

A Intervenção Musical como Instrumento de Redução do Estresse no CTI Clínico

Musical Intervention as a Stress Reduction Instrument in the Clinical ICU

Rafaela Cristina Nicolau Santos¹
Vanessa Rosa Pereira²
Luciana Filgueiras Houri³
Vanise Santos Castanheira⁴

Resumo

A pesquisa investigou os efeitos psicológicos da intervenção musical como minimização do estresse de pacientes hospitalizados no Centro de Terapia Intensiva (CTI Clínico) da Santa Casa de Belo Horizonte. Realizou-se um estudo de campo, experimental, orientado pela observação de dois grupos: Controle e Experimental. O primeiro foi convidado a responder um Questionário Sociodemográfico e a uma Escala de Avaliação de Estressores em UTI, sem receber qualquer tipo de exposição à música. O segundo, recebeu a intervenção musical e respondeu aos mesmos instrumentos do Grupo Controle, acrescido de uma Entrevista Semiestruturada que avaliou os significados desta intervenção na experiência de internação no CTI. Os resultados apontaram uma diferença dos escores de estresse estatisticamente significativa a 5% ($U = 445$, $p < 0,05$), indicando efeito positivo da intervenção no Grupo Experimental. Por sua vez, as respostas obtidas pela Entrevista Semiestruturada foram submetidas a Análise de Conteúdo e indicaram que os pacientes expostos à intervenção musical se sentiram, de modo geral, satisfeitos, relaxados, com sensação de bem-estar, acompanhada por sentimentos de amor e gratidão. Foi possível perceber que música se configura como estratégia de humanização da saúde e um relevante recurso não farmacológico capaz de auxiliar na minimização do estresse do grupo estudado.

Palavras-Chave: centro de terapia intensiva; estresse psicológico; música; intervenção.

¹ Santa Casa de Belo Horizonte. Centro de Terapia Intensiva da SCBH – Belo Horizonte/MG — rafaelansantos@gmail.com

² Santa Casa de Belo Horizonte. Unidade de Internação de Cardiologia da SCBH – Belo Horizonte/MG – vanessa_rosapereira@yahoo.com.br

³ Santa Casa de Belo Horizonte. Unidade de Internação de Oncologia da SCBH – Belo Horizonte/MG – luhouri@yahoo.com.br

⁴ Santa Casa de Belo Horizonte. Centro de Terapia Intensiva da SCBH – Belo Horizonte/MG – vanisesantopsi@gmail.com

Agência de Fomento: Financiamento próprio.

Abstract

The research investigated the psychological effects of music intervention as stress minimization of patients hospitalized in Intensive Care Unit (ICU Clinic) of a large public hospital. An experimental field study was conducted, guided by the observation of two groups: Control and Experimental. The first group was asked to answer a Sociodemographic Questionnaire and an ICU Stress Assessment Scale without receiving any exposure to music. The second received the musical intervention and responded to the same instruments of the Control Group, plus a Semi-Structured Interview that evaluated the meanings of this intervention in the ICU hospitalization experience. The results showed a statistically significant difference in stress scores at 5% ($U = 445, p < 0.05$), indicating the positive effect of intervention in the Experimental Group. In turn, the responses obtained by the Semi-Structured Interview were subjected to Content Analysis and indicated that patients exposed to musical intervention were generally satisfied, relaxed, with a sense of well-being, accompanied by feelings of love and gratitude. It was possible to perceive that music is a health humanization strategy and a relevant non-pharmacological resource capable of helping to minimize the stress of the studied group.

Keywords: intensive care unit; psychological stress; music; intervention.

Introdução

A hospitalização em Centros de Terapia Intensiva (CTI) tem sido amplamente discutida, principalmente após a criação da Política Nacional de Humanização. O programa Humaniza SUS tem como objetivo valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de prevenção e promoção da saúde, ressaltando a importância da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilidade entre eles (Ministério da Saúde, 2010).

Embora os CTIs sejam considerados uma referência do que há de mais avançado em tecnologia na área da saúde, eles podem representar, por outro lado, um local ameaçador. O mesmo investimento voltado para o controle e tratamento de doenças, muitas vezes é o responsável por promover a despersonalização dos pacientes, dando lugar ao medo, à insegurança e à solidão (Andrade & Resende, 2014). Ele instiga no imaginário social a possibilidade real de morte, representada pela utilização de medidas de cuidado invasivas e dolorosas (Proença & Dell Agnolo, 2011). O paciente internado no CTI precisa lidar com o rompimento dos planos de vida que sucede ao adoecimento, além da limitação da presença de familiares e visitantes, restrição ao leito, a invasão de sua privacidade, a dependência do outro, as alterações no ciclo circadiano, os desconfortos físicos gerados com os procedimentos clínicos, dentre outros (Dias, Resende & Diniz, 2015). Estar submetido a estas condições, segundo Andrade e Rezende (2014), pode contribuir para a ocorrência de distúrbios psicológicos significativos, capazes de ocasionar exaustão emocional e repercutir diretamente na recuperação física do paciente (Proença & Dell Agnolo, 2011). Todos estes fatores podem ser considerados, segundo Rosa, Rodrigues, Gallani, Spana & Pereira (2010), como estressores psicológicos. Estes são definidos como estímulos ou situações capazes de produzir respostas de estresse, caracterizadas por reações fisiológicas ocorridas frente à percepção de situações aversivas e ameaçadoras.

