificam em meados do século XIII, quando os pacientes que sofriam de algum tipo de histeria eram submetidos a sessões de dança, onde o ritmo da flauta, do aboé e do tambor aceleravam a música, causando um cansaço prematuro nos mesmos, os acalmando. O início do século XIX vem marcado pelas ideias de Pinel, que sugere a utilização da música a fim de ampliar a parte sadia de cada ser. Usa-se a música nos sanatórios, com finalidade de estabelecer disciplina, controle moral (VARGAS, 2012).

No entanto, segundo Ruud (1990), neste período a música perdeu muito de sua influência como “poder terapêutico” devido ao enfraquecimento geral do conceito

de estética em medicina aliado ao crescimento da filosofia positivista na ciência. O despreparo para lidar com as emoções despertadas pela música era grande, o que gerou discussões a respeito da eficácia da música nos tratamentos.

O interesse da música como instrumento terapêutico renasce a partir da 1ª Guerra Mundial nos Estados Unidos. As guerras tiveram uma grande influência, tanto por trazerem o problema doença mental para o conhecimento geral, como para a criação de estratégias para a resolução deste problema. Os hospitais de veteranos contratavam músicos profissionais como “ajuda musical”. (HATEM, 2005; OLIVEIRA e GOMES, 2014).

Devido a isto, a guerra civil ajudou na criação de um espaço na neurologia que avançou no conhecimento sobre os transtornos no cérebro. A I Guerra Mundial levou a uma aceitação da psiquiatria como uma parte integrante do tratamento médico. A II Guerra Mundial levou a um desenvolvimento em larga escala de técnicas de triagem, terapia de grupo e aumento do uso da música em hospitais (HATEM, 2005).

Neste mesmo período, sua utilização dentro da enfermagem surgiu em meados de 1859, quando deu-se o princípio da organização da enfermagem como profissão, com Florence Nightingale, utilizando-a junto aos cuidados promovidos aos veteranos da I e da II Guerra Mundial, onde referia resultados benéficos a partir da sua utilização contínua, em forma de voz, do som dos instrumentos de sopro e cordas (BERGOLD; ALVIM, 2009; ARAÚJO, 2010; SILVA, et.al, 2013).

Nesse período o papel da Enfermagem foi preponderante para a projeção da utilização da música como terapia nos Estados Unidos da América (EUA). Isa Maud Ilsen, musicista e Enfermeira, foi a responsável pela criação da Associação Nacional de Música nos Hospitais, além de pioneira no ensino de Musicoterapia na Universidade de Colúmbia. Ilsen considerava a música como um caminho para aliviar a dor em pacientes cirúrgicos e naqueles com doenças físicas. Seus passos foram seguidos por outra Enfermeira, Harriet Ayer Seymour, que utilizava a música com efeitos benéficos nos soldados feridos, e dedicou-se ao estudo e à prática da terapêutica musical (NUNES, 2009).

A partir da segunda metade do século XX, solidifica o estabelecimento da música como disciplina científica e paramédica, propondo a pesquisa do complexo som/ser humano em busca dos diagnósticos e dos efeitos terapêuticos do mesmo. Diferentes tendências e modelos teóricos e clínicos passaram a ser utilizados na

investigação em música como terapia ao mesmo tempo em que desponta o interesse de outros profissionais da saúde no uso terapêutico da música. No Brasil, seu uso iniciou-se a partir da criação de Associações de Musicoterapia no ano de 1968 e do Curso de Graduação em Musicoterapia na década de 70, na cidade do Rio de Janeiro (SEKEFF, 2002; THAUT, 2005).

Na área da enfermagem, a *North American Nursing Diagnostic Association – NANDA* (2005), por sua vez, oferece a terapia musical como intervenção para o diagnóstico de angústia espiritual, distúrbio de sono, desesperança, ansiedade, distúrbio de autoconceito, distúrbios do campo energético, pesar, déficit de lazer, risco para solidão, isolamento social e dor. Mais recentemente, a música passou a constar na Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification – NIC*, 2016), sendo definida como: “uso da música para ajudar a alcançar mudança específica de comportamento, sentimento ou fisiologia”.

Diante disso, a constatação cada vez mais frequente do poder de mobilização emocional da música leva a refletir sobre sua utilização para promover bem-estar e integração em diferentes âmbitos (BERGOLD, 2005). Tal fato corrobora com a necessidade de mudança de paradigma do processo de cuidado, a qual está consolidada no sentido de estimular práticas comprovadamente benéficas e de identificar cuidados que precisam ser desencorajados, a despeito de estarem cristalizadas no cotidiano assistencial (FERNANDES, 2012).

Nos últimos anos, a humanização na assistência à saúde vem adquirindo crescente valorização e reafirmando os seus efeitos positivos sobre a recuperação de pacientes (SOUZA, CONTIM, D’INNOCENZO, 2014); os quais, em conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem como objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde (BRASIL, 2010), estimulam o debate em torno da articulação da qualidade técnica do cuidado com tecnologias de acolhimento.

Defende-se, neste contexto, o emprego da tecnologia leve e daquilo que o desenvolvimento científico e tecnológico pode trazer consigo, desde que sejam empregados de maneira que se beneficie do equilíbrio entre a segurança e a prudência na escolha do melhor cuidado a ser produzido (DUARTE, BUENO e VIEIRA, 2013).

Partindo de tais considerações, e levando em consideração o vínculo terapêutico do uso da música com enfoque nas relações de cuidado, surgiu-se, pois,

o questionamento sobre onde e como são publicados estudos que se referem à relação da música com a saúde.

Para tal, realizou-se um estudo descritivo, do tipo bibliométrico, que consiste num método de análise objetiva e quantitativa da produção científica sobre determinado assunto, objetivando quantificar e descrever as características dos estudos que se referem à música e aos cuidados com a saúde em relação ao ano, base de dados, idioma, área de estudo, tipo de estudo, sujeitos da pesquisa e assunto abordado.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2018 e levou-se em consideração a relevância do estudo, bem como a correlação com o tema e seu uso. A estratégia utilizada para a busca baseou-se no quadro de seguimento de pesquisa bibliométrica, tendo inicialmente eleito como fonte as bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), as quais foram escolhidas em detrimento de apresentar grande número de publicações na área da saúde, bem como por ser preparada para pesquisas bibliométricas com informações sobre os periódicos, temas relacionados, entre outros.

Após a escolha da biblioteca, utilizou-se como algoritmo de busca os descritores (música OR musicoterapia) AND (saúde), ambos selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Inicialmente foram encontradas 863 publicações consideradas pertinentes ao tema em estudo, dos quais 324 estavam disponíveis. Destes, excluiu-se os que não possuíam todas as informações em seu resumo e os que se apresentavam repetidos em mais de uma base de dados, sendo estes contados apenas uma única vez. Ao final, a amostra selecionada caracterizou-se por 277 artigos. Para esta pesquisa, não houve recorte temporal em virtude da importância de sua abrangência ao longo do tempo.

Posteriormente, os dados de toda a amostra foi compilada no formato .RIS e importado para o programa Zotero, um software livre gerenciador de referências. A sistematização da bibliografia foi distribuída em planilhas do programa Microsoft Office Excel ® através da construção de um instrumento de registro de dados tendo como pontos as variáveis de estudo, quais sejam: ao ano, base de dados, idioma, área de estudo, tipo de estudo, sujeitos da pesquisa e assunto abordado.

Após a aplicação dos critérios de seleção, foram coletados 277 artigos, que formou sua população. O primeiro trabalho encontrado foi publicado no ano de 2001 e o mais recente no ano de 2017. Os resultados permitiram considerar o aumento do

número de estudos conforme a temporalidade, com variações de picos, cujo maior engajamento se deu a partir de 2008.

Este crescente interesse, pode-se justificar por ter sido nesse período em que houve maiores incentivos ao Programa de Medicina Tradicional criado pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2015), a curva ascendente corrobora com as subseqüentes divulgações de portarias e programas que incentivam o uso das Terapias Integrativas e Complementares em saúde mundialmente, tendo a música como parte delas.

Para Oliveira e Gomes (2014), o uso da música como terapia é uma ciência recente, que começou a ser sistematizada a partir de meados do século XX. Em se tratando do Brasil, seu uso iniciou-se a partir da criação de Associações de Musicoterapia no ano de 1968 e do Curso de Graduação em Musicoterapia na década de 70, na cidade do Rio de Janeiro. Entretanto, embora vinculada ao cuidado em saúde ao longo de todos esses anos, a música somente foi institucionalizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 e, somente em 2017, através da portaria nº 849, é que a música passou a integrar o quadro de práticas integrativas (BRASIL, 2017).

Enquanto que nos EUA, país que inclui constante incentivos à pesquisa, seu reconhecimento já advém desde a década de 50 com a criação da Associação Nacional de Musicoterapia solidificando, pois, o estabelecimento da musicoterapia como disciplina científica (OLIVEIRA e GOMES, 2014).

Este fato pode, inclusive, justificar porque a base de dados americana MEDLINE foi encontrada neste estudo como sendo a maior recrutadora de pesquisas na área, sendo de grande interesse para os mais diversos pesquisadores do mundo; enquanto que as bases de dados brasileiras pouco apresentaram, as quais são representadas aqui pela BDENF e pela INDEXPSI.

Além disso, demonstra-se o interesse dos autores em manter a acessibilidade do artigo de forma universal na Internet através do uso de um idioma compatível com as bases internacionais, uma vez que o inglês foi o mais utilizado. E mesmo nos artigos que foram publicados em outras línguas, como por exemplo o português e o espanhol, a divulgação de um resumo em inglês caracterizou a sensibilidade em favorecer a dispersão e a aplicabilidade do conhecimento gerado.



Tal conhecimento dissemina-se nas mais diversas formas, tendo destaques metodologias que apreciam números e tornam os fenômenos quantificáveis, como ocorre através de estudos randomizados, maioria amostral aqui deste estudo, nas meta-análises e/ou nos overview. Em contrapartida, as análises clínicas e/ou relatos de caso, em sua parte consubstanciadas em metodologias qualitativas que trabalham valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, demonstram o interesse em perpassar a face do cuidar para além do biomédico, refletindo na natureza epistemológica dos processos de construção do conhecimento na área (LANDIM, 2006).

Ressalta-se, também, as pesquisas de Revisões Sistemáticas, encontradas aqui em 47 dos artigos da amostra, cuja relevância encontra-se no posicionamento de potencialidades e de vertentes articulações das distintas posturas quanti e/ou qualitativa já estudadas na área; o que, de fato, pode contribuir para estímulos a enfoques ainda pouco explorados pela sociedade acadêmica.

Tal feito apresenta-se nas mais diversas áreas do conhecimento, principalmente na Medicina e na Enfermagem, ambos liderando os estudos com música. Essa habilidade de desenvolver tecnologias aplicadas ao cuidado que abrangem o cliente em sua integralidade, como é o caso do uso da música, tem estimulado cada vez mais o estudo de recursos e práticas desenvolvidas por outras disciplinas que possam contribuir de maneira efetiva com o campo próprio de saber e de prática (BERGOLD e ALVIM, 2009).

Além disto, tal possibilidade terapêutica propicia práticas também a nível de Saúde Coletiva e Multiprofissional, incorporadas de forma integrada no cuidado à saúde, e não apenas inserida em uma única interface. Dentro desta perspectiva, percebe-se profundas transformações nas últimas décadas, uma vez em que o uso da música como ferramenta complementar à promoção da saúde tem sido relatado na literatura (ARNON, 2011; VICENTE, 2011; MATOSO e OLIVEIRA, 2017).

Na prática elementar do uso da música, sobressaem-se os mais diversos aspectos indutores de cuidado em distintas populações alvos e faixas etárias. Sua consolidação no processo de cuidar acolhedor e humanizado amplia seu universo de possibilidades que vai desde ao uso no cuidado aos recém-nascidos, lactentes e crianças pré e/ou escolares até os adolescentes, adultos e idosos.

Relaciona-se aqui, inclusive, a associação de seu uso em grande maioria na fase adulta e idosa com a integração da música proporcionadora à saúde mental por

seu uso nas Práticas Integrativas e Complementares como aspecto de promoção e prevenção da saúde; ou no tratamento de Doenças Neurodegenerativas tais quais o Alzheimer (GALLEGO e GARCÍA, 2017), o Parkinson (SANTOS, 2017) e outras demências (GOMÉZ-ROMERO et.al., 2017).

Destaca-se, inclusive, seu uso na área de Saúde Mental principalmente no cuidado à Depressão e Ansiedade, à qualidade de vida, aos cuidados paliativos, entre outros. Sendo, em fato, a saúde mental precursora de patologias que podem afetar a capacidade física, cognitiva ou subjetiva das pessoas, a música enquanto ação terapêutica voltada para a reabilitação e inclusão, torna-se um componente significativo e potencializador de mudanças individuais e coletivas (BATISTA, 2016), uma vez que, visa abranger a perspectiva individual e coletiva dos aspectos dados à vivência.

Atenta-se, nesse sentido, para a importância de ver e considerar o paciente não só como um ser biológico, mas também, psicossocial e espiritual. A música em suas mais diversas proposições terapêuticas é de fato considerada como recurso de saúde, a qual busca a valorização do humanismo e do cuidado em si. Seu uso ganha e amplia seu espaço gradativamente, como instrumento facilitador do cuidado, perpassando tempo e cultura, e enraizando-se nas diversas áreas de estudo, entre elas, a enfermagem, na qual vem mostrando-se como cuidado humanístico, holístico e complementar à assistência.

Sendo concebida como uma tecnologia voltada para o cuidado expressivo, sua utilização como ferramenta complementar na promoção da saúde foi demonstrada como um impacto positivo em uma variedade de condições clínicas e comportamentais.

A valorização do uso de tecnologias leves e simples do cuidado promove a autonomia profissional, tanto à luz da tecnologia atual, como pelo potencial no âmbito da liderança e do apoio à oferta de condições favoráveis ao seu desenvolvimento.

Para tanto, requer-se uma aproximação com trabalhadores da área da saúde através do trabalho conjunto, a fim de que os resultados possam ser traduzidos para a construção de uma realidade que possibilite melhores formas de manter uma assistência integrada, no intuito de promover o estabelecimento e/ou fortalecimento da saúde holística.

### 2.3 “O gosto de tudo”

*“Nesse campo farto e fértil  
Eu desfruto do melhor  
Tudo é puro na beleza  
Desse amor”  
(Roberto Carlos)*

A essencialidade do cuidado advém-se da evolução de saberes alicerçados no caminhar do conhecimento enquanto processo progressivo de estruturação e definição de um campo próprio. Seus adventos moveram olhares de estudiosas e pesquisadoras voltadas ao fornecimento de instrumentos, como as teorias, que embasem a certeza de que o homem é mais que o físico material e seu cuidado não pode mais reduzir-se a atos mecânicos (MATHIAS, 2007).

A Teoria do Cuidado Transpessoal - Teoria do Cuidado Humano - foi proposta inicialmente em 1979, pela enfermeira americana Margaret Jean Watson, nascida em 1940, no sul de West Virginia. A teórica recebeu o diploma de Enfermagem pela Lewis-Gale School of Nursing, Roanoke; tornou-se bacharel em Enfermagem pela Universidade do Colorado em 1964; assim como o mestrado em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica em 1966 e o doutoramento em psicologia educacional e aconselhamento no ano de 1973.

Atualmente é Distinta Professora Emérita e Dean Emérita aposentada desde 2012 pela Universidade do Colorado em Denver, fundadora e diretora do *Watson Caring Science Institute*, destinatária de 15 doutorados honorários - 12 internacionais, homenageada como Lenda Viva em 2013 pela Academia Americana de Enfermagem e membro da Academia Americana de Enfermagem, além de autoria e co-autoria em mais de 14 obras (WATSON, 2017a).

Sua teoria emergiu do resultado de seus estudos que deram origem ao livro *“The Philosophy and Science of Caring”* publicado em 1979, o qual re-significou o cuidado de enfermagem. O principal enfoque da enfermagem estaria nos fatores de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base de conhecimentos científicos. Assim, ela criou caminhos para enfermeiros cuidarem de si e de seus pacientes de maneiras mais significativas, sendo utilizada na tentativa de modificar práticas e modelos de cuidado ao redor do mundo (TALENTO, 2000).

Para a autora, o avanço profissional da enfermagem projetado a uma visão unitária de mundo em evolução reafirma-se na importância de criticar e explorar

algumas de suas dinâmicas, como uma disciplina de saúde distinta nos processos de curar-cuidar (WATSON, 2017b).

Watson não considera sua teoria como verificável, quantificável e testável, afirmando que ela é tanto ciência como arte, e busca na interligação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, centralizada na importância do cuidado e que evolui por meio da interação entre o ser que cuida e o ser-cuidado. Visa-se o cuidado terapêutico e leva o profissional a considerar o ser humano na sua transcendência, no fenômeno da experiência humana (WATSON, 2008; FAVERO et al.; 2009).

Neste sentido, Watson tem aperfeiçoado sua teoria constantemente e, desde 1979, ano de sua primeira publicação, foram aprimorados e evoluídos alguns aspectos enfatizados nas percepções subjetivas e na valorização de dimensões de cuidado (FAVERO, PAGLIUCA e LACERDA, 2013; WATSON, 1985; 2008; 2012; 2017b).

