

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA  
CURSO DE GRADUACAO EM ENFERMAGEM E LICENCIATURA**

**FLAVIA DOS SANTOS PINHEIRO**

**MÚSICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO  
DO CONFORTO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES**

**NITERÓI  
2012**

**FLAVIA DOS SANTOS PINHEIRO**

**MÚSICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO  
DO CONFORTO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem e Licenciatura da  
Universidade Federal Fluminense como  
requisito para a obtenção do título de  
Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

**Orientador: Profa. Dra. Gisella de Carvalho Queluci**

**NITERÓI  
2012**

P 654 Pinheiro, Flavia dos Santos

Música como intervenção de Enfermagem para avaliação do conforto em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares / Flavia dos Santos Pinheiro. – Niterói: [s.n.], 2012.

103 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2012.  
Orientador: Profa. Gisella de Carvalho Queluci.

1. Enfermagem. 2. Cardiologia. 3. Música. 4. Pacientes internados. 5. Doenças do miocárdio-enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

FLAVIA DOS SANTOS PINHEIRO

**MÚSICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO  
DO CONFORTO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem e Licenciatura da  
Universidade Federal Fluminense como  
requisito para a obtenção do título de  
Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em outubro de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. GISELLA DE CARVALHO QUELUCI  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Presidente

---

Prof. Dr. DALMO VALÉRIO MACHADO DE LIMA  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
1º Examinador

---

Profa. Ma. THIARA JOANNA PEÇANHA DA CRUZ  
Universidade Federal Fluminense (UFF)  
2º Examinador

NITERÓI  
2012

## **DEDICATÓRIA**

A todos que tornaram a minha vida mais colorida, e em especial as minhas avós Delaildes e Elisabeth e a minha madrinha Anercy que sempre tiveram um olhar afetuoso e uma palavra de incentivo, saudades infinitas.

## **EPIGRAFE**

Paciência e perseverança tem o efeito mágico de fazer as dificuldades desaparecerem e os obstáculos sumirem.

John Lennon

## AGRADECIMENTOS

*A Deus,*

*Que com sua bondade deu-me a vida, acrescida de saúde, sabedoria, inspiração e fé, o que possibilitou a minha caminhada até aqui, e daqui por diante.*

*Aos meus Pais, Clemilda e Jose Antonio,*

*Que amo incondicionalmente, agradeço o amor, o apoio, o exemplo, o incentivo, a crença na minha capacidade de crescer e a dedicação na minha formação cidadã.*

*A minha Irmã Bruna,*

*Pelos nossos laços eternos que construímos juntas, pelo amor e pela amizade. Por me fazer um ser humano melhor, pois a sua chegada me fez ser melhor, mais amiga, mais companheira, serei eternamente grata e feliz por ter você como irmã.*

*Ao meu Companheiro Helton,*

*Agradeço a todo tempo dedicado a nossa relação, me escutando e incentivando nessa etapa da minha vida, sempre com palavras de apoio e mostrando que valia a pena todo e qualquer sacrifício. Obrigado pelo amor, carinho e paciência! Amo você, Amora!*

*Camila Tenuto (irmã de alma),*

*Pelo apoio, mesmo a distância, por me mostrar que ser enfermeiro é mais que uma escolha é uma vocação, e que sonhos foram feitos para além de se sonhar, para realizar, cada um deles.*

*Isabelle Fialho e Raphael Monteiro,*

*Parceiros de ensino teórico-prático que me ajudaram a completar esse ciclo, que foram além de parceiros, amigos incondicionais, exemplos de seres humanos, generosos e cúmplices.*

*Aos meus Amigos, em especial, Ana Paula, Camila Heitor, Grazielle Bitencourt, Juliana Monnerat, Mariana Cordovil, Mariana Marins, Marina Emiliano, Monyque Silva, Nuala Maia, Paula Ferro, Phelype Fittipaldi, Renato Ferro e Vinícius Gregório,*

*Que eram pessoas iguais a tantas outras pessoas, mas fiz delas amigas e agora são únicas nesse mundo.*

*A minha Orientadora, Gisella,*

*Sou grata pelas oportunidades que me forneceu ao longo do caminho, contribuindo significativamente para muito do que sou hoje. Agradeço ainda, por me oferecer desafios e acreditar que sou capaz de superá-los.*

*Aos professores da banca, Dalmo e Thiara,*

*Por terem aceitado o convite de participar da avaliação deste estudo e por suas contribuições inestimáveis, por terem me dado chance de crescer profissionalmente.*

*Aos professores: Ana Carla, Andreia Escudeiro, Carlos Betta, Carlos Chagas, Carlos Mendes, Donizeth Daher, Fátima Helena, Helen Campos, Liliane Belz, Maria Clara e Sidênia Mendes, pela solidariedade e compreensão nesta fase da minha vida, por terem me ajudado a escolher o meu caminho e pelos ensinamentos valiosos.*

*Aos membros do NEPUr e GESAEIC/GESAE-UFF,*

*Por toda ajuda e apoio na construção desse trabalho, de forma direta e indireta.*

*Aos professores da graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, pelos ensinamentos e contribuições fornecidas para minha formação pessoal e profissional.*

*Aos funcionários da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, em especial Ana Pontes, Juliana Moraes, Marcello Saldanha e Maurício Júnior,*

*Pelo carinho, dedicação e solicitude.*

*Aos participantes desse trabalho,*

*Pois nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.*



## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa que teve como **objeto de estudo** a música como intervenção de enfermagem para avaliação do conforto em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Objetivos:** Aplicar a música como intervenção de enfermagem; avaliar os sinais vitais antes e após terapia; avaliar a música na promoção do conforto nesses pacientes. **Método:** Pesquisa quanti-qualitativa, quase-experimental e longitudinal; Para coleta de dados foi aplicado um questionário semi-estruturado, em 20 pacientes, contendo preferência e escolha musical, sinais vitais e escala de conforto da *Nursing Outcomes Classification* (NOC). A análise foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** A idade dos pacientes teve variação de 43-84 anos, onde os diagnósticos médicos em maior prevalência foram Infarto Agudo do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca (15% cada). Na análise dos parâmetros hemodinâmicos ocorreu redução da pressão arterial (5,76%), dor (16,91%), frequência cardíaca (5,37%) e respiratória (10,1%) na média dos participantes. Em relação aos indicadores de conforto verificamos a influência da música no controle dos sintomas (17,92%), bem-estar físico (16,25%), vida espiritual (36,25%), relações sociais (44,58%), bem-estar psicológico (44,58%), nível de independência (28,33%) e controle da dor (43,75%). **Conclusão:** Este estudo contribuiu para a nossa reflexão sobre a atuação do enfermeiro em relação à *musicoterapia* e sua possível atuação junto ao musicoterapeuta avaliando os parâmetros hemodinâmicos do paciente, a partir dos cuidados de enfermagem, na promoção de conforto durante a hospitalização.

**PALAVRAS CHAVE:** Enfermagem, Cardiologia, Música, Pacientes internados, Doenças do miocárdio-enfermagem.

## ABSTRACT

It consists in a research that had as **study objective** the music as nursing intervention to evaluate the comfort of hospitalized patients with cardiovascular diseases. **Objectives:** Apply music as nursing intervention; evaluate vital signs before and after therapy; evaluate the effects of music on promoting comfort for those patients. **Method:** Research quant-qualitative, almost experimental and longitudinal; For collecting data it was applied a semi-structured questionnaire, on 20 patients, containing preferences and musical choice, vital signs and comfort scale from Nursing Outcomes Classification (NOC). The analysis was made through Statistical Package for the Social Sciences (SPCC) software. **Results:** The patients' ages varies from 43 to 84 years old, where the majority of medical diagnostics were Myocardial Infarction and Heart Failure (15% each). On hemodynamics parameters' analysis there was a decrease in blood pressure (5,76%), pain (16,91%), heart rate (5,37%) and respiratory rate (10,1%) in participants' average. Relating to the comfort indicators, there was influence of music over the symptoms (17,92%), physical well-being (16,25%), spiritual life (36,25%), social relationship (44,58%), psychological well-being (44,58%), independence level (28,33%) and pain control (43,75%). **Conclusion:** This study contributed for our reflection about nursing interaction related to Music Therapy and its possible interaction together with the music therapist evaluating the patients' hemodynamics parameters, starting from the nursing care, on the promotion of comfort during hospitalization.

**KEY WORDS:** Nursing, Cardiology, Music, Hospitalized Patients, Myocardial disease-nursing.

## GRÁFICOS

1. **Gráfico: Escolaridade p. 52**
2. **Gráfico: Tratamento p. 52**
3. **Gráfico: Cor p. 53**
4. **Gráfico: Diagnóstico p. 53**
5. **Gráfico: PAM dos participantes durante as sessões musicais p. 54**
6. **Gráfico: Frequência respiratória dos participantes durante as sessões p. 55**
7. **Gráfico: Frequência cardíaca dos participantes durante as sessões p. 56**
8. **Gráfico: Temperatura dos participantes durante as sessões p. 57**
9. **Gráfico: Diferença das Médias das Pressões Arterias Médias p. 58**
10. **Gráfico: Diferença das Médias das Frequências Respiratórias p. 59**
11. **Gráfico: Diferença das Médias das Frequências Cardíacas p. 59**
12. **Gráfico: Diferença das Médias das Temperaturas p. 60**
13. **Gráfico: Diferença das Médias da Escala de Dor p. 60**
14. **Gráfico: O bem estar físico dos participantes durante as sessões p. 61**
15. **Gráfico: O controle dos sintomas dos participantes durante as sessões p. 62**
16. **Gráfico: O bem estar psicológico dos participantes durante as sessões p. 63**
17. **Gráfico: As relações sócias durante as sessões musicais p. 64**
18. **Gráfico: A vida espiritual dos participantes durante as sessões p. 65**
19. **Gráfico: O nível de independência dos participantes durante as sessões p. 66**
20. **Gráfico: O controle da dor dos participantes durante as sessões p. 67**
21. **Gráfico: Média dos indicadores de conforto da NOC p. 75**
22. **Gráfico: Média das HADS p. 75**
23. **Gráfico: Fármacos prescritos para os participantes p. 78**

## QUADROS

- 1 **Quadro: Primeira Sessão p. 46**
- 2 **Quadro: Segunda Sessão p. 47**
- 3 **Quadro: Terceira Sessão p. 47**
- 4 **Quadro: Interpretação dos valores de r p. 49**

## TABELAS

- I. Tabela: Idade e sexo p. 51
- II. Tabela: Escala de dor dos participantes durante as sessões p. 58
- III. Tabela: A 1ª avaliação do bem estar físico, a expectativa e a última avaliação p. 68
- IV. Tabela: A 1ª avaliação do controle dos sintomas, a expectativa e última avaliação p. 69
- V. Tabela: A 1ª avaliação do bem estar psicológico, a expectativa e a última avaliação p. 70
- VI. Tabela: A 1ª avaliação das reações sociais, a expectativa e a última avaliação p. 71
- VII. Tabela: A 1ª avaliação da vida espiritual, a expectativa e a última avaliação p. 72
- VIII. Tabela: A 1ª avaliação do nível de independência, a expectativa e a última avaliação p. 73
- IX. Tabela: A 1ª avaliação do controle da dor, a expectativa e a última avaliação p. 74
- X. Tabela: Sexo *versus* Indicativo de Ansiedade 1 p. 76
- XI. Tabela: Sexo *versus* Indicativo de Ansiedade 2 p. 76
- XII. Tabela: Sexo *versus* Indicativo de Depressão 1 p. 76
- XIII. Tabela: Sexo *versus* Indicativo de Depressão 2 p. 76
- XIV. Tabela: Religião *versus* Indicativo de Ansiedade 1 p. 77
- XV. Tabela: Religião *versus* Indicativo de Ansiedade 2 p. 77
- XVI. Tabela: Religião *versus* Indicativo de Depressão 1 p. 77
- XVII. Tabela: Religião *versus* Indicativo de Depressão 2 p. 77

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	16
1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	17
1.2. QUESTÃO NORTEADORA	21
1.3. OBJETIVO GERAL	22
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
1.5. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	22
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	24
2.1. FISILOGIA CARDIOVASCULAR	25
2.2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES	28
2.3. ENFERMAGEM E CONFORTO	31
2.4. MÚSICA E REAÇÕES FISIOLÓGICAS	35
<b>3. REFERENCIAL METODOLÓGICO</b>	39
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	40
3.2. CENÁRIO	41
3.3. AMOSTRA	41
3.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
3.3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	41
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	42
3.5. MATERIAL	42
3.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
3.7. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	46
3.8. TRATAMENTO DE DADOS	48
<b>4. RESULTADOS</b>	50
<b>5. DISCUSSÃO</b>	79
5.1. MÚSICA INFLUENCIANDO PARÂMETROS HEMODINÂMICOS	80
5.2. MÚSICA E VIDA ESPIRITUAL	81
5.3. MÚSICA COMO APOIO EMOCIONAL	82
5.4. CONTROLANDO A DOR COM A MÚSICA	83
5.5. MÚSICA E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E FÍSICO	84
5.6. NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA, RELAÇÕES SOCIAIS E CONTROLE DOS SINTOMAS	85
<b>6. CONCLUSÃO</b>	86
<b>7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	89
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	91
8.1. OBRAS CONSULTADAS	92

<b>8.2.</b>	<b>OBRAS CITADAS.....</b>	<b>92</b>
<b>9.</b>	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>97</b>
<b>9.1.</b>	<b>CARTA DE APROVAÇÃO.....</b>	<b>98</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXO.....</b>	<b>99</b>
<b>10.1.</b>	<b>FORMULÁRIO.....</b>	<b>100</b>
<b>10.2.</b>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>103</b>

## 1. INTRODUÇÃO

“Os poetas fizeram bem unindo a Medicina e a música em Apolo; porque o ofício da medicina nada mais é que afinar a curiosa harpa do corpo humano e levar harmonia.”

Francis Bacon



## **1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

As doenças cardiovasculares estão aumentando em todo o mundo. Em virtude dos progressos da saúde pública, as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de pessoas vivendo mais. Em contrapartida a urbanização, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, são fatores que contribuem para as doenças cardiovasculares. Isso impõe novas demandas a longo prazo do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo (BRASIL, 2009).

Assim, as doenças cardiovasculares representam uma ameaça a todos os países em termos de saúde e economia, fazendo com que os sistemas de saúde aumentem os custos relacionados ao tratamento devido ao grande número quantitativo de reinternações.

Pela busca de melhor qualidade de vida para esses indivíduos, é necessário o investimento, no plano da pesquisa, de projetos que visam o cuidado e, principalmente, o acompanhamento desses pacientes. É fundamental a importância da atuação do enfermeiro em uma equipe multidisciplinar no atendimento aos pacientes. Nesse sentido, o projeto de extensão intitulado “Consulta de Enfermagem Sistematizada ao paciente com Insuficiência Cardíaca” na clínica de Insuficiência Cardíaca do ambulatório do Hospital Universitário Antônio Pedro – Niterói, no qual o enfermeiro trabalha com o paciente e a família nas orientações acerca do tratamento farmacológico e não farmacológico da doença. O qual despertou o meu interesse, já que fiz parte do mesmo como voluntária, identificando os cuidados de saúde para pacientes com

doenças cardiovasculares e têm como objetivo principal contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Atualmente, a enfermagem tem se inserido em distintos cenários de atuação, tais como, consulta de enfermagem, visita domiciliar, monitorização telefônica, grupos de apoio, entre outros, a fim de garantir o acompanhamento contínuo destes pacientes e melhorar a adesão ao tratamento. Assim, este estudo tem como **objeto** a música como intervenção da enfermagem para avaliação do conforto em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares.

O aumento nas doenças cardiovasculares é resultado de uma transformação sem precedentes nas causas de morbidade e mortalidade ocorrida durante o século XX. Esta mudança foi determinada pela industrialização, urbanização e pelas alterações no modo de vida a elas associadas, e está ocorrendo em todo mundo, ignorando raça, etnia e cultura. Para Braunwald (2003, p. 2) estamos na era das doenças degenerativas tardias que se deu início em 1970.

Houve uma diminuição substantiva nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares ajustadas à idade iniciada em meio de 1960. De 1970 a 1980 as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares ajustadas à idade reduziram aproximadamente 2% ao ano, e taxas de acidente vascular encefálico diminuíram 3% ao ano. Uma das principais características deste período é a idade crescente em que ocorre o primeiro episódio de doenças cardiovasculares. O declínio de mortalidade por doença cardiovascular nesse momento histórico se atribui a novas abordagens terapêuticas e a implantação de medidas preventivas (FAUCI, 2008).

Em 2006, no Brasil temos como principal causa de morte as doenças cardiovasculares, responsáveis por 29,4% dos óbitos. Seguindo a tendência dos países desenvolvidos, o impacto das doenças crônicas não transmissíveis em muitos países em desenvolvimento cresce continuamente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, as doenças crônicas não transmissíveis e a pobreza criam um círculo vicioso nos países de renda média e baixa uma vez que impactam negativamente seu desenvolvimento econômico. As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis pelo maior custo econômico repartido entre as famílias, o sistema de saúde e a sociedade (BRASIL, 2009).

Dentre as doenças cardiovasculares, atualmente, a insuficiência cardíaca ocupa o primeiro lugar em hospitalizações por doenças no Brasil. De acordo com estudos recentes, a incidência e a prevalência dessa doença aumentarão no Brasil e no mundo,

em decorrência do envelhecimento populacional (DATASUS, 2009). Esse resultado denota falta de cuidado humanizado e a necessidade de uma equipe multidisciplinar especializada, principalmente, o envolvimento de enfermeiros atuando nas orientações para estes pacientes, afim de que se diminuam as *rehospitalizações* e os índices de mortalidade.

Além disso, cabe a esses profissionais da saúde conhecer as alterações observadas nestes pacientes, tais como, depressão e ansiedade, que são aspectos significativos para a avaliação dos profissionais, uma vez que agravam o processo patológico cardíaco provocando palpitações, dores severas e espasmos no músculo cardíaco.

Na insuficiência cardíaca ocorre a estimulação do sistema nervoso simpático representa o mecanismo de resposta imediata de compensação. Através da estimulação de receptores  $\beta$ -adrenérgicos no coração causa uma elevação na frequência cardíaca e contratilidade para elevar o volume sistólico e o débito cardíaco. Os efeitos simpáticos sobre o sistema vascular periférico aumentam o tônus vascular para elevar a RVS e a pressão de enchimento sistêmico médio, aumentando assim, o retorno venoso, pré-carga e pós-carga. O estágio seguinte da compensação ocorre como resultado da recuperação parcial do coração e a conservação renal de fluido (WOODS, FROELICHER e MOTZER, 2005, p. 653).

Para evitar a doença funcional do coração causada pelo estresse emocional, o indivíduo precisa buscar a calma, aprender a relaxar e liberar as emoções. No intuito de trabalhar o conforto ao paciente hospitalizado, terapias alternativas surgiram e, atualmente, promovem discussão no meio científico. Dentre as principais podemos citar: cromoterapia, fitoterapia, termalismo social/crenoterapia, aromoterapia, massoterapia, musicoterapia, etc.

As práticas complementares, na sua maioria, buscam o reequilíbrio global e não somente o tratamento sintomático e, dessa forma, acabam por exigir um envolvimento maior do indivíduo em seu próprio tratamento, maior disponibilidade de tempo para cuidar de si mesmo e com resultados muitas vezes não tão imediatos, mas eficazes (ELER e JAQUES, 2006). Entre essas a música vem sendo aplicada em diversas pesquisas com pacientes, oferecendo resultados satisfatórios.

O paciente hospitalizado é submetido a uma mudança de rotina que pode interferir nos hábitos de sono, higiene, alimentação, entre outros. Assim, o enfermeiro é responsável pelo ambiente terapêutico para a promoção de conforto e bem-estar. Vale

citar que a palavra hospital que vem do *latim*, *hospes*, significa dizer hóspede que é recebido. É real a dificuldade de oferecer a esse “hóspede” conforto e bem-estar já que está doente o que dificulta a função do enfermeiro.

A musicoterapia sendo uma entre várias terapias alternativas pode ser utilizada pela enfermagem, oferecendo uma hospitalização humanizada, melhorando a interação entre equipe-paciente e da própria equipe multidisciplinária da área de saúde, além de ser uma forma de aprendizagem e educação para a equipe e para o paciente (GONÇALVES, NOGUEIRA e PUGGINA, 2008).