Diante deste contexto e da possibilidade de repensar a construção do processo de saúde, estabelecida através do programa Humaniza SUS, torna-se imprescindível discutir sobre novas formas de cuidar, que ressaltem o acolhimento, a autonomia e a valorização do paciente, visando seu bem-estar e qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2010). Em sintonia com essa perspectiva, a música tem se tornado uma importante aliada dos profissionais de saúde. A sua exposição está associada à melhoria das respostas hemodinâmicas, como redução de frequência cardíaca e respiratória, controle da dor e ativação da memória, contribuindo para uma melhor adaptação de pacientes ao processo de hospitalização (Berrocal, 2011).

Bergold e Alvim (2009) apontam que os estímulos musicais são capazes de alterar parâmetros vitais como frequência cardíaca e respiratória, além de estimular a energia muscular e a memória. Filho, Silva e Gattino (2016) ressaltam ganhos em relação às atividades motoras, afetivas e intelectuais em indivíduos de todas as idades. A música também pode acolher e proporcionar consolo diante da ausência de familiares queridos, além de mobilizar pensamentos de fé, de espiritualidade, aumento de esperança e recuperação da saúde, se tornando uma alternativa criativa e eficaz na minimização da angústia, do medo e dos desconfortos muitas vezes vivenciados na hospitalização (Araújo & Silva, 2013). No que diz respeito ao tratamento de pacientes que vivenciam o processo de terminalidade, Sales, Silva, Pilger & Marcon (2011) demonstram o uso da música como ferramenta capaz de proporcionar a minimização da dor, bem como facilitar a comunicação entre paciente e equipe de saúde, tornando o cuidado mais humanizado.

Pensando neste cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar os efeitos psicológicos da intervenção musical nas respostas de estresse emitidas por pacientes internados no CTI da Santa Casa de Belo Horizonte.

Método

Para atingir este objetivo, a pesquisa realizou um estudo de campo, experimental, e de metodologia mista, isto é, englobando uma investigação qualitativa e quantitativa, no Centro de Terapia Intensiva Clínico Adulto da Santa Casa de Belo Horizonte, nos meses de junho a setembro de 2018 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE: 90125718.8.0000.5138). Trata-se de um setor que conta com 35 leitos, divididos entre CTI Clínico Agudo (20 leitos) e CTI Clínico Crônico (15 leitos).

A pesquisa contou com 50 participantes, divididos em dois grupos: Grupo Controle (GC) e Grupo Experimental (GE), ambos com 25 participantes cada. Os critérios de inclusão foram pacientes com tempo de internação superior a 72 horas, de ambos os sexos, com idade acima de dezoito anos, conscientes, com linguagem e audição preservadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Estabeleceu-se como critérios de exclusão a participação daqueles que optassem por não responder à pesquisa, que não possuíam linguagem oral, audição e consciência preservadas, além daqueles que não tinham condições clínicas de assinar o TCLE ou não possuísem algum familiar que pudesse representá-los. Do mesmo modo, pacientes que manifestassem algum mal-estar no momento da abordagem da pesquisadora seriam excluídos da aplicação. Também foram excluídos da pesquisa os pacientes submetidos à traqueostomia. Esta seleção contribuiu significativamente para a redução do número amostral, uma vez que pacientes traqueostomizados correspondem a uma boa parcela das internações neste CTI.

Os participantes do GC não foram submetidos a nenhum tipo de intervenção musical, ao contrário do GE. Neste, buscou-se submeter os pacientes às condições mais próximas possíveis do GC, porém, agregadas à exposição a intervenção musical.

A estrutura física do CTI trouxe uma limitação desafiadora neste estudo. O sistema de som disponível é composto por caixas acústicas embutidas nas paredes dos leitos, todas vinculadas à mesma central de som. Tal fato impossibilitou a separação e observação simultânea dos dois grupos. Devido a isso, sua reprodução ocorreu ao mesmo tempo em todos os leitos, tornando necessária a coleta de dados dos grupos em tempos distintos.

Os dados do GC foram coletados por 45 dias nos meses de junho a agosto de 2018, sem utilizar o sistema de som do CTI. No GE, foram coletados também por 45 dias, nos meses de agosto e setembro do mesmo ano. Há de se reconhecer que devido a este desafio a pesquisa esteve sujeita a possíveis interferências como mudança de equipe, mudança no perfil dos participantes, bem como a presença de novos eventos estressores.

Por sua vez, a intervenção musical ao qual o GE foi submetido ocorreu pelo período de uma hora, sempre entre 07:30h às 08:30h da manhã, através da utilização de uma lista de música gravada em um CD. Optou-se por este horário ao considerar a rotina do setor, que após as 08:30h fica exposto à maior movimentação da equipe e acompanhantes. A escolha das músicas seguiu os critérios de Silva Júnior (2012), para o qual a definição do repertório musical para intervenções em hospitais tem seguido a utilização de canções instrumentais, priorizando o volume baixo e o ritmo lento. Sendo assim, foram gravados 5 CDs, um para cada dia da semana, visando promover a rotatividade das músicas instrumentais utilizadas, entre o estilo clássico e música popular brasileira.

Para o GC, foram utilizados um Questionário Sociodemográfico e uma Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (ESQ). Para o GE, foram utilizados estes mesmos instrumentos, acrescido de uma Entrevista Semiestruturada, contendo três perguntas que abordavam o significado da música para os participantes.