A primeira modificação ocorreu em 1985 através da redefinição de conceitos utilizados como base para seu trabalho e da introdução do paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado. Tal paradigma aborda o ideal moral, o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a coparticipação do *self* como um todo (FAVERO, et.al., 2009).

Seus pressupostos fenomenológicos permeiam o processo de enfermagem e permitem o enfoque no conceito da pessoa como um ser integral. É uma abertura à atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte (WATSON, 1985), quais sejam:

1. O cuidado pode ser efetivado, demonstrado e praticado apenas interpessoalmente;
2. Consiste de fatores de cuidado que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas;
3. Promove a saúde e o crescimento individual e familiar;
4. As respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é agora, mas como ela poderá ser;
5. O ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si, em determinado momento;

6. Centralizado no cuidado e não na cura, de modo que sua prática integra o conhecimento biofísico ao comportamento humano para gerar ou promover a saúde e proporcionar atendimento aos que estão doentes;

7. O cuidado é a essência da prática de enfermagem e é fundamental à Enfermagem.

O cuidado de enfermagem transpessoal é entendido como um deslocar-se do enfermeiro e do cliente (o self de cada um deles - suas almas, mentes e corpos), através de maior harmonia, evolução espiritual e plenitude para encontrar significado na existência e na doença, ocorrendo uma reorganização em ambos. Esses pressupostos retratam o cuidado humano em todas as dimensões possíveis de serem trabalhadas por meio de relações interpessoais e subsidiam os dez fatores básicos de cuidado (*Carative Factors*), organizados por Watson no seu trabalho original, em 1985.

Tais pressupostos e fatores reafirmam o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, denotando reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa. No sistema de valores humanístico de Watson, existe uma alta consideração pela autonomia e liberdade de escolha, que leva à ênfase ao autoconhecimento e ao autocontrole da pessoa (TALENTO, 2000).

Em 2005, a teoria passou por novo processo de reformulação e crescimento, no quais os conceitos centrais foram reforçados, novos conceitos surgiram e pontos foram modificados. Neste novo processo, ocorre a evocação ostensiva da junção do amor e cuidado em um paradigma expandido, em um cuidado que envolve o trinômio corpo-mente-espírito (FAVERO, 2013). É neste contexto de desenvolvimento que os *Carative Factors* são substituídos pelos elementos do *Clinical Caritas Process* (WATSON, 2016), conforme o Quadro 1.

**Quadro 1 - Comparativo entre o Carative Factors de 1979 e o atual Clinical Caritas Process**

<b><i>Carative Factors 1979</i></b>	<b><i>Clinical Caritas Porcess 2002-2007</i></b>
1. Formação de sistema de valores humanista-altruísta;	1. Praticar o amor, a bondade e a equanimidade no contexto da consciência de cuidado;
2. A instilação da fé-esperança;	2. Ser autenticamente presente; fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado;

3. O cultivo da sensibilidade do próprio self e das demais pessoas;	3. Cultivar práticas espirituais próprias do indivíduo, aprofundando a autoconsciência, ultrapassando o próprio ego;
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança;	4. Desenvolver e manter a autêntica relação de ajuda-confiança no cuidado;
5. A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;	5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada;
6. O uso sistemático de um processo criativo de solução de problemas;	6. Uso criativo do ser e de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado, engajando-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição;
7. A promoção do ensino-aprendizagem transpessoal;	7. Engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando permanecer na estrutura referencial do outro;
8. A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física e espiritual;	8. Criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis (físico e não físico), sutil de consciência e energia, no qual a totalidade, beleza, conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
9. Assistência com gratificação das necessidades humanas; e	9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado;
10. A permissão de forças existenciais fenomenológicas-espirituais.	10. Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Fonte: WATSON, 1979, 2007.

*Caritas* é uma palavra de origem no latim que significa tratar com carinho, cuidar, estimar. Neste aspecto, o processo *clinical caritas* procura dar maior abertura na transcendência do cuidado de enfermagem para além do diagnóstico médico, da doença ou do cenário em que este se encontra, indicando preposição do Amor. Ele aborda o outro com delicadeza, sensibilidade, dá-lhe atenção especial e exercita uma atenção cuidadosa, sendo considerado algo “muito fino”, precioso (WATSON, 2007; FAVERO et al., 2009).

Para a mesma, o cuidado transcende tempo, espaço e matéria, irradia-se em um campo de cuidar para além das duas pessoas envolvidas para que ambos formem um único elemento em sintonia, referindo-se assim, à intersubjetividade da relação enfermeiro-cliente além do momento pontual da interação, de maneira a favorecer a restauração (*healing*) (WATSON, 2002; 2007; 2010).

Dos dez fatores, os três primeiros é que formam os fundamentos filosóficos da ciência do cuidado. A teoria percebe o cuidado transpessoal como aquele que

acontece no momento de cuidado, ocasião em que os elementos do processo *clinical caritas* são utilizados para operacionalizar, auxiliar o enfermeiro a conduzir a efetivação da transpessoalidade. Este processo de intersubjetividade é infinito e continua a expandir-se à medida que o conhecimento e a aproximação aumentam (FAVERO et al., 2009).

Além disto, a fim de cumprir o *Clinical Caritas*, é necessário que o profissional de enfermagem se coloque enquanto paciente atento sempre à integralidade que compõe um ser humano. Muda-se o foco da cura da doença ou da realização de procedimentos em si para um cuidado que proporciona restauração, conseguindo atender às necessidades prementes ao priorizar sua assistência, sem desviar-se para o cuidado unicamente voltado à dimensão física (SAVIETO e LEÃO, 2016).

Watson afirma que a empatia se configura como um dos instrumentos adequados da relação profissional e paciente (Figura 1). O reconhecimento do outro em sua experiência única de ser paciente desenvolve uma relação empática e traz consigo a verdadeira intenção de cuidar, seja expressa pelo entendimento e aceitação de linguagem verbal ou não verbal (FAVERO, PAGLIUCA e LACERDA, 2013).

**Figura 1 - Representação da Relação Assistencial entre Profissional e Paciente**

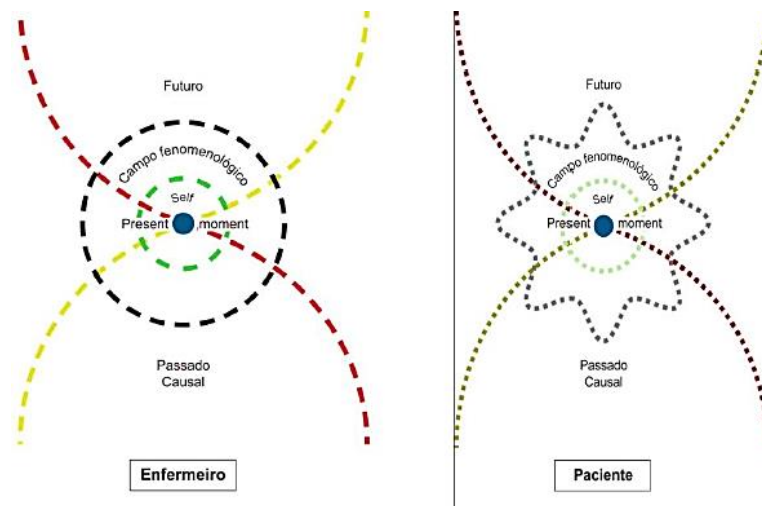


Ilustração: Gilberto Luiz de Biagi – Designer – COREN/SP

Fonte: WATSON, 2008 *apud* PENHA, 2012.

Essa possibilidade humana torna possível à enfermeira focalizar na unicidade de si mesma e do outro estando completamente presente (corpo-mente-espírito) (Figura 2); o que permite que se abram inúmeras possibilidades através de artes da cura de uma forma mais expandida que integra ciência, arte, beleza e espiritualidade. Manifestos estes que têm potencial ilimitado para áreas como artes visuais, música, som, aroma, dança, movimento, teatro, etc; ou, ainda, ao uso de uma variedade de modalidades através do toque terapêutico, a massagem, a meditação, o relaxamento, entre outros (MATHIAS, ZAGONEL e LACERDA, 2006; WATSON, 2008).

**Figura 2 - Modelo Processual de Watson que representa o Cuidado Transpessoal**

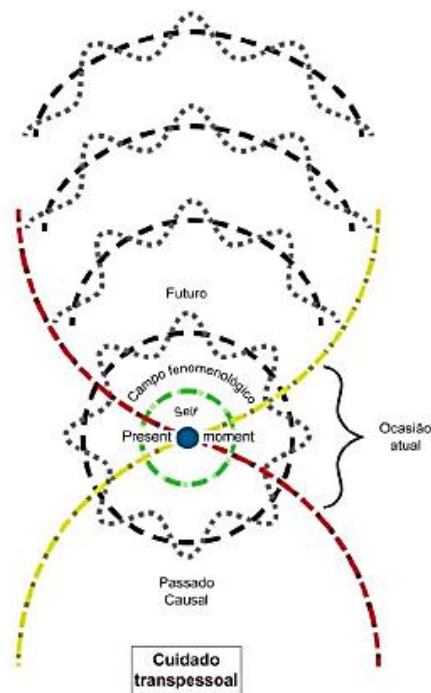


Ilustração: Gilberto Luiz de Biagi – Designer – COREN/SP

Fonte: WATSON, 2008 *apud* PENHA, 2012.

O uso desta teoria é encontrado na literatura sob inúmeros contextos e situações. Favero et al. (2009) realizou um levantamento bibliográfico, de 1999 a 2009, acerca da produção científica da enfermagem que tinha a teoria como base. Eles encontraram 34 publicações que a abordavam desde o ambiente domiciliar, até às clínicas pediátricas e de reabilitação, unidades de terapia intensiva, aos setores de oncologia, universidades e centro cirúrgicos/obstétricos.



Em relação ao uso, relatou-se desde o cuidado com os pacientes e/ou os familiares, como também com a equipe de enfermagem e os enfermeiros. Tal revisão, permitiu aos autores concluir que o uso da teoria traz possibilidades de novos patamares de cuidado, utilizada como referencial humano ou ainda como modelo para novos modelos de estudos (FAVERO et al., 2009).

Neste contexto, destaca-se o estudo de Nascimento e Erdman (2006), o qual teve como objetivo cuidar de clientes e suas famílias internados na UTI de um Hospital. O estudo, de natureza qualitativo-exploratória, demonstra que o uso dos Fatores de Cuidado na UTI constituiu-se num aspecto de inovação e desafio para a prática profissional. Este, pode tornar-se mais consciente à necessidade de estar aberta às expressões de cada cliente, proporcionado pelo olhar ao outro para além dos olhos físicos, mas também com os “olhos do coração” através do resgate da sensibilidade, fé, esperança, ajuda e confiança.

Vale também ressaltar o estudo de Gomes et al. (2013) que, à luz dos 10 elementos do Processo Clinical Caritas, realizou um ensaio reflexivo sobre o potencial de utilização da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson na realização do cuidado domiciliar de enfermagem direcionado à criança. Os autores afirmam que, na prática, a transpessoalidade é possível a partir do momento em que o profissional aprende a despir-se de seus julgamentos e preconceitos, e aceita a espiritualidade como parte do cuidado, mesmo diante das dificuldades de sua implementação, especialmente dentro da dimensão da atenção primária à saúde.

Em se tratando da área de saúde da criança e o uso da teoria, encontrou-se o estudo de Favero, Mazza e Lacerda (2012) que objetivou descrever a vivência de enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal de sete famílias de neonatos egressos de unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual permitiu os autores adentrarem-se aos cuidados, suas demandas e necessidades, principalmente no que se refere à importância da enfermagem no processo de hospitalização, alta e cuidados domiciliares. As ações objetivas inerentes à relação profissional-paciente foram, mais uma vez, sugeridas a serem realizadas conjuntamente ao cuidado humano, expressivo.

Sobre a teoria e suas modalidades terapêuticas, encontra-se o estudo realizado por Bergold e Alvim (2009), que embasados também por Watson, percebeu-se à importância do uso da música/canto no cuidado à pacientes hospitalizados. Com abordagem qualitativa e abordagem metodológica através de dinâmicas musicais, foi

feita a análise do discurso de 14 participantes, dentre os quais indicou-se que as visitas musicais promoveram sensação de integralidade tanto para o paciente em si, como também ao ambiente, devido a sua natureza holística, bem como ao conforto, bem-estar, expressão de emoções e autonomia. Além disso, foi possível criar relações e vínculos dos clientes entre si e com a equipe de saúde, especialmente, de enfermagem, o que corrobora com a essência da teoria aqui descrita.

Diante destes contextos relacionados e voltando-se para a presente pesquisa, reforça-se a escolha da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson como referencial teórico desse estudo acreditando que o cuidado de enfermagem culturalmente congruente irá influenciar nos aspectos tangenciais aos recém-nascidos sujeitos desta pesquisa. Entende-se, aqui, que o cuidado condiz com a transpessoalidade, sendo efetivado mediante a utilização dos elementos do Processo Clínico Caritas na prática e que o canto seria um instrumento autoexpressivo do profissional de saúde e facilitador no vínculo terapêutico, constatado pelas respostas audiovisuais e da linguagem corporal do recém-nascido.

Adentra-se, principalmente, no que condiz o item 1 e 8 do processo, pela prática do amor-gentileza e a equanimidade dentro do contexto da consciência de cuidado do primeiro, e pela criação de um ambiente de reconstituição (*healing*) em constante conexão com o cosmos e as leis da natureza do outro. Ambos abordam a necessidade dos enfermeiros irem além do convencional saber e fazer, preocupando-se em como ser enquanto cuida. Ao considerar o campo ambiental neste mais profundo nível, a enfermeira trabalhando dentro de uma consciência de cuidado holística consideraria a introdução de modalidades de cura de cuidados (WATSON, 2008).

Desta forma, no caso desta pesquisa, o canto seria instrumento que perpassaria por uma estratégia proporcionadora de um ambiente de conforto e segurança, além de levar a um autoconhecimento do próprio profissional de enfermagem. Segundo Mathias (2007), esse ambiente musical e as energias que dele emanam são importantes coadjuvantes na reconstituição e trazem sensação de leveza.

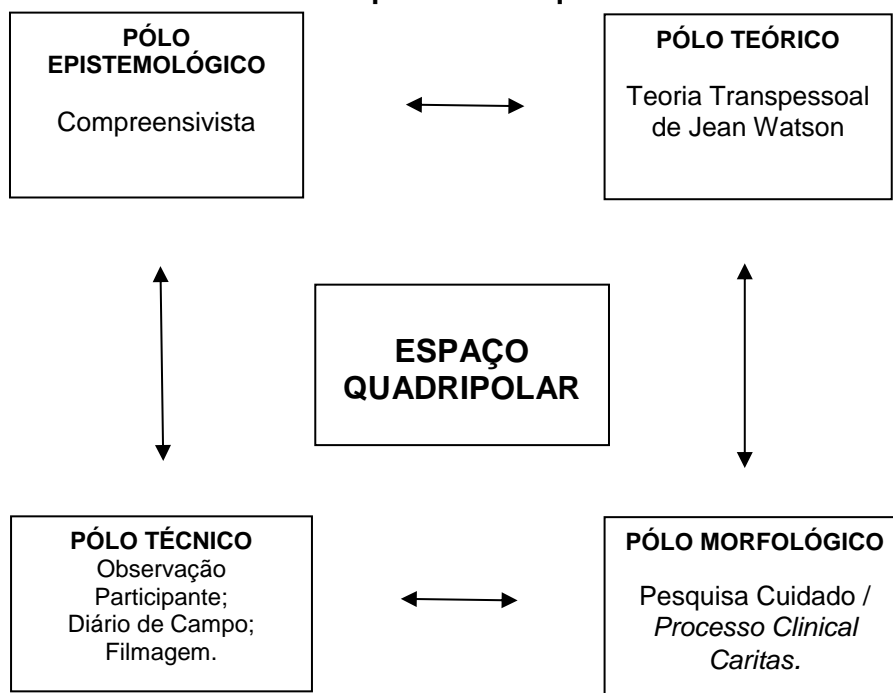
### 3 “AS CURVAS DA ESTRADA DE SANTOS”

*“Se você pretende saber quem eu sou  
Eu posso lhe dizer  
Entre no meu carro na Estrada de Santos  
E você vai me conhecer”  
(Roberto Carlos)*

#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa-cuidado, que consiste num método de abordagem qualitativa, apoiada na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Para melhor compreensão e coerência das características metodológicas desta pesquisa, utilizou-se sua representação na forma de fluxograma do Espaço Quadripolar da Pesquisa, conforme verifica-se no fluxograma 01 abaixo.

**Fluxograma 1 - Representação Metodológica do Estudo conforme o Espaço Quadripolar da Pesquisa**



Fonte: a autora, 2018.

A metodologia qualitativa se aplica ao estudo das relações, crenças, opiniões e percepções traduzidas através das interpretações expressas que as pessoas constroem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Possibilita, ainda, desvendar processos sociais concernentes a grupos particulares, fornecendo o desenvolvimento de novas abordagens, criação e revisão de conceitos (MINAYO, 2014; 2010)

Dentro desta metodologia, a pesquisa-cuidado associa a pesquisa às ações de cuidar ou assistir. É uma abordagem de pesquisa coerente com a natureza da enfermagem, integrando a pesquisa e cuidado como elementos complementares à atuação do enfermeiro, servindo aos propósitos da mesma; e permitindo o enfermeiro aliar o conhecimento técnico ao conhecimento humanístico e científico (NEVES e ZAGONEL, 2006).