Bergold e Alvim (2008), afirmam que apesar de ter por finalidade o diagnóstico e o tratamento terapêutico e medicamentoso, em muitos casos, pode causar transtornos físicos, emocionais e sociais ao paciente, devido ao afastamento de sua vida cotidiana e também pela convivência com um ambiente estranho que o torna inseguro e ansioso. A própria rotina hospitalar que teria por objetivos organizar as atividades da equipe de saúde de modo a aumentar a eficácia do tratamento, trazendo conforto e segurança para o paciente, muitas vezes, mostra-se desconfortável pela rigidez imposta no meio hospitalar.

Seguindo a teoria do conforto de Kolcaba, (KOLBACA e KOLCABA, 2003) que se tratando de *conceito* de conforto, não se pode perder de vista que o bem-estar, a saúde e qualidade de vida não podem ser resumidos por: pressão arterial controlada, bons níveis de colesterol no sangue ou à realização periódica de check-ups, etc.

Nesse sentido, os pacientes argumentam que a arquitetura hospitalar, com enfermarias coletivas pouco iluminadas; predomínio da cor branca nas roupas dos profissionais; presença de equipamentos, como bombas de infusão e monitores barulhentos; procedimentos agressivos e dolorosos, falta de individualização (com o uso de pijamas) e ainda a utilização de uma linguagem técnica-científica, causam profundo estranhamento acerca do ambiente (FERREIRA, REMEDI e LIMA, 2006).

Segundo Sales et al. (2011), a utilização da música como estratégia para o cuidado de enfermagem vem se desenvolvendo gradativamente na enfermagem brasileira, e pode ser utilizada como ferramenta para trazer conforto, diminuir a dor, facilitar a comunicação e a relação cliente-profissional de saúde, tornando o cuidado mais humanizado, além de diminuir a ansiedade dos pacientes que se submetem a tratamentos médicos.

Algumas instituições hospitalares têm aplicado programas de relaxamento por música e/ou relaxamento orientado com música, antes da cirurgia cardíaca para reduzir

o estresse relacionado a doenças com sintomas como pressão alta, taquicardia, enxaquecas e úlceras, a queimados a aguentarem as dores durante o processo de cicatrização e sessões de quimioterapia frente aos seus efeitos adversos.

O conceito de música como remédio para a mente e o corpo é antigo e, acreditando que a música é um elemento universal que tanto *embala* e *acalma* o recém-nascido, como estimula e recupera aqueles como, o deficiente e o idoso, que na sociedade moderna estão *invisíveis*, podendo utilizar essa intervenção com o objetivo de minimizar os efeitos deletérios que pode acarretar uma hospitalização.

Segundo Leinig (2009), a música sedante baixa a pressão, e música estimulante elevam a pressão. Constatou que o estímulo sonoro musical é capaz de produzir diversas reações circulatórias e respiratórias, como, por exemplo: se a música inspirava prazer, havia retardamento do pulso, e se provocava lembranças de estados penosos, o pulso se acelerava.

Segundo Sales (2011), há muitos séculos que os benefícios da música para aqueles que se encontram doentes têm sido reconhecidos, porém apenas mais recentemente esse benefício tem sido estudado de forma mais científica, onde se mostra que a música afeta as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais de indivíduos de todas as idades.

O tema música como produção científica na enfermagem cardiológica é pouco abordado quando comparado a outras especializações de saúde, porém toda a produção da enfermagem utiliza o hospital como cenário, sendo os participantes os pacientes ou integrantes da equipe hospitalar, o que denota que o cenário ainda oferece possibilidades de pesquisa. De acordo com as produções científicas nessa área (musicoterapia), quando se respeita o gosto musical dos participantes, é observado um melhor resultado quanto ao resultado esperado da terapêutica.

## **1.2. QUESTÃO NORTEADORA**

Tendo em vista a importância de avaliar os efeitos da música como intervenção de enfermagem ao paciente hospitalizado com a finalidade de promover o conforto, a seguinte questão norteará este estudo: Quais são os efeitos da música na promoção do conforto e relaxamento em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares.

### **1.3. OBJETIVO GERAL**

Avaliar a música como intervenção de enfermagem para melhoria no nível de conforto em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares.

### **1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a- Aplicar a música, como intervenção de enfermagem em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares;
- b- Avaliar os parâmetros hemodinâmicos (Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Pressão Arterial e Temperatura), antes e após a cada sessão musical;
- c- Avaliar a música na promoção do conforto em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares.

### **1.5. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA**

A importância da pesquisa se faz pela pouca publicação da utilização da música como intervenção de enfermagem, na busca dos efeitos dessa intervenção em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares, com o objetivo de avaliar o conforto e o relaxamento desses pacientes. Visando uma assistência mais humanizada há uma necessidade de engajamento dos enfermeiros em terapias alternativas para estimular conforto e consequentemente qualidade de vida. Segundo Zanini (2009), ainda há poucos estudos sobre musicoterapia relacionada à cardiologia no Brasil.

Além disso, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC do Ministério da Saúde recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006).

Esta política é consolidada pelas portarias ministeriais n.º 971 de 03 de maio de 2006 e n.º 1600 de 17 de julho de 2006, contempla sistemas, recursos e abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

Este estudo irá contribuir para assistência de enfermagem, uma vez que é necessário pensar e discutir outras formas de fornecer conforto ao paciente

hospitalizado, visando à integralidade do cuidado ao paciente e permitindo o avanço da reabilitação do mesmo até a alta hospitalar.

Segundo Dyniewicz (2004), a enfermagem precisa exercitar atitude crítica diante do que produz e observar além do que se lhe apresenta, como mais uma forma de ter maior visibilidade do que a cerca, registrar e divulgar a produção de seu conhecimento e estar pronta a enfrentar os desafios impostos pelas ciências na profissão.

Cabe dizer que, a música terapêutica é a utilização da música para manutenção da saúde, prevenção de doenças e/ou reforço da resistência contra ameaças à saúde física de diversos tipos. Assim, pode ser empregada com finalidades variadas: para relaxamento, reduzir o estresse e manejar a dor, em diferentes contextos, intra e extra-hospitalar (BRUSCIA, 2000).

Segundo Gonçalves, Nogueira e Puggina (2008), a enfermagem utiliza a música como intervenção complementar para alívio da dor e outros diagnósticos, como por exemplo, da angústia espiritual, de distúrbio de sono, de desesperança, de risco para solidão, de isolamento social e de estresse.

Quanto à contribuição da pesquisa ao ensino, vale ressaltar a aplicabilidade da música e as formas de atuar do enfermeiro, destacando novos cenários de prática e especialização profissional. Em relação à pesquisa, a produção científica da enfermagem no campo da música ainda é discreta, o que demanda novas pesquisas na área, para se verificar e expandir a música como intervenção e enfermagem.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

”Agora, mais do que nunca, pessoas ao redor do mundo têm investido seu tempo e energia para cuidar melhor delas mesmas. Como uma sociedade consciente da importância da saúde de seus indivíduos, estamos buscando meios significativos e prazerosos de viver de maneira completa e produtiva.”

Remo Belli



## 2.1. FISILOGIA CARDIOVASCULAR

Esse capítulo tem como objetivo entender a dimensão do sistema cardiovascular e seu órgão, o coração, além de fornecer subsídios para a compreensão da fisiopatologia das doenças cardiovasculares irá definir alguns itens responsáveis de algumas enfermidades cardiovasculares.

O sistema cardiovascular está envolvido em várias funções homeostáticas como, por exemplo, participa da regulação da pressão sanguínea arterial, leva hormônios reguladores das glândulas endócrinas para os seus locais de ação nos tecidos-alvo, participa da regulação da temperatura corporal e está envolvido nos ajustes homeostáticos em estados fisiológicos alterados, como hemorragia, exercício e variações posturais.

A função principal desse sistema é a entrega do sangue aos tecidos, fornecendo nutrientes essenciais às células para seu metabolismo e removendo os dejetos metabólicos das células. O coração é constituído de duas bombas distintas, o *coração direito*, que bombeia sangue para os pulmões, e o *coração esquerdo* que bombeia sangue para os órgãos periféricos. Cada um desses corações é uma bomba pulsátil com duas câmaras, compostas de um átrio e um ventrículo.

Onde o átrio funciona como uma bomba fraca e com o auxílio da gravidade escoo o sangue para o ventrículo, e o ventrículo fornece a força principal para que o sangue circule nos pulmões, no caso do ventrículo direito, e faça a circulação periférica, no caso do ventrículo esquerdo.

Segundo Guyton (2002), o coração é dotado de um sistema eletrogênico especializado para gerar impulsos ritmados, que produzem a contração rítmica do

músculo cardíaco, e conduzir esses impulsos, rapidamente, através do coração, pois esse impulso associado a pressão faz com que o sangue siga ao longo de uma série de vasos sanguíneos.

Os vasos que transportam sangue do coração para os tecidos são as artérias, sujeitas à pressão elevada e contendo uma percentagem relativamente pequena do volume sanguíneo. Nos tecidos, os vasos sanguíneos de parede fina, chamados de capilares que estão interpostos entre as artérias e as veias. A troca de nutrientes, de detritos metabólicos e de líquido ocorre através das paredes dos capilares.

Já o músculo cardíaco é um sincício, formado por muitas células musculares cardíacas. Estas células estão interligadas de tal modo que, quando uma delas é excitada, o potencial de ação se propaga para todas as demais, passando de célula a célula.

O coração é formado por dois sincícios: o sincício atrial (que forma as paredes de dois átrios), e o sincício ventricular (formando as paredes dos dois ventrículos). Os átrios ficam separados dos ventrículos por um tecido fibroso. Os potenciais de ação só podem ser conduzidos, do sincício atrial para o ventricular, por meio de um sistema especializado de condução, o feixe atrioventricular, que é um feixe de fibras condutoras. Essa divisão do coração em dois sincícios funcionais permite que os átrios se contraiam pouco antes da contração ventricular, o que é importante para a eficácia do bombeamento cardíaco.

O nó sinoatrial, ou sinusal, possui função de marcapasso e é responsável pela frequência cardíaca, a principal célula sinoatrial está no átrio direito. Estas células geram potencial de ação espontâneo.

Outro ponto muito importante do sistema cardiovascular é o débito cardíaco que é a quantidade de sangue bombeada pelo ventrículo esquerdo para a aorta num intervalo de tempo, sendo o produto da inter-relação de quatro variáveis indissociáveis determinantes: *pré-carga*, *pós-carga*, *contratibilidade* e *frequência cardíaca*. O débito cardíaco é o produto da frequência cardíaca na unidade de tempo, pelo volume sistólico ejetado a cada contração (GUYTON, 2002).

A cada batimento o desempenho sistólico do coração será dependente dessas determinantes. A *pré-carga* se refere à condição de sobrecarga do coração no final da diástole, que é determinada pelo retorno venoso ao coração, no músculo cardíaco essa pré-carga é definida como a força que estira o músculo em repouso até certo comprimento antes da contração.

A *pós-carga* está relacionada à tensão na parede do ventrículo durante a sístole, é a força contra a qual o ventrículo tem de se contrair ao ejetar o sangue, o efeito da pós-carga é relativamente direto sobre o desempenho cardíaco. Esse determinante é influenciada pela pressão intraventricular, pelo diâmetro ventricular, pela espessura da parede ventricular, pela complacência aórtica, pela resistência vascular periférica e pela viscosidade sanguínea.

A *contratibilidade* está associada ao vigor da contração do músculo cardíaco e a integridade da fibra cardíaca. A contratibilidade miocárdica como desempenho cardíaco independe das alterações na pré e pós-carga, mas está relacionada à força da musculatura miocárdica. Em definição a contratilidade é a capacidade do músculo cardíaco de responder ao estímulo elétrico com uma atividade mecânica.

A *frequência da contração cardíaca* é um determinante importante do desempenho cardíaco e um dos mecanismos mais importantes disponíveis para aumentar o débito cardíaco e um dos mecanismos mais importantes disponíveis para aumentar o débito cardíaco, desde que o retorno venoso seja aumentado.

Já a *hemodinâmica* refere-se aos princípios que governam o fluxo de sangue pelo sistema cardiovascular. Esses fundamentos básicos da física são os mesmos aplicados ao movimento de líquido em geral. Os conceitos de *fluxo*, *pressão*, *resistência* e *capacitância* são aplicados ao fluxo de sangue para o coração e os vasos sanguíneos.

O *fluxo* ao longo de um vaso sanguíneo é determinado por dois fatores, um deles é a diferença de pressão do sangue, entre as duas extremidades do vaso, que é a força que impele o sangue pelo vaso, e outro é o impedimento do fluxo sanguíneo, ao longo do vaso, que é chamado de resistência vascular.

A *pressão sanguínea* significa a força exercida pelo sangue contra qualquer unidade de área da parede vascular, definida pela ejeção do sangue durante a sístole, cessando durante a diástole, ejetando sangue, cessando e assim por diante. Cada ciclo de pulsação nas artérias coincide com o ciclo cardíaco.

A *resistência* é o impedimento ao fluxo sanguíneo por um vaso, mas não se pode medi-la por meios diretos então, se utiliza o fluxo sanguíneo e a diferença de pressão entre dois pontos do vaso.

A *capacitância, ou complacência vascular*, é a quantidade total de sangue que pode ser armazenada em determinada porção da circulação para cada milímetro de mercúrio de aumento de pressão, ou melhor, o volume de sangue sobre a pressão exercida na porção avaliada.

Após a explanação dos itens acima, acreditamos que dominamos, mesmo que primariamente, os principais itens que estão relacionados às doenças cardiovasculares.

## **2.2. DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

No início do século XX, as doenças cardiovasculares eram responsáveis por pelo menos 10% de todas as mortes no mundo. Atualmente, as doenças cardiovasculares são responsabilizadas por quase metade de todas as mortes nos países desenvolvidos e por 25% nos países em desenvolvimento. Estimasse que em 2020, as doenças cardiovasculares serão responsáveis por 25 milhões das mortes anualmente e as doenças das artérias coronárias irão ultrapassar as doenças infecciosas como a causa mundial em número um de morte e incapacidade (BRAUNWALD, ZIPES e LIBBY, 2003).

A mudança no estado de saúde dos indivíduos, em todo o mundo, no decorrer do século XX levou a uma transformação sem precedentes no perfil da doença dominante ou da distribuição das doenças responsáveis pela maioria das mortes e deficiências físicas. Antes de 1900, as doenças infecciosas e a desnutrição eram as causas mais comuns de óbito e nos dias de hoje, as doenças crônicas não transmissíveis são alvos das pesquisas para se obter a cura.

Atualmente nos países desenvolvidos, as doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e o câncer suplementaram, muito pela melhoria na nutrição e medidas de saúde pública. Essa transição epidemiológica nunca ocorre isoladamente, e sim associada com alterações nas saúdes coletiva e pessoal, nas estruturas sociais e demográficas (BRAUNWALD, ZIPES e LIBBY, 2003).

A transição epidemiológica está associada à evolução de forças sociais e econômicas e surge em velocidades diferentes em todo mundo, e varia inclusive no mesmo país (BRAUNWALD, ZIPES e LIBBY, 2003, p. 3).

As doenças cardiovasculares podem ser por inúmeras questões, como por exemplo, má formação anatômica, traumatismo, causa desconhecida, como é o caso da hipertensão arterial primária. E visando esclarecer alguns conceitos, cabe o destaque de algumas doenças cardiovasculares, tais como:

- ✓ *Angina*: Síndrome que tem como sintoma principal uma sensação dolorosa mais frequentemente na região precordial, decorrente de isquemia miocárdica.
- ✓ *Arritmia*: Faz-se por alterações ou no local de origem ou na condução do estímulo responsável pela ativação elétrica do coração.
- ✓ *Estenose aórtica*: Faz-se pelo estreitamento do orifício e alterações na anatomia da via de saída do ventrículo esquerdo, com abertura inadequada dos folhetos valvares

dificultando a saída de sangue durante a sístole, sendo classificada como adquirida ou reumática. Tem como manifestação clínica a tríade clássica de angina do peito, síncope e dispnéia. Suas causas são variadas: congênita (valva bicúspide), febre reumática e degeneração senil com calcificação dos folhetos valvares.

✓ *Estenose mitral*: O estreitamento do orifício mitral com dificuldade de passagem do sangue do átrio para o ventrículo esquerdo, causando elevação da pressão no átrio esquerdo, a qual se transmite à circulação pulmonar. Os principais achados anatomopatológicos são: fibrose dos folhetos valvares, retração valvar, encurtamento e fusão das cordoalhas, dilatação do átrio esquerdo, trombos no átrio esquerdo e hipertrofia ventricular direita. Têm causas variadas dentre as quais podemos destacar: a febre reumática e atentar que raramente é congênita.

✓ *Flutter atrial*: É uma arritmia nos átrios decorrente de atividade elétrica regular organizada, originada por um circuito macroreentrante. É caracterizado pela ausência de onda P no eletrocardiograma.

✓ *Hipertensão Arterial Sistêmica*: É a elevação dos níveis pressóricos (acima de 139x89 mmHg). Em geral a hipertensão arterial se torna mais frequente na terceira e quarta décadas de vida, e aumenta a incidência com o avançar da idade. Pode ocorrer como dois tipos principais: hipertensão primária (hipertensão arterial essencial) e hipertensão secundária. Como disse antes a primeira tem sua causa desconhecida e a segunda tem variadas causas como: estenose de artéria renal, tumor cerebral e síndrome de Cushing.

✓ *Infarto Agudo do Miocárdio*: É o aparecimento de necrose de uma área miocárdica, em consequência da redução persistente e completa de fluxo sanguíneo por obstrução de uma artéria coronária, causada principalmente por trombose formada em uma placa aterosclerótica.

✓ *Insuficiência aórtica*: É o fechamento incompleto da valva aórtica e seu resultado se deve de fibrose ou retração de folhetos valvares. Podendo ser aguda ou crônica. A aguda pode está relacionada à endocardite, traumatismo torácico, mau funcionamento de prótese valvar. E a crônica pode ser devido a defeito de septo ventricular, sífilis e hipertensão.

✓ *Insuficiência cardíaca*: Ocorre quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para cumprir sua função de troca de nutrientes. Pode ser devido a uma sobrecarga de volume intravascular e intersticial, bem como má perfusão tecidual ou uma função anormal do músculo cardíaco. É uma síndrome caracterizada por

anormalidades da função ventricular esquerda e da regulação neuro-hormonal, acompanhada de intolerância ao esforço, retenção hídrica e redução da expectativa de vida.

✓ *Insuficiência mitral*: Se deve a um fechamento inadequado da valva mitral e o refluxo do sangue do ventrículo esquerdo para o átrio esquerdo durante a sístole e as causas pode ser devido à febre reumática, prolapso de valva mitral e infarto miocárdio.

✓ *Isquemia miocárdica*: É quando ocorre desequilíbrio na oferta ou na demanda de oxigênio.

✓ *Miocardiotia dilatada*: Doenças das fibras musculares cardíacas. Em geral, não é diagnosticado até um estágio avançado o que dificulta um bom prognóstico. As causas são as mais variadas como: hipersensibilidade medicamentosa, hipertensão, doença valvar, cardiopatia isquêmica, infecções virais ou bacterianas entre outras.

✓ *Miocardiotia hipertrófica*: É caracterizada por um espessamento das paredes dos ventrículos, onde ocorre um aumento da espessura o que torna mais rígido do que o normal, provocando uma maior resistência à entrada do sangue que provém dos pulmões, sendo esse sangue oxigenado.

✓ *Pericardite*: é processo inflamatório agudo ou crônico do pericárdio, podendo ser aguda ou crônica. Sendo aguda que tem derramamento de exsudato purulento, seroso ou hemorrágico e sendo crônica é caracterizada por espessamento denso e fibroso do pericárdio. As causas são infecção bacteriana, fúngica ou viral, neoplasias, hipersensibilidade entre outras.

✓ *Síndrome coronariana aguda*: são resultantes da ruptura aguda de uma placa aterosclerótica (vulnerável) com consequente formação de trombose intraluminal, embolização distal e graus variáveis de obstrução da luz coronária. O quadro clínico dependerá da gravidade da obstrução coronária. A causa está relacionada à aterosclerose e embolia.