A ESQ é um instrumento validado e adaptado para a população brasileira por Rosa et al. (2010), podendo ser utilizado por toda equipe multiprofissional. Trata-se de uma escala tipo *likert* que visa identificar os fatores geradores de estresse no contexto da Terapia Intensiva. É composto por 50 itens que apontam um panorama de possíveis eventos a ocorrer no CTI, sendo classificados por uma escala graduada em valores de 0 a 4, sendo: 0- não se aplica; 1- não estressante; 2- moderadamente estressante, 3- muito estressante, e 4- extremamente estressante. A soma das respostas aos 50 itens fornece o escore total, numa variação de 0-200. Quanto maior o valor do escore, maior o estresse percebido pelo paciente. A média dos escores é calculada para cada um dos 50 itens e classificada desde a mais estressante até a menos estressante. Após responder à escala, o paciente é convidado a apontar os três fatores mais estressantes presentes na lista, além de duas questões abertas para sugestões de inclusão de itens e de comentários sobre o instrumento (Rosa et al., 2010).

Após a ocorrência da intervenção musical, o paciente do GE foi convidado a responder ao mesmo Questionário Sociodemográfico e à mesma Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva utilizados na coleta de dados do GC. Contudo, foi também convidado a responder uma Entrevista Semiestruturada elaborada pela própria pesquisadora, orientada pelos objetivos desta pesquisa. A Entrevista Semiestruturada é composta por três perguntas direcionadas para a melhor compreensão da experiência e do significado da intervenção musical no CTI para os pacientes.

Toda a coleta de dados se deu à beira leito, através da leitura dos instrumentos em voz alta para o participante. Foi utilizado um gravador de voz de aparelho celular durante toda a aplicação dos instrumentos com o objetivo de atingir a maior integridade dos dados. Os registros coletados foram, posteriormente, transcritos na íntegra.

Os resultados obtidos com a ESQ foram tabulados e submetidos à métodos estatísticos de compreensão, na qual se verificou a relação de causa e efeito entre o estresse vivenciado por pacientes hospitalizados no CTI e a intervenção musical no setor. Foi realizado o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes para analisar se havia diferença significativa entre os escores totais do Grupo Controle e do Grupo Experimental. Foi também calculado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar se o tempo de hospitalização de CTI influenciava nos escores totais das escalas. Os programas utilizados para esta análise foram o R (versão 3.4.4) e *Microsoft Excel* 2013.

No que corresponde à análise das respostas obtidas pela Entrevista Semiestruturada, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. Trata-se de um método qualitativo amplamente utilizado que consiste em um conjunto das técnicas que visa obter, através da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às suas condições de produção e recepção (Bardin, 2016, p.47). Esta análise foi realizada calcada na proposta de Bardin (2016) e Câmara (2013), podendo ser dividida nas seguintes fases: codificação para formulação das categorias; recorte do material em unidades de registro, através de frases de mesmo conteúdo semântico ditas pelos pacientes; agrupamento das unidades de

registro em categorias comuns; organização das categorias de acordo com a temática descrita; agrupamento progressivo das categorias; interpretação das categorias de conteúdo embasadas no referencial teórico deste estudo.

A revisão bibliográfica indicou os seguintes temas na descrição da experiência de pessoas com a música: autoestima, criatividade, satisfação, estímulo às recordações, ampliação da capacidade reflexiva, relaxamento, transcendência, aconceitualidade, sensação de bem-estar, felicidade, alegria, dentre outros (Areias, 2016; Bergold & Alvim, 2009; Berrocal, 2011; Campos & Nakasu, 2016; Nunes-Silva, Valadares, Rosa, Lopes & Marra, 2016; Silva Júnior, 2008). Esta categorização permitiu a análise, interpretação e compreensão do significado da música para pacientes entrevistados.

Resultados

O perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, conforme indicado pela Tabela 01, mostra a prevalência do sexo masculino em ambos os grupos, sendo 64% no GC e 52% no GE. A média de idade ficou entre 48,6 ($\pm 15,6$) anos para o GC e 54,4 ($\pm 18,6$) anos para o GE. Quanto ao Estado Civil, nota-se que grande parte dos participantes eram casados, totalizando, igualmente, 44% da amostra de cada grupo. Em sua maioria, possuíam filhos (80% do GC e 88% do GE) e não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada (60% GC e 76% GE). Em relação à formação, a maioria dos participantes dos dois grupos cursaram ensino fundamental completo ou incompleto, apontando o baixo nível de escolaridade da amostra estudada (52% no GC e 52% no GE). Quanto à experiência anterior de hospitalização em CTI, nota-se que a distribuição dos grupos foi inversamente proporcional, sendo que 64% do GC nunca haviam estado em CTI anteriormente e 64% do GE já haviam passado por tal experiência. No que diz respeito aos dias de recuperação em CTI, 44% da amostra de ambos os grupos estavam vivenciando entre o 6º e o 10º dia de hospitalização no referido setor.