O método pesquisa-cuidado é um instrumento para ajudar o ser-pesquisador e o ser-pesquisado no qual se busca a conexão entre método e cuidado, não oferecendo ao método o foco central da interação, mas ao sujeito pesquisado em sua total essência. A pesquisa-cuidado alia ao mesmo tempo a teorização, o embasamento teórico e a prática do cuidado. Para tal, far-se-á necessário o seguimento de suas fases, quais sejam: Aproximação com o objeto da pesquisa; Encontro com o ser pesquisado-cuidado; Estabelecimento das questões de pesquisa, teoria e prática; Afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado; Análise do apreendido (NEVES e ZAGONEL, 2006).

A análise é apoiada no uso da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a qual aborda o cuidado a partir de fundamentos filosóficos, tornando-o uma ciência humana desenvolvida. A teoria propõe intervenção consciente nos cuidados, potencializando a cura e a integridade; podendo, pois, ser utilizada no planejamento para cuidados integrais, associados ao desenvolvimento do processo de enfermagem para a execução de intervenções para o paciente que demandam a utilização de métodos complementares do cuidado (WATSON, 2007), como é o caso da música cantada proposta nesta pesquisa.

### **3.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM). A MESM é uma unidade complementar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) especializada em Assistência de Média e Alta Complexidade, sendo Referência Estadual no Atendimento à Gestante de Alto Risco, através de portaria ministerial MS / SAS nº 89 de 19 de março de 1999. Sua missão é prestar

assistência qualificada às gestantes e recém-nascidos de alto risco, através de equipe multidisciplinar especializada, ética e humanizada.

Formada por três importantes áreas interligadas: ensino, pesquisa e assistência, a MESM compõe a Rede Estadual de Urgência e Emergência no Atendimento Hospitalar Especializado às Urgências Obstétricas. Seus pacientes são totalmente do Sistema Único de Saúde (SUS) constituída de gestantes, recém-nascidos de alto risco e mulheres provenientes de todo Estado de Alagoas através de demanda referenciada pelo Complexo Regulador Assistencial (CORA).

Em se tratando especificamente do cenário, este constitui-se de 26 leitos de Cuidados Intermediários Neonatal e 26 leitos de Cuidados Intensivos Neonatal, com uma equipe multiprofissional atuante. No entanto, até o mês correspondente à coleta deste estudo, seu funcionamento consistia com cerca de metade dos leitos em cada unidade, variando entre aproximadamente 13 a 16 leitos por unidade.

A escolha do local deu-se em virtude de alguns fatores, tais como: a constituição de hospital escola; a ampla infraestrutura da unidade; e, principalmente, por ser uma das referências para o atendimento neonatal. Além disso, foi esta maternidade que subsidiou a residência em neonatologia da pesquisadora, e que hoje é seu vínculo empregatício; fato que contribui para a abertura do campo e facilitou a construção de vínculo entre binômio-pesquisadora-profissionais.

### **3.3 Participantes da pesquisa**

A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu durante o mês de março de 2018 a partir da vivência da pesquisadora na unidade e foi promovida através de encontros que ocorreram duas vezes na semana. Os participantes foram escolhidos através do preenchimento do Quadro de Seleção (Apêndice A), o qual contém os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

Levando-se em consideração as características próprias que consideram elegíveis os bebês como recém-nascido, correspondendo àqueles com até 28 dias de vida (BRASIL, 2014), somente foram incluídos os RN:

- Internos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal;
- Clinicamente estáveis (sem intercorrências clínicas nas últimas 24 horas);

- Com a audição normal confirmada pela medição de distorção das emissões otoacústicas (teste da orelhinha) realizado pelo profissional fonoaudiólogo especialista em Audiologia e referência na área, Paulo Augusto Vitorino, colaborador desta pesquisa.

- Com nota 0 (grau de tranquilidade e calma) ou 7 (grau de agitação total) na escala de avaliação de dor - *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) (ANEXO A).

NIPS é uma escala de avaliação da dor, já validada no Brasil, que pode ser utilizada em todos os recém-nascidos, independentemente da idade gestacional (GUINSBURG e CUENCA, 2010). Embora sua finalidade usual seja distinta da proposta deste estudo, uma vez que se constitui de parâmetros multidimensional para avaliação da dor através da expressão facial, choro, respiração, movimentação corporal e estado de alerta, a mesma foi aqui utilizada exclusivamente com o intuito de instrumentalizar e definir a participação dos neonatos através de sua classificação em grau de comportamento com nota 0 (zero) ou 7 (sete). Esta classificação fundamentou a análise dos dados posteriormente enquanto avaliação das reações do neonato frente à voz cantada do profissional de saúde.

Foram excluídos os bebês portadores de anomalias congênitas que afetam principalmente a audição, tais como as anomalias craniofaciais; ou portadores de anomalias associadas a doenças neurológicas, tais como: hemorragia intraventricular grau III e IV, e leucomalácia periventricular.

Vale salientar que o total de RN considerados como participantes não foi estipulado inicialmente, mas sim determinado no decorrer do período da coleta de dados. Ou seja, o número seria correspondente à totalidade de neonatos que atingisse aos critérios durante todo o mês de março, e cuja autorização fosse expressa por escrito pela pessoa responsável.

Inicialmente foram encontrados 15 neonatos. No entanto, foi excluído: 01 por ter apresentado intercorrência minutos antes da intervenção musical, 03 por terem dado teste da orelhinha inconclusivo em pelo menos um dos ouvidos, 03 pela mãe ter se ausentado da maternidade antes de assinar o TCLE mesmo tendo confirmado a participação, 02 por terem tido alta para o alojamento conjunto antes do início da intervenção e 01 pela mãe ter se recusado a participar.

Ao final, a quantidade de participantes foi composta por 05 neonatos.

### 3.4 Coleta de dados

Seguindo as etapas do percurso metodológico para a coleta, foram utilizados os seguintes instrumentos: observação participante com diário de campo, roteiro de coleta de dados do prontuário do binômio e gravação na forma de filmagem.

A **observação participante** e o **diário de campo** foram utilizados em todas as idas ao campo para registrar as observações, atividades realizadas e impressões pessoais durante o processo da pesquisa; bem como em outros momentos adversos, aos quais a autora pode presenciar enquanto profissional trabalhador do setor. Segundo Demo (2006) e Minayo (2014) o diário de campo se constitui como um caderno de notas no qual são registrados conversas, manifestações e observações quanto aos investigados bem como as impressões pessoais do pesquisador, estas podem se modificar com o tempo e devem ser utilizadas para análise do objeto de investigação.

O roteiro para a coleta de dados do prontuário foi composto pela identificação pessoal da mãe e do recém-nascido conforme disposto no Apêndice B. Os dados obtidos no campo foram transferidos diretamente para o computador e codificados.

A dimensão técnica da vídeo-gravação foi pensada de forma sempre articulada a atender o objetivo proposto nesta pesquisa. Para tanto foi necessária a realização de um pré-teste para que a pesquisadora pudesse definir o tempo de gravação e o posicionamento da câmera considerado mais condizentes, além de que também pudesse ser testado a qualidade do áudio.

A filmagem ocorreu com o uso de duas câmeras. A câmera profissional Canon T6 foi disposta em tripé, afim de evitar distorções na qualidade da filmagem, a uma distância da incubadora que permitiu a visualização completa do RN e de sua face. A câmera angular Gopro Hero 3 foi colocada acima da incubadora para que pudesse ser capturada suas reações em um novo ângulo. As imagens e sons capturados nesse contexto tiveram a função específica de constituírem-se em material de análise. Todas as gravações foram identificadas, catalogadas e arquivadas adequadamente logo depois de produzidas.

Para Honorato et al. (2006), a captação de imagens em vídeo é uma rica fonte de elementos, especialmente, em pesquisas com crianças. De acordo com as autoras, o som e as imagens em movimento integradas podem ajudar a desvendar a complexa rede de produção de significados e sentidos manifestados em palavras, gestos e

relações, a compreender as culturas infantis e a captar a essência das narrativas em jogo.

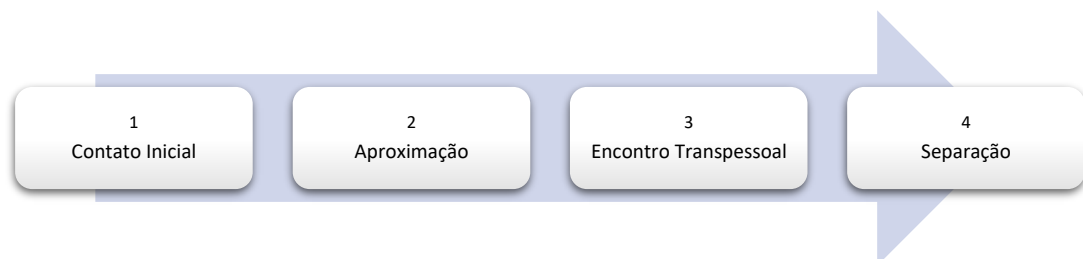
### 3.5 Descrição dos procedimentos

Nesta pesquisa empregou-se o termo música/canto terapêutica(o) (ou intervenção musical) para designar a utilização da música/canto por outros profissionais com uma intenção voltada para atender as necessidades encontradas do recém-nascido, diferenciando do termo musicoterapia que designa uma atividade profissional, desenvolvida por um musicoterapeuta que maneja técnicas terapêuticas específicas (BRUSKKIA, 2000).

A intervenção musical se deu, unicamente, através da voz cantada da profissional de saúde pesquisadora deste projeto, a fim de manter a homogeneidade da sonoridade da melodia, conforme descrito no Apêndice C. Ressaltando-se, todavia, que não houve nenhum outro tipo de estimulação ao neonato (como o toque físico) além do uso do canto.

A sua operacionalização, juntamente com a metodologia de pesquisa-cuidado e da Teoria do Cuidado Transpessoal, seguiu as seguintes fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação.

#### Fluxograma 2 - Fases Operacionais da Pesquisa



Fonte: Mathias, Favero e Lacerda, 2006.

O “**contato inicial**” propicia a aproximação com valores, amplia a compreensão das relações familiares e de trabalho, além de auxiliar na continuidade do cuidado. Nesta fase, a pesquisadora adentra na unidade neonatal e busca interação com a equipe e os pacientes/familiares através do diálogo sobre o significado do cuidado humano e do uso da música como terapia.



Aqui operacionalizou-se a avaliação do Score da escala NIPS dos neonatos, a fim de averiguar seu estado comportamental; descreveu-se os registros e a coleta dos dados relacionados às questões da investigação do estudo; realizou-se as observações e experiências participativas bem como as interpretações preliminares.

A “**aproximação**” retrata a integração e o entrelaçamento entre os seres envolvidos no processo de cuidar. Ao evoluir, a relação entre cuidado e cuidador chega no “**encontro transpessoal**”, ocasião em que ocorre a intersubjetividade de ambos. Nesta fases houve o entrelace entre pesquisadora, neonatos e sua família sobre aspectos pessoais inerentes ao binômio, suas relações com a música/canto e o incentivo ao seu uso.

Foi nesta fase que se procedeu a intervenção musical, onde o neonato foi submetido a uma única exposição do canto da pesquisadora, que utilizou a música “Reconhecimento” de Isadora Canto (Anexo B), escolhida devido aos relatos positivos de seu uso no Projeto Ninar (FERNANDES et.al., 2011).

Este momento foi realizado no turno da tarde, em virtude da menor quantidade de variáveis influenciadoras no resultado, uma vez que, é pela manhã que há o agrupamento de procedimentos rotineiros, o aumento da manipulação dos neonatos, bem como, o conseqüente aumento dos ruídos do ambiente em decorrência da maior quantidade de pessoas.

Na tentativa de amenizar tais variáveis, contou-se com a ajuda dos colaboradores da pesquisa os quais reiteravam com a equipe a importância do silêncio, mantinham os alarmes em modo silencioso e/ou em baixo volume, bem como, auxiliavam no preenchimento dos roteiros.

O período destinado à gravação variou entre 02’45” a 04’52” minutos, de acordo com a aceitação do RN. Foram verificados os sinais vitais antes e após a intervenção; bem como feito a filmagem de todos esses momentos. A enfermeira do setor foi mediadora durante todo o procedimento.

Para que não houvesse risco de desconforto auditivo ao RN, ocorreram medições sonoras dos ruídos do local por meio do aplicativo decibelímetro, segundo as normas sugeridas pela *American Academy of Pediatrics* (1997), de forma que não se exceda o volume ambiental de 55dB e mantenha o ruído perto da orelha do bebê em torno de 45dB. A escolha do uso do aplicativo decorreu devido a inexistência do aparelho específico na unidade e à dificuldade que a pesquisadora teve em conseguirlo através de outros profissionais, como por exemplo, os fonoaudiólogos.

Por fim, ocorreu a fase da “**separação**”, após o entendimento de que os objetivos foram alcançados e que ambos (mãe e bebê) distanciam-se do profissional.

### 3.6 Análise das informações

A análise do material vídeo-gravado seguiu a proposta feita por Garcez, Duarte e Eisenberg (2011) através das seguintes etapas: inicialmente utilizou-se um computador a fim de transferir para ele os vídeos gravados. Logo após, o conteúdo das vídeo-gravações foi inserido no ambiente operacional de um programa audiovisual.

Após a apreciação inicial do vídeo, iniciou-se a fragmentação das imagens videografadas em unidades de análise – o menor fragmento de imagem que faça sentido para o pesquisador. Foram, portanto, elaborados fragmentos de filmagem de acordo com a variável “reações” do neonato que se correlacionaram concomitantemente com a prática musical a ser aplicada, quais sejam:

**Expressão facial:** modificação da mímica da face caracterizada neste estudo quanto ao seu estado “relaxado” ou “contraído”;

**Choro:** estado fisiológico caracterizado aqui como “ausente”, “resmungos” (contínuo e baixo) ou “vigoroso” (contínuo e alto);

**Respiração:** determinada de acordo com a movimentação torácica como “regular” (se 40 a 60 incursões por minuto) ou “diferente da basal” (se dispneico);

**Movimentos Corporais:** envolve a movimentação dos braços ou pernas, tendo como “relaxados” quando permanecem em posição semifletida ou “fletidos/estendidos” quando diferente do anterior.

**Estado de Alerta:** envolve a caracterização de seu comportamento como um todo, podendo está “dormindo e/ou calmo” ou “agitado e/ou irritado”;

**Sons:** determinado pela presença de qualquer barulho ou som adverso ao ambiente, e medido através de seus decibéis.

**Estado Fisiológico:** caracterizado, aqui, pela medição da Saturação de Oxigênio (Sat O<sub>2</sub>) e a Frequência Cardíaca (FC).

Para tanto, ao longo da análise, os pequenos fragmentos de vídeo foram reorganizados e codificados, isto é, associados a categorias. Numa etapa seguinte, foram construídos, com esses conjuntos, quadros analíticos minuciosos, a partir dos quais realizou a descrição/interpretação global do material empírico, em diálogo com o referencial teórico (GARCEZ, DUARTE e EISENBERG, 2011).

Em decorrência da ausência de um modelo de aplicabilidade da teoria, uma vez que a teórica Jean Watson preconiza que o cuidado transpessoal ocorra no momento do cuidado e que o processo *clinical caritas* é a aplicação desse processo, usou-se como estratégia o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem através da definição de Fatores de Cuidado, bem como a síntese do pensamento, os resultados interpretados e as formulações a partir das fases anteriores com as recomendações. Em suma, todo o processo de enfermagem é desenvolvido através desta aplicabilidade e não exige a necessidade de seguir uma ordem devido a integralidade do ser.

A partir desta compreensão e da síntese dos resultados constituíram-se unidades temáticas, as quais foram organizadas, analisadas e interpretadas à luz dos pressupostos básicos da Teoria do Cuidado Humano.

### **3.7 Aspectos éticos**

Esta pesquisa garantiu os princípios éticos que envolvem seres humanos de acordo com as normas da Plataforma Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), visto que o projeto com Certificação para Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 23294413.1.0000.5013 foi aprovado em 16 de novembro de 2017, com número de parecer 560.971.

Antes do envio para o Comitê de Ética foi realizada visita à Maternidade Escola Santa Mônica com o intuito de dar ciência da pesquisa aos gestores e profissionais de saúde, bem como para entrega dos documentos de autorização para o Comitê de Ética da UFAL. Posteriormente foi lavrado o Termo nº 19/2017 em 29 de dezembro de 2017 (ANEXO C).

De acordo com a Resolução 466/12 do CNS o “respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si só e/ou seus representantes legais

manifestem a sua anuência à participação da pesquisa”. Nesta perspectiva foi elaborado o Termo de Consentimento livre e esclarecido-TCLE (APÊNDICE D), sendo informados do direito de anular o consentimento em qualquer fase da pesquisa com a garantia de não haver nenhum ônus. Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinarão o TCLE, sendo uma cópia para o pesquisador e outra com o entrevistado. Em caso de mães menores de idade, foi solicitada assinatura do responsável legal pela mesma.

Os responsáveis foram esclarecidos quanto aos objetivos, justificativa e relevância do estudo, bem como aos procedimentos, riscos e benefícios. A pesquisadora deixou claro que os mesmos poderiam desistir da sua participação no estudo, em qualquer fase, sem que tal decisão gerasse prejuízo no seu atendimento pela unidade de saúde local.