As doenças cardiovasculares no Brasil são responsáveis por 55,35% das mortes por doenças não transmissíveis (FERREIRA e PÓVOA, 2009, p.29). O que denota uma avaliação de perfil epidemiológico para obter uma melhor conduta sobre os quadros de doenças crônicas não transmissíveis. Lembrando que o nosso país passou por um acelerado processo de industrialização e urbanização que levou a um profundo impacto na dinâmica populacional, cultural e sanitária de seus habitantes.

Esse fenômeno se confirma com a presença de duas cidades brasileiras (Rio de Janeiro e São Paulo) no *ranking* das 20 megacidades existentes no mundo. O perfil epidemiológico é claro quanto à atual existência de uma população mais idosa o que remete o avanço de especialidades médicas que possa dar assistência a essa faixa etária, e dessa maneira, novas tecnologias são desenvolvidas com o objetivo de oferecer uma maior qualidade de vida.

Mesmo apresentando avanços, ainda existe a necessidade de políticas públicas e privadas, para diagnóstico precoce e tratamento adequado, para que ocorra mais rapidamente a redução da mortalidade. Não deixando de lado a questão da promoção de saúde, pois atentando para isso podemos evitar a entrada de novos casos nos sistemas de saúde.

### **2.3. ENFERMAGEM E CONFORTO**

A enfermagem sempre se fundamentou em princípios e crenças, valores e normas tradicionalmente aceitos, e tendo orientação para enfrentar as situações imediatas de modo espontâneo, intuitivo e tradicional. Entretanto, a evolução da ciência mostrou a necessidade da pesquisa para a construção do saber e da prática, que, se desligada da teoria, não pode ser uma ação consciente logo, transformadora.

A sincronicidade entre a prática assistencial e a minuciosa reflexão crítica sobre a ação cotidiana resulta em produção de conhecimento e acréscimo de saberes à ciência da profissão. Nesse aspecto deixamos o intuitivo pelo racional e o objetivo para alcançar uma assistência baseada em evidências.

A partir da década de 1970, a Medicina Cardiológica progrediu, principalmente, nos meios diagnósticos, como tomografia computadorizada, ecocardiografia, ressonância magnética, testes ergométricos e cateterismos cardíacos. O implemento de tais meios diagnósticos, o uso de monitores cardíacos e dos respiradores de pressão e volume, e instalação dos cateteres centrais exigiam enfermeiros com melhor capacitação.

Em meados da década de 1970, os cuidados nas unidades coronarianas eram: monitorização do paciente, instalação de cateter de O<sub>2</sub>, oxigenoterapia, controle de sinais vitais, controle da pressão venosa central e pressão arterial média, manejo de respiradores, administração e controle rigoroso das drogas vasoativas.

Atualmente além desses cuidados citados, se tornaram responsabilidade da enfermagem a hemodinâmica, métodos gráficos, eletrofisiologia, transplante cardíaco,

assistência domiciliar e atendimento pré-hospitalar móvel em unidades aéreas e terrestres de suporte avançado de vida. O empirismo de tais práticas tem cedido espaço para o saber sistemático estruturado como o processo de enfermagem.

Processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases (histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico) (HORTA, 1979, p. 35).

Esse processo é um método científico que deve ser utilizado para compreender e resolver problemas dos pacientes, de forma individualizada e contextualizada, e exige o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas, interpessoais e capacidade de tomada de decisão.

O processo de enfermagem parte da compreensão das complexas dimensões do processo saúde/doença, baseando-se no referencial biomédico, modelo holístico, necessidades humanas e respostas humanas. O referencial biomédico serve de base para o entendimento dos aspectos biológicos do adoecer lembrando que o mesmo deve ser interligado com as próprias referências da enfermagem, como necessidades humanas e respostas humanas. As estratégias para se alcançar o cuidado atravessa o processo de enfermagem propriamente dito que são suas fases (levantamento de dados, análise dados, planejar/intervir e avaliar os resultados) e os recursos que são preenchidos pela documentação através dos instrumentos, tempo/espaço, e recursos humanos, e as competências: intelectual/cognitiva, afetivo e ético, desse profissional que a executa.

O processo de enfermagem é um processo que demanda conhecimentos e habilidades que ajudam a determinar o que, por que, por quem, como, com que e para que algo deve ser feito. Acrescente-se aos conhecimentos e habilidades, a motivação pessoal para a implementação da sistematização de enfermagem (QUILICI, 2009, p. 21).

A assistência de enfermagem vem de um planejamento frente às necessidades do usuário, e uma proposta de intervenção ao mesmo, pois intervir é um tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, com a intenção de melhorar os resultados obtidos através do levantamento e análise de dados do paciente.

Tendo em vista a procura por intervenções inovadoras que melhorassem o prognóstico de pacientes hospitalizados oferecendo um cuidado diferenciado, em 2006 a portaria de número 971 aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que visa o direito do usuário do Sistema Único de Saúde por práticas alternativas de cuidado, possibilitando ao mesmo, atendimentos que antes não era oferecido no sistema público.



Essa política tem como objetivos: Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidade; Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

A resposta de uma intervenção pode ser demorada e por isso o acompanhamento é importante, pois é através desse acompanhamento é que se pode comprovar e melhorar a prática alternativa e/ou complementar em um paciente ou grupo proposto. Vale lembrar que toda a intervenção deve ser devidamente reavaliada para se alcançar o objetivo maior que é a melhoria do quadro clínico do usuário.

Quando se propõe intervir com uma terapia alternativa (música) para a melhoria do nível de conforto em um paciente hospitalizado, entende-se que o conforto não é somente uma parte implícita dos cuidados de enfermagem e sim, uma meta de enfermagem. Para alcançar tal feito se faz necessário definir o que é conforto,

É um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar – físico, psicoespiritual e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em uma qualidade de vida (SILVA, p. 130, 2008).

O termo conforto é originado do latim *confortare*, que em português significa fortificar, certificar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar. Tem significados diferentes de pessoa para pessoa, conforme as realidades vivenciadas, é um estado de equilíbrio pessoal e ambiental (ROSA et al., 2008).

Em 2003, Kolcaba estabelece relação e diferenças entre os termos *cuidado* e *conforto*, de maneira que conceitua o conforto como resultado para o paciente, enquanto o cuidado é como os enfermeiros executam o trabalho; enfatiza que os efeitos de cuidar são difíceis de mensurar enquanto os efeitos das intervenções de conforto (incluindo a prestação de cuidados) e podem ser mensuráveis. Desse modo, conforto é, então, compreendido como a satisfação das necessidades humanas básicas e resultado do cuidado de enfermagem.

O conforto, na perspectiva dos pacientes, recorrendo ao Interacionismo Simbólico e à metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados, faz parte do processo

psicossocial básico que emergiu da análise de três fenômenos que traduzem basicamente o desconforto:

- ✓ A ruptura da vida cotidiana: imobilizados, isolados, impossibilitados de fazer escolhas, com medo de morrer, perdem a condição de sujeito;
- ✓ Identidade pessoal suspensa, até recuperar a condição de pessoa, acaba por sofrer retorno da doença e nas *rehospitalizações*;
- ✓ Impossibilidade de reconhecer a ação espontânea.

É notório que a internação hospitalar provoca uma ruptura no cotidiano das pessoas, lhes impondo rotinas *estranhas*. Afeta-as ao separá-las de suas conexões físicas, sociais e emocionais. O estado mórbido aliado à impessoalidade do ambiente hospitalar pode causar insegurança e angústia que desestruturam o cliente, alterando a sua auto-imagem e percepção do *Eu* (BERGOLD, 2005).

Vale dizer que a terapia médica sempre se baseará em alguma forma de intervenção. Porém, não deve ser tão fragmentária como tem acontecido na assistência contemporânea à saúde, podendo privilegiar terapias que estimulem e respeitem a noção de que o paciente, indivíduo responsável, pode iniciar ele próprio o processo que o leva a ficar bem, reconhecendo em si a necessidade de mudança de atitude frente aos fatores de risco da doença (MUSSI, 2003).

Segundo Bergold (2005), ser feliz, ser respeitado, ter direito a uma saúde digna, opinar sobre sua terapêutica e buscar novas maneiras de ver e cuidar do corpo que se afastam da visão dominante, uniformizadora das singularidades. Revela-se até mesmo na rebeldia contra a imposição de modelos que impedem a expressividade do sujeito no cuidado.

Bruscia (2000) afirma que tanto o relaxamento como a estimulação pode melhorar o estado de saúde de duas formas: preventiva (ao reduzir riscos ou aumentar assistência contra problemas de saúde) e paliativa (ao melhorar a qualidade de vida de quem enfrenta uma condição de doença). Assim, a música é um recurso terapêutico através do qual se pode promover a melhora na condição de saúde do cliente tendo em vista sua natureza holística.

Bergold (2005) afirma que no âmbito das dinâmicas, tendo em vista suas experiências com os participantes das visitas musicais, os sujeitos da pesquisa destacaram que elas afetaram a cada um de forma particular, no entanto, todos relataram sentir mais efeito sobre seu corpo, do ponto de vista de sua totalidade. Na produção artística, os sujeitos apresentaram diferentes influências dessas visitas, quais sejam:

emocional – trouxe alegria, felicidade, alívio da tensão e da angústia; cognitiva – reflexão e resgate de lembranças latentes; e físico – conforto na sua totalidade.

A busca do conforto no tratamento não consiste, pois meramente no ajustamento do corpo do paciente, mas uma mudança de percepção de si mesmo e das saídas para reinserção no cotidiano. Portanto, implica uma terapêutica que considere a vida como um valor, por cuja conservação o paciente também é responsável – e não atribuir somente à técnica tal função e responsabilidade. Isso implica uma profunda mudança nas relações interpessoais nas instituições hospitalares e uma terapia de suporte no pós-infarto. No entanto a busca do conforto, na lógica da racionalidade médico hospitalar, centra-se muito mais nas interações com a esfera da tecnologia e do controle do que nas relações interpessoais (MUSSI, 2003).

*As situações-problema fazem parte não somente do processo de enfermagem, mas, de fato, do cotidiano das enfermeiras no panorama assistencial. As situações-problema evidentes e não evidentes, os quais estão relacionados ao cliente e família no âmbito da prática de enfermagem (QUELUCI, 2010, p. 176).*

A abordagem do enfermeiro é situacional frente ao paciente com doenças cardiovasculares, onde o enfermeiro deverá estar atento as demais necessidades dos pacientes a fim de identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos que podem influenciar na condição de saúde cada indivíduo e dessa maneira, demandar determinado cuidado e assistência.

## **2.4. MÚSICA E REAÇÕES FISIOLÓGICAS**

A música pode ser definida como os sons e movimentos internos que resumem nossos desejos e vivências dentre elas as intra-uterinas, durante o período gestacional, e do nascimento até os momentos finais (morte). Entre estes sons estão à natureza, o corpo humano, os instrumentos musicais, os aparelhos eletrônicos, os sons percebidos internamente como batimento cardíaco, vibrações, o próprio silêncio, entre outros. O que nos faz crer que a música é inerente a nós e não só produzida por nós.

A música faz parte da construção social e cultural da humanidade como um todo, se na idade pré-histórica o som de raios e trovões faziam nossos antepassados se abrigar em cavernas atualmente esses mesmos raios e trovões fazem nossas crianças chorarem (LEINIG, 2009). O que nos mostra que nosso entendimento sobre os fenômenos físicos aumentaram, porém não deixamos de estar atento aos sons e movimentos externos.

Por fazer parte da construção social a música está presente em toda a história e às vezes, como protagonista ou coadjuvante. Além disso, seu papel é delineado em outras áreas, como na física (no estudo dos sons e sua propagação) e como na matemática (onde gênios da matemática se aventuraram na música).

A música faz parte do alicerce cultural, social e intelectual e dessa maneira se fez presente na saúde e em suas diversas ramificações, em algumas bem definidas em outras a subjetividade se encontra presente, na psiquiatria, por exemplo, a música tem o papel de codificar e quantificar o nível da doença. Segundo Andrade e Pedrão (2005), a música possui fatores culturais que são capazes de religar o indivíduo adoecido aos valores culturais de seu meio e, portanto, a si mesmo, reconstruindo a sua história.

O objetivo da Musicoterapia, no campo da medicina, é universal, com contribuição ao desenvolvimento do ser humano como totalidade indivisível e única (Rolando Benenzon).

Como parte da medicina, a terapia se incumbe da maneira de tratar as doenças. Implica também um alto compromisso de flexibilidade e crescimento para os ambos pólos da terapêutica, o relacionamento paciente-terapeuta. Vale dizer que a palavra terapia, do grego *therapeun*, significa *cuidar de, dar assistência*.

Ruud (1990) levanta a questão que na área da medicina tem havido uma produtiva documentação e aceitação do uso da música na redução do estresse e dor vinculada ao tratamento de diversas doenças assim como o uso da música no ajuste de processos fisiológicos relacionados a técnicas de relaxamento. Grande parte desse levantamento é flexível na escolha de música e parece levar em consideração a importância da bagagem musical dos pacientes.

A música pode oferecer relaxamento tanto a nível fisiológico como psicológico. As músicas para relaxamento devem ser selecionadas cuidadosamente para que possam induzir o corpo a se soltar, a se distender e despertar, ao mesmo tempo, uma sensação de bem-estar e renovação de energias físicas e psíquicas.

Segundo Watanabe (2011), a musicoterapia exige determinado tipo de formação em nível superior de graduação ou especialização. Cabe destacar que, apenas a aplicação da música com finalidade terapêutica não é musicoterapia e, que os estudos de seus efeitos terapêuticos na saúde não são realizados apenas por esse profissional. Tal como anteriormente retratado, os efeitos terapêuticos da música estão presentes desde a Idade Antiga e continuaram a ser estudados no meio científico desde a II Guerra

Mundial até o presente momento por profissionais de diversas especialidades (músicos, enfermeiros, psicólogos, médicos).

A musicoterapia tornou-se sistemática porque suas experiências já não são mais aleatórias; seus processos passaram a ser planejados e monitorados; e seus resultados não são mais casuais, pois que, as pesquisas, com amostras significativas, demonstraram resultados positivos, estaticamente comprovados. Mesmo que a musicoterapia tenha chegado a atingir, até aqui, este desenvolvimento tão promissor, não é motivo para que musicoterapeutas e pesquisadores se acomodem e não procurem fazê-la crescer ainda mais (LEINIG, 2009).

Para o êxito da musicoterapia é imprescindível que a teoria, a prática e a investigação (pesquisa) caminhem sempre juntas, num processo de integração. Hoje, a musicoterapia não é mais uma série aleatória de experiências, mas sim um processo planejado, sistematizado, fundamentado, monitorado, cujos resultados não são meramente casuais (BRUSCIA, 2000).

A metodologia empregada durante a terapia exige uma estruturação de procedimentos sequenciais, racionalizados, entrosados e sistematizados de forma a suscitar, também a participação espontânea dos pacientes, pois sem eles os objetivos terapêuticos propostos, dificilmente serão alcançados.

Mesmo exigindo uma metodologia, as técnicas e os métodos em musicoterapia não devem ser encarados como um roteiro, obrigatório, programático, mesmo porque a essência do trabalho terapêutico em música é a flexibilidade e do ajustamento espontâneo, às condições do paciente. É importante lembrar que o ajustamento deve ser do método ao paciente, e não do paciente ao método.

Outro ponto que flexibiliza a terapia é sobre o momento do relaxamento, pois há alguns terapeutas que acreditam que o relaxamento deve ocorrer antes de cada sessão e outros no final de cada sessão. Durante pesquisa bibliográfica não foi achado nenhum dado conclusivo sobre o momento, porém há uma unanimidade na comunidade científica sobre a necessidade desse momento, uma vez que o relaxamento pode induzir o corpo a se soltar, a se distender e a despertar para uma sensação de bem-estar e renovação de energias.

Tendo em vista a necessidade de se aprofundar, a música como terapia deve ser feita utilizando protocolos de registros contendo dados pessoais do paciente, assim como possíveis reações dos pacientes. Dessa maneira, o registro sobre o andamento do

tratamento, poderá comprovar e validar a terapia em diversas situações-problema de pacientes hospitalizados.

### **3. REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Sem a prática e a investigação, a teoria é imponente e impossível de comprovar; sem teoria e investigação, a prática é cega; e sem a teoria e prática, a investigação é inaplicável.

Duerksen Gaston

### **3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Estudo participante, quase-experimental (definida assim por não haver um grupo controle, e sim uma comparação entre a mesma população elegível), e longitudinal, com abordagem quanti-qualitativa das medidas biofisiológicas (paramétricas e não paramétricas).

Para Guathier et.al (1998) a observação participante deve ser utilizada como recurso metodológico pelo pressuposto que existe muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou escrita, como o ambiente, o comportamento individual e a linguagem não verbal, os quais podem ser aspectos fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para uma posterior interpretação apurada.

Wood e Haber (2001) definem que quase-experimental são desenhos de pesquisa em que o pesquisador inicia um tratamento experimental mas alguma característica de um experimento está faltando. Talvez o controle não seja possível em virtude da natureza da variável independente ou da natureza dos sujeitos do estudo disponíveis.

Um estudo longitudinal é aquele visa analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais (nessa pesquisa, seres humanos) ao longo de um determinado período. São estudos observacionais, pois geralmente se limitam a observar os elementos amostrais sem manipular fatores que possam alterar as variáveis de interesse, no entanto, podem ser utilizados em estudos quase-experimentais.

A abordagem qualitativa é aplicada ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos



fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Já a abordagem quantitativa utiliza variáveis relacionadas para confirmar relações existentes entre elas (MINAYO, 2010).

Com uma abordagem quanti-qualitativa associamos análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando assim a interpretação dos dados obtidos.

### **3.2. CENÁRIO**

O local escolhido foi o Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense nas enfermarias clínicas de cardiologia, feminina e masculina, do sétimo e sexto andar, respectivamente. Na enfermaria clínica feminina constavam 26 leitos, sendo quatro leitos destinados para a cardiologia, e na enfermaria clínica masculina constavam com 25 leitos, sendo quatro leitos destinados para a cardiologia.

### **3.3. AMOSTRA**

O tipo de amostragem utilizada foi a amostragem por conveniência, não probabilística, ou seja, a escolha das pessoas mais acessíveis como sujeito do estudo. Segundo Vieira (2008), a amostra por conveniência é constituída por  $n$  unidades reunidas em uma amostra simplesmente porque o pesquisador tem fácil acesso a essas unidades.

O tempo de seguimento da pesquisa foi de julho de 2012 a segunda quinzena de agosto de 2012. No caso desta pesquisa, foram selecionadas pessoas atendidas nas enfermarias clínicas de cardiologia do Hospital Universitário Antonio Pedro – HUAP/UFF. Este tipo de amostra facilita a obtenção dos sujeitos. A coleta de dados se iniciou após a obtenção da autorização do CEP, e foram realizadas três vezes por semana de segunda-feira a sexta-feira, no período diurno.

#### **3.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Os critérios de inclusão foram pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 21 anos e conscientes.

#### **3.3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentaram instabilidade, como inconsciência, do latim *inconsciu* que significa estado do doente cujo sistema nervoso central não permite pensar, observar e interagir com o mundo exterior, e dificuldade de responder às solicitações verbais, sendo isso avaliado pela escala de coma de Glasgow

(ECG) que se trata de uma escala neurológica que tem como objetivo registrar o nível de consciência do paciente através da abertura ocular (1-4), melhor resposta verbal (1-5) e melhor resposta motora (1-6), cuja a pontuação necessária para que o paciente possa fazer parte dessa pesquisa é entre 13 a 15.

Indivíduos que no momento da terapia relataram cefaleia (sensação dolorosa na região da cabeça, que pode ter diversas características e podendo estar associada a outras perturbações) ou indisposição (mal-estar) e pacientes com diagnóstico médico de deficiência auditiva também foram excluídos dessa pesquisa.

### **3.4. ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e pesquisa do Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF com o número de protocolo 379/11 (CAAE – 0395.0.258.000-11) aprovado, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 196/96 sobre os aspectos éticos e legais que regulamentam a pesquisa em seres humanos. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO).