Analisando as respostas a cada um dos cinquenta itens da Escala de Avaliação de Avaliação de Estressores em UTI (ESQ), nota-se que no Grupo Controle o item 32, “Sentir dor” ($3,16 \pm 1,28$), apresentou a maior média entre as respostas obtidas, enquanto que no Grupo Experimental a maior média foi a do item 34, “Ser furado por agulhas” ($2,76 \pm 1,27$). Os maiores desvios foram encontrados nos itens 35 “Não ter a noção de onde está” (1,74) e 28 “Não conseguir dormir” (1,75) nos grupos Controle e Experimental, respectivamente.

Quanto ao escore total da escala utilizada, representado pela soma dos cinquenta itens das ESQs, observa-se uma diferença entre os dois grupos, evidenciada pelas médias e medianas dos escores menores no Grupo Experimental (Tabela 2). A amostra desse mesmo grupo também é mais homogênea com desvio-padrão inferior ao do Grupo Controle.

Foi realizado o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes para analisar se havia diferença entre os escores totais dos dois grupos e verificou-se que a diferença era estatisticamente significativa a 5% ($U = 445$, $p < 0,05$) indicando valores menores de escores da ESQ para os que foram expostos ao tratamento musical.

Percebeu-se que o tempo de internação no CTI não influenciava em escores maiores ou menores para ambos os grupos. No Grupo Controle o coeficiente de correlação de Pearson estimado foi de 0,293 e não foi estatisticamente significativa a 5% ($t = 1,472$, $p > 0,05$). No Grupo Experimental o coeficiente de correlação estimado foi muito próximo de zero e também não foi considerado estatisticamente significativa a 5% ($t = -0,007$, $p > 0,05$).

Também foram eleitos pelos participantes quais eram os fatores mais estressantes que compunham a ESQ, num máximo de três. Alguns pacientes não se lembravam ou não responderam, levando a um número de respostas levemente diferente entre grupos. No GC o item 50, “Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento”, foi o mais indicado (9,1%), enquanto no GE a maior indicação foi pelo item 47, “Estar incapacitado para exercer seu papel

Tabela 01 – *Distribuição das características sociodemográficas dos Grupos Controle e Experimental.*

Grupo Controle (n=25)			Grupo Experimental (n=25)	
Variáveis	Contagem (%)	Média	Contagem (%)	Média
Sexo				
Feminino	9 (36%)		12 (48%)	
Masculino	16 (64%)		13 (52%)	
Idade				
18-30 anos	4 (16%)	23,5	3 (12%)	26,0
31-40 anos	3 (12%)	34,3	4 (16%)	35,3
41-50 anos	5 (20%)	45,8	3 (12%)	44,0
51-60 anos	7 (28%)	55,1	4 (16%)	56,0
61-70 anos	4 (16%)	63,8	7 (28%)	65,4
Mais de 70 anos	2 (8%)	74,0	4 (16%)	81,8
Estado Civil				
Solteiro (a)	10 (40%)		7 (28%)	
Casado (a)	11 (44%)		11 (44%)	
Divorciado (a)	3 (12%)		1 (4%)	
Viúvo (a)	1 (4%)		6 (24%)	
Filhos				
Sem filhos	5 (20%)		3 (12%)	
Com filhos	20 (80%)		22 (88%)	
Escolaridade				
Analfabeto	0 (0%)		2 (8%)	
Fundamental Completo	4 (16%)		1 (4%)	
Fundamental Incompleto	9 (36%)		12 (48%)	
Médio Completo	7 (28%)		7 (24%)	
Médio Incompleto	4 (16%)		3 (12%)	
Superior	1 (4%)		0 (0%)	
Exerce atividade remunerada				
Sim	10 (40%)		6 (24%)	
Não	15 (60%)		19 (76%)	
Internação anterior em CTI				
Sim	9 (36%)		16 (64%)	
Não	16 (64%)		9 (36%)	
Dias de internação				
Até 3 dias	7 (28%)		5 (20%)	
3-6 dias	5 (20%)		4 (16%)	
6-10 dias	11 (44%)		11 (44%)	
> 10 dias	2 (8%)		5 (20%)	

na família" (11,8%). Além disso, os itens 40 "Não ter privacidade" e 4 "Ter sede" aparecem entre os mais cotados nos dois grupos.

A Tabela 03 demonstra os dados obtidos através da análise qualitativa das três questões utilizadas na entrevista semiestruturada do GE. A primeira questão, que pretendia compreender a sensação da presença da música na UTI, indicou que a maior parte dos pacientes se sentiram satisfeitos (33,89%), relaxados (15,25%), influenciando positivamente nas reflexões sobre si e sobre o ambiente da terapia intensiva (10,16%). A segunda questão, que visava compreender a percepção

Tabela 02 – Distribuição do escore total da ESQ por participante e por grupo.

Participante	Grupo Controle (n=25)		Grupo Experimental (n=25)	
	Dias de CTI	Soma das respostas	Dias de CTI	Soma das respostas
1	5	71	7	115
2	5	48	3	108
3	3	54	5	120
4	3	55	6	69
5	4	58	10	87
6	4	28	10	65
7	7	127	3	41
8	12	141	10	30
9	33	104	6	34
10	3	43	7	55
11	4	94	10	100
12	6	146	3	25
13	3	66	3	68
14	7	72	5	92
15	7	149	6	75
16	6	128	3	54
17	5	98	9	31
18	4	73	15	52
19	6	132	4	71
20	9	120	7	73
21	3	91	4	81
22	3	81	4	55
23	4	109	5	33
24	5	70	5	15
25	3	114	4	58
Média	6,2	90,9	6,2	64,3
Mediana	5	91	5	65
Desvio-Padrão	6,00	34,93	3,04	28,77

dos pacientes sobre a possibilidade de novas experiências pessoais decorrentes da intervenção musical na UTI, indicou que os mesmos se perceberam mais relaxados (18,84%), com impressões positivas sobre a música utilizada (11,59%), satisfeitos (8,69%) e com sensação de paz e bem estar ao longo do dia (8,69%). A terceira questão, que visava representar em uma única palavra a experiência da intervenção musical, mostrou que satisfação (28,57%) seguida da sensação de paz e bem estar (17,85%) e de amor (14,28%) foram as palavras que melhor representaram a experiência da música.