A participação foi voluntária, não fornecendo por ela qualquer tipo de pagamento. Ao longo da pesquisa, foram considerados os pressupostos da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Preservando-se os princípios da autonomia e o respeito à autonomia, garantiu-se a liberdade para integrar o grupo de participantes, bem como a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

## 4 “Além do horizonte”

*“Se você não vem comigo  
nada disso tem valor  
De que vale o paraíso  
sem amor”  
(Roberto Carlos)*

Neste capítulo apresenta-se os resultados e a discussão dos dados da pesquisa. Inicialmente, no tópico “**4.1 Cenário**” buscou-se conhecer um pouco do universo dos neonatos e das mães que participaram do estudo procurando adentrar no contexto em que estão inseridos. Para tanto, há uma breve descrição de suas características.

Em seguida, em “**4.2 Nossa canção**”, adentra-se no que perpassa a prática do canto e sua relação de cuidado ao neonato através da descrição e caracterização de fatores de cuidado que foram baseados nas filmagens e nas variáveis estudadas.

Por fim, no “**4.3 Como é grande o meu amor por você**”, relata-se a vivência da pesquisadora à luz da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

### 4.1. “Canção do sonho bom”

*“Para mim  
É suave como a noite  
E também  
Me aquece como o sol”  
(Roberto Carlos)*

Procura-se aqui realizar uma breve descrição das características e da realidade em que mãe e RN estão inseridos a fim de promover uma melhor compreensão de seu contexto. Para tal, descrevo-os individualmente enquanto binômios e participantes ativo do processo de cuidado; e enumero-os de acordo com a sequência de inserção na coleta de dados. É importante destacar que a separação das fases é apenas didática, pois é difícil delimitar o momento exato do término de uma e início de outra.

**Binômio 01:** genitora, 21 anos, 35 semanas e 05 dias de idade gestacional, apresentou pico hipertensivo (DHEG) que levou à cesárea de urgência. No dia 16.03.18 às 16:44h nasce seu filho, pesando 2.425g. Neonato pré-termo, foi internado na Unidade de Cuidados Intermediários para tratamento de seu desconforto

respiratório, também apresentou icterícia que foi subitamente resolvida. A mãe, ficou interna um dia na UTI e logo que teve alta passou a acompanhar o filho em todos os momentos. No dia da coleta dos dados, propriamente dita, ambos encontravam-se bem, em amamentação e estáveis. O **contato inicial** foi feito na chegada da mãe na UCI neo em um dos horários da amamentação, momento importante para ambos e que necessita de um apoio e suporte principalmente nos primeiros dias. Em meio às conversas, surge assuntos sobre a relação da genitora enquanto gestante e enquanto mãe de um bebê interno. Foram orientados incentivos para minimizar a insegurança da mesma através de estratégias de cuidados humanos, dentre eles o canto. Em um momento posterior, com um vínculo estabelecido, a **aproximação** ocorreu através do diálogo envolto da experiência da pesquisadora no uso da música e do canto no cuidado ao bebê, ao mesmo tempo que a genitora mostrou-se interessada em fazê-lo. Esta fase de mutualidade (**encontro transpessoal**) construiu-se ao longo de todo o processo, momento em que foi possível realizar o canto e filmá-lo, conforme a metodologia desta pesquisa. Além disso, como a pesquisadora também é enfermeira na unidade, em momentos distintos foi observado que a genitora estava cantando para o bebê sem que houvesse qualquer questionamento ou pedido a respeito. A **separação** ocorreu mediante a alta hospitalar de ambos que ocorreu 02 dias depois.

**Binômio 02:** genitora, 18 anos, primeiro filho, 33 semanas de idade gestacional, parto ocorreu prematuramente em cesárea de urgência no dia 18.03.18 às 17:08h. Neonato, pesando 2.120g, nasceu com desconforto respiratório, baixo peso e com diagnóstico de sepse precoce, foi internado na UCINco para uso de oxigenoterapia. Após alguns dias manteve-se em estabilidade clínica, passou a ar ambiente e logo iniciou a amamentação exclusiva. O **contato inicial** foi realizado em uma das visitas da genitora a seu bebê, perguntando-se sobre como foi a gestação e qual seu entendimento sobre o quadro clínico dele, o que sucedeu a uma boa conversa. A **aproximação** deu-se em decorrência de sua abertura quanto ao processo de cuidar relatando que sempre cantava quando estava gestante mas que não sabia sobre seus benefícios, sendo pois explanado para ela. O **encontro transpessoal** ocorreu no decorrer de todas as fases, inclusive no momento da pesquisadora cantando. A presença do pai também favoreceu o encontro à medida que ele encontrava-se aberto e prestativo. Posteriormente foi observado a genitora realizando o canto ao embalar o

bebê, mesmo sem que houvesse algum pedido para tal. Por fim, a **separação** perpassou seguidamente à alta do neonato para a Enfermaria Canguru.

**Binômio 03:** genitora, 23 anos, primeiro filho, 40 semanas de idade gestacional, parto cesáreo em 19.03.18 às 11:27. Neonato pesou 3.810g e deu entrada na UCI neo devido seu desconforto respiratório e o risco infeccioso, para tanto houve a necessidade de oxigenoterapia. O **contato inicial** com o binômio (Figura 3) ocorreu quando a genitora percebeu outras mães realizando o canto. Neste momento, o neonato estava em uso de HOOD (uma modalidade de oxigenoterapia) e, portanto, ainda não poderia ser incluído na pesquisa. No entanto, em conversa com a mãe, ela demonstrou ter interesse e iniciativa ao cuidado humano, fato que facilitou a **aproximação**. Dois dias após, o bebê estava em ar ambiente e apresentou todos os critérios de inclusão. O entrelace entre pesquisadora, neonato e sua mãe decorreu ao **encontro transpessoal**, fase em que procedeu a intervenção e a busca pelas relações do binômio com o canto, além do incentivo ao seu uso. Genitora bastante perceptiva, integrou-se ao proposto e ao significado da pesquisa, solicitando ao final uma foto para guardar de lembrança, momento que se procedeu a **separação**.

**Figura 3 - Binômio 03 após a intervenção do canto no momento precedente à separação (foto autorizada)**



Fonte: a autora, 2018.

**Binômio 04:** genitora, 21 anos de idade, 36 semanas de idade gestacional, apresentou quadro clínico de eclâmpsia e convulsão que levou à uma cesariana de emergência e sua conseqüente internação na UTI. No dia 20.03.18 às 15:10 nasce seu filho, pesando 2.730g. Neonato foi internado na UCI neo devido a um desconforto respiratório e necessitou de oxigenoterapia. O **contato inicial** ocorreu na primeira visita da genitora ao neonato, momento esse essencial para reconstrução do vínculo entre mãe-bebê, uma vez que foi interrompido pela internação de ambos. Em conversa sobre as rotinas da unidade, surge a oportunidade de falar sobre o canto e seus efeitos. Em momento posterior, houve a **aproximação** ao binômio ao mesmo tempo em que perpassava conversas sobre a vivência materna na gestação, seus anseios e medos. Com o canto já familiarizado no ambiente, o **cuidado transpessoal** foi estabelecido e a intervenção pode ser realizada de fato, uma vez que mesmo de alta da UCI neo, a mãe escolheu permanecer até que se sucedesse a intervenção. Posteriormente, houve a **separação** com a alta de fato do neonato para o Alojamento Conjunto.

**Binômio 05:** genitora, 23 anos, primeiro filho, deu entrada no centro obstétrico no dia 18.03.18 devido contrações uterinas prematuras. Com 33 semanas de gestação, às 08:50, neonato nasce de parto natural, pesando 1.950g. Por apresentar desconforto respiratório e risco infeccioso devido uma infecção urinária materna não tratada, foi interno na UCI neo para tratamento. O **contato inicial** ocorreu enquanto a mãe amamentava seu bebê, a mesma encontrava dificuldades no posicionamento e este foi um momento essencial para ajudá-la através do seu estímulo e da demonstração do quanto esse ato é importante para o bebê. A **aproximação** retratou a integração dos cuidados ao uso do canto, perpassando pela história materna sobre seus gostos musicais, que relatou não cantar para o bebê na barriga, mas conversava com ele sempre que estava na neo. Nesse processo de aproximação, foi possível o **encontro transpessoal**, no entanto, cerca de 30 minutos antes da aplicação do canto pela pesquisadora, o neonato apresentou intercorrência e a intervenção foi suspensa. Após dois dias, a estabilidade do bebê manteve-se e então foi realizado o canto e filmado como descrito na metodologia. A **separação** aconteceu na alta do neonato para a enfermaria canguru, local onde ambos estariam mais próximos e com maiores possibilidades para continuar a vinculação mãe-bebê.



## 4.2 “Nossa canção”

*“Olha aqui, preste atenção  
Essa é a nossa canção  
Vou cantá-la seja aonde for”  
(Roberto Carlos)*

Esta sessão adentra-se no que perpassa a prática do canto e sua relação de cuidado ao neonato através da descrição e caracterização de fatores de cuidado que foram baseados nas filmagens e nas variáveis estudadas, de acordo com cada Binômio selecionado.

### **BINÔMIO 01**

Neonato encontrava-se em incubadora aquecida, 05 dias de vida, ar ambiente, recebendo dieta por seio materno em livre demanda. Antes do início da intervenção sua fisionomia mostrava-se tranquila e calma; expressão facial relaxada e sem contrações aparentes; não apresentava choro ou movimentações corporais que indicassem irritabilidade, conforme Figura 4 e 5. Seu estado fisiológico estava dentro dos padrões da normalidade (SatO<sub>2</sub> = 98% e FC = 129 bpm) e havia sons/ ruídos no ambiente externo (como conversas entre os profissionais e alarmes).

**Figura 4 - Comportamento do Neonato 01 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 5 - Comportamento do Neonato 01 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 02)**



Fonte: a autora, 2018.

Ao início da intervenção, percebeu-se que no primeiro minuto houve uma reação no que se refere à movimentação corporal. Aos 00'20" (Figura 6) o neonato inicia uma leve extensão de seus membros superiores; aos 00'45" ele realiza uma extensão do tronco juntamente com movimentação de suas mãos; e aos 01'06" já não há mais variações e o RN permanece calmo e tranquilo, voltando ao seu estado inicial.

**Figura 6 - Comportamento do Neonato 01 ao 00'20" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Jaber e Muller (2004) explicam que o ato de ouvir também ocorre através do corpo, uma vez que a propagação do som é realizado pelo ar em ondas sonoras, e estas produzem vibrações que geram estímulos corporais e penetram a pele através dos poros. Muszkat (2012) ratifica que “a escuta está totalmente conectada com o

aspecto expressivo, motor” uma vez que as áreas cerebrais que são atingidas ao ouvir-se música estão integradas às áreas motoras e as ativam mutuamente. O cérebro, desta forma, pode converter as ondas sensoriais em respostas motoras e despertar movimentos involuntários.

No decorrer da intervenção musical, percebeu-se também a existência de outros sons no ambiente, como a presença de conversas e de alarmes tocando (02’30’’) sem que houvesse quaisquer modificações comportamentais do neonato, que inclusive esboçou uma espécie de sorriso (Figura 7).

**Figura 7 - Comportamento do Neonato 01 ao 02’52’’ da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Tal fato, para KRUEGER (2010), pode ser explicado porque o canto deixa de ser apenas mais um elemento sonoro no ambiente à medida que os recém-nascidos conseguem captar e manter atenção de maneira especial a ele: “Eles reconhecem música como música, como uma estrutura audível, de alguma forma qualitativamente distinta do barulho desorganizado que os rodeia”.

Estes aspectos inerentes à percepção sonora-musical têm sido relatados na literatura (ILARI, 2003, LEVITIN, 2010) demonstrando que os RN têm especificidades em identificar contornos melódicos, harmonias ou ainda de se emocionar distintamente com a música, entre outras habilidades. Destarte, promove-se uma maior flexibilidade cerebral ao estimulá-lo a ouvir, sentir, pensar e agir sobre a música (MUSZKAT, 2012).

A Quadro 2 descreve a caracterização das reações do neonato antes, durante e após a intervenção. Verificou-se que em todas as variáveis qualitativas o neonato

permaneceu com as mesmas características anteriores ao canto; com exceção de seu estado de alerta que mudou para o “dormindo” durante e após a intervenção. Quanto aos níveis fisiológicos da SatO<sub>2</sub> e da Frequência Cardíaca, não houve alterações significativas.

**Quadro 2 - Caracterização das Reações do Neonato 01 antes, durante e após o início da intervenção**

Variáveis Qualitativas	Antes	Durante	Depois
Expressão Facial	Relaxado	Relaxado	Relaxado
Choro	Ausente	Ausente	Ausente
Respiração	Regular	Regular	Regular
Movimentos Corporais	Relaxado	Relaxado	Relaxado
Estado de Alerta	Calmo	Dormindo	Dormindo
Sons	57dcB	52 dcB	53dcB
Saturação de Oxigênio	98%	97%	97%
Frequência Cardíaca	129bpm	118bpm	125bpm

Fonte: a autora, 2018.

A Quadro 3 retrata os fatores de cuidado identificados, segundo o *Clinical Caritas Process*. Diversos elementos deste processo foram utilizados com o propósito de estabelecer uma relação de ajuda-confiança, dando maior abertura na transcendência do cuidado de enfermagem para além do diagnóstico médico.

**Quadro 3 - Fatores de Cuidado do Binômio 01 antes, durante e após o início da intervenção**

Fatores de Cuidado	Clinical Caritas	Ações realizadas
a. Separação precoce entre mãe e bebê	1, 9, 10	O canto promoveu a aproximação do profissional com o binômio e proporcionou abordagens sensíveis ao desenvolvimento de relações de cuidado.
b. Vínculo entre família e profissional	2, 4	
c. Necessidade de suporte familiar	5, 7, 10	
d. Evocação de memórias e associações musicais	3, 6, 8	

Fonte: a autora, 2018.

A relação de tais fatores com o cuidado transpessoal concretiza-se na busca por proporcionar o desvelar de sentimentos, sensações e emoções. Watson (2016)

reafirma, em seu quinto elemento, a valorização desses sentimentos no processo de ser, de tornar-se e de reconstituir-se dos indivíduos; através do cuidado em estar presente e apoiar a expressão de sentimentos, positivos e negativos. Neste feito, como conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada, a observação passiva da mãe cantando ao bebê em momento alheio ao projeto indicou a preposição de amor proposta neste estudo, tendo, portando, atingido a satisfação dos fatores de cuidado identificados.

## **BINÔMIO 02**

Neonato no terceiro dia de vida, acomodado na incubadora aquecida, respirando em ar ambiente, e recebendo dieta por seio materno em livre demanda. Antes do início da intervenção sua fisionomia mostrava-se relaxada e calma; não havia choro, nem expressões de irritabilidade; mantinha-se com a respiração regular,  $\text{SatO}_2 = 96\%$  e  $\text{FC} = 137 \text{ bpm}$ , indicativos de normalidade, conforme Figura 8 e 9.

**Figura 8 - Comportamento do Neonato 02 antes de Iniciar a Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 9 - Comportamento do Neonato 02 antes de Iniciar a Intervenção Musical (câmera 02)**



Fonte: a autora, 2018.

Após o início da intervenção, o RN manteve-se no seu estado de repouso até o 1'23" do canto, momento em que ele ergue a sobrancelha e franze a testa, permanecendo assim por 3 segundos, e volta ao estado anterior. O canto prossegue por mais um minuto, e então o RN realiza uma leve extensão do membro inferior esquerdo junto com um movimento sutil da face e do corpo (Figura 10).

**Figura 10 - Comportamento do Neonato 02 ao 02'23" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Aos 3'33", quando o canto estava prestes a ser finalizado, um ruído estridente de um objeto caindo ocorre no ambiente externo, que se repete aos 3'40" da filmagem.

Em ambos, o neonato esboçou movimentos mais expressivos de franzimento da testa, extensão das pernas e contorção do tronco (Figura 11).

**Figura 11 - Comportamento do Neonato 02 ao 03'33'' da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Fisiologicamente falando, Jaber (2013) explicita que o ato de ouvir é um ato passivo (ou seja, sensorial, perceptivo) e que ocorre seja pelo ouvido, seja pela pele/corpo. Além disso, como falado anteriormente, ressalta-se que há diferentes formas de estimular a audição do RN e que os estímulos recebidos por este sentido podem provocar diversos efeitos e reações.

Esta linha de entendimento, leva-nos a compreender como o neonato apresentou reações ao canto distintas das reações ao ruído. Para Standley (2002), ruído é a disposição de sons desorganizados ou em frequências fisiologicamente incompatíveis com o ouvido humano, capazes de produzir quaisquer alterações psíquicas ou comportamentais, e até mesmo lesões físicas.

Assim, os ruídos da UTIN, decorrentes em sua maioria dos movimentos constantes, das conversas entre profissionais e dos equipamentos, tornam-se estressantes ao neonato, o que pode complicar ainda mais seu crescimento e desenvolvimento. Por isso, estratégias para minimizar ou suavizar tais estressores ambientais devem ser adotadas dentro do cuidado de saúde, tal como, o uso do canto. Para Watson (2007), a hostilidade do ambiente deve ser reconhecida pelo profissional a partir do momento em que ele se coloca no lugar do outro e opta por realizar intervenções restauradoras e tem posturas que o modifique.