### **3.5. MATERIAL**

Material utilizado:

- ✓ *MP3 Player (MPEG-1/2 Audio Layer 3):* contendo uma gama musical separada por estilos (música popular brasileira, louvor bíblico, rock, tecnobrega, sertanejo, jazz, música clássica, pop, internacional e mantra).
- ✓ *Fone de ouvidos:* para uma assistência individualizada e buscando o mínimo de interferências com o ambiente.
- ✓ *Esfigmomanômetro e estetoscópio:* para aferir a pressão arterial.
- ✓ *Termômetro:* para verificar a temperatura corporal.
- ✓ *Cronômetro e relógio:* para marcar o tempo de cada sessão musical e auxiliar a mensuração da frequência cardíaca e respiratória.
- ✓ *Escala visual analógica (EVA):* para facilitar a mensuração da dor de cada participante.

### **3.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para aplicar a música nos pacientes selecionamos a intervenção de enfermagem *musicoterapia* da Nursing Interventions Classification (NIC), pois esta padroniza e

define a base de conhecimentos para os currículos e a prática de enfermagem. A NIC constitui uma linguagem padronizada e abrangente que descreve os tratamentos realizados pela enfermagem.

A música é uma intervenção da enfermagem e esta tem como definição pela NIC: *Uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica de comportamento, sentimento ou fisiologia*. Para a utilização da música selecionamos a partir da NIC, as ações abaixo que serão realizadas na seguinte ordem:

1. Definir a mudança específica desejada no comportamento e/ou fisiologia;
2. Informar o indivíduo sobre o propósito da experiência com a música;
3. Identificar as preferências musicais do indivíduo;
4. Escolher seleções musicais representativas das preferências do indivíduo;
5. Ajudar o indivíduo a assumir uma posição confortável;
6. Providenciar fones de ouvido;
7. Assegurar que o volume esteja adequado.

Observação: Evitar música quando o paciente apresentar cefaleia.

Para avaliar quais os efeitos da música aplicamos a escala da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) quanto ao conforto. A NOC é uma classificação que documenta o desenvolvimento de resultados padronizados para a avaliação dos cuidados de saúde. É uma lista abrangente de resultados, definições e medidas padronizados que descreve os resultados do paciente diante das intervenções de enfermagem.

Vale ressaltar que quanto à duração das sessões, segundo Lima (2006), alguns autores recomendam durações diferentes: 10 minutos, 20 minutos, 30 minutos, 45 minutos e 1 hora, mas há um estudo que propõe intervenção com tempo variável, de 15 a 60 minutos, de acordo com o desejo de cada paciente. E frente a essa variação definimos que cada sessão deverá durar de 20 a 30 minutos por paciente, respeitando sempre o desejo do mesmo.

A NOC possui uma escala Likert, que é uma escala de resposta psicométrica apresentando cinco níveis e nessa classificação as respostas possíveis são: nada satisfeito (1), um pouco satisfeito (2), moderadamente satisfeito (3), muito satisfeito (4), completamente satisfeito (5) e, em caso de alta hospitalar, utilizamos a sigla AH.

Os indicadores de conforto são: bem-estar físico, controle de sintomas, bem-estar psicológico, ambiente físico, temperatura do quarto, relações sociais, vida espiritual, nível de independência e controle da dor. É importante deixar claro que selecionamos indicadores possíveis de ser alterados frente à intervenção que

selecionamos. As vantagens de utilizar a NOC na avaliação dos cuidados de enfermagem é que a escala Likert não é aplicada em um campo específico, e sim pode ser utilizada em qualquer cenário da prática assistencial.

#### Estrutura do formulário:

Para a avaliação da coleta de dados elaboramos um formulário contendo: Dados pessoais dos pacientes; Estados físico e psicológico na admissão; Preferências musicais; Registro de sinais vitais e saturação de O<sub>2</sub>; Escalas de avaliação de conforto do paciente (escala likert- NOC), de dor, de ansiedade e de depressão; Breve relato do pesquisador sobre a situação-problema do paciente.

Verificamos do prontuário dos pacientes seus dados pessoais e estado clínico no momento da admissão, podendo ter sido preenchido pela equipe profissional de saúde ou pelo médico. Já o diagnóstico e a escolha de tratamento definidos obrigatoriamente pelo médico responsável pelo paciente.

Para avaliar a música como intervenção de enfermagem selecionamos os seguintes indicadores e sinais hemodinâmicos:

- ✓ *Bem-estar físico:* A imagem mental estar em boa condição física ou confortável satisfação física com controle da dor e contentamento com os arredores físicos (CIPE, 2007). Podendo ser definida pela postura, por expressões corporais e por todo e qualquer tipo de alteração hemodinâmica percebida pelo paciente analisado.
- ✓ *Controle dos sintomas,* que depende do diagnóstico que o paciente apresenta, mas de um modo geral numa enfermaria de cardiologia, seria a constância dos sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. Pelo Cipe (2007), foco com características específicas: condição de uma pessoa em relação aos outros, relativo à posição de uma pessoa.
- ✓ *Bem-estar psicológico,* esse indicador exige uma visão geral do participante, se ele é extrovertido ou introvertido e se a condição de internado faz com que o mesmo mude o seu comportamento. Pelo Cipe (2007), é o bem-estar com características específicas (imagem mental de estar em boa condição psicológica, satisfação com controle do stress e sofrimento).
- ✓ *Relações sociais,* que se define como o paciente age com a equipe profissional e com os outros pacientes e como agia antes de estar internado, para que se possa fazer uma comparação, se fazendo necessário questionar, quais eram as atividades que os participantes do estudo faziam antes da internação.

- ✓ *Vida espiritual*, que não é somente a religião, mas como o participante lida com sua fé e suas crenças, quanto a vida de um modo geral e quanto a sua nova condição, frente ao diagnóstico.
- ✓ *Nível de independência*, esse indicador, talvez seja o mais objetivo ao olhar do pesquisador, trata-se de como o paciente se encontra no ambiente hospitalar, se estar retido ao leito, ou se consegue se locomover com ou sem auxílio dentro da enfermaria. Para o Cipe (2007), é o estado de dependência com específicas características (o estado de não estar confiante em alguém ou alguma coisa para ajudar e apoiar).
- ✓ *Controle da dor*, que se define na capacidade que o paciente tem de controlar queixas álgicas, que devem ser comparadas com o nível de dor.
- ✓ *Pressão arterial* é a força exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos. Sofre variações contínuas, na dependência da posição do indivíduo das atividades e das situações em que ele se encontra.
- ✓ *Oximetria de pulso* é um método para se avaliar a oxigenação e está facilmente disponível em muitas instalações clínicas. Com a utilização de uma sonda fixada ao dedo do paciente, o oxímetro de pulso calcula a saturação de oxigênio, com base nas determinações da absorção de dois comprimentos de onda da luz pela hemoglobina do sangue arterial pulsátil da pele. Devido à absorção diferenciada dos dois comprimentos de onda pelas hemoglobinas oxigenada e não-oxigenada, ao percentual de hemoglobina saturada pelo oxigênio pode ser calculado e exibido instantaneamente (Fauci, p. 1590). Não foi possível utilizar o oxímetro, pois nas enfermarias não dispõe do aparelho.
- ✓ *Frequência cardíaca* é determinada pelo número de batimentos cardíacos por unidade de tempo, geralmente expressa em batimentos por minuto (bpm), pode variar de acordo com a necessidade do corpo para as mudanças de oxigênio, como durante o exercício ou sono. A medição da frequência cardíaca é usada para auxiliar no diagnóstico e acompanhamento de condições médicas.
- ✓ *Frequência respiratória* é o número de ciclos respiratórios (inspiração e expiração) que o organismo realiza involuntariamente por minuto.
- ✓ *Temperatura corporal normal*, também denominada normotermia ou eutermia, depende de alguns pontos como o local do corpo, no caso foi a axilar encontrasse entre 35,5°C a 37°C com média de 36°C a 36,5°C, a hora do dia e o nível de atividade corporal.
- ✓ *Escala de dor*, que utilizamos foi Escala Visual Analógica (EVA) consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para

verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, e quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

✓ *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)* que utilizamos nesse estudo possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade e sete para a depressão. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão foram obtidas as respostas aos itens da HADS. Foram adotados os pontos de cortes recomendados para ambas as subescalas: HADS-ansiedade (sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade  $\geq 9$ ) e HADS-depressão (sem depressão de 0 a 8, com depressão  $\geq 9$ ) (MARCOLINO, 2007).

### **3.7. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada em três sessões conforme descritos nos quadros abaixo:

#### **1 Quadro: Primeira Sessão**

PRIMEIRA SESSÃO
1º passo: A leitura do prontuário do paciente na enfermaria de cardiologia e o preenchimento do estado de admissão do mesmo e o registro do médico quanto à data prevista de alta.
2º passo: Entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao paciente para concordância em participar da pesquisa, com três sessões de música.
3º passo: Preenchimento do formulário pelo pesquisador sobre a preferência musical e escolha das músicas de acordo com o desejo do paciente.
4º passo: Mensuração e preenchimento dos sinais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O <sub>2</sub> ).
5º passo: Mensuração da escala de dor.
6º passo: Coleta da escala NOC e da escala hospitalar de ansiedade e depressão, e o preenchimento da expectativa dos indicadores da escala NOC.
7º passo: Audição das músicas de escolha do paciente, três músicas, sendo a primeira e a segunda, segundo preferência musical e a terceira, para acalmar o paciente, sendo um mantra ou uma música clássica.
8º passo: Mensuração e preenchimento dos sinais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O <sub>2</sub> ).

9º passo: Coleta da escala NOC.

## **2 Quadro: Segunda Sessão**

### SEGUNDA SESSÃO

1º passo: Preenchimento do formulário pelo pesquisador sobre a escolha das músicas de acordo com o desejo do paciente.

2º passo: Preenchimento dos sinais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>).

3º passo: Mensuração da escala de dor.

4º passo: Audição das músicas de escolha do paciente, três músicas, sendo a primeira e a segunda, segundo preferência musical e a terceira, para acalmar o paciente, sendo um mantra ou uma música clássica.

5º passo: Mensuração e preenchimento dos sinais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>).

6º passo: Coleta da escala NOC.

## **3 Quadro: Terceira Sessão**

### TERCEIRA SESSÃO

1º passo: Preenchimento do formulário pelo pesquisador sobre a escolha das músicas de acordo com o desejo do paciente.

2º passo: Preenchimento dos sinais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>).

3º passo: Mensuração da escala de dor.

4º passo: Audição das músicas de escolha do paciente, três músicas, sendo a primeira e a segunda, segundo preferência musical e a terceira, para acalmar o paciente, sendo um mantra ou uma música clássica.

5º passo: Mensuração e preenchimento dos sinais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>).

6º passo: Coleta da escala NOC e da escala hospitalar de ansiedade e depressão.

Cabe ressaltar que, a escala NOC era aplicada na primeira, em dois momentos (na apresentação e no término), no final da segunda e da terceira sessão, no intuito de verificar se a utilização dessa terapia (música) ofereceu algum tipo de conforto ao paciente. A avaliação e o registro dos sinais vitais foram realizados no início e no término de cada sessão, totalizando seis registros de sinais vitais, quatro avaliações de indicadores de conforto e dois registros das escalas hospitalares de ansiedade e

depressão. Resumindo no primeiro encontro ocorreram nove passos, no segundo e no terceiro encontro seis passos.

### 3.8. TRATAMENTO DE DADOS

Os dados coletados foram compilados para o pacote estatístico denominado PASW 17.0 para Windows de propriedade *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), a fim de gerar gráficos, calcular médias, comparar médias pareadas de variâncias iguais.

Em estudos de antes e depois, como é o caso, a técnica é o auto-emparelhamento. Onde o emparelhamento é utilizado na tentativa de controlar outras variações que poderiam interferir no resultado da comparação. Já a estatística descritiva foi realizada por meio de medidas de tendência central, ou seja, média; medidas de dispersão, representadas pela variância, desvio padrão e coeficiente de variação (CV); medidas de correlação (coeficiente de Pearson) e pela diferença de percentual.

A média é a medida de tendência central mais utilizada, calculada pelo somatório de todos os dados e posterior divisão do resultado pelo total de medidas. Vale ressaltar que a média é excepcionalmente sensível a valores extremos.

O teste de escolha foi o *t-student*, apropriado para a comparação entre amostras pareadas de variâncias iguais, como é o caso do presente estudo, que apresenta dois conjuntos de dados para cada doente. O pacote estatístico utilizado possibilitou a realização de testes uni e bicaudais, de acordo com a hipótese alternativa formulada. O intervalo de confiança utilizado foi de 95%, e o nível de significância ( $\alpha$ ), preestabelecido, foi de 0,05. O nível de significância representa a probabilidade de se errar ao rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ) quando ela é efetivamente verdadeira. Ou seja, a probabilidade de erro ao rejeitarmos a hipótese nula neste estudo é de 5%.

Por esse estudo ter uma pequena amostra, apresentamos o cálculo de confiança:  $X \pm t_{(n-1)}^{Sx}$  em que,  $t$  é a distribuição teórica,  $n$  é o tamanho da amostra, nesse estudo ( $n=20$ ).

O coeficiente de Pearson ( $r$ ) detecta associações lineares entre duas medidas quantitativas. O valor de  $r$  varia entre -1 e +1, sendo que  $r = 0$  corresponde à ausência de associação linear. Valores de  $r$  positivos indicam uma associação positiva, ou seja, na medida em que a variável  $x$  aumenta,  $y$  também aumenta. Quanto mais alto o valor de  $r$  (positivo ou negativo), mais forte é a correlação; nos casos extremos, quando  $r = \pm 1$ , todos os pontos do gráfico de dispersão caem exatamente sobre uma linha reta. A interpretação dos valores de  $r$  é encontrada no quadro abaixo:



#### 4 Quadro: Interpretação dos valores de r

Valores de r (+ ou -) Interpretação	
0,00 a 0,19	Correlação muito fraca
0,20 a 0,39	Correlação fraca
0,40 a 0,69	Correlação moderada
0,70 a 0,89	Correlação forte
0,90 a 1,00	Correlação muito forte

Fonte: Ribeiro Jr.; Shikamura. *Estatística*

A estatística inferencial foi realizada para verificar se a variação encontrada é estatisticamente significativa. Foi realizado um teste de hipóteses, e, como a amostra é suficientemente grande ( $n = 20$ ), pode-se admitir que a distribuição das médias amostrais é satisfatoriamente aproximada de uma distribuição normal, conforme indica o Teorema Central do Limite. Com isso, foi possível realizar um teste paramétrico.

## 4. RESULTADOS

“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores; se não houver flores, valeu a sombra das folhas; se não houver folhas, valeu a intenção da semente.”

Henfi

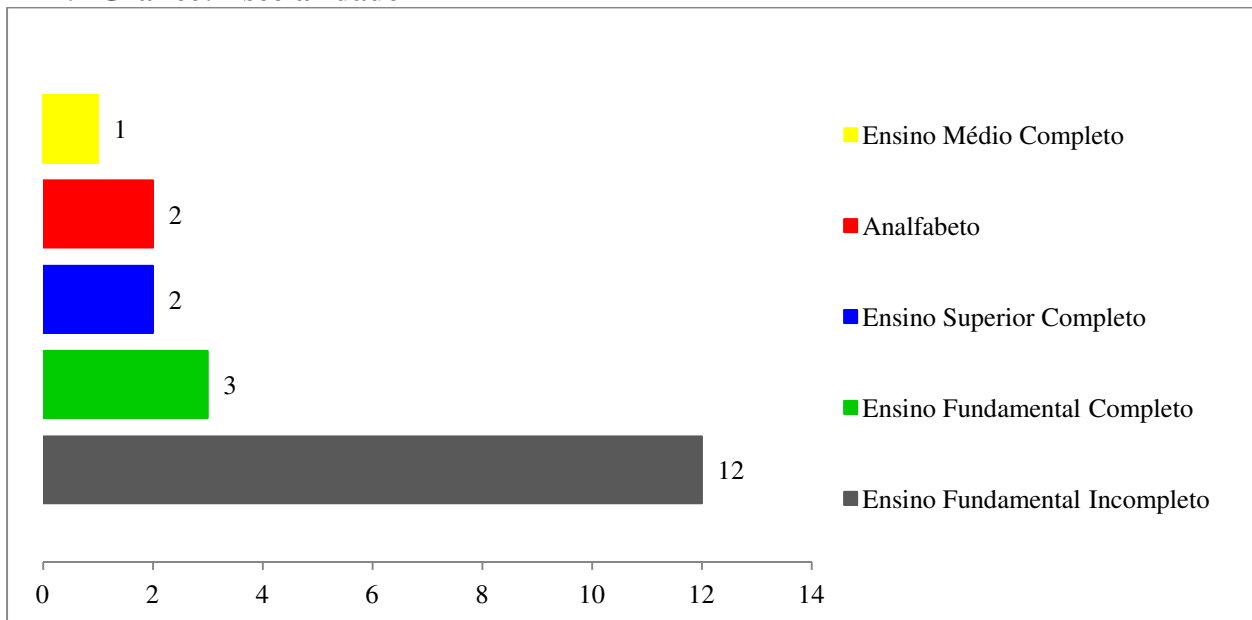
Após a coleta de dados conseguimos um total de 20 participantes nessa pesquisa, sendo 10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Com idade que variava de 43 a 84 anos. A porcentagem em maior número se deu na faixa etária de 50 a 59 anos, do sexo feminino em 25%, seguido da faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo masculino em 20%, tanto a faixa etária 60 a 69 anos do sexo feminino e a faixa etária 40 a 49 anos do sexo masculino em 15% e as faixas etárias 40 a 49 anos do sexo feminino, 50 a 59 anos do sexo masculino, 70 a 79 anos do sexo masculino, 80 a 89 anos do sexo feminino e 80 a 89 anos do sexo masculino em 5%. Vale ressaltar que 50% dos participantes tinham mais de 60 anos, e segundo o Estatuto do Idoso (2009) indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, são considerados idosos.

**I. Tabela: Idade e sexo**

Idade	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
43	0	1	1
44	0	1	1
47	0	1	1
49	1	0	1
54	1	0	1
55	1	0	1
58	3	1	4
61	0	1	1
62	1	0	1
63	1	0	1
65	1	1	2
66	0	1	1
68	0	1	1
78	0	1	1
82	0	1	1
84	1	0	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>

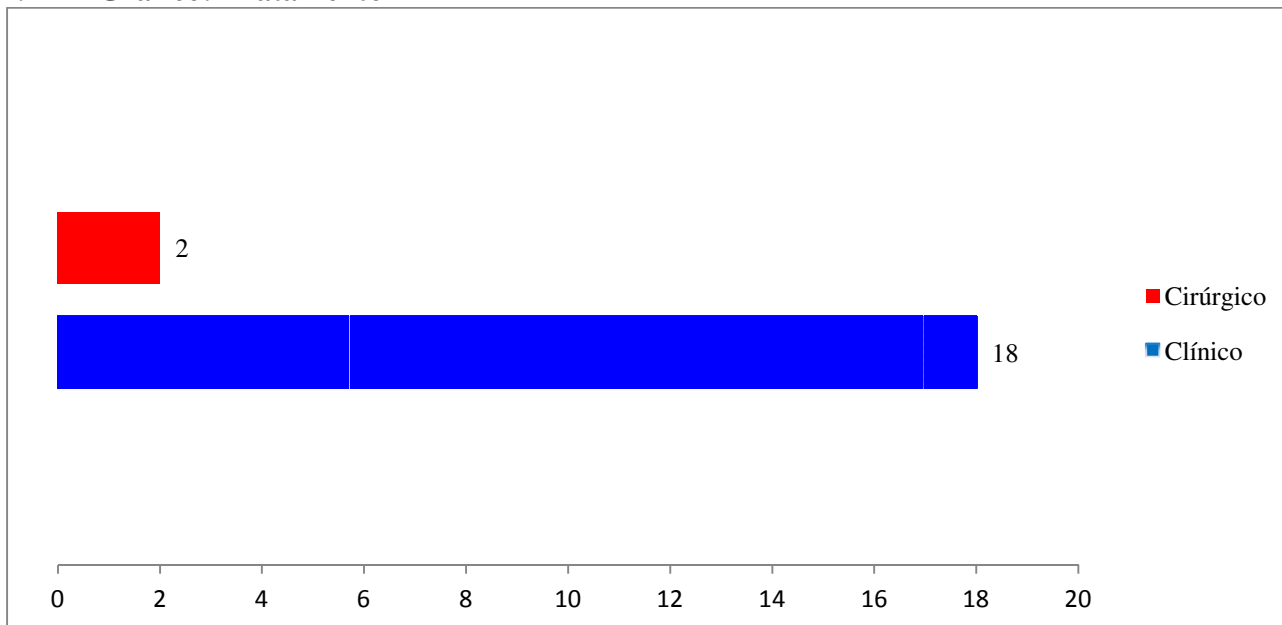
A escolaridade variou em analfabeto com 15%, ensino fundamental incompleto com 60%, ensino fundamental completo com 10%, ensino médio completo com 5% e ensino superior completo com 10%.