Quanto à comparação das respostas de estresse entre os dois grupos, obtidas pelo escore total da ESQ e ilustradas na Tabela 02, verifica-se que o GC demonstrou maiores respostas de estresse (90,9±34,93) em comparação ao GE (64,3±28,77). Além disso, percebe-se que o paciente que demonstrou maior média de suas respostas (3) em relação às respostas da ESQ do GC apontou uma vivência de estresse classificada pela escala como muito estressante, sendo que o paciente que demonstrou maior média (2,4) em relação às respostas da mesma escala no GE apontou uma vivência de estresse classificada como moderadamente estressante. Por outro lado, nota-se que mesmo com a média de cinco dias de internação equivalente nos dois grupos, o GE, que foi exposto à intervenção musical, evidenciou menores escores de estresse em relação ao GC, que não passou por tal exposição. Este fato evidencia que o tempo de internação no CTI não influenciou nos escores de cada grupo.

Tabela 03 – *Categorização das Unidades de Sentido obtidas através da análise da entrevista semiestruturada.*

1. Como você se sentiu com a utilização da música na uti?		
	Frequência	%
Satisfação	20	33,89%
Relaxamento	9	15,25%
Reflexões sobre si ou sobre o ambiente	6	10,16%
Auxílio na vivência do tempo	5	8,47%
Amparo	4	6,77%
Impressões positivas sobre a música	4	6,77%
Alívio	3	5,08%
Felicidade	2	3,38%
Sensação de paz e bem estar	2	3,38%
Transcendência	2	3,38%
Criatividade	1	1,69%
Aconceitualidade	1	1,69%
2. Você percebeu alguma mudança no decorrer do seu dia após o momento em que ouviu a música?		
	Frequência	%
Relaxamento	13	18,84%
Impressões positivas sobre a música	8	11,59%
Satisfação	6	8,69%
Sensação de paz e bem estar	6	8,69%
Alívio	5	7,24%
Reflexões sobre si ou sobre o ambiente	5	7,24%
Alegria	4	5,79%
Felicidade	4	5,79%
Auxílio na vivência do tempo	4	5,79%
Criatividade	3	4,34%
Amparo	2	2,89%
Autoestima	2	2,89%
Diminuição da ansiedade	2	2,89%
Estímulo às recordações	2	2,89%
Aconceitualidade	2	2,89%
Transcendência	1	1,44%
3. Defina com uma só palavra a sua experiência com música na uti		
	Frequência	%
Satisfação	8	28,57%
Sensação de paz e bem estar	5	17,85%
Amor	4	14,28%
Gratidão	3	10,71%
Relaxamento	2	7,14%
Aconceitualidade	2	7,14%
Criatividade	1	3,57%
Impressões positivas sobre a música	1	3,57%
Conforto	1	3,57%
Preciosidade	1	3,57%

Discussão

Qualquer situação que exija do paciente uma adaptação física ou psicológica, representada pela exposição à condição ameaçadora, é considerado como evento estressor. Nesta perspectiva, o CTI pode ser classificado com um local provedor de estresse, uma vez que o paciente nele hospitalizado tende a reagir de modo a buscar formas de se adaptar, física e emocionalmente, frente às muitas privações decorrentes das estratégias de cuidado adotadas neste setor (Rosa *et al.*, 2010).

Os resultados apontados neste estudo evidenciam a relação entre a experiência da hospitalização em CTI e a ocorrência de respostas de estresse durante este período. Conforme apontado pelas respostas aos itens da ESQ, sentir dor (3,16), não conseguir dormir (3,04) e ser furado por agulhas (2,84) foram as situações apontadas como as mais estressantes para os pacientes do GC. Para os do GE, ser furado por agulhas (2,76), sentir dor (2,4) e ter luzes acesas constantemente (2,2) foram as respostas mais frequentes. Nota-se aí que a experiência tende a ser semelhante nos dois grupos, uma vez que a sensação de dor e da privação do sono ocupam as três primeiras posições do ranking, porém, no GC, grupo não exposto à intervenção musical, os valores das médias foram maiores em comparação ao GE, grupo exposto à intervenção.