Em relação a sistematização das reações do neonato 02, a Quadro 4 descreve sua caracterização antes, durante e após a intervenção. Observou-se que houve permanência estável das variáveis qualitativas em todos os momentos propostos; com exceção de seu estado de alerta que flutuou entre o calmo e o agitado, momentaneamente, devido a intervenção e ao concomitante ruído. Quanto aos níveis fisiológicos da SatO<sub>2</sub> e da Frequência Cardíaca, não houve alterações significativas.

**Quadro 4 - Caracterização das Reações do Neonato 02 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Variáveis Qualitativas</b>	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Depois</b>
Expressão Facial	Relaxado	Relaxado	Relaxado
Choro	Ausente	Ausente	Ausente
Respiração	Regular	Regular	Regular
Movimentos Corporais	Relaxado	Relaxado	Relaxado
Estado de Alerta	Calmo	Calmo / Irritado	Calmo
Sons	57dcB	52 dcB	53dcB
Saturação de Oxigênio	96%	97%	97%
Frequência Cardíaca	137bpm	112bpm	130bpm

Fonte: a autora, 2018.

No que tange aos fatores de cuidado (Quadro 5), vincula-se a proteção do neonato ao estímulo de desenvolvimento adaptativo no seio familiar. A figura paterna aberta e prestativa emergiu considerações voltadas quanto à importância do pai na relação de cuidado ao neonato. Soares et.al. (2015) afirmam que os profissionais devem atentar-se para as potencialidades e os benefícios do envolvimento do pai na relação com seu filho, uma vez que seu envolvimento precoce é fundamental para a promoção do vínculo afetivo. O pai já não perpassa mais pela visão de mero coadjuvante, mas sim como peça fundamental no processo de hospitalização de um neonato prematuro na UTIN.

**Quadro 5 - Fatores de Cuidado do Binômio 02 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Fatores de Cuidado</b>	<b>Clinical Caritas</b>	<b>Ações realizadas</b>
a. Separação precoce entre mãe e bebê	1, 9, 10	O canto promoveu a integração familiar ao



b. Vínculo entre família e profissional	2, 4	cuidado neonato, construiu vínculos e desenvolveu relações de cuidado transpessoal.
c. Apoio e suporte familiar	5, 7, 10	
d. Cuidado paternal ativo	4, 5	
e. Escuta acolhedora e evocação de memórias	1, 3, 6, 8	

Fonte: a autora, 2018.

Além disso, a positividade desta construção do cuidado transpessoal enfatizou-se na concretização da realização do canto por parte da figura materna em outros momentos oportunos e distintos do da coleta de dados desta pesquisa. De acordo com Fracalossi (2003), o incentivo à prática do canto permite às mães a possibilidade de uma conexão muito especial com seus bebês, pois ele ao escutar a música cantada por sua mãe poderá sentir confiança, segurança, harmonia, proteção e, sobretudo, amor.

Destaca-se, pois, a aplicação do sétimo elemento do Processo *Clinical Caritas*, que é engajar-se de forma genuína na experiência de ensino-aprendizagem tentando permanecer dentro do referencial do outro, emergindo numa compreensão de interconectividade (WATSON, 2016). Permitindo, assim, que as mães se expressem através de experiências musicais, que proporcionarão um maior contato com seus sentimentos internos, propiciando a conscientização de si própria e dos outros, o alívio e o relaxamento (BARROS, 2009).

### **BINÔMIO 03**

Neonato, cinco dias de vida, acomodado em berço aquecido, respirando em ar ambiente, clinicamente estável, recebendo dieta por seio materno em livre demanda. Mantinha-se desperto, com fisionomia relaxada e calma nos momentos precedentes à intervenção, sem choro e/ou expressões de irritabilidade, com regularidade respiratória e pequenos movimentos da face, e  $\text{SatO}_2 = 98\%$  e  $\text{FC} = 135$  bpm indicativos de normalidade, conforme Figura 12. Ressalta-se que por o RN encontrar-se em berço aquecido, devido a falta de apoio para a câmera 02 (Gopro), utilizou-se apenas a câmera 01 para gravação da filmagem.

**Figura 12 - Comportamento do Neonato 03 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

O RN permaneceu nesse estado até os 01'21" de canto, quando ele apresenta um singelo movimento dos membros e da cabeça, e move o globo ocular, voltando a fechá-los em seguida (Figura 13 e 14).

**Figura 13 - Comportamento do Neonato 03 ao 01'21" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 14 - Comportamento do Neonato 03 ao 01'23" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Jaber (2013) explica que, embora a percepção aos sons também aconteça através do nosso próprio corpo, no início da vida pós-natal a maioria dos movimentos detectados pela música ainda se constituem de reflexos primitivos e que, ao desenvolvimento das habilidades motoras, esses movimentos vão aos poucos tornando-se coordenados, refletindo-se na expressão rítmica e no desenvolvimento musical. No entanto, partindo do entendimento de que o cérebro humano processa a informação em diversas áreas cerebrais, o estímulo sonoro atinge diversas funções auditiva, motora, cognitiva e emocional quando entra em ação a leitura musical (LEVITIN, 2010).

Reconhece-se este fato quando aos 02'22" do início do canto, ouve-se a expressão de um choro proveniente de outro RN também interno na UCI. Por ser uma exposição sonora mais aguda, o neonato 03 reage corporalmente de forma mais significativa (Figura 15) com extensão dos membros superiores; e à permanência deste ruído, aos 02'34", ele reage com contração da musculatura facial (Figura 16).

**Figura 15 - Comportamento do Neonato 03 ao 02'22" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 16 - Comportamento do Neonato 03 ao 02'34" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Ao cessar o ruído e à permanência do canto por alguns segundos a mais, observou-se o retorno do neonato ao estado anterior: com olhos fechados, fáceis sem contrações musculares e membros relaxados (Figura 17).

**Figura 17 - Comportamento do Neonato 03 aos 03'15" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Como melhor descrição, sistematizou-se na Quadro 6 as reações do neonato antes, durante e após a intervenção. Em tais momentos não houve modificações das variáveis qualitativas, uma vez que seu estado inicial e final foram similares. No entanto, ressalta-se as modificações decorrentes de ruídos distintos ao canto, às quais caracterizam-se como potenciais estressores ao neonato e decorreu em uma leve irritabilidade. No entanto, não houve níveis de alterações fisiológicas significativas no que se refere à  $\text{SatO}_2$  e à Frequência Cardíaca.

**Quadro 6 - Caracterização das Reações do Neonato 03 antes, durante e após o início da intervenção**

Variáveis Qualitativas	Antes	Durante	Depois
Expressão Facial	Relaxado	Relaxado/Contraído	Relaxado
Choro	Ausente	Ausente	Ausente
Respiração	Regular	Regular	Regular
Movimentos Corporais	Relaxado	Relaxado/Estendido	Relaxado
Estado de Alerta	Calmo	Calmo / Irritado	Calmo
Sons	56dcB	52dcB	47dcB
Saturação de Oxigênio	98%	98%	98%
Frequência Cardíaca	135bpm	126bpm	137bpm

Fonte: a autora, 2018.

Em relação aos fatores de cuidado identificados (Quadro 7), destaca-se a premissa da influência do comportamento do indivíduo de acordo com o meio social no qual ele está inserido. Sabe-se que, de acordo com Nascimento (2012), o ambiente de uma UTI neonatal, apesar de sua importância para a manutenção/restauração da saúde dos bebês, pode também ser entendido como um local nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. Corroborando, assim, para um sentimento de irrealidade para os pais, por exemplo.

**Quadro 7 - Fatores de Cuidado do Binômio 03 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Fatores de Cuidado</b>	<b>Clinical Caritas</b>	<b>Ações realizadas</b>
a. Separação precoce entre mãe e bebê	1, 9, 10	O canto proporcionou a vinculação terapêutica, potencializou a expressão materna, e criou um ambiente provido de reconstituição ( <i>healing</i> )
b. Influência do ambiente social	2, 3, 6, 8	
c. Expressões de cuidado materno e ansiedade	1, 7	
d. Vínculo entre família e profissional	5, 10	

Fonte: a autora, 2018.

Por isso, torna-se importante a identificação deste sentimento e o oferecimento por parte dos profissionais a um cuidado integral e ampliado, no intuito de promover conforto aos pais (SOUZA e FERREIRA, 2010). Os elementos 06 e 08 do Processo *Clinical Caritas* remetem ao uso criativo de todas as maneiras de conhecer, ser e fazer o cuidado. Watson (2016) ressalta a criação e manutenção de um ambiente de reconstituição, considerando as correlações com o ambiente, o cosmos e o universo.

Nesta pesquisa, observou-se que o ambiente envolto em torno do canto em outros binômios, levou a mãe do neonato 03 a aproximar-se e interessar-se por novas formas de cuidado para seu filho. Esta busca voluntária pode ser explicada, segundo Watson (2016), devido a consciência energética que se irradia em todo o campo, criando um clima de intimidade para o cuidado e promovendo um ambiente sutil de energia.

## **BINÔMIO 04**

Neonato encontrava-se em incubadora aquecida, 04 dias de vida, ar ambiente, recebendo dieta por seio materno em livre demanda. Antes do início da

intervenção, seu estado de alerta mostrava-se agitado; expressão facial contraída e com contrações musculares; apresentava choro vigoroso e movimentações corporais que indicavam extensão dos membros, conforme Figura 18. Seu estado fisiológico estava dentro dos padrões da normalidade no que se refere a  $\text{SatO}_2$  (= 98%), porém com taquicardia (FC = 185 bpm). Havia sons/ ruídos no ambiente externo (conversas entre os profissionais).

**Figura 18 - Comportamento do Neonato 04 antes de Iniciar a Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Momentos antes do canto ser iniciado o choro já havia cessado e a intervenção pode ser realizada, porém, o neonato permaneceu com alguma agitação e movimentação dos membros durante todo o tempo. Aos 01'12" ele leva a mão à boca, conforme mostra a Figura 19. Logo após o neonato realiza novamente movimentos dos braços e aos 01'27" ele revolta com a mão para a boca (Figura 20).

**Figura 19 - Comportamento do Neonato 04 ao 01'12" da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 20 - Comportamento do Neonato 04 ao 01'27'' da Intervenção Musical (câmera 02)**



Fonte: a autora, 2018.

Aos 2'04'' o neonato inicia reações de agitação, com testa franzida, lábios contraídos e movimentação rigorosa dos braços (Figura 21); e, apesar de não ter apresentado choro, a intervenção é suspensa, uma vez que na leitura da linguagem corporal entende-se que o mesmo estava em um estado de fome, o que poderia confundir os resultados da intervenção aqui proposta. O canto foi, portanto, cerrado e o neonato reorganizado e posicionado ao seio materno para que a sua necessidade de nutrição fosse atingida.

**Figura 21 - Comportamento do Neonato 04 ao 02'04'' da Intervenção Musical (câmera 02)**



Fonte: a autora, 2018.

De acordo com Meyerhof (1999), os neonatos, em especial os pré-termos, apresentam variados comportamentos que podem ser “não interativos” – aqueles que

o RN se autoregula sem ajuda de outrem – ou “interativos” – aqueles que o RN se autoregula mas com a ajuda de arranjos situacionais externas. Dentre os “não-interativos” encontra-se a linguagem corporal do neonato diante de determinadas necessidades que provocam reações de proteção e sobrevivência como, por exemplo, a busca por alimentação com colocação da mão na cavidade perioral em resposta ao reflexo de sucção, estimulado pela fome. Tal fato alerta-nos à necessidade de entender que, apesar do canto ser utilizado no sentido de promover entradas sensoriais, as necessidades básicas humanas devem ser atendidas prioritariamente.

A Quadro 8 descreve a caracterização das reações do neonato antes, durante e após a intervenção. Verificou-se que o estado de irritabilidade/agitação do neonato encontrava-se desde antes do início da intervenção, tal feito que mesmo durante o canto não houve mudanças em suas variáveis qualitativas, inclusive manteve os níveis de Frequência Cardíaca alterados.

**Quadro 8 - Caracterização das Reações do Neonato 04 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Variáveis Qualitativas</b>	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Depois</b>
Expressão Facial	Contraída	Relaxado/Contraído	Relaxado
Choro	Presente	Ausente	Ausente
Respiração	Diferente da Basal	Regular	Regular
Movimentos Corporais	Estendido	Relaxado/Estendido	Relaxado/ Estendido
Estado de Alerta	Agitado	Calmo / Irritado	Calmo / Irritado
Sons	67dcB	60dcB	57dcB
Saturação de Oxigênio	98%	98%	98%
Frequência Cardíaca	185bpm	175bpm	177bpm

Fonte: a autora, 2018.

Os fatores de cuidado identificados estão descritos na Quadro 9 e ressalta-se a sensibilidade profissional e humana na identificação de cuidados dentro de uma visão holística. Watson (2016) em seu nono elemento retrata que a consciência intencional na administração de cuidados humanos essenciais deve ser proporcionada através da ajuda às necessidades básicas; o que pode potencializar o alinhamento entre mente-corpo-espírito, ou seja, a totalidade e unidade do ser entre bebê-mãe-profissional.



**Quadro 9 - Fatores de Cuidado do Binômio 04 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Fatores de Cuidado</b>	<b>Clinical Caritas</b>	<b>Ações realizadas</b>
a. Separação precoce entre mãe e bebê	1, 9, 10	Reconhecimento e supressão de necessidades básicas; proporção de cuidados essenciais; constituição de vínculos
b. Necessidades Básicas	4, 9	
c. Cuidado de reconstituição	2, 3, 8	
d. Vínculo entre família e profissional	5, 7, 10	

Fonte: a autora, 2018.

Entender a linguagem própria do neonato qualifica o estímulo como apropriado ou inapropriado para a organização da criança. Desta forma, no intuito de atingir a satisfação do neonato, a suspensão do canto e o posicionamento dele no colo de sua mãe para a amamentação também perpassou pela colocação do quarto elemento do clinical caritas: o desenvolvimento da autêntica relação de ajuda-confiança no cuidado.

## **BINÔMIO 05**

Neonato encontrava-se em incubadora aquecida, 06 dias de vida, ar ambiente, recebendo dieta por seio materno em livre demanda. Antes do início da intervenção sua fisionomia mostrava-se tranquila e calma; com relaxada expressão facial; ausência de choro ou movimentações corporais que indicassem irritabilidade, conforme Figura 22. Seu estado fisiológico estava dentro dos padrões da normalidade (SatO<sub>2</sub> = 98% e FC = 138 bpm) e havia poucos sons/ ruídos no ambiente externo.

**Figura 22 - Comportamento do Neonato 05 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 23 - Comportamento do Neonato 05 antes de iniciar a Intervenção Musical (câmera 02)**



Fonte: a autora, 2018.

Ao início do canto, o neonato desenvolveu uma sequência de singelos movimentos dos membros superiores, conforme figuras 24 e 25. Como falado anteriormente, há conexão entre a escuta e a conversão da informação sensorial para uma resposta motora (MUSZKAT, 2012). Jaber (2013) exemplifica tal feito com o ato de ouvir música e o despertar de movimentos involuntários nos adultos.

E, apesar dos neonatos apresentarem reflexos primitivos, Gordon (2008) relata a importância da estimulação precoce para que a criança perceba seu corpo, experimentando-o e entendendo seu ritmo, de forma que “o corpo sinta antes que o cérebro possa compreender”. A este desenvolvimento de consciência corporal, há de forma simultânea a resposta à música através de movimentos coordenados e, conseqüentemente, da construção de uma consciência rítmica (JABER, 2013).

**Figura 24 - Comportamento do Neonato 05 aos 0’09’’ da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 25 - Comportamento do Neonato 05 aos 0'14'' da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Na continuidade da intervenção, aos 0'44'', o neonato esboçou um bocejo (Figura 26) com posterior relaxamento da face e semiflexão dos membros. Com 02'09'' houve o que se parece com uma espécie de sorriso (Figura 27) e o neonato dormiu sem que ocorra quaisquer outras modificações de seu estado até o término do canto.

**Figura 26 - Comportamento do Neonato 05 aos 0'44'' da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

**Figura 27 - Comportamento do Neonato 05 aos 2'09'' da Intervenção Musical (câmera 01)**



Fonte: a autora, 2018.

Sabe-se, pois, que pode haver um pequeno efeito da música sobre o sono tranquilo no RN com ciclos de sono-vigília mais maduros (OLISCHAR et.al.,2011). Da mesma forma, Loewy et al. (2013) ratificam as qualidades terapêuticas dos elementos musicais ao promover aumento de períodos prolongados de estados tranquilos-alerta; fatos estes que corroboram com a reação do neonato ao manter-se dormindo ao término da intervenção.

A Quadro 10 sistematiza as reações do neonato antes, durante e após a intervenção. Não houve modificações das variáveis qualitativas, uma vez que seu estado inicial e final foram similares, com exceção de seu estado de alerta que mudou para o “dormindo” durante e após a intervenção. Não houve alterações fisiológicas significativas no que se refere à SatO<sub>2</sub> e à Frequência Cardíaca.

**Quadro 10 - Caracterização das Reações do Neonato 05 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Variáveis Qualitativas</b>	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Depois</b>
Expressão Facial	Relaxado	Relaxado	Relaxado
Choro	Ausente	Ausente	Ausente
Respiração	Regular	Regular	Regular
Movimentos Corporais	Relaxado	Relaxado	Relaxado
Estado de Alerta	Calmo	Dormindo	Dormindo
Sons	52dcB	57dcB	51dcB
Saturação de Oxigênio	98%	99%	99%
Frequência Cardíaca	138bpm	133bpm	130bpm

Fonte: a autora, 2018.