### 1. Gráfico: Escolaridade



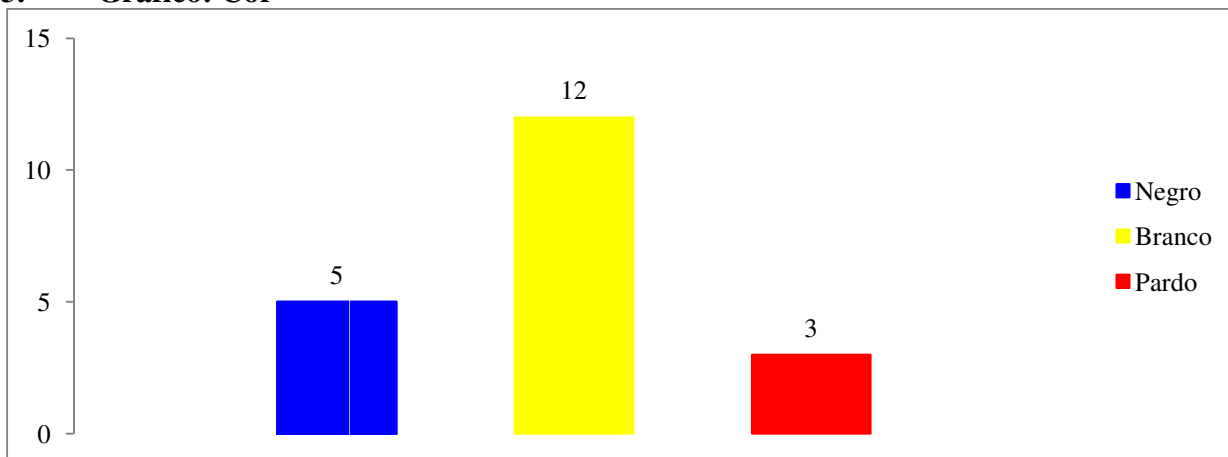
As doenças cardiovasculares foram variadas, sendo importante citar que mesmo se tratando de enfermarias clínicas existiram casos em que o tratamento escolhido foi o cirúrgico, dando um total de 10% dos casos.

### 2. Gráfico: Tratamento



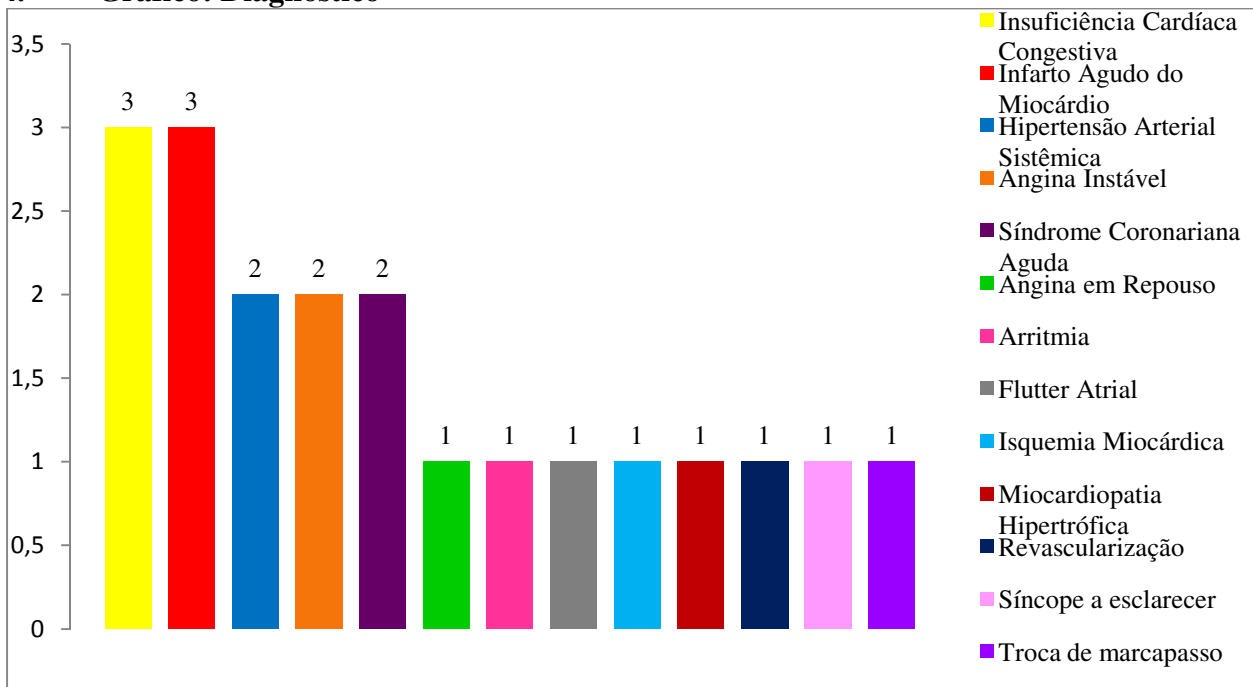
A descrição da próxima tabela é a cor dos participantes definida pelos mesmos durante a pesquisa. Apresentando 25% dos participantes mulheres brancas, 35% dos participantes homens brancos, 15% dos participantes mulheres negras, 10% dos participantes mulheres pardas, 10% dos participantes homens negros e 5% dos participantes homens pardos.

### 3. Gráfico: Cor



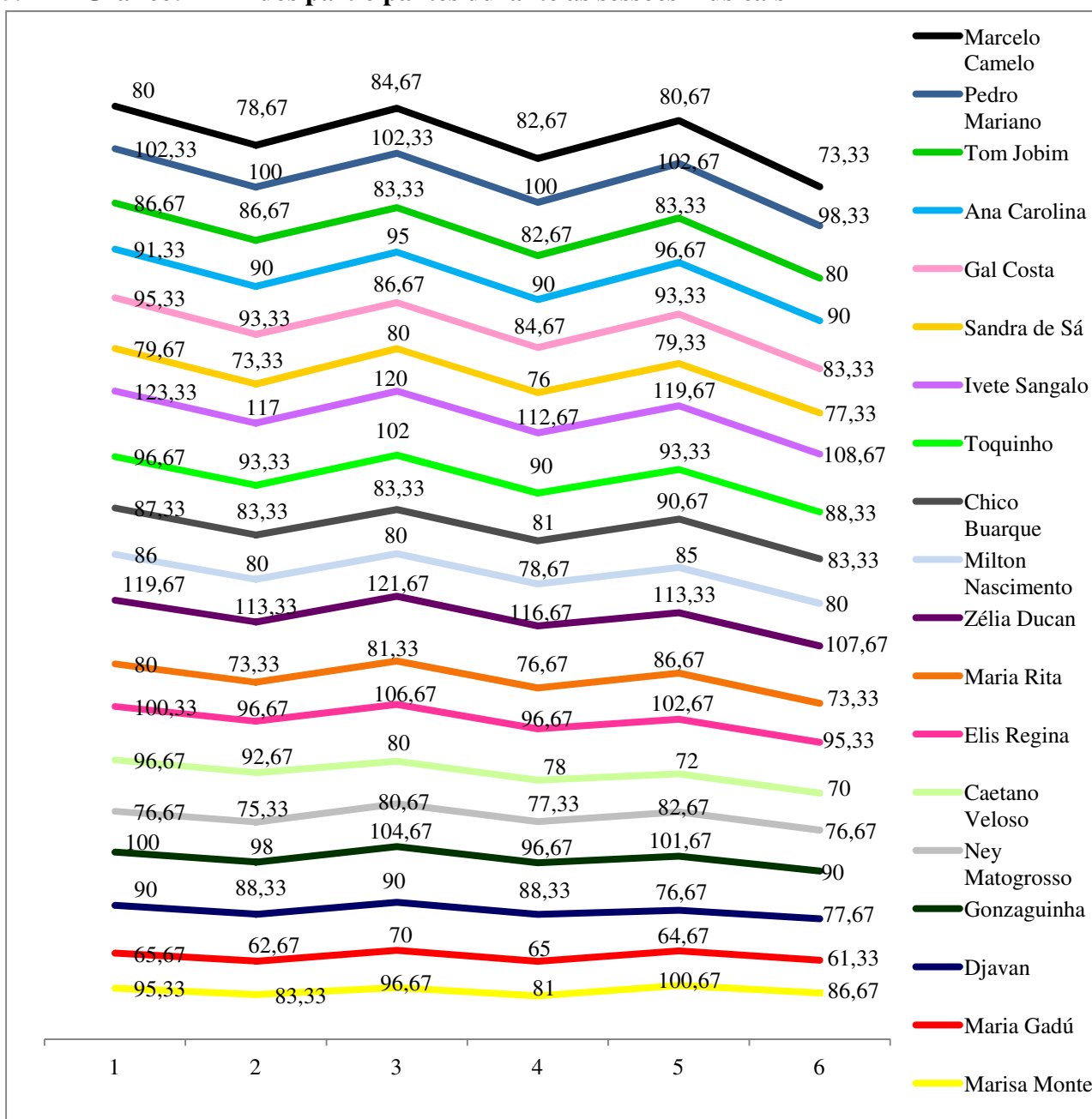
Quanto aos diagnósticos, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva apresentaram 15%, angina instável, hipertensão arterial sistêmica e síndrome coronariana aguda apresentaram 10% e angina em repouso, arritmia, flutter atrial, isquemia miocárdica, miocardiopatia hipertrófica, revascularização, síncope a esclarecer e troca de marcapasso representaram 5%.

### 4. Gráfico: Diagnóstico



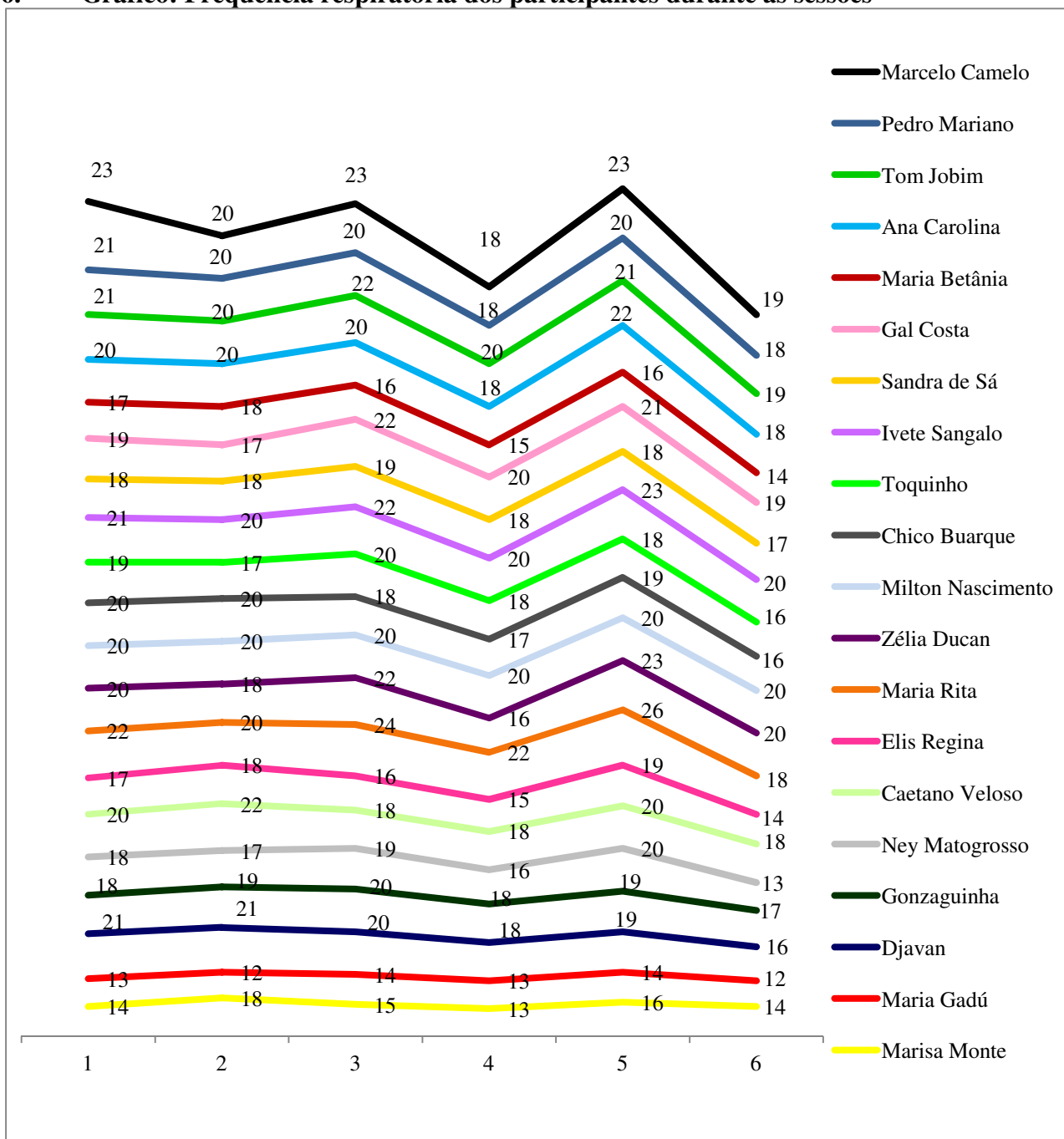
As pressões arteriais médias (PAM) antes e depois de cada sessão musical percebemos a queda contínua das mesmas a cada sessão, podemos observar isso no gráfico abaixo, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia musical, 2 para a primeira sessão após a terapia musical, 3 para segunda sessão antes da terapia musical, 4 para a segunda sessão após a terapia musical, 5 para terceira sessão antes da terapia musical e por fim 6 para a terceira sessão após a terapia musical.

### 5. Gráfico: PAM dos participantes durante as sessões musicais



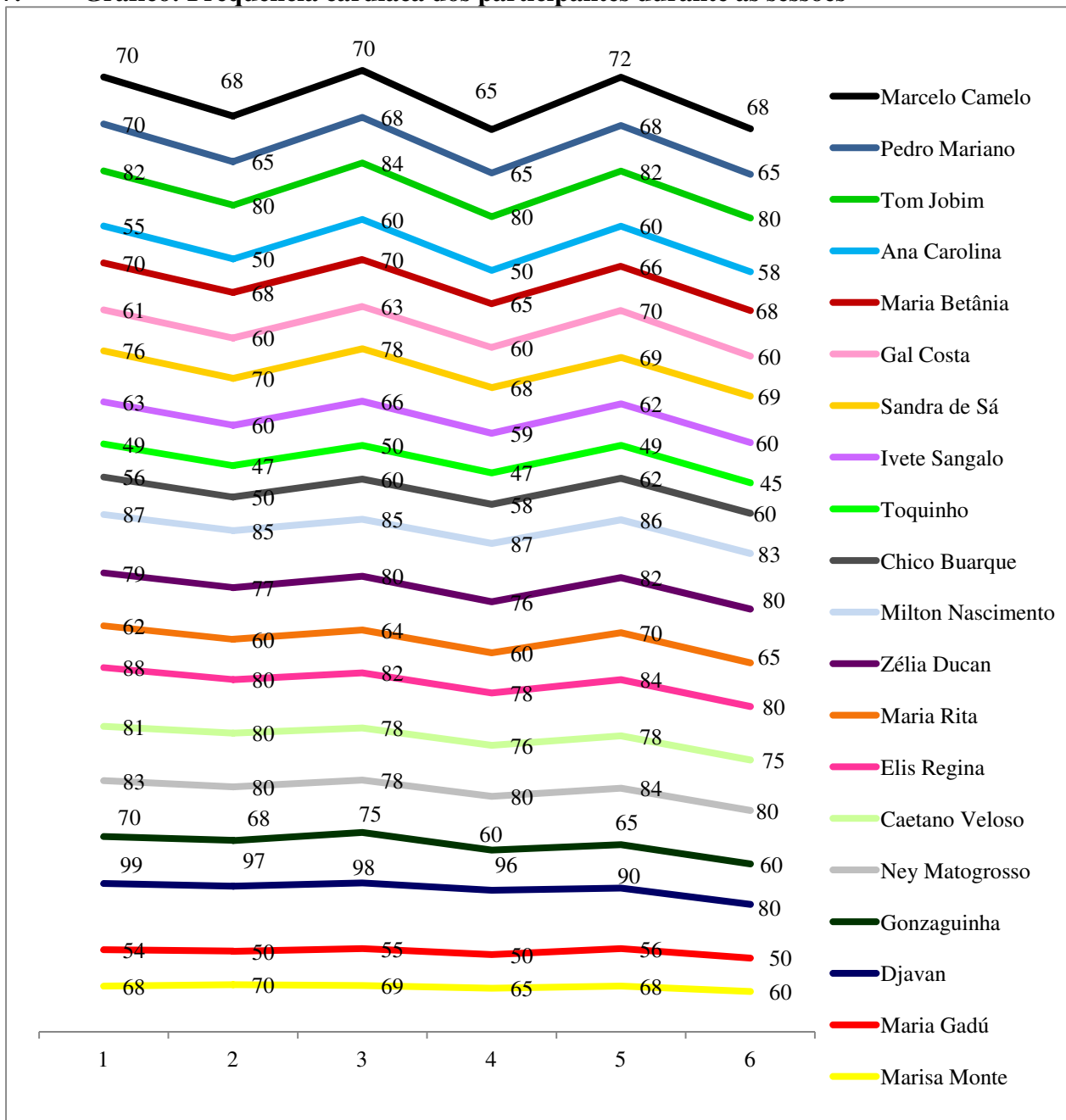
A frequência respiratória dos participantes antes e depois de cada sessão musical, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia musical, 2 para a primeira sessão após a terapia musical, 3 para segunda sessão antes da terapia musical, 4 para a segunda sessão após a terapia musical, 5 para terceira sessão antes da terapia musical e por fim 6 para a terceira sessão após a terapia musical.

**6. Gráfico: Frequência respiratória dos participantes durante as sessões**



A frequência cardíaca dos participantes antes e depois de cada sessão musical, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia musical, 2 para a primeira sessão após a terapia musical, 3 para segunda sessão antes da terapia musical, 4 para a segunda sessão após a terapia musical, 5 para terceira sessão antes da terapia musical e por fim 6 para a terceira sessão após a terapia musical.