A opinião dos pacientes sobre as situações de estresse vivenciadas em CTI ganha maior visibilidade frente à possibilidade de terem escolhido os três itens mais estressantes da escala. O item mais frequente no GC foi sentir-se pressionado a concordar com o tratamento (9,67%), seguido por não ter privacidade e não ter controle sobre si mesmo (ambos com 6,45%). Já no GE, estar incapacitado para exercer seu papel na família (12,50%), seguido por ter sede e ter luzes acesas constantemente (ambos com 9,37%) foram os itens mais considerados. Estas opiniões explicitam os efeitos psicológicos do estresse nas subjetividades presentes nestes espaços, apontando a importância e a necessidade do exercício da autonomia mesmo diante das condições de fragilidade. Ao analisar tais dados, torna-se extremamente relevante repensar o perigo da despersonalização destas pessoas, principalmente no contexto da terapia intensiva (Dias, Resende & Diniz, 2015)

O processo de reconhecimento e identificação destes eventos estressores e dos aspectos negativos da internação em CTI, tem sido motivador para ampliar discussões acerca de medidas de prevenção e cuidado. Sabe-se que, nos últimos anos, as equipes têm adotado práticas que melhoram as condições de atendimento, havendo maior interesse por estudos que considerem os impactos da terapia intensiva na qualidade de vida e nas condições psicológicas dos pacientes (Vesz *et al.*, 2013). Este movimento tem alcançado um resultado significativo na redução da mortalidade através da expansão do conhecimento e execução de práticas humanizadoras. Neste novo cenário, nota-se um aumento da ocorrência de efeitos positivos, a curto e a longo prazo, para aqueles que necessitaram dos cuidados intensivos e foram atendidos de modo a terem sua subjetividade reconhecida e respeitada (Backes, Erdmann & Büscher, 2015; Cabral, Teixeira, Oliveira, Hass & Azzolin, 2009; Mazullo Filho, Silva, Tavares, Rocha, 2011).

Tal situação fica evidente ao analisar o discurso dos pacientes do GE na Entrevista Semiestruturada, conforme Tabela 03. A primeira pergunta da entrevista demonstrou que os mesmos sentiram satisfação (33,89%) positiva à presença do estímulo musical no contexto da terapia intensiva, além da sensação de relaxamento (15,25%), de capacidade reflexiva (10,16%), bem como de melhor auxílio à passagem do tempo (10,16%). Chama também atenção a sensação de amparo, alívio e felicidade, assim como verbalizado por alguns pacientes: “*Muito bom, deu um alívio. A mente até muda, a gente se sente mais feliz.*” (GE22); “*Senti que vocês estavam me recebendo de coração, de amizade... E que eu estava me sentindo à vontade*” (GE12). Chama atenção, ainda, o discurso intenso e cheio de significados do paciente GE18 à esta primeira

pergunta, no qual além da referência em relação aos temas citados acima, faz menção ao alívio da dor física, manifestando sua capacidade de transcender à situação estressora vivenciada:

“A gente até voa. Comentei com a minha família: - Aqui é legal, a gente toma banho ouvindo música. Eu tô conseguindo suportar a dor. A menina que estava aqui até falou: - Nó! Tem musiquinha! e eu respondi: - e bem na hora do banho! Isso dá um alívio, uma ajuda. Alivia a dor. Às vezes as pessoas acham que a dor vem de fora, mas ela vem de dentro. A música parece uma mão... ela não tira toda a dor, mas ela faz massagem nela.” (GE18).

No que tange a possibilidade de transformação da rotina diária depois de terem vivenciado a intervenção musical no CTI, relataram, na segunda pergunta da entrevista, que tiveram impressões positivas sobre o tipo de música utilizada (11,59%), capaz de auxiliar na vivência do tempo (5,79%). Além disso, se perceberam mais relaxados (18,84%), aliviados (7,24%), com sensação de paz e bem estar (8,69%), melhorando a capacidade criativa (4,34%) e reflexiva (7,24%) ao longo do dia, como registrado a seguir: *“Me senti mais calma para ponderar as decisões melhor. Eu gostei, porque sou muito acelerada.” (GE20); “Fica mais tranquilo, né?! O pensamento eleva. Eu fico ouvindo a música e concentrado naquilo. A cabeça não tem espaço para ficar preocupado com mais nada. Eu gosto!” (GE24); “Fico mais calmo. Alivia o estresse de ficar sem fazer nada.” (GE5); “Senti liberdade e felicidade. Você tá naquele grau de preocupação e relaxa. Só toca instrumento, não tem voz... a voz é a gente que coloca” (GE7); “Muda [o dia] para melhor. Para ser mais humilde. Coração fica melhor... Tem uma paz no coração.” (GE11).* O paciente considerado com maior escore de estresse pela aplicação da ESQ relatou como resposta a esta pergunta a seguinte frase: *“acompanhei a música... Traz sensação de coisas boas.” (GE3).* Este relato pode indicar que mesmo frente aos eventos estressores vivenciados, a música conseguiu fazê-lo perceber os sentimentos positivos capazes de auxiliar neste momento.

Ao serem convidados a resumir a experiência vivenciada em uma única palavra, verificou-se com prevalência: satisfação (28,57%); paz e bem estar (17,85%), amor (14,28%) e gratidão (10,71%). As menos frequentes, porém não menos importantes, foram: relaxamento (7,14%), criatividade (3,57%), conforto (3,57%) e preciosidade (3,57%).