Em relação aos fatores de cuidado identificados (Quadro 11), ressalta-se o uso do segundo elemento, definido como ser autenticamente presente, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado (WATSON, 2016); onde foi possível recepcionar a primeira visita materna ao neonato de forma autêntica e conectando-se de forma transpessoal.

Ao ato de ouvir e acolher, promoveu-se a integração da realidade vivenciada da mãe à alta e à posterior visita ao bebê que também estava interno em uma unidade de cuidados. Essa relação direciona o desenvolvimento e a manutenção do bem-estar físico e emocional do bebê, além de influenciar na condição do estado emocional da mãe.

**Quadro 11 - Fatores de Cuidado do Binômio 05 antes, durante e após o início da intervenção**

<b>Fatores de Cuidado</b>	<b>Clinical Caritas</b>	<b>Ações realizadas</b>
a. Separação precoce entre mãe e bebê	1, 9, 10	Integração familiar ao cuidado; vínculos terapêuticos transpessoais; ambiente <i>healing</i> ; relação ajuda-confiança
b. Integração materna ao cuidado	5, 7, 10	
c. Vínculo entre família e profissional	2, 4	
d. Construção do ambiente de reconstituição	2, 3, 6, 8	

Fonte: a autora, 2018.

Sendo assim, a lacuna constatada na relação do cuidar pela equipe de saúde sugere a necessidade de aprimoramento no que se refere ao atendimento transpessoal binômio, valorizando a participação materna como indispensável para a recuperação do neonato, principalmente em se tratando do repasse e da qualidade das informações de interesse da mãe sobre o seu bebê (FERNANDES, 2012). Para tanto, Watson (2016) retoma a necessidade de se fortalecer e sustentar o sistema de crenças do ser cuidado, do seu mundo e da sua vida.

#### **4.3 “Como é grande o meu amor por você”**

*“Eu tenho tanto pra lhe falar  
Mas com palavras não sei dizer”  
(Roberto Carlos)*

Esta sessão dedica-se a vivência da pesquisadora enquanto ser que “cuida” e “ser cuidado”, relacionando-a com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean

Watson. Parte-se do pressuposto de que a voz cantada do profissional de saúde constitui-se um fator de cuidado que resulta na satisfação de determinadas necessidades do recém-nascido.

Watson (1985) acredita que a gratificação das necessidades humanas transcende tempo, espaço e matéria e irradia-se em um campo de cuidar para além das duas pessoas envolvidas, promovendo a intersubjetividade da relação enfermeiro-paciente além do momento pontual da interação. Desta forma, ao promover o canto como intervenção ao neonato, buscou-se adentrar em um cuidado mais amplo e envolto de sensibilidade, em colocar-se no lugar do outro, especificamente no que diz respeito ao ser que cuida e ao ser cuidado, ambos iguais em natureza e essência.

Como falado anteriormente, entende-se o cuidado de enfermagem transpessoal como um deslocar-se do enfermeiro e do paciente (o *self* de cada um deles - suas almas, mentes e corpos), através de maior harmonia, evolução espiritual e plenitude de maneira a favorecer a restauração (*healing*). A teórica ressalta que para que o vínculo ocorra é importante que o enfermeiro possa, antes de tudo, se reconhecer como um ser humano, olhe para si mesmo e reconheça a importância de seu cuidado em impulsionar a família a buscar sua própria harmonia (WATSON, 2002; 2007; 2010).

Este olhar sensível do profissional é fator essencial para o estabelecimento da relação e para estimular a criação de estratégias de “ser” e “agir” durante o processo de hospitalização do recém-nascido. O que, no caso da presente pesquisa, tornou a conexão entre enfermeiro-neonato-família possível com o canto como um fator favorecedor do *healing*. Como a teoria percebe o cuidado transpessoal como aquele que acontece no momento de cuidar, para efetivação dessa transpessoalidade buscou-se auxílio na operacionalização dos 10 elementos do processo *clinical caritas*.

O primeiro elemento deste processo cerne-se na consciência de cuidado pela prática do amor, da bondade e da equanimidade. Esta abordagem preza pela assistência além do convencional e reflete nos valores pessoais de quem cuida e quem é cuidado. Watson afirma que os profissionais precisam realizar o cuidado de si para conseguir cuidar conscientemente do outro por meio do amor (WATSON, 2016).

Crivaro, Almeida e Souza (2007) descrevem o cuidado amoroso como exequível e prático, capaz de manter a delicadeza e o poder de transformar vidas. Ter consciência *Caritas* é, em sua tradução livre, tratar com carinho, cuidar, estimar;

entender o significado de saúde global, sendo considerado algo “muito fino”, precioso (WATSON, 2007; FAVERO et al., 2009).

No contexto deste estudo, a presença do amor na prestação do canto da pesquisadora despertou em si mesma o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se. Ser enfermeiro em uma unidade neonatal envolve aspectos, muitas vezes, permeados por situações angustiantes, de cansaço e insegurança; e o afago do canto permitiu traduzir sentimentos de apreço, carinho e de humanidade, evocando o significado de uma assistência holística mútua.

Tal mutualidade envolve ao profissional “ser autenticamente presente”. Este, que é o segundo elemento do processo, requer a integração do ser enfermeiro à realidade, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado (WATSON, 2016).

Estar presente na unidade neonatal envolve na realidade, que perpassa pelo processo de distanciamento de uma internação, desvia a atenção para além do tecnicismo e desenvolve um processo empático para com o outro. O canto da profissional propiciou a abertura de um campo de comunicação distinto e pessoal para com os familiares do neonato, trazendo estados de acreditação e esperança.

Fernandes (2012) afirma que ao ser entendida e comprovada que a música/canto promove um bem-estar diferenciado, as mães passam a acreditar que essa sensação pode atingir seus bebês e sentem-se incentivadas a aplicar a terapia. Este estado comprovou-se quando, em momentos adversos à esta pesquisa, algumas mães cantavam ao neonato sem que tenha tido quaisquer imposições a respeito.

Promover fé e esperança é acreditar e fazer crer na possibilidade de mudança da realidade que se vivencia, de gerar motivação e, conseqüentemente, de favorecer o bem-estar (SILVA et.al., 2002), a isso Watson (2008) se refere como o poder curativo da fé e da esperança.

Agrega-se aqui, o terceiro elemento do processo *Clinical Caritas* que promove o cultivo de práticas espirituais próprias do indivíduo, de forma a ultrapassar o próprio ego e a aprofundar a autoconsciência. Trata-se da suscetibilidade e do crescimento espiritual do profissional no reconhecimento de sua sensibilidade (WATSON, 2016). Silva e et.al envolvem este conceito à promoção do autoconhecimento e da autorrealização como encorajadores do mesmo processo em outras pessoas. Assim, elas se sentem compreendidas, aceitas e capazes de mover em direção a uma maior conscientização e comprometimento com o seu processo evolutivo.

Neste estudo, o canto representou um reforço positivo na busca pessoal pela melhora profissional, pela humanidade da assistência. Acreditar que o cuidado é expansivo a dimensões extrafísicas contextualiza seu uso como uma significativa estratégia de ajustamento e enfrentamento à hospitalização, tanto para si como para o ser cuidado.

Para Watson (2016) esse grau de consciência eleva-se a uma força interior e a um poder que pode expandir as capacidades humanas e cultivar maior acesso às experiências intuitivas, místicas ou milagrosas. Nessas dimensões existenciais da vida-morte, o cuidado da alma e do ser que está sendo cuidado pode ser entendido e trabalhado adequadamente (GOMES et.al., 2013), inclusive, por exemplo, com o uso do canto/música.

A presença integral do profissional enuncia-se também no quarto elemento do processo *Clinical Caritas* ao desenvolver e manter uma autêntica relação de ajuda-confiança no cuidado. Segundo Watson (2016) a partir da verdadeira intenção de cuidar, é possível desenvolver uma relação empática quando se reconhece o outro como quem vivencia sua experiência única de ser paciente, ultrapassando a dimensão biológica para um cuidar genuíno.

O nascimento de um bebê prematuro e/ou com necessidade de cuidados especiais é um acontecimento inesperado e as famílias não estão emocionalmente preparadas para enfrentar esta situação. A mãe que enfrenta a condição de hospitalização do recém-nascido após o parto revela sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e impotência por não poder fazer algo concretamente para que seu filho melhore e possa ir logo para casa (FERNANDES, 2012).

Neste estudo, a utilização da música como um recurso no cuidado pôde funcionar como objeto de contribuição de enfrentamento e confiança por parte dos familiares; criou-se habilidades no manejo do cuidar em uma interação efetiva, como o sorriso, a postura, o toque carinhoso e a capacidade de ouvir. O canto proporcionou conforto e facilitou a comunicação e a relação entre o profissional e o paciente, através de uma escuta direcionada e potencializadora para o novo, sem julgamentos ou preconceitos e, certamente, agradável.

Este fator associa-se, conseqüentemente, ao quinto elemento do processo que retrata o ser presente e o apoio à expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada. Tais



expressões, sejam boas ou ruins, seja do enfermeiro ou da criança/família, propicia a criação de um relacionamento aberto e sincero, valorizando o sentir e o pensar sintonizados (WATSON, 2016).

Em se tratando da hospitalização de um neonato, encontra-se a insegurança por parte dos familiares como fragilidade mais frequente; e a evidente mudança de ideais e planos para a experiência de ser mãe/pai leva-os a necessidade/busca por ajustamento ao novo. O uso do canto no cuidado, portanto, foi fundamental para que houvesse crescimento humano e o reconhecimento destes de si e da sua realidade, no sentido de oferecer condições para a livre expressão de suas necessidades.

Para isso, é importante demonstrar disponibilidade, estar aberto ao outro, estimulando a verbalização de seus medos, receios e sentimentos em relação à sua situação de vida, e, assim, compreender o significado de estar com o outro (SILVA et.al., 2002).

Coube aqui, mais uma vez, a sensibilidade e o envolvimento por parte do cuidador coerentes com o que dele é próprio. Ouvir das mães relatos de sua relação com a música em momentos distintos - ou não - do período gestacional, motivou-as a aceitação do objetivo proposto neste estudo, bem como estreitou os laços profissional-bebê-família.

Ao sexto elemento compreende-se o engajamento em práticas artísticas de cuidado reconstituição através do uso criativo do ser e de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado. Watson (2016) amplia o conhecimento propício a uma assistência para além do meio científico, abarcando-se nos aspectos comum, ético, estético, religioso; onde, ao findar desta relação, tanto o profissional quanto o ser cuidado saem transformados, cuidados e reconstituídos.

Nessa interação profunda, os laços entre profissional, família e criança são fortalecidos, contribuindo para a proteção e estimulando o desenvolvimento do infante, por meio de ações e práticas que visem não somente aos aspectos biológicos, mas também aos psicológicos, sociais e espirituais (GOMES et.al., 2013).

A humanização do cuidado neonatal está direcionada ao respeito às individualidades do recém-nascido, na oferta de novas tecnologias em cuidar que promovam a segurança do neonato e o acolhimento deste e de sua família no ambiente hospitalar. Neste ímpeto, para Watson (2017b), reafirma-se a importância de criticar e explorar algumas de suas dinâmicas, como uma disciplina de saúde distinta nos processos de curar-cuidar.

O uso de práticas artísticas, dentre as quais escolheu-se o canto nesta pesquisa, deixa de ser uma ação que normatiza e determina o modo de interação e comportamento do outro, para tornar-se possibilidade de encontro entre as necessidades deste e a resposta resolutiva e eficaz da assistência.

Ou seja, as necessidades encontradas ao contexto de cada binômio moveram-se em acordo com a sensibilidade que a música traduzia no ato de ouvi-la e com a percepção positiva da resposta que ela trouxe, seja pelas reações diretas (nos neonatos) ou indiretas (nos familiares/profissionais). Esta consequência e /ou resultado positivo aconteceu consoante à disponibilidade do profissional de relacionar-se com empatia e a sua capacidade de “estar com” o outro.

Desta maneira, a aproximação aos binômios permitiu, assim como permeia o sétimo elemento do Processo *Clinical Caritas*, atender à unidade do ser e de seus significados com o engajamento de uma experiência genuína de ensino-aprendizagem, tentando permanecer na estrutura referencial do outro. O processo de autonomia dos envolvidos ocorre ao enfermeiro incentivar e favorecer a participação do paciente nas tomadas de decisões, seja envolvendo-o no cuidado ou no fornecimento de informações e respeitando, inclusive, preceitos éticos da profissão (WATSON, 2016).

A teórica reconhece, na prática, que o fornecimento de informação é uma forma explícita de reduzir o medo e a ansiedade associados ao estresse (WATSON, 1985). No caso de uma unidade neonatal, Pereira (2009) reflete que o fortalecimento do vínculo mãe-bebê é a primeira etapa a ser cumprida para o enfrentamento da situação da criança, pois essa relação direciona o desenvolvimento e a manutenção do bem-estar físico e emocional do bebê, além de influenciar na condição do estado emocional da mãe.

Sendo assim, o preparo da equipe de profissionais de saúde para saber lidar com a mãe durante o período de enfrentamento da condição de hospitalização do recém-nascido é um fator importante a ser considerado e estimulado. Pois, o não acolhimento, a falta de informações de como se chegar até o bebê, de manter a relação que antes existia e entender o estado que ele se encontra, são motivos para que as mães sintam-se temerosas em (re)estabelecer a aproximação com o seu filho, levando-as a não oferecer visitas ou ainda, oferecer visitas pouco agradáveis e pouco proveitosas (SILVA, 2014; FERNANDES, 2012).

O canto representa, assim, a possibilidade de conexão verdadeira entre os envolvidos. Ao engajar a mãe no contexto de seu neonato, o repassar de informações deixou de ser apenas uma oferta de fatos e dados, e passou a configurar-se como uma troca. O estímulo ao uso de cuidados inerentes ao seu “eu”, como o ato de conversar/cantar, redireciona o olhar dos envolvidos para o processo de cuidar em reconstrução, ensinando e aprendendo mutuamente.

Neste entendimento, adentra-se o oitavo elemento do processo que consiste em criar um ambiente de reconstrução (*healing*) em todos os níveis (físico e não físico), permeado pela sutileza de consciência e energia, e na potencialidade de sua totalidade, beleza, conforto, dignidade e a paz. A teórica acredita que o cuidado deve ter correlações com o ambiente, o cosmos e o universo; e estes exercem fortes influência no paciente, com repercussões, inclusive, no cuidado de enfermagem (WATSON, 2009; 2016).

O ambiente de uma unidade neonatal é naturalmente envolto de estímulos sensitivos intensos e frequentes – são barulhos de aparelhos, choros de outros bebês, abrir e fechar de portas, conversas paralelas entre os profissionais (vozes novas e que causam estranhamento). Cabe salientar, portanto, a importância de um direcionamento familiar coerente e livre de impedimentos para desenvolver suas habilidades maternas (ainda que restritas) em consonância às características do setor (complexidade da assistência) (LÍVIO, 2014).

Ao inserir a mãe nesse contexto e, utilizando a voz cantada no cuidado, consegue-se devolver um ambiente familiar e acolhedor aos envolvidos. Ademais, permite que às mães se expressem através de experiências musicais, proporcionando um maior contato com seus sentimentos internos e levando à conscientização de si própria e do outro (bebê), ao alívio e ao relaxamento.

Esta natureza do ambiente promoveu um clima de bem-estar e de valorização do neonato, seus familiares e inclusive da própria equipe de saúde. Notou-se que os outros profissionais de saúde, ao visualizarem/ouvirem a pesquisadora cantando, buscavam meios de aproximação e colaboração; seja ao perguntarem como era o projeto, seja pelo relato de já terem vivenciado experiências similares em outras unidades, ou ainda, pela simples curiosidade em querer acompanhar o andamento desta pesquisa. Em ambos os casos, houve um intercâmbio compreensivo de significação e reciprocidade quanto à interpretação da mensagem (música/canto).

No entanto, a introdução do canto pode encontrar “inviabilidade” quando é entendido como “mais uma atribuição” e não como uma atitude inerente ao profissional de saúde (FERNANDES, 2012). O que acontece algumas vezes é que, pela enfermagem ser uma profissão detentora de muitas atribuições em seu cotidiano de trabalho, os profissionais se limitam a realizar admissões de medicamentos, punções, venóclise, sondagens, administração de oxigênio entre outras técnicas, de modo automatizado em um processo de reprodução (SILVA, 2014). Daí a importância de fazer-se entender como parte do cuidado, de colocar-se no lugar do outro, promover a empatia.

Para Saviato e Leão (2016), o reconhecimento no outro do que promove a hostilidade de um ambiente e a busca por uma postura que modifique o ser profissional, optando por intervenções além do técnico-procedimental, está no cerne da restauração e do atendimento das necessidades previstas nesses elementos.

A esta consciência intencional de cuidado, Watson permeia o nono elemento do processo *Clinical Caritas*, que é ajudar nas necessidades básicas administrando o que é essencial ao cuidado humano; o que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado. Neste âmbito, o enfermeiro deve procura satisfazer as demandas próprias do neonato/família, sejam estas de cunho biológico, social, psicoafetivo e/ou espiritual (WATSON, 2009; 2016).