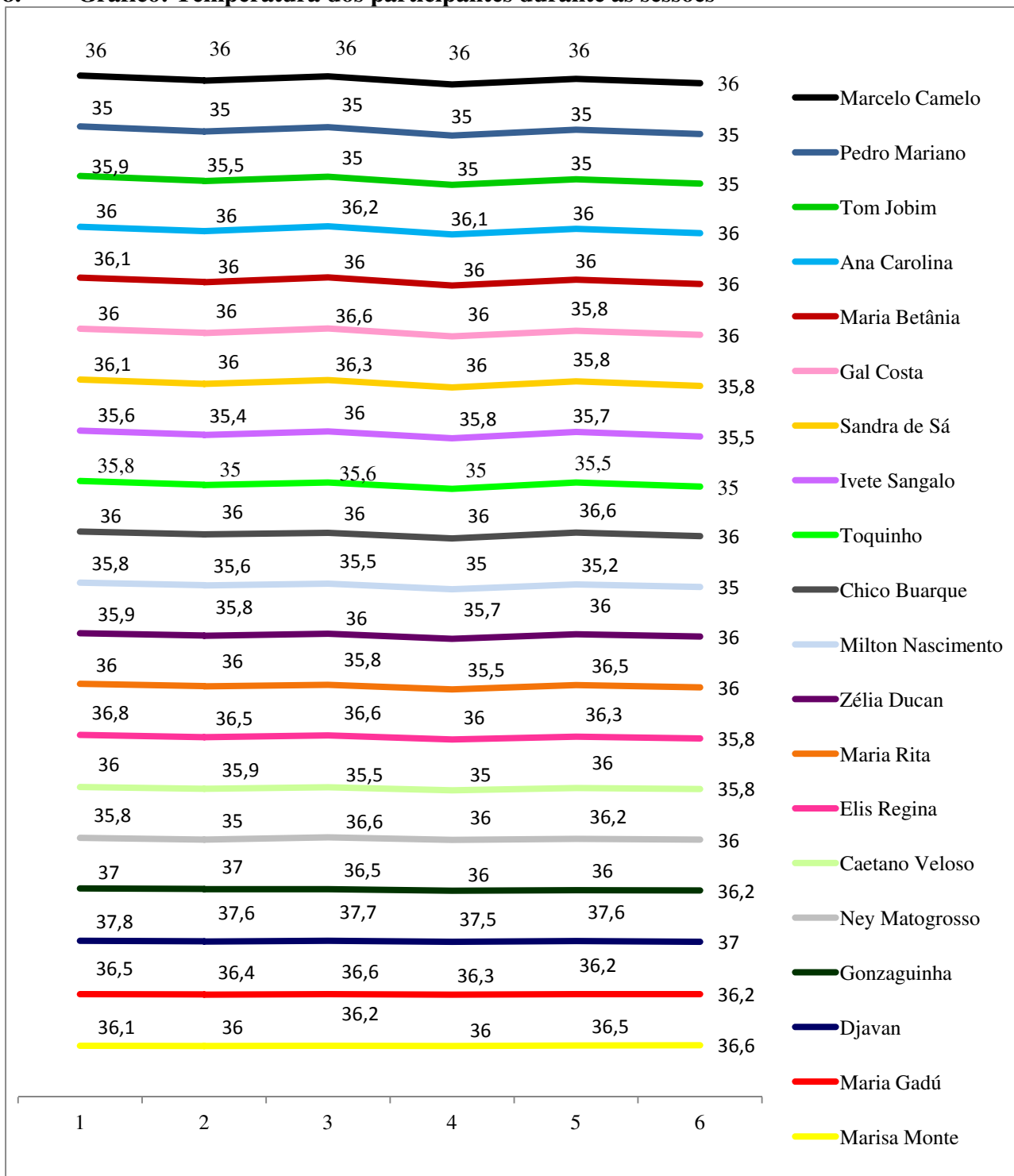
7. Gráfico: Frequência cardíaca dos participantes durante as sessões





A temperatura dos participantes antes e depois de cada sessão musical, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia musical, 2 para a primeira sessão após a terapia musical, 3 para segunda sessão antes da terapia musical, 4 para a segunda sessão após a terapia musical, 5 para terceira sessão antes da terapia musical e por fim 6 para a terceira sessão após a terapia musical.

**8. Gráfico: Temperatura dos participantes durante as sessões**



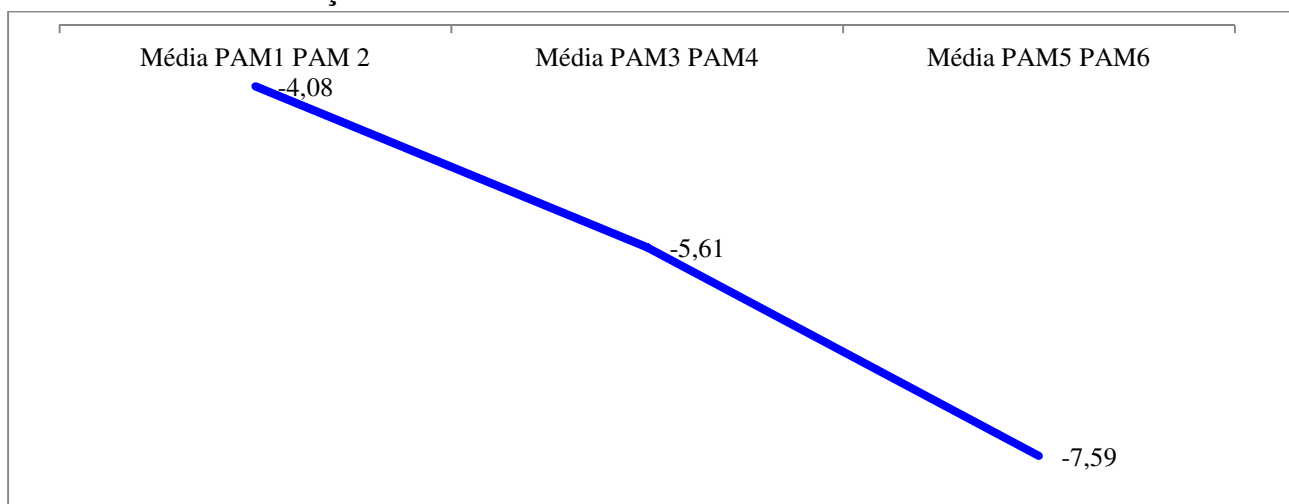
A escala de dor dos participantes antes e depois de cada sessão musical, onde as colunas representam os momentos das sessões, sendo A para a primeira sessão antes da terapia musical, B para a primeira sessão após a terapia musical, C para segunda sessão antes da terapia musical, D para a segunda sessão após a terapia musical, E para terceira sessão antes da terapia musical e por fim F para a terceira sessão após a terapia musical.

## II. Tabela: Escala de dor dos participantes durante as sessões

Participantes	A	B	C	D	E	F
Marisa Monte	1	1	3	2	4	2
Maria Gadú	1	1	1	1	1	1
Djavan	8	5	7	6	7	3
Gonzaguinha	1	1	5	3	1	1
Ney Matogrosso	4	2	4	3	1	1
Caetano Veloso	4	2	2	1	1	1
Elis Regina	6	5	5	4	3	2
Maria Rita	1	1	1	1	1	1
Zélia Ducan	1	1	1	1	1	1
Milton Nascimento	8	7	8	6	7	4
Chico Buarque	1	1	1	1	1	1
Toquinho	1	1	1	1	1	1
Ivete Sangalo	9	6	9	7	8	4
Sandra de Sá	6	4	5	3	5	4
Gal Costa	6	5	7	4	8	4
Maria Betânia	1	1	1	1	1	1
Ana Carolina	1	1	3	2	3	2
Tom Jobim	2	1	1	1	1	1
Pedro Mariano	1	1	1	1	1	1
Marcelo Camelo	9	8	9	8	9	7

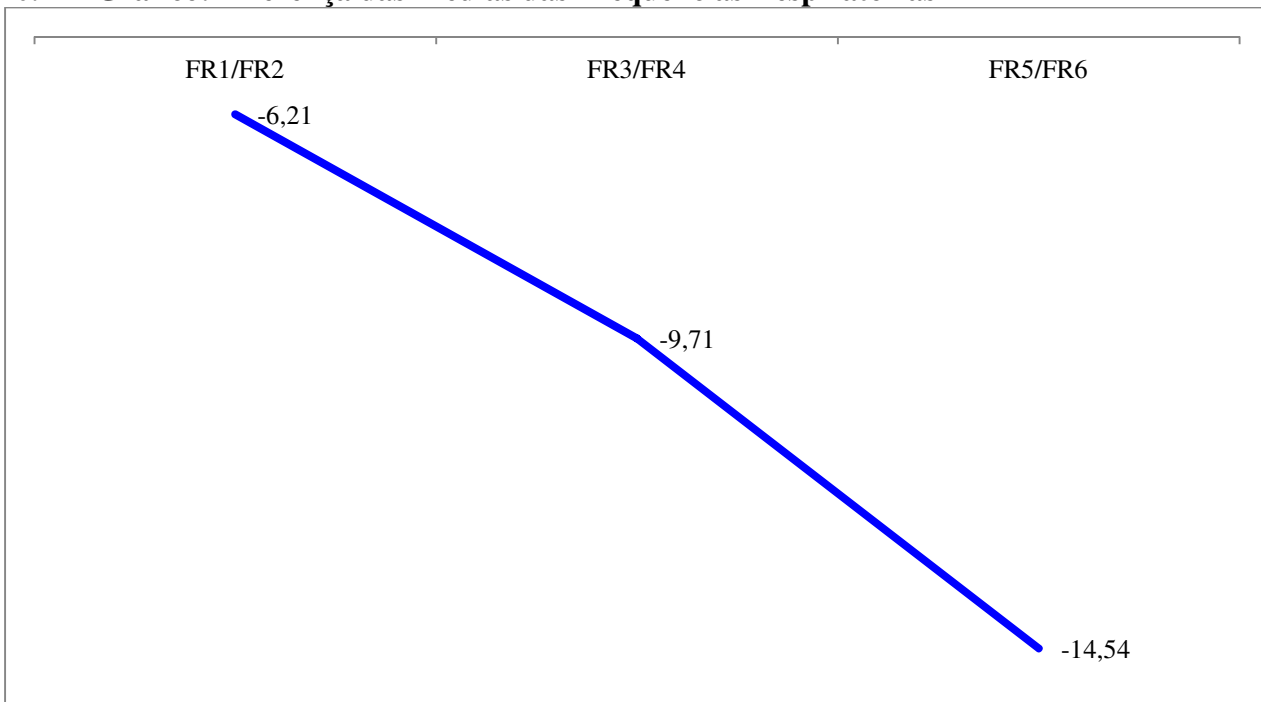
Quando calculado a diferença de PAM do grupo percebemos uma maior diminuição, como podemos observar no gráfico a seguir:

### 9. Gráfico: Diferença das Médias das Pressões Arteriais Médias



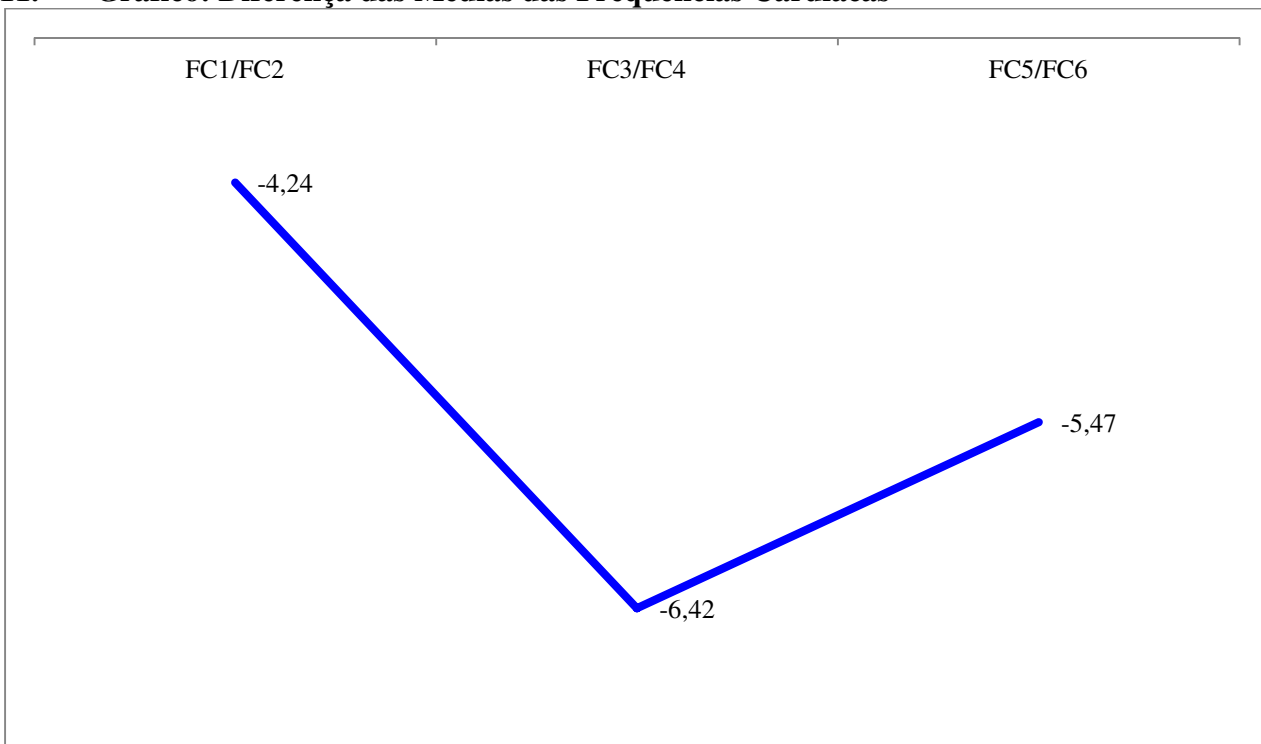
Quando comparamos a diferença das médias das frequências respiratórias, observamos a queda entre as sessões:

**10. Gráfico: Diferença das Médias das Frequências Respiratórias**



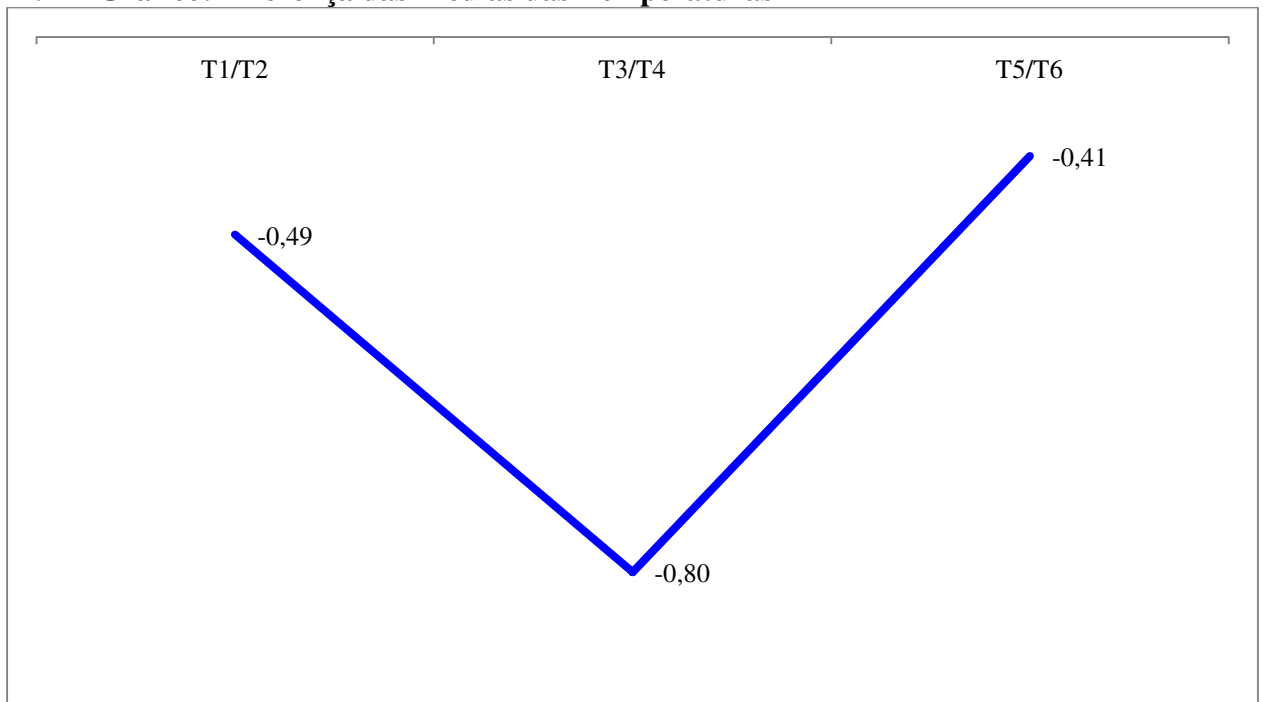
Quando comparamos a diferença das médias das frequências cardíacas, observamos a queda entre as sessões:

**11. Gráfico: Diferença das Médias das Frequências Cardíacas**



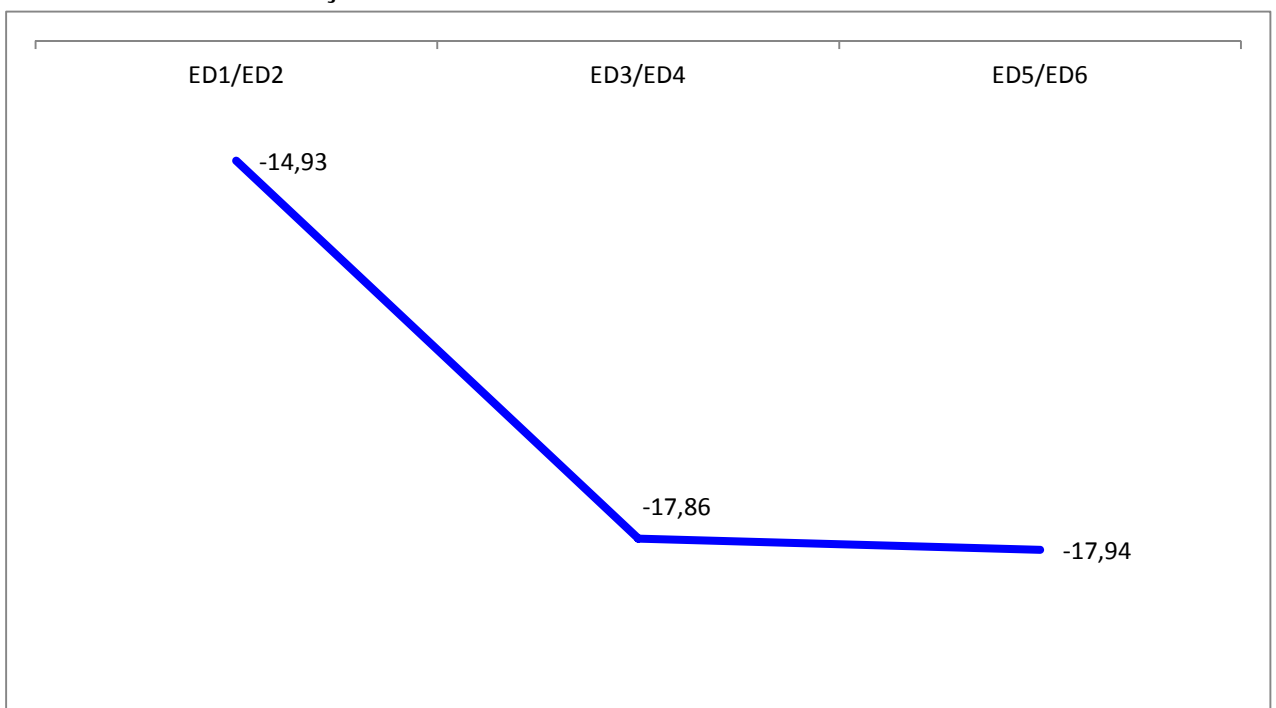
Quando comparamos a diferença das médias das temperaturas, observamos a queda entre as sessões:

### 12. Gráfico: Diferença das Médias das Temperaturas



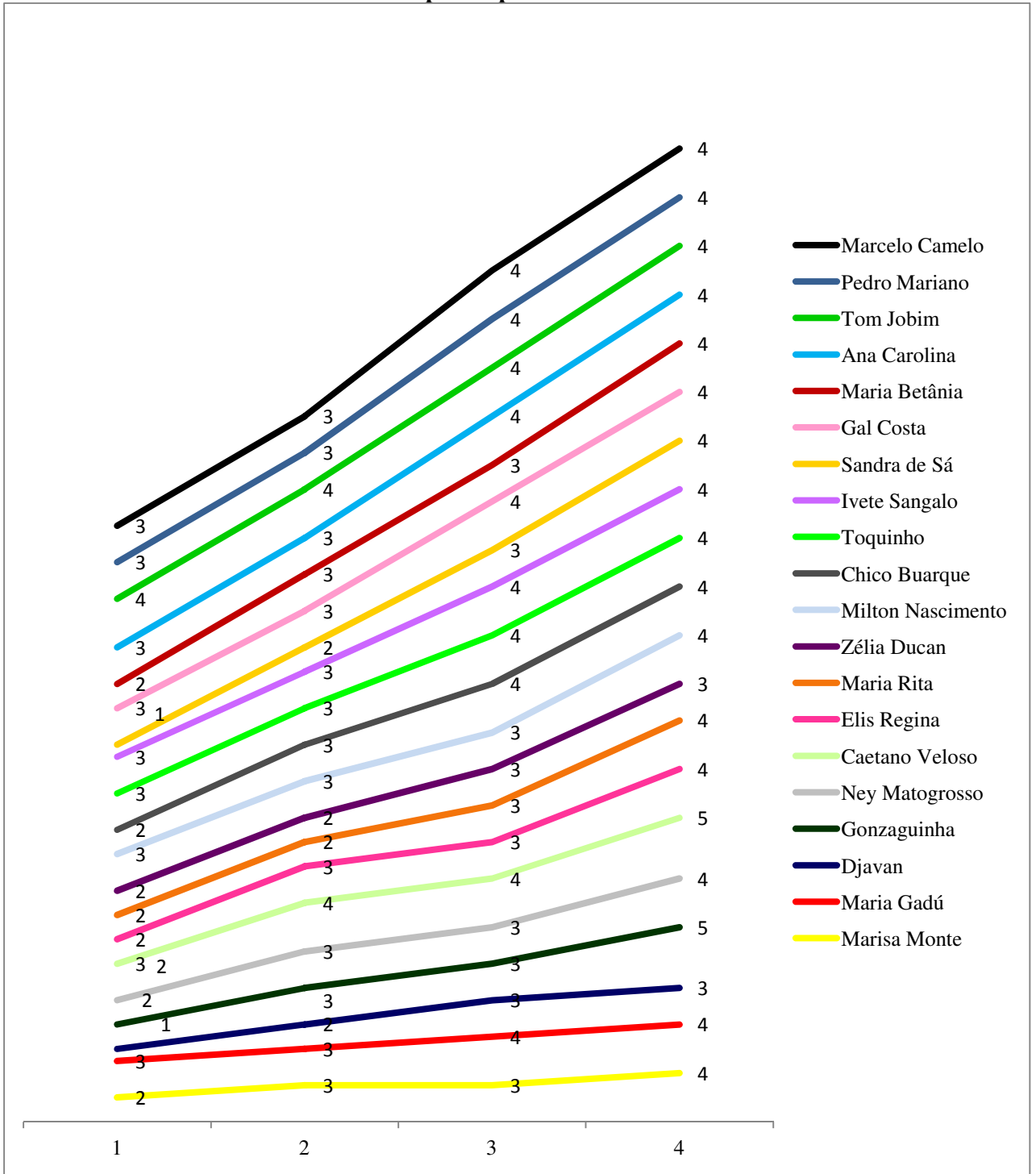
Quando comparamos a diferença das médias da escala de dor, observamos a queda entre as sessões:

### 13. Gráfico: Diferença das Médias da Escala de Dor



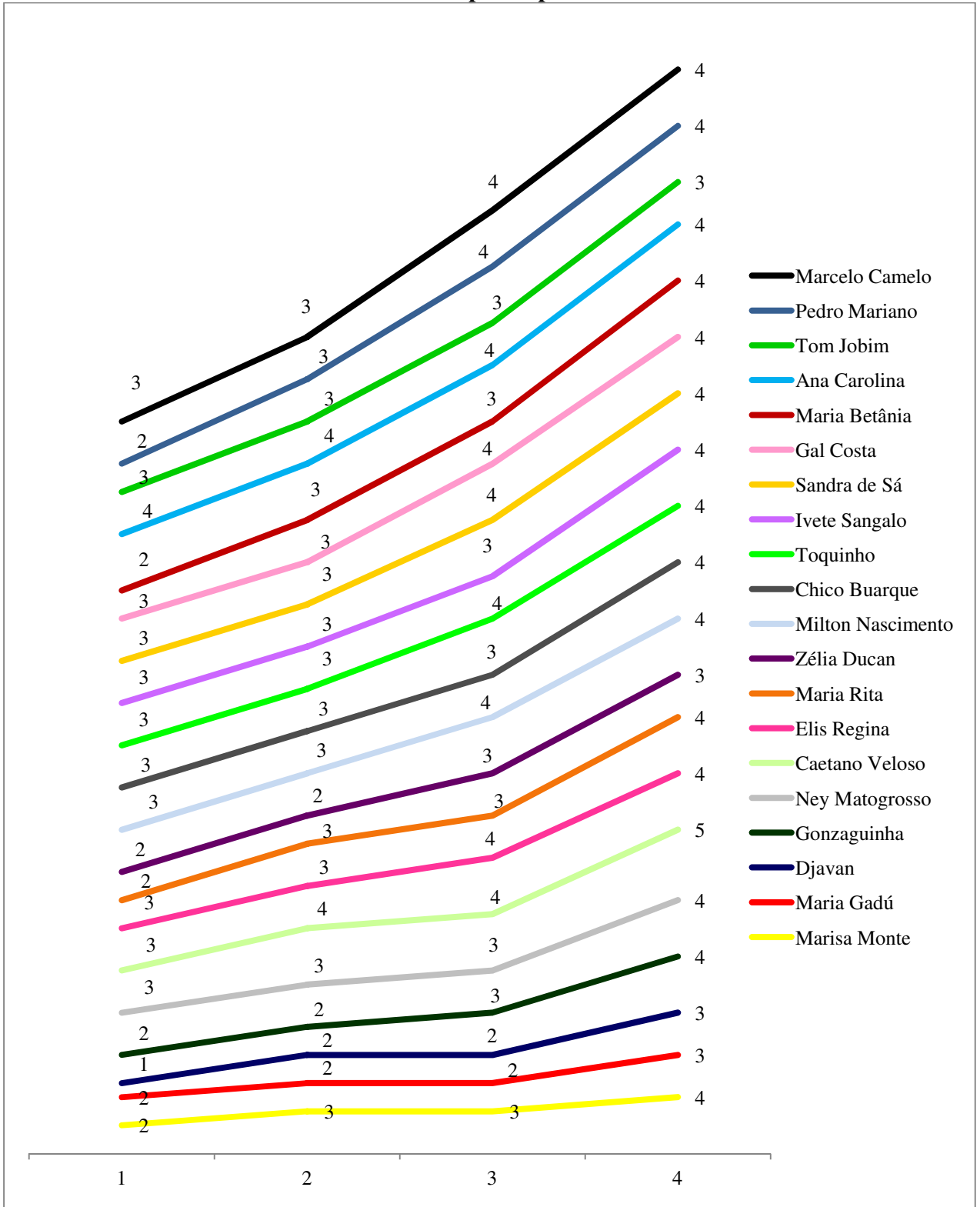
Quanto a NOC, separamos todos os indicadores de conforto que foram avaliados e a seguir veremos o bem estar físico, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

**14. Gráfico: O bem estar físico dos participantes durante as sessões**



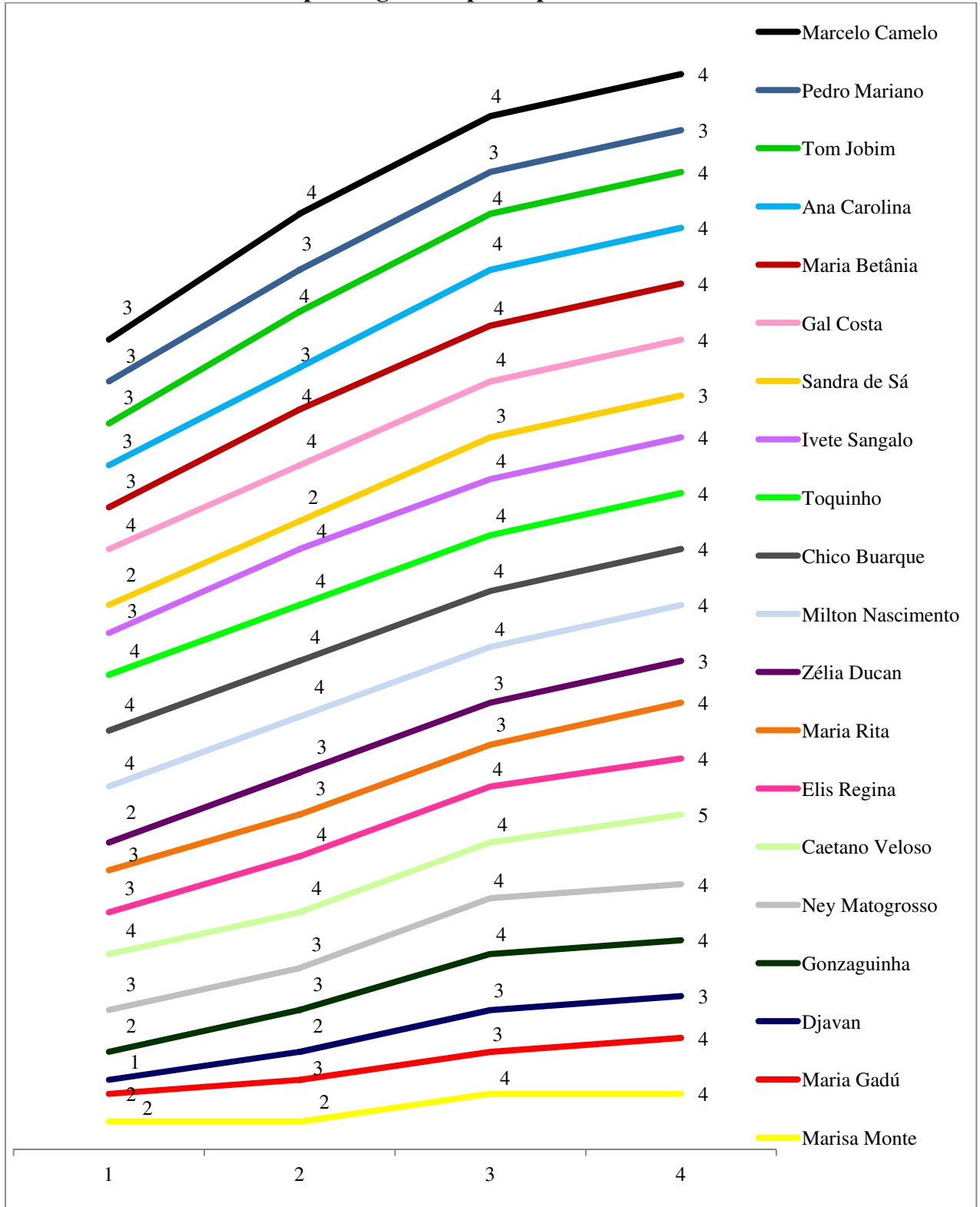
O controle dos sintomas, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

**15. Gráfico: O controle dos sintomas dos participantes durante as sessões**



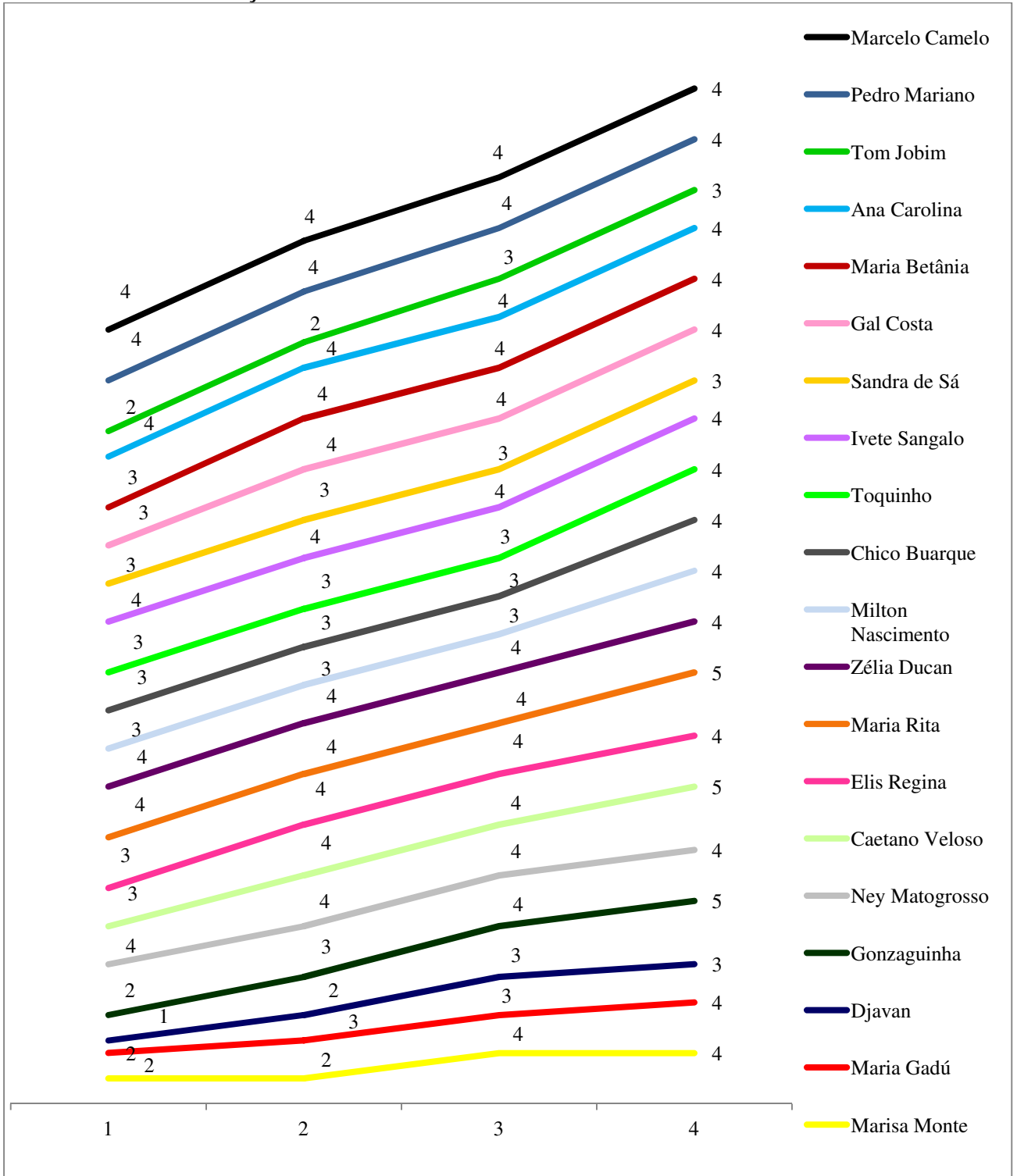
O bem estar psicológico, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

**16. Gráfico: O bem estar psicológico dos participantes durante as sessões**



As relações sociais, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

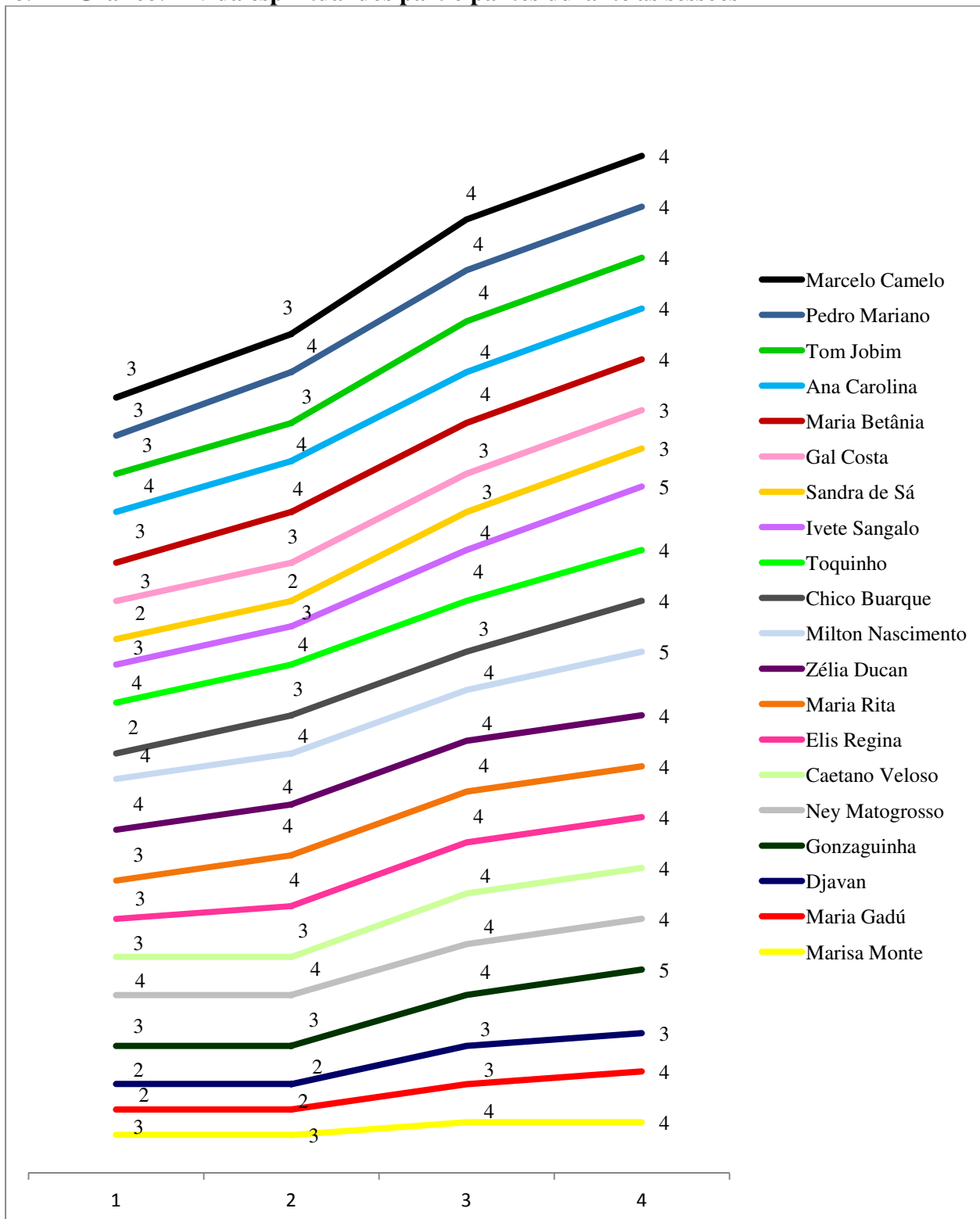
**17. Gráfico: As relações sócias durante as sessões musicais**





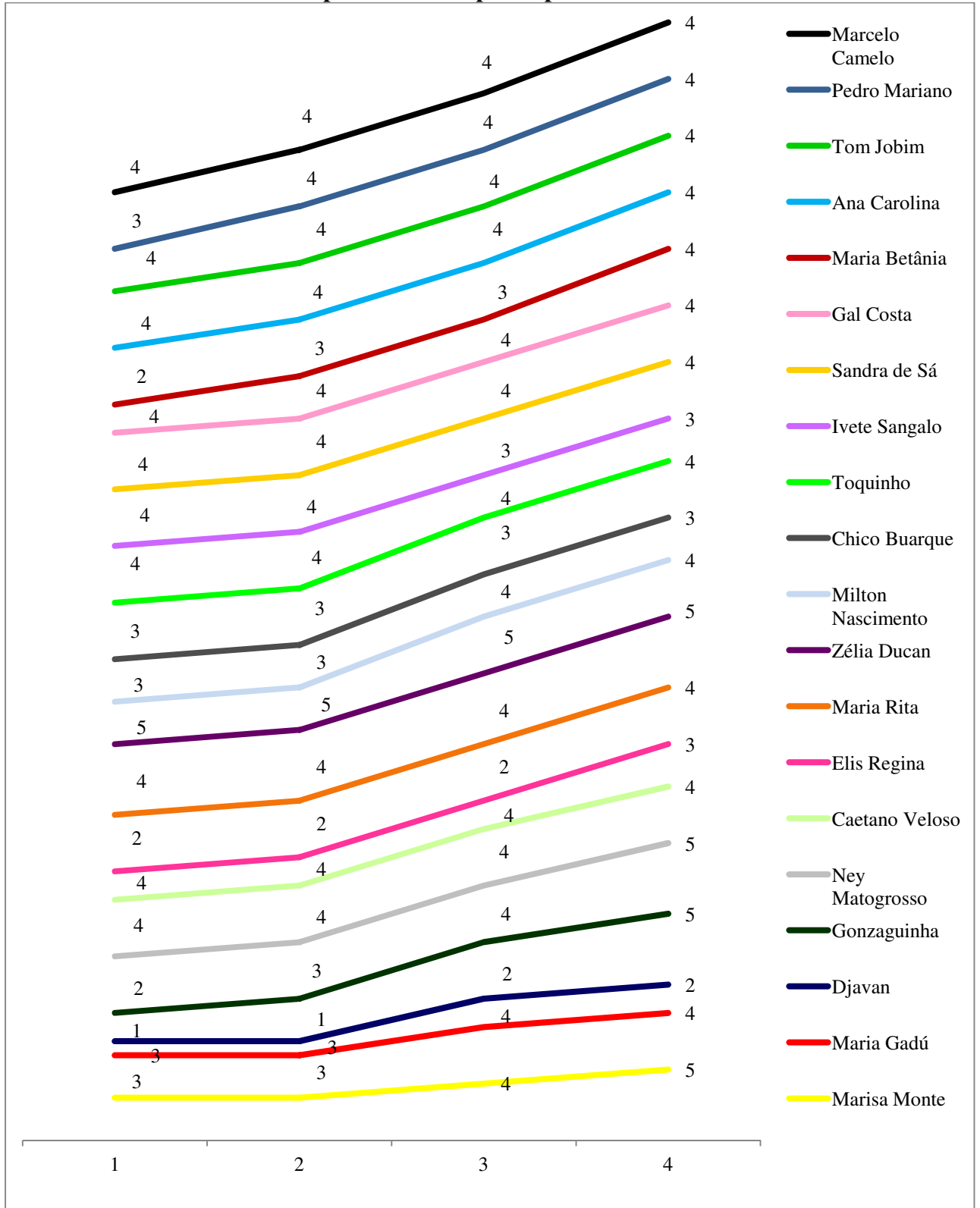
A vida espiritual, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