Mesmo que pequena, é relevante ponderar sobre a frequência da aconceitualidade nesta análise. Na primeira pergunta, esta unidade de sentido apareceu com frequência de 1,69%, na segunda com 2,89% e na terceira com 7,14%. Tal fato pode ser justificado pela adoção de uma postura neutra dos pacientes frente à intervenção musical, podendo estar relacionada ao gosto pessoal ou até mesmo às questões religiosas, como apontado por uma paciente: *“Normal. Gosto de música evangélica.” (GE10).*

Outro fator relevante sobre a presença da aconceitualidade é a sua relação com as variáveis escolaridade e idade. Assim como ilustrado no Quadro 1, 48% dos participantes do Grupo Experimental cursaram o ensino fundamental incompleto (48%) e, em sua maioria, possuíam entre 61 e 70 anos de idade (28%). Este cenário pode ser um indício ao favorecimento da compreensão ou do interesse superficial pelos instrumentos utilizados para a coleta de dados e, desta forma, uma maior facilidade para a ausência de conceitos.

De maneira geral, a identificação da aconceitualidade foi mínima em relação à satisfação dos pacientes. Na primeira pergunta, esta unidade de sentido apareceu com 33,89%, na segunda com 8,69% e na terceira com 28,57%, se tornando a unidade de sentido mais frequente nas respostas obtidas e indicando que a intervenção musical no CTI pode ter uma boa aceitação e ser uma experiência positiva para os pacientes.

Outro fator importante, diz da percepção sobre a forma como a música atingiu também a equipe que estava presente no setor nos momentos da intervenção. Muitos profissionais disseram se sentir mais motivados no trabalho, perceberam melhor interação com os pacientes e familiares durante ou após a música, além de satisfação com o estilo musical escolhido.

Posto isso, nota-se que a intervenção musical pode promover benefícios nas dimensões física, psicológica, cognitiva, social e espiritual do ser humano. Ela permite entrar em contato com os significados e sentidos de vida, construídos no decorrer de sua historicidade. Isso só é possível porque a música, em seu caráter artístico, não permite fixidez e acolhe as múltiplas pluralidades que nela desejam habitar (Zanini, 2013). É o que aponta Carneiro (2013) ao dizer que as obras musicais não são apenas um encadeamento de sons numa determinada estrutura; são o resultado da confluência de elementos éticos, estéticos, religiosos, econômicos, políticos e sociais que dão lugar a uma certa concepção de existência.

Ao compartilhar o mesmo mundo, música e paciente se co-constroem. Ambos afetam e são afetados pelos significados que carregam em suas condições existenciais (Araújo & Silva, 2013). Esta relação intimista entre o homem e a música contribui para a formação de um de ser sonoro-musical, que traz à tona as sonoridades que o habitam e que expressam através dele. Esta condição existencial permite uma maior abertura da subjetividade em direção à construção de ações promotoras de bem-estar e melhoria da qualidade de vida (Cunha & Volpi, 2008).

Sendo assim, mediante situações ameaçadoras da vida, como uma internação em CTI, o contato do homem com a música favorece os meios de acesso ao seu próprio ser, aumentando as possibilidades de autoconhecimento, potencializando suas posturas de enfrentamento, necessárias a uma condição existencial mais autêntica possível (Bergold & Alvim, 2009).

Conclusão

O presente estudo demonstrou que a intervenção musical, além de ser um poderoso instrumento em prol da humanização hospitalar, se mostrou uma excelente estratégia não farmacológica de cuidado junto ao público estudado. Verificou-se que sua utilização produziu efeitos favoráveis ao desenvolvimento de posturas de enfrentamento frente à experiência da terapia intensiva. A música contribuiu para maior abertura à legitimação de afetos, dos sentimentos e da mobilização dos conteúdos históricos de cada paciente. Proporcionou sensação de bem-estar e relaxamento mesmo diante dos eventos estressores identificados, auxiliando na minimização das respostas de estresse decorrentes da internação e, conseqüentemente, de seus efeitos negativos, capazes de influenciar na evolução clínica.

Neste sentido, nota-se que a relação do paciente com a música no ambiente da terapia intensiva é da natureza de um encontro ímpar: o homem com seu caráter musical e a música com seu caráter humano. Este encontro permite ao paciente se expressar e transformar as situações ameaçadoras da vida em possibilidades existenciais.

Lamenta-se o fato de que o CTI, embora muito necessário ao resgate da saúde e de sua integridade, ainda apresente fatores estressores capazes de repercutir contrariamente ao cuidado a que se propõe. Por outro lado, a identificação dos agentes estressores da terapia intensiva tem contribuído para a elaboração de novos protocolos de atenção à saúde integral dos pacientes, ressaltando o reconhecimento de sua condição biopsicossocial. Este movimento tem contribuído para o aumento de pesquisas com este tema, principalmente nos últimos dez anos. Apesar disso, nota-se que a escassez de estudos sobre o tema ainda persiste e se configura como uma limitação significativa no que tange ao reconhecimento e à utilização da música no campo da saúde, principalmente quando se pretende analisar o tema em um setor tão específico quanto o CTI.