Entende-se, nesta pesquisa, que a assistência em saúde é passível de reconstrução e recomposição de suas práticas, uma vez que surgem e descobrem-se outras necessidades entre os envolvidos. Como o caso em que o neonato requeria, através de reflexos de sucção da mão, explanar sua necessidade de alimentação, que é uma unidade sensorial básica e prioritária na sobrevivência humana. Sem que esta necessidade seja atendida, não há meios que levem ao circunstanciamento das demais.

No entanto, houve a transposição desta via técnica e biofísica para um cuidado perceptível, na ampliação da forma de perceber, pensar e fazer enfermagem. Watson (1985) ratifica que a atenção e o carinho são requisitos importantes e atributos morais indispensáveis ao profissional, e este acaba por favorecer seu crescimento interior, proporcionando o cuidado de si e do outro.

Adiante, no décimo elemento, este cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado é expresso em dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte. Aqui a autora reconhece o olhar além do horizonte da

cientificidade, no que concerne à espiritualidade, à vida e à morte; como reconexão das partes fragmentadas do ser (WATSON, 2016).

Para viabilizar esse elemento, decorre a prática da evolução do enfermeiro em reconhecer-se como um ser em evolução; em responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, fazendo despertar em si mesmo o cuidado transpessoal. Tentando, assim, entender a complexidade dos seres em suas relações com o cosmos e o divino, dentro do insondável do universo com seus mistérios sem respostas (MATHIAS, ZAGONEL e LACERDA, 2006). Para Silva e et.al. (2012) os fatores existenciais e fenomenológicos-espirituais permitem ao ser cuidado transcender seu sofrimento e encontrar significados na situação vivenciada.

O cotidiano enfrentado pelos profissionais enfermeiros que trabalham em unidades neonatais lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação, realização e avaliação. O perguntar-se, primeiramente, sobre as forças existenciais, sobre em que ele intimamente acredita, auxilia o enfermeiro a reconhecer os significados que cada pessoa/ binômio atribui para a vida.

Esta abertura aos mistérios espirituais permite a transpessoalidade do cuidado e traduz aspectos em sua trajetória importantes à inovação do cuidado baseados no holístico através do uso de práticas alternativas, como o caso do canto. Crer e promover a voz cantada implicou à pesquisadora “ser” e “estar” presente numa relação terapêutica mútua e ampla, benéfica e que pode fazer a diferença, a qual se mostrou evidente nas fases de separações/despeditas.

## 5 “Emoções”

*“São momentos que eu não esqueci  
Detalhes de uma vida  
Histórias que eu contei aqui”  
(Roberto Carlos)*

Esta sessão dedica-se à conclusão do estudo, o qual objetivou analisar através das reações do recém-nascido se a voz cantada do profissional de saúde pode ser um fator de cuidado para a satisfação de suas necessidades.

Considerando todas as particularidades e subjetividades a que se submetem os sujeitos envolvidos nesse processo de cuidar, evidenciou-se que a o canto é capaz de trazer satisfações quando aplicada como recurso complementar a prática assistencial, a partir do momento em que esta busca modificações nos pensamentos, valores e crenças.

Sua utilização como ferramenta complementar na promoção da saúde foi demonstrada como um impacto positivo em uma variedade de ímpetos. O presente estudo aponta para a possibilidade de humanização ligada à aplicação de tecnologias simples que, em sua maioria, não são valorizadas em detrimento àquelas mais sofisticadas. Proporcionar uma assistência em um ambiente de cuidados neonatais, de onde procedem-se tecnologias, procedimentos técnicos e equipamentos, alicerça-se também no acolhimento das necessidades integrais dos pacientes e dos profissionais e amplia a perspectiva de humanização.

Para tal, a adoção da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson tornou-se uma possibilidade a ser seguida, uma vez que permitiu o alcance do objetivo proposto e facilitou o aprofundamento da percepção dos fenômenos subjetivos que envolvem um cuidado transpessoal. Ressalta-se a expressiva contribuição da teoria para embasar estes conceitos e reforçar uma assistência de enfermagem mais coerente, verdadeira e empática.

A voz cantada do enfermeiro pode ser concebida como um cuidado expressivo, potencializador de ajustamentos ao meio através do conforto, da expressão de emoções e do compartilhamento das experiências. Percebeu-se, assim, a mobilização e o estímulo à produção de intersubjetividades e à percepção de si (cuidador) e do outro (ser cuidado).

Ademais, buscou-se neste estudo encorajar e incitar a elaboração de uma prática assistencial eficaz desenvolvido em uma visão mais sensível e humana, promovida pela abertura de um canal de comunicação trans e redirecional e pelo uso dos elementos do processo *Clinical Caritas*. Tal implantação prática posiciona a enfermagem em um novo modo de cuidar evidenciado por suas potencialidades, conceitos, aplicabilidades e até mesmo pelas dificuldades encontradas.

Cabe, desta forma, levar em conta que algumas realidades vivenciadas no cotidiano de trabalho são contrárias aos princípios outrora almejados, e que muitas vezes propor novas metodologias de cuidado permeia-se de normas e rotinas institucionais.

No entanto, o estímulo ao desenvolvimento de um cuidado mais comprometido e humanizado ao recém-nascido e a sua família intenciona-se na reflexão de uma formação que capacite recursos humanos qualificados e estáveis física, emocional, espírita e psicologicamente; dentro da perspectiva emancipatória de seu ser.

Esta conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada, a observação passiva da mãe cantando ao bebê em momento alheio ao projeto, a aproximação da figura paterna ao cuidado, a empatia profissional em colocar-se e entender o lugar do outro, a sensibilidade em identificar outras demandas, e entre outras considerações encontradas, indicou a preposição de amor proposta neste estudo. O canto, tornou-se, portanto, um impulso vibracional dotado de propriedades que foram além do biofísico, e que promoveram um cuidado transpessoal envolto de beleza, encantamento e amor; capazes de atender as necessidades encontradas.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A.M.O. **Os efeitos da música no processo de reabilitação de bebês internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, 2013.
- ALMEIDA, V.F.M.B. **Relação entre características objetivas da voz cantada e seus atributos artísticos e estéticos**. Dissertação de Mestrado Integrado em Engenharia Electrotécnica e de Computadores da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Jan, 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Environmental Health. Noise: a hazard for the fetus and newborn. **Pediatrics**; v. 100, p. 724-7, 1997.
- ARAUJO, B.B.M.; RODRIGUES, B.M.R.D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. vol.44, n.4, pp.865-872, 2010.
- ARNON, S. Music therapy intervention in the neonatal intensive care unit environment. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 87, n. 3. Junho, 2011.
- AUTO, F.M.L.; AMANCIO, O.M.S.; LANZA, F.C. Efeito da música sobre o ganho de peso de prematuros maiores de 32 semanas: ensaio clínico randomizado. **Rev Paul Pediatr**, v. 31,n.3, p.293-9, 2013.
- BARBOSA, V. C.; FORMIGA, C. K. M. R.; LINHARES, M. B. M. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascido pré-termo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n. 4, p. 275-281, 2007.
- BATISTA, N.S.; RIBEIRO, M.C. O uso da música como recurso terapêutico em saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo, v. 27, n.3, p.336-41, 2016.
- BERGOLD, LB. A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental. Rio de Janeiro: UFRJ / **EEAN**, 2005.
- BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**; v. 13, n. 3, p. 537-42, jul-set, 2009.
- BEYER, E.S.W. **Cante, bebê, que eu estou ouvindo**: do surgimento do balbucio musical. In: BE-YER, Esther S.W. (Org.). et al. O som e a criatividade; dimensões da experiência musical. Santa Maria: **UFSM**, p.93-110, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília, 2006.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**, Brasília, DF, mar, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e Complementares em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BROWN G. NICU noise and the preterm infant. **Neonatal Netw.** v. 28, p. 165-73, 2009.

BRUSKKIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro. Ed. Enelivros; 2000.

CAMPOS, L.F.; NAKASY, M.V. Efeitos da Utilização da Música no Ambiente Hospitalar: revisão sistemática. **Revista Sonora**, v. 6, n.11, 2016.

CANDIA, M. A. B. **A Enfermagem e o Cuidado Humanizado**. 2011. Disponível em: <[http://artigos.netsaber.com.br/artigos\\_de\\_maria\\_aparecida\\_bortolato\\_de\\_candia](http://artigos.netsaber.com.br/artigos_de_maria_aparecida_bortolato_de_candia)>. Acesso em: 04 jan 2018.

CARDOSO, A.J.S. **A utilização da música como coadjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria**. Monografia apresentada a Universidade Fernando Pessoa como conclusão do curso de graduação em ciências da enfermagem, 2010. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1866/1/PG\\_16824.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1866/1/PG_16824.pdf). Acesso em 03 dez 2017.

CARDOSO, M.V.L.M.L.; FARIAS, L.M.; MELO, G.M. Música e glicose 25% no alívio da dor dos prematuros: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, set.-out., v.22, n.5, p.810-8, 2014.

CORRÊA, I.; BLASI, D.G. Utilización de la música em busca de la assistência humanizada em el hospital. **Investigación de Enfermería**, v. 27, n. 1, p. 46-53, 2009.

CORREIA, L.T.A. implantação do Projeto Ninar: a música no fortalecimento do vínculo mãe-bebê. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**, ISSN 2238-7242, Fortaleza, 2012.

COSTA, C. M. O despertar para o outro – Musicoterapia. São Paulo. Summus, 1989.

CRIVARO, E.T., ALMEIDA, I.S., SOUZA, I.E.O. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Rev enferm UERJ**, v. 15, p.248-54, 2007.

CUERVO, L. Articulações entre Música, Educação e Neurociências: Ideias para o Ensino Superior. In: **7 SIMCAM – Simpósio de Cognição e Artes Musicais**, 2011, Brasília. Anais do 7 SIMCAM. Brasília: UNB, 2011.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos**. 3 ed. Campinas: Papirus; 2006.

DUARTE, E.D.; BUENO, M.; VIEIRA, M.R. **Boas práticas na assistência ao parto e ao recém-nascido**. Mesa-redonda. VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 2013. Disponível em: < [http://www.redesindical.com.br/abenfo/viii\\_cobeeon\\_cd/pdfs/textos\\_palestrantes/ Mesa\\_redonda\\_elysangela.pdf](http://www.redesindical.com.br/abenfo/viii_cobeeon_cd/pdfs/textos_palestrantes/ Mesa_redonda_elysangela.pdf)>. Acesso em 24 Jan 2018.

FAVERO, L.; et.al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul Enferm**. v.22, n.2, p.213-8, 2009.

FAVERO, L., PAGLIUCA, L.M., LACERDA, M.R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**, mar/abr; v.47, n.2, 2013.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n.4, p.490-6, 2012.

FERNANDES, A.J.C.; et.al. Projeto Ninar: a Música no Fortalecimento do Vínculo Mãe-Bebê. **Anais Congresso Acadêmico**, ISSN 2179-1082, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

FERNANDES, A.J.C. **A música e o processo de ajustamento materno face à hospitalização do recém-nascido**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, 2012.

FERREIRA, C.C.M.; REMEDI, P. P.; LIMA, R. A. G. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 689-93, 2006.

FLUSSER, V. Músicos do Elo: músicos atuantes humanizando hospitais. Documentário Vídeo de Luiz Fernando Santoro. Fotografias de Christophe Meyer, Nuno Saraiva e Gerson Camargo. **Annablume**, São Paulo, 2013.

FRACALOSSO, R.D.P. **Música que Embala, Canto que Alimenta: a musicoterapia com mães e seus bebês prematuros**. Monografia apresentada ao Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário como conclusão do curso de graduação em musicoterapia, 2003. Disponível em: <[http://bapera.com.br/revista/musicoterapia/musica\\_renata.pdf](http://bapera.com.br/revista/musicoterapia/musica_renata.pdf)>. Acesso em: 03 ago 2016.

- GALLEGO, M.G.; GARCÍA, G., J. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. **Neurología**. v. 32, p.300-308, 2017.
- GARCEZ, A.; DUARTE, R.; EISENBERG. Produção e análise de vídeograções em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n.2, p. 249-262, mai./ago. 2011.
- GOMES, I.M.; et.al. Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson no Cuidado Domiciliar de Enfermagem à Criança: Uma Reflexão. **Esc Anna Nery**, v.17, n. 3, p.555 – 561, 2013.
- GÓMEZ-ROMERO, M.; et.al. Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review. **Neurología**. v.32, p. 253-263, 2017.
- GORDON, Edwin. Teoria da aprendizagem musical para recém-nascidos e crianças em idade pré-escolar. Lisboa: **Fundação Calouste Gulbenkian**, 2008.
- GRAVEN, S.N., BROWNE, J.V. Auditory development in the fetus and infant. **Newborn and Infant nursing Reviews**, v. 8, n.4:, p. 187-193, 2008.
- GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. A linguagem da dor no recém-nascido. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, São Paulo, 2010.
- HATEM, T.de P. **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Recife, Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2005.
- HONORATO, A. et al. A vídeo-gravação como registro, a devolutiva como procedimento: pensando sobre estratégias metodológicas na pesquisa com crianças. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Anais, Caxambu: **ANPEd**, 2006.
- ILARI, B.. Bebês também entendem de música; a percepção e a cognição musical no primeiro ano de vida. **Revista da Associação Brasileira de Educação Musical**, Porto Alegre:ABEM, n. 7, p.83-90, 2002.
- \_\_\_\_\_. A música e o cérebro; algumas implicações do neurodesenvolvimento para a educação musical. Revista da Associação Brasileira de Educação Musical, n. 9. Porto Alegre: **ABEM**, 2003.
- JABER, M.S. O BEBÊ E A MÚSICA: Sobre a percepção e a estruturação do estímulo musical, do pré-natal ao segundo ano de vida pós-natal. Dissertação (mestrado). Escola de Música, Rio de Janeiro, 2013.
- JABER, M.S.; MÜLLER, F.M. **Música na propaganda**: histórico, elementos, linguagem, sedução. Rio de Janeiro: UFRJ, Monografia (Bacharelado em Comunicação Social), 2004.
- JORDÁ, G. E. Music Therapy on Oncology. **Clinical and Translational Oncology**, v.10, 2008.

KRUEGER, Joel W. Doing things with music. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, v. 10, n.1, p. 1-22, 2010.

LANDIM, F.L.P., et al. Uma Reflexão sobre as Abordagens em Pesquisa com Ênfase na Integração Qualitativo-Quantitativa. **RBPS**, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006.

LEVITIN, Daniel J. A música no seu cérebro. Trad. Clóvis Marques. **Civilização brasileira**: Rio de Janeiro, 2010.

LIVIO, T.A, et.al. Boas práticas neonatais: a música terapêutica na ambientalização do recém-nascido na sala de parto. **Anais Congresso Brasileiro de Perinatologia**, Brasília, 2014.

LOEWY, J, et.al. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. **Pediatrics**, EUA, v.131, n. 5, 2013.

LUZ, S.H. Avaliação da resposta fetal à estimulação auditiva a partir da 13<sup>a</sup>. semana de gestação: estimativa temporal da viabilidade neurológica fetal. (Tese de doutorado), Porto Alegre: **UFRGS**, 2005

MARQUES, M.; FREIRE, R. D. **Influência da musicalização no desenvolvimento de um bebê prematuro de risco no primeiro ano de vida**. In: XVI Encontro Anual da ABEM e Congresso Regional da ISME na América Latina – 2007.

MATHIAS, J.J.S. **Cuidado transpessoal de enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia: um marco referencial** [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.

MATHIAS, J.J.S; ZAGONEL, I.P.S; LACERDA, M.R. Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de Enfermagem transpessoal. **Acta Paul. Enferm**, v.19, n.3,p.332-7, 2006

MATOSO, L.M.L.; OLIVEIRA, A.M.B. O efeito da música na saúde humana: base e evidências científicas. **C&D-Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v.10, n.2, p.76-98, jun./ago. 2017.

MEYERHOF, R. G. Auto-organização em neonatos pré-termo: comportamentos interativos e não interativos. **Rev. Bras. Cresc. Desenv Hum.**, São Paulo, 9(1), 1999.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade**. 29<sup>a</sup> Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOON, C., FIFER, W.P. Evidence of transnatal auditory learning. **J Perinatol**, v. 20, n.8, p. 37-44, 2000.

MUSZKAT, M.; CORREIA, C. M.F. e CAMPOS, S.M. Música e Neurociências. **Revista Neurociências**, 8(2): 70-75, 2000.

MUSZKAT, Mauro. Música, neurociência e desenvolvimento. In: JORDÃO, Gisele; ALLUCCI, Renata R.; et al. (coord). A Música na Escola. São Paulo: **Allucci & Associados Comunicações**, 2012.

*North American Nursing Diagnostic Association*. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificações 2003-2004. Porto Alegre: **Artmed**, 2005.

NASCIMENTO, M.M. UTI Neonatal: Ambiente de Expectativas ou de Estresse?. Ver. Psicologia Hospitalar [Online], 2012. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/uti-neonatal-ambiente-de-expectativas-ou-de-estresse>. Acesso em 10 set 2018.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM A SERES HUMANOS EM UNIDADE CRÍTICA. **R Enferm UERJ**, v.14, n.3, p.333-41, 2006.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S. **Pesquisa-Cuidado: uma abordagem metodológica que integrapesquisa, teoria e prática em enfermagem**. *Cogitare Enferm*, v.11, n.1, p.73-79, 2006.

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem. **Ed. Elsevier**, ed. 6, 2016.