Por isso, o presente estudo chama a atenção para a necessidade de continuidade desta investigação, considerando alguns fatores que se fizeram limitadores no momento. Vale ampliar a discussão acerca do estilo musical adotado, questionando se os diferentes estilos podem contribuir para a redução ainda maior dos escores de estresse. Outra possibilidade, diz da elaboração de procedimentos de coleta de dados que contemplem a inclusão de pacientes traqueostomizados na população a ser estudada. Estes muitas vezes possuem consciência e cognição preservadas, mas, devido ao comprometimento da linguagem verbal, necessitam de instrumentos específicos para sua investigação. Ainda de grande relevância, será a elaboração de uma metodologia que consiga comparar Grupo Controle e Grupo Experimental em períodos simultâneos, de modo a reduzir, ainda mais, algum possível viés que possa ocorrer devido à experiência musical em períodos de tempo distintos. Dentre os vieses a serem melhor observados, pode-se citar, brevemente, a troca de equipes assistenciais e a presença de novos fatores estressores em cada período estudado. Além disso, pode-se melhor investigar a influência da intervenção musical sobre determinados perfis demográficos, bem como se as diferenças nestes perfis podem ser estatisticamente significante entre os grupos observados. Seria igualmente interessante, elaborar nova pesquisa que busque relacionar os efeitos da intervenção musical com os possíveis custos financeiros de recursos farmacológicos para minimização de ansiedade, depressão e estresse.

Sob tais observações, faz-se imprescindível reforçar o reconhecimento da música como instrumento de acesso às mais variadas subjetividades, que não podem ser desconsideradas no campo da saúde. A intervenção musical permite compreender a complexidade histórica e existencial de cada pessoa, sem perder as singularidades que compõe os modos de vivenciar as condições ameaçadoras do adoecimento. Nesta perspectiva, a música é compreendida como um remédio: transcorre o corpo e atinge a alma.

Referências Bibliográficas

- Andrade, R.Z, & Resende, M.C. (2014). Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas em Psicologia*, 18(1), 194-213.
- Araújo, T.C & Silva, L.W.S. (2013). Música: estratégia cuidativa para pacientes internados em UTI. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 7(5), 1319-1325.
- Areias, J.C (2016). A música, a saúde e o bem estar. *Nascer e Crescer Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 25(1), 07-10.
- Backes, M.T.S., Erdmann, A.L., & Büscher, A. (2015). O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 411-418.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3ª reimpr. da 1ª edição de 2016). São Paulo: Edições 70.
- Bergold, L.B., & Alvim, N.A.T. (2009). A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao Cuidado e ao ensino de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(3), 537-542.
- Berrocal, J.A.J. (2011). *Música y neurociência: sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas* (3ª reimpr. da 1ª edição de 2008). Barcelona: Editorial UOC.
- Cabral, C.R., Teixeira, C., Oliveira, R.P., Hass, J. S., & Azzolin, K.O. (2009). Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (1), 18-24.
- Câmara, H.R. (2013). Análise de Conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191.

- Campos L.F., & Nakasu, M.V. (2016). Efeitos da utilização da música no ambiente hospitalar: revisão sistemática. *Revista Sonora*, 6(11), 9-19.
- Carneiro, P. (2013). Por uma fenomenologia da percepção musical. In *Anais do SEFIM: Interdisciplinar de Música, Filosofia e Educação* (p.416). Porto Alegre, RS.
- Cunha, R., & Volpi, S. (2008). A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. *Revista Científica da Faculdade de Artes do Paraná*, 3, 85-97.
- Dias, D.S, Resende, M.V., & Diniz, G.C.L.M. (2015). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18-25.
- Filho, A.M.B., Silva, L.C. & Gattino, G.S. (2016). Musicoterapia e educação musical no contexto hospitalar: aproximações e distanciamentos. *Revista InCantare*, 7(1), 74-85.
- Mazullo Filho, J.B.R., Silva, J. M. O., Tavares, A. H. S., & Rocha, G. M. da. (2011). Avaliação da qualidade de vida dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de Terezina – PI. *Revista ConScientiae Saúde*, 10(4).
- Ministério Da Saúde. (2010). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. (4ª edição). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Nunes-Silva, M., Valadares, A. C. D., Rosa, G. T., Lopes, L. C. M., & Marra, C. A. S. (2016). Avaliação de músicas compostas para indução de relaxamento e de seus efeitos psicológicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 709-725.
- Proença, M.O., & Dell Agnolo, C.M. (2011). Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 279-286.
- Rosa, B.A., Rodrigues, R. C. M., Gallani, M. C. B. J., Spana, T. M. & Pereira, C. G. Da S. (2010). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 627-635.
- Sales, C.A., Silva, V. A. da, Pilger, C., & Marcon, S. S. (2011). Música na terminalidade humana: concepções dos familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 138-145.
- Silva Júnior, J.D.S. (2008). *A utilização da música com efeitos terapêuticos: interfaces com a bioética*. (Tese de Mestrado, Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia). Recuperado de <https://musicaeinclusao.files.wordpress.com/2013/06/a-musica-com-objetivos-terapeuticos.pdf>
- Silva Júnior, J.D.S. (2012). Música e saúde: a humanização hospitalar como objetivo da educação musical. *Revista da ABEM*, 7(29), 171-183.
- Vesz, P.S., Costanzi, M., Stolnik, D., Dietrich, C., Freitas, K. L. C. de., Silva, L. A., Almeida, C. S. de, Souza, C. O. de, Ondere, J., Souza, D. L. S., Neves, T. E. de O., Meister, M. V., Barbosa, E. S., Paiva, M. P. de, Carvalho, T. S., Savi, A., Maccari, J. G., Cremonese, R. V., Ribeiro, M. de C. & Teixeira, C. (2013). Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(3), 218-224.
- Zanini, C.R.O. (2013). Fenomenologia, arte e formação humana: olhares a partir da música e da musicoterapia. In *Congresso de Fenomenologia da Região Centro Oeste: fenomenologia, cultura e formação humana* (p.42). Goiânia, GO.