NUNES, P.A.O. **Experiência auditiva no meio intrauterino**. Trabalho de Curso. 2009. Disponível em: <[www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)>. Acesso em: 01 fev 2018.

OLISCHAR, M., et al. The influence of music on aEEG activity in neurologically healthy newborns  $\geq 32$  weeks' gestational age. **Foundation Acta Paediatrica**, Australia, p. 670–675, 2011.

OLIVEIRA, C.C.; GOMES, A. **Breve História da Musicoterapia, suas Conceptualizações e Práticas**. Atas do XII Congresso da SPCE, 2014. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/39982/3/S%20livro%20SPCE%202015%20PCE2%20EIXOS%20BOOK%20CC%20%282%29.pdf>. Acesso em: 02 fev 2018.

PENHA, R.M. **A Espiritualidade na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: análise do conceito**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

PERANI, D., et al. Functional specializations for music processing in the human newborn brain. **PNAS**, Itália, v. 107, n. 10, 2010.

PICADO, S. B. R.; EL-KHOURI, R. N.; STREAPCO, P. T. Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no Centro Clínico Electra Bonini. **Pediatria (SÃO PAULO)**, v. 29, n. 2, p. 99-108, 2007.

RUUD, E. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo. **Summus**, 1990.

SALVADOR, P.T.C.O.; et. al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 111-7, 2012.

SANTOS, F.R.; CORONAGO, V.M.M.O. Uso da Musicoterapia como Terapia Alternativa no Tratamento da Doença de Parkinson . **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.11, n.35, p. 341-360, 2017.

SANTOS, L.S.; PARRA, C.R. 2015. Musica e neurociências: inter-relação entre música, emoção, cognição e aprendizagem. **O portal dos Psicólogos**. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0853.pdf>. Acesso em: 20 fev 2018.

SAVIETO, R.M., LEÃO, E.R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc Anna Nery**; v.20, n.1, p.198-202, 2016.

SEKEFF, M.L. **Da música, seus usos e recursos**. São Paulo. Editora UNESP, 2002.

SILVA, A.C.F. **Concepções dos Profissionais de Enfermagem acerca da Intervenção Musical Oferecida pelas Mães aos seus Recém-Nascidos Internados em Unidades de Cuidados Neonatais**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem, pela Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, 2014.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 291-298. Junho, 2008.

SILVA, A.L.; et al. Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 27-50, jul. 2002

SILVA, C. M.; et.al. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. **Revista Paulista de Pediatria**; v. 31, n. 1, p. 30-6, 2013.

SOARES, R.L.S.F.; et.al. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Esc Anna Nery**, v.19, n.3, p. 409-416, 2015.

SOUZA, K.M.O., FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Cien Saude Colet**, v.15, n.2, p.471-80, 2010.

SOUZA, D.J.; CONTIM, D.; D'INNOCENZO, M. Revisão integrativa dos estudos indexados sobre a Política Nacional de Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**; n.2, v.1, p. 51-60, 2014.

STANDLEY, JM. A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. **J Pediatr Nurs**, v.12, n.2, p. 107-13, 2002.

SUASSUNA, Ana Maria V. De Feto a Herdeiro – A Transmissão Psíquica entre Gerações e o Psiquismo Fetal. Curitiba: **Honoris Causa**, 2011. Disponível em: [www.anasuassuna.com.br/portugues/PsiquismoFetal.pdf](http://www.anasuassuna.com.br/portugues/PsiquismoFetal.pdf).

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: **Artes Médicas**, p. 253 – 264, 2000.

TABARRO, C.S., et.al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 445-52, 2010.

THAUT, M. H. The Future of Music in Therapy and Medicine. The Neurosciences and Music II: From Perception to Performance, Leipzig, Germany: **The New York Academy of Sciences**. p. 303-308, 2005.

VIANA, V; MAIA, T; RAMOS, M.; MENDES, F.; GUIMARÃES, H. Apoio Psicológico às Mães no Serviço de Neonatologia do Hospital de São João – Porto. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 19, n. 3. Maio, 2005.

VARGAS, M.E.R. **Influências da Música no Comportamento Humano: Explicações da Neurociência e Psicologia**. *Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST*. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012.

VICENTE, A. N. M. **O uso da música nas práticas de enfermagem: uma revisão integrativa**. Monografia apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul como conclusão do curso de graduação de Enfermagem. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35951/000816079.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 jan 2018.

WATSON, J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Conn.: **Appleton-Century-Crofts**; 1985.

\_\_\_\_\_. Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem. Loures (PT): **Lusociência**; 2002.

\_\_\_\_\_. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto Enferm**. v.16, n.1, p.129-35, 2007.

\_\_\_\_\_. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised ed. **Boulder**: University Press of Colorado; 2008.

\_\_\_\_\_. Caring as the essence and science of nursing and health care. **Mundo saúde**, v.33, n.2, p.143-9, abr-jun, 2009.

\_\_\_\_\_. Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human caring/caring Science. **Watson caring science institute**, 2010.

\_\_\_\_\_. Watson Caring Science Institute. 10 Caritas Processes®, 2016. Acesso em 20 jan 2018. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>

\_\_\_\_\_. **About Dr. Jean Watson**. College of Nursing. University of Colorado Anschutz Medical Campus, 2017a. Acesso em 23 nov 2017. Disponível em: <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/nursing/alumni/AlumniProfiles/Pages/Jean-Watson.aspx>.

\_\_\_\_\_. Elucidando a Disciplina de Enfermagem como Fundamental para o Desenvolvimento da Enfermagem Profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, 2017b.

WEIGSDING, J.A.; BARBOSA, C.P. A Influência da Música no Comportamento Humano. **Arquivos do MUDI**, v 18, n 2, p. 47-62, 2014.

WINKLER, I., G. HADEN, O. LADINIG, et al. 2009. Newborn infants detect the beat in music. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 106, p. 2468–2471, 2009.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A - QUADRO DE SELEÇÃO

Participante n° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO			CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
	Sim	Não		Sim	Não
Anomalias craniofaciais			Interno na UCINco		
Hemorragia intraventricular grau III e IV			Clinicamente estáveis		
Leucomalácia periventricular			Teste da orelhinha positivo		
Doenças neurológicas			Nota escala NIPS 0 ou 7		

Incluído na pesquisa: ( ) sim ( ) não

Data da seleção: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

### I. Dados de Identificação e caracterização (mães)

- Nome
- Idade
- Sexo
- Religião
- Estado civil
- Número de filhos
- Tipo de parto
- Data do parto

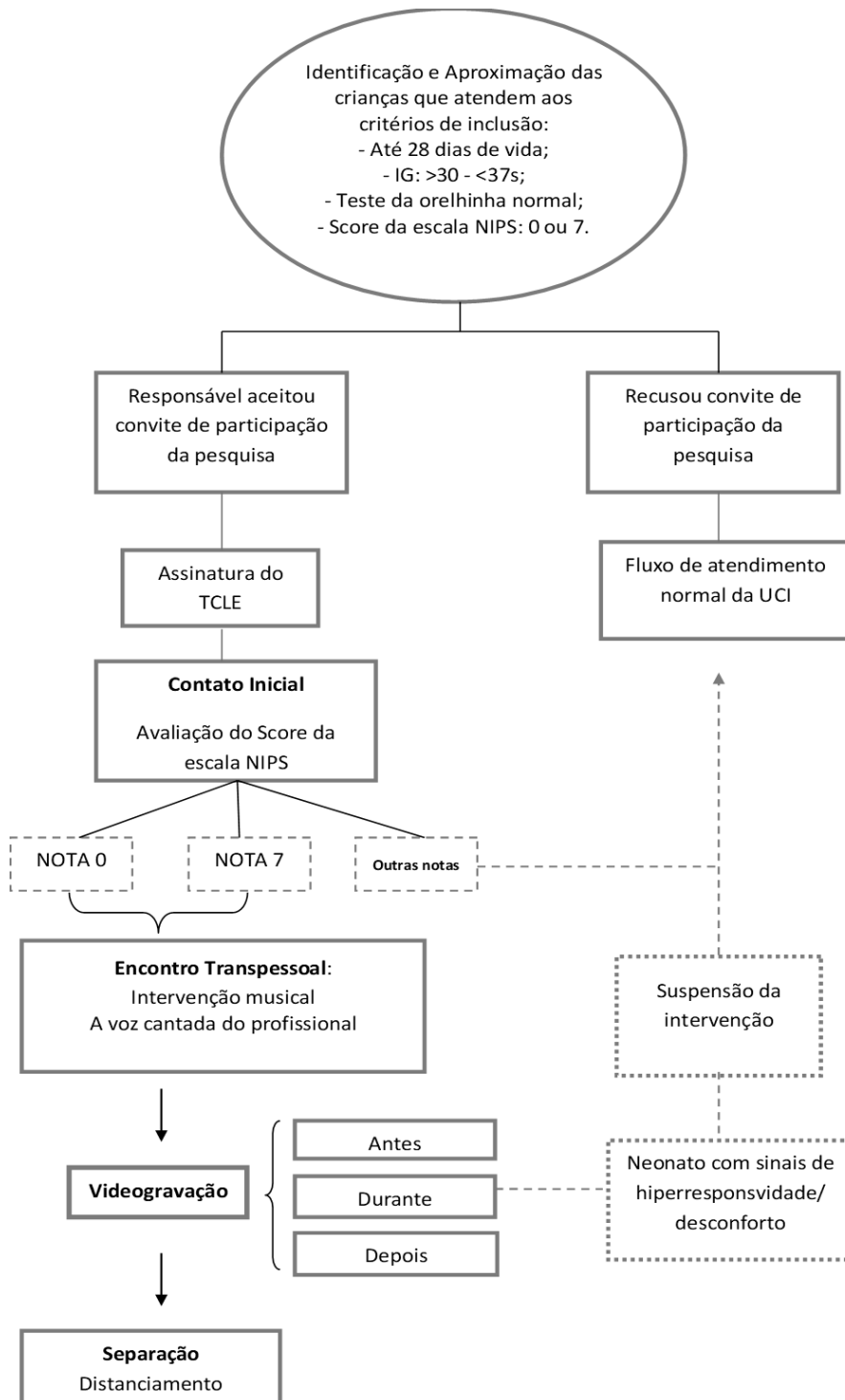
### II. Dados de Identificação e caracterização (bebês)

- Peso ao nascer
- Peso atual
- Tempo/Motivos de internação na UTI/UCI Neo
- Intercorrências
- Condição clínica atual

### III. Dados e Indicadores para Análise

- Expressão facial
- Choro
- Respiração
- Movimentos corporais
- Sons
- Estado de vigília
- Outros

## APÊNDICE C - FLUXOGRAMA DE COLETA DE DADOS



## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

***“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”*** (Resolução. nº 466/12-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Você ....., portador(a) de cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, responsável legal pelo(a) menor \_\_\_\_\_, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **“PROJETO EN[CANTO]: A VOZ CANTADA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO FUNDAMENTADA NO CUIDADO TRANSPESSOAL”** recebi da Sr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ingrid Martins Leite Lúcio e da Srt<sup>a</sup>. Mestranda Thaís Alves Lívio responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- **Que o estudo se destina a:** Analisar através das reações do RN prematuro se a voz cantada do profissional de saúde pode ser um fator de cuidado para a satisfação de suas necessidades.
- **Que a importância deste estudo está em:** proporcionar momentos de reflexão e aumentar a visão dos pesquisadores e sujeitos sobre os pontos importantes a serem melhorados no planejamento e nas ações de cuidados junto aos bebês internados na UCINco. Assim, pensa-se estar contribuindo para o crescimento e melhoria do serviço e da prática enfermagem, no que se refere à atenção humanizada durante o período de hospitalização do recém-nascido.
- **Que os resultados que se desejam alcançar são:** entender como se dá o processo de ajustamento do neonato a partir da implementação do uso da música cantada, identificando, assim, possíveis reações, bem como seus efeitos.
- **Que esse estudo começará em:** novembro de 2017 e finalizará em janeiro de 2018.
- **Que a participação do seu filho neste estudo será da seguinte maneira:** através da concessão de imagens, encontro de preparação e de uma intervenção musical que serão realizados na própria unidade. Após a assinatura do TCLE, serão gravados imagens do RN antes, durante e após o canto do profissional de saúde a fim de identificar suas reações frente a intervenção.
- **Que os dados do prontuário do seu filho(a) serão fontes de consultas,** assim como também poderá ocorrer acesso aos dados do prontuário da mãe a fim de complementar a coleta de dados;

- **Que os possíveis riscos à sua saúde física e mental serão:** constrangimento ou intimidação dos profissionais de saúde e/ou das mães responsáveis pelos RNs em caso de interpretação errônea de alguma pergunta; desconforto/hiperresponsividade do RN ao estímulo musical.
- **Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos:** a pesquisadora poderá suspender a aplicação da música; bem como, realizar a dinâmica de forma descontraída e empática, explicando todo o processo da pesquisa e mantendo uma postura solícita nos casos de dúvidas e dificuldades. Em caso de constrangimento ou manifestações emocionais, a pesquisadora esclarecerá aos responsáveis pelos participantes, em qualquer momento, sobre o estudo, bem como, o asseguro do sigilo e da confidencialidade para diminuir o desconforto. Os mesmos poderão desistir sem nenhum ônus, tanto para eles, quanto para a pesquisadora.
- **Que os benefícios que você poderá esperar com a participação:** mesmo que não diretamente é ser informada do resultado da sua contribuição e da participação do seu filho, podendo proporcionar melhoria da qualidade da assistência às mães e ao recém-nascido.
- Que sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que você tem o direito de não responder a perguntas que não queira.
- Que, a qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar este consentimento, sem que isso traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que você não receberá, nem pagará nenhum valor para participar do estudo;
- Que você deverá ser indenizado por todos os danos que venha a sofrer em função da participação de seu filho (nexo causal);
- Que as informações conseguidas através das imagens podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, nem você e seu filho não poderão ser identificados por nome ou qualquer outra forma.
- Que as informações correspondentes a cada participante incluído nesta pesquisa será guardada durante o período de cinco anos após o término do estudo, respeitando a confidencialidade e o sigilo, e após esse período serão destruídos;
- Que este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas entregue para você responsável pelo participante deste estudo e a outra via será mantida com a pesquisadora responsável.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a participação implicam, concordo em autorizar a participação do menor e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, Coordenação do Curso de Enfermagem

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota

Bloco: /Nº: /Complemento: S/N

Bairro: /CEP/Cidade: Bom Sucesso, 57.072-970, Maceió-AL.

Telefones p/contato: (82) 3214-1155

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas  
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo,  
Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: [comitedeeticaufal@gmail.com](mailto:comitedeeticaufal@gmail.com)

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do voluntário (a)**  
**(rubricar as demais folhas do T.C.L.E.)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Pesquisador responsável**  
**pele estudo ( rubricar as demais folhas do**  
**T.C.L.E.)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Docente responsável**  
**pele estudo ( rubricar as demais folhas do**  
**T.C.L.E.)**

## ANEXOS

## ANEXO A – ESCALA NIPS

Tabela 1

Escala de Dor para Recém-Nascidos=Neonatal Infant Pain Scale (NIPS).

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	---
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	---
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---

Presença de dor: &gt;3 pontos

**ANEXO B – LETRA DA MÚSICA “RECONHECIMENTO”, ISADORA CANTO**

Bem-vindo meu novo ser  
Cercado de proteção

De tanto amor tanta paz  
Dentro do meu coração  
É como se eu tivesse  
Esperado toda vida pra te embalar  
É como se eu tivesse  
Esperado toda vida pra te embalar

Bem-vindo meu novo ser...



## ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA



ESTADO DE ALAGOAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL  
Maternidade Escola Santa Mônica - MESM  
Av. Comendador Leão, S/N - Poço da Barra - Maceió/AL. CEP 57.000-000  
Fone: (82) 3315-4401 - CNPJ 12.517.793/0006-04

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA Nº 019/2017

Autorizamos a pesquisadora **Thais Alves Lívio**, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da UFAL, na área de Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção a vida, sob a orientação da Profª Drª **Ingrid Martins Leite Lúcio** e Co-orientação da Profª Drª **Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza**, a ter acesso à UCIN da Maternidade Escola Santa Mônica, para levantar as informações pertinentes ao objetivo da pesquisa intitulada: "Projeto En[canto]: A voz como terapia complementar ao recém-nascido prematuro fundamentada no cuidado transpessoal."

Ao pesquisador caberá:

- 1 - Firmar compromisso ético de seguir as normas e rotinas do serviço, zelar pela organização e não alteração dos documentos manuseados, sendo terminantemente **proibida** a retirada, fotocópia e fotografia de prontuários dos pacientes da Instituição;
- 2 - Manter sigilo da identificação do (a) paciente, e só divulgar os dados obtidos em reuniões e publicações científicas;
- 3 - **Informar a Gerencia Docente Assistencial a data de início e término da pesquisa, sob pena de ter seu trabalho interrompido e notificado junto ao Comitê de ética e Pesquisa da Instituição de Ensino responsável.**
- 4 - Entregar cópia do projeto, após o término do trabalho, para a Gerência Docente Assistência.

Declaro que concordo e farei cumprir as exigências acima estabelecidas.

Pesquisador(a):

Thais Alves Lívio

Orientador(a):

Ingrid Martins Leite Lúcio

Co-orientador(a):

Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza

Maceió, 29 de Novembro de 2017.

Sueli Maria Leite Borges

Sueli Maria Leite Borges  
Diretora da GDA/MESM