**18. Gráfico: A vida espiritual dos participantes durante as sessões**



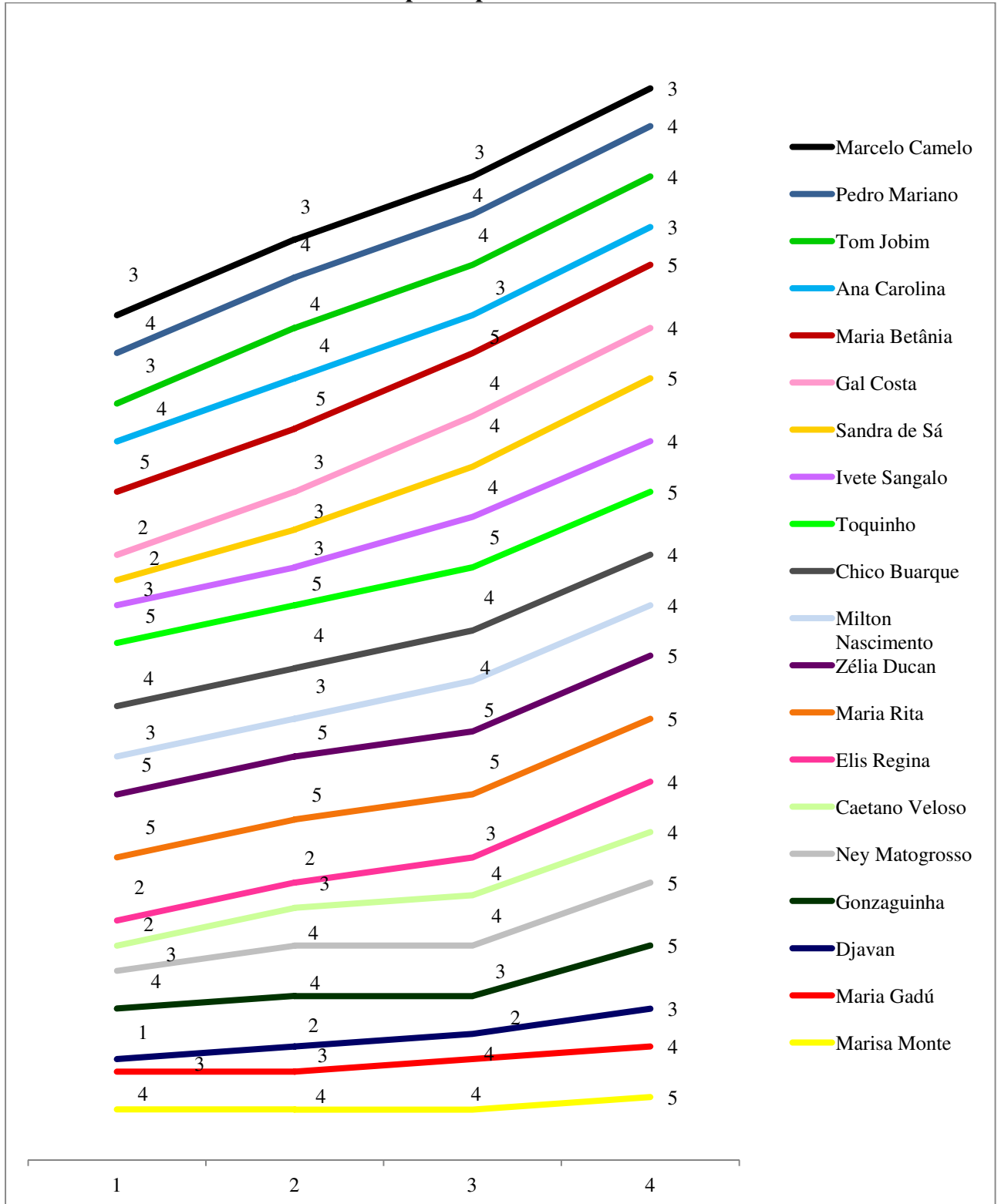
O nível de independência, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

**19. Gráfico: O nível de independência dos participantes durante as sessões**



O controle da dor, onde o eixo x representa os momentos das sessões, sendo 1 para a primeira sessão antes da terapia, 2 após a primeira sessão da terapia, 3 para o fim da segunda sessão de terapia e 4 para o fim da terceira sessão de terapia.

**20. Gráfico: O controle da dor dos participantes durante as sessões**



Na tabela do indicador de conforto, bem estar físico, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 40% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 50% dos participantes aumentaram em um só nível, somente um participante manteve o resultado da primeira avaliação e um participante superou a expectativa.

**III. Tabela: A 1ª avaliação do bem estar físico, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	2	4	4
Maria Gadú	3	5	4
Djavan	1	4	3
Gonzaguinha	2	4	5
Ney Matogrosso	2	4	4
Caetano Veloso	3	5	5
Elis Regina	2	4	4
Maria Rita	2	4	4
Zélia Ducan	2	4	3
Milton Nascimento	3	5	4
Chico Buarque	2	4	4
Toquinho	3	5	4
Ivete Sangalo	3	5	4
Sandra de Sá	1	4	4
Gal Costa	3	5	4
Maria Betânia	2	4	4
Ana Carolina	3	5	4
Tom Jobim	4	5	4
Pedro Mariano	3	5	4
Marcelo Camelo	3	5	4

Na tabela do indicador de conforto, controle dos sintomas, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 30% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 55% dos participantes aumentaram em um só nível, somente um participante aumentou dois níveis e dois participantes mantiveram o resultado da primeira avaliação.

**IV. Tabela: A 1ª avaliação do controle dos sintomas, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	2	4	4
Maria Gadú	2	4	3
Djavan	1	4	3
Gonzaguinha	2	4	4
Ney Matogrosso	3	5	4
Caetano Veloso	3	5	5
Elis Regina	3	5	4
Maria Rita	2	4	4
Zélia Ducan	2	4	3
Milton Nascimento	3	5	4
Chico Buarque	3	5	4
Toquinho	3	5	4
Ivete Sangalo	3	5	4
Sandra de Sá	3	5	4
Gal Costa	3	5	4
Maria Betânia	2	4	4
Ana Carolina	4	5	4
Tom Jobim	3	5	3
Pedro Mariano	2	4	4
Marcelo Camelo	3	5	4

Na tabela do indicador de conforto, bem estar psicológico, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 20% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 50% dos participantes aumentaram em um só nível, que 25% dos participantes mantiveram o resultado da primeira avaliação e somente um participante aumentou dois níveis.

**V. Tabela: A 1ª avaliação do bem estar psicológico, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	2	4	4
Maria Gadú	2	4	4
Djavan	1	4	3
Gonzaguinha	2	4	4
Ney Matogrosso	3	5	4
Caetano Veloso	4	5	5
Elis Regina	3	5	4
Maria Rita	3	5	4
Zélia Ducan	2	4	3
Milton Nascimento	4	5	4
Chico Buarque	4	5	4
Toquinho	4	5	4
Ivete Sangalo	3	5	4
Sandra de Sá	2	4	3
Gal Costa	4	5	4
Maria Betânia	3	5	4
Ana Carolina	3	5	4
Tom Jobim	3	5	4
Pedro Mariano	3	5	3
Marcelo Camelo	3	5	4

Na tabela do indicador de conforto, relações sociais, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 20% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 50% dos participantes aumentaram em um só nível, que 25% dos participantes mantiveram o resultado da primeira avaliação e somente um participante aumentou dois níveis.

**VI. Tabela: A 1ª avaliação das relações sociais, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	2	4	4
Maria Gadú	2	4	4
Djavan	1	4	3
Gonzaguinha	2	4	5
Ney Matogrosso	4	5	4
Caetano Veloso	3	5	5
Elis Regina	3	5	4
Maria Rita	4	5	5
Zélia Ducan	4	5	4
Milton Nascimento	3	5	4
Chico Buarque	3	5	4
Toquinho	3	5	4
Ivete Sangalo	4	5	4
Sandra de Sá	3	5	3
Gal Costa	3	5	4
Maria Betânia	3	5	4
Ana Carolina	4	5	4
Tom Jobim	2	4	3
Pedro Mariano	4	5	4
Marcelo Camelo	4	5	4

Na tabela do indicador de conforto, vida espiritual, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 25% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 50% dos participantes aumentaram em um só nível e que 25% dos participantes mantiveram o resultado da primeira avaliação.

**VII. Tabela: A 1ª avaliação da vida espiritual, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	3	5	4
Maria Gadú	2	4	4
Djavan	2	4	3
Gonzaguinha	3	5	5
Ney Matogrosso	4	5	4
Caetano Veloso	3	5	4
Elis Regina	3	5	4
Maria Rita	3	5	4
Zélia Ducan	4	5	4
Milton Nascimento	4	5	5
Chico Buarque	2	4	4
Toquinho	4	5	4
Ivete Sangalo	3	5	5
Sandra de Sá	2	4	3
Gal Costa	3	5	3
Maria Betânia	3	5	4
Ana Carolina	4	5	4
Tom Jobim	3	5	4
Pedro Mariano	3	5	4
Marcelo Camelo	3	5	4



Na tabela do indicador de conforto, nível de independência, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 25% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 50% dos participantes aumentaram em um só nível e que 25% dos participantes mantiveram o resultado da primeira avaliação.

**VIII. Tabela: A 1ª avaliação do nível de independência, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	3	5	5
Maria Gadú	3	5	4
Djavan	1	4	2
Gonzaguinha	2	4	5
Ney Matogrosso	4	5	5
Caetano Veloso	4	5	4
Elis Regina	2	4	3
Maria Rita	4	5	4
Zélia Ducan	5	5	5
Milton Nascimento	3	5	4
Chico Buarque	3	5	3
Toquinho	4	5	4
Ivete Sangalo	4	5	3
Sandra de Sá	4	5	4
Gal Costa	4	5	4
Maria Betânia	2	4	4
Ana Carolina	4	5	4
Tom Jobim	4	5	4
Pedro Mariano	3	5	4
Marcelo Camelo	4	5	4

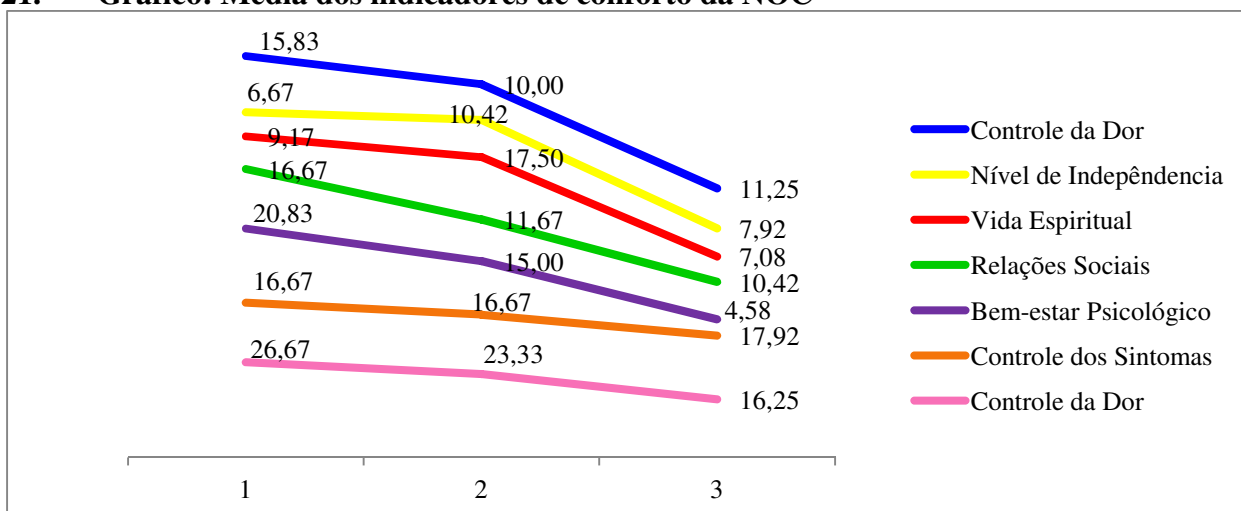
Na tabela do indicador de conforto, controle da dor, encontramos a primeira avaliação, seguido da expectativa após a intervenção e a última avaliação, e com esses dados da tabela abaixo, detectamos que 50% dos participantes alcançaram a expectativa após a intervenção, que 15% dos participantes aumentaram em um só nível, 15% dos participantes mantiveram o resultado da primeira avaliação, somente um participante superou a expectativa e somente um participante diminuiu na última avaliação.

**IX. Tabela: A 1ª avaliação do controle da dor, a expectativa e a última avaliação**

Participante	1ª Avaliação	Expectativa após a Intervenção	Última Avaliação
Marisa Monte	4	5	5
Maria Gadú	3	5	4
Djavan	1	4	3
Gonzaguinha	4	5	5
Ney Matogrosso	3	5	5
Caetano Veloso	2	4	4
Elis Regina	2	4	4
Maria Rita	5	5	5
Zélia Ducan	5	5	5
Milton Nascimento	3	5	4
Chico Buarque	4	5	4
Toquinho	5	5	5
Ivete Sangalo	3	5	4
Sandra de Sá	2	4	5
Gal Costa	2	4	4
Maria Betânia	5	5	5
Ana Carolina	4	5	3
Tom Jobim	3	5	4
Pedro Mariano	4	5	4
Marcelo Camelo	3	5	3

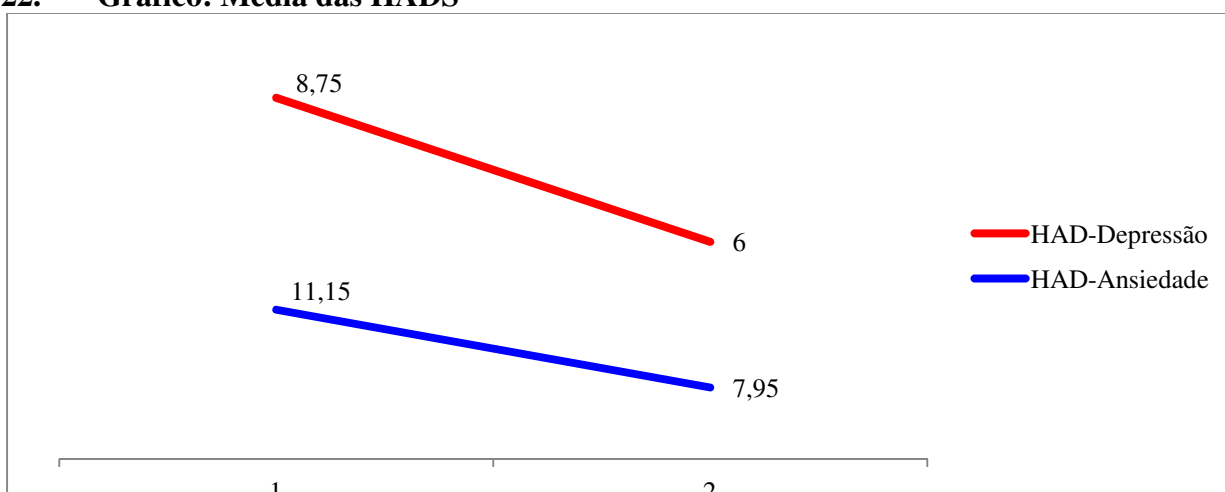
No gráfico da média dos indicadores de conforto da NOC, 1 é a diferença de média da primeira avaliação e a primeira avaliação após a terapia, 2 é a diferença de média primeira avaliação após a terapia e a segunda avaliação após a terapia e 3 é a diferença de média da segunda avaliação após a terapia e terceira avaliação após a terapia.

**21. Gráfico: Média dos indicadores de conforto da NOC**



A HAD-depressão e a HAD-ansiedade foram escalas que serviram de apoio para avaliar a melhoria do nível de conforto dos participantes, antes da primeira sessão, um indicativo depressivo era de 50% e, após a terceira sessão chegou a 25%, objetivando uma melhora. Já a ansiedade se encontrava, antes da primeira sessão, em 60% e após a terceira sessão musical ficou em 50%. Vale lembrar que, todos os participantes tiveram uma diminuição na avaliação da depressão e da ansiedade, mesmo aqueles que não saíram do índice de depressão e de ansiedade, descritos na metodologia.

**22. Gráfico: Média das HADS**



Comparando o sexo e as avaliações de ansiedade, na primeira e na terceira sessão, identificamos que das 10 participantes do sexo feminino, 8 apresentavam um indicativo de ansiedade na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 6 participantes. Dos 10 participantes do sexo masculino, 4 apresentavam um indicativo de ansiedade tanto na primeira quanto na segunda avaliação.

**X. Tabela: Sexo versus Indicativo de Ansiedade 1**

		Indicativo de Ansiedade 1		Total
		Não	Sim	
Sexo	Feminino	2	8	10
	Masculino	6	4	10
Total		8	12	20

**XI. Tabela: Sexo versus Indicativo de Ansiedade 2**

		Indicativo de Ansiedade 2		Total
		Não	Sim	
Sexo	Feminino	4	6	10
	Masculino	6	4	10
Total		10	10	20

Comparando o sexo e as avaliações de depressão na primeira e na terceira sessão, identificamos que das 10 participantes do sexo feminino, 5 apresentavam um indicativo de depressão na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 2 participantes. Dos 10 participantes do sexo masculino, 5 apresentavam um indicativo de depressão na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 3 participantes.

**XII. Tabela: Sexo versus Indicativo de Depressão 1**

		Indicativo de Depressão 1		Total
		Não	Sim	
Sexo	Feminino	5	5	10
	Masculino	5	5	10
Total		10	10	20

**XIII. Tabela: Sexo versus Indicativo de Depressão 2**

		Indicativo de Depressão 2		Total
		Não	Sim	
Sexo	Feminino	8	2	10
	Masculino	7	3	10
Total		15	5	20

Comparando a religião e as avaliações de ansiedade, na primeira e na terceira sessão, identificamos que dos 11 participantes evangélicos, 6 apresentavam um indicativo de ansiedade na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 5 participantes. Dos 9 participantes católicos, 6 apresentavam um indicativo de ansiedade na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 5 participantes.

**XIV. Tabela: Religião versus Indicativo de Ansiedade 1**

		Indicativo de Ansiedade 1		Total
		Sim	Não	
Religião	Evangélico	6	5	11
	Católico	6	3	9
Total		12	8	20

**XV. Tabela: Religião versus Indicativo de Ansiedade 2**

		Indicativo de Ansiedade 2		Total
		Sim	Não	
Religião	Evangélico	5	6	11
	Católico	5	4	9
Total		10	10	20

Comparando a religião e as avaliações de depressão, na primeira e na terceira sessão, identificamos que dos 11 participantes evangélicos, 5 apresentavam um indicativo de depressão na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 3 participantes. Dos 9 participantes católicos, 4 apresentavam um indicativo de depressão na primeira avaliação e após a terapia musical passaram a ser 2 participantes.

**XVI. Tabela: Religião versus Indicativo de Depressão 1**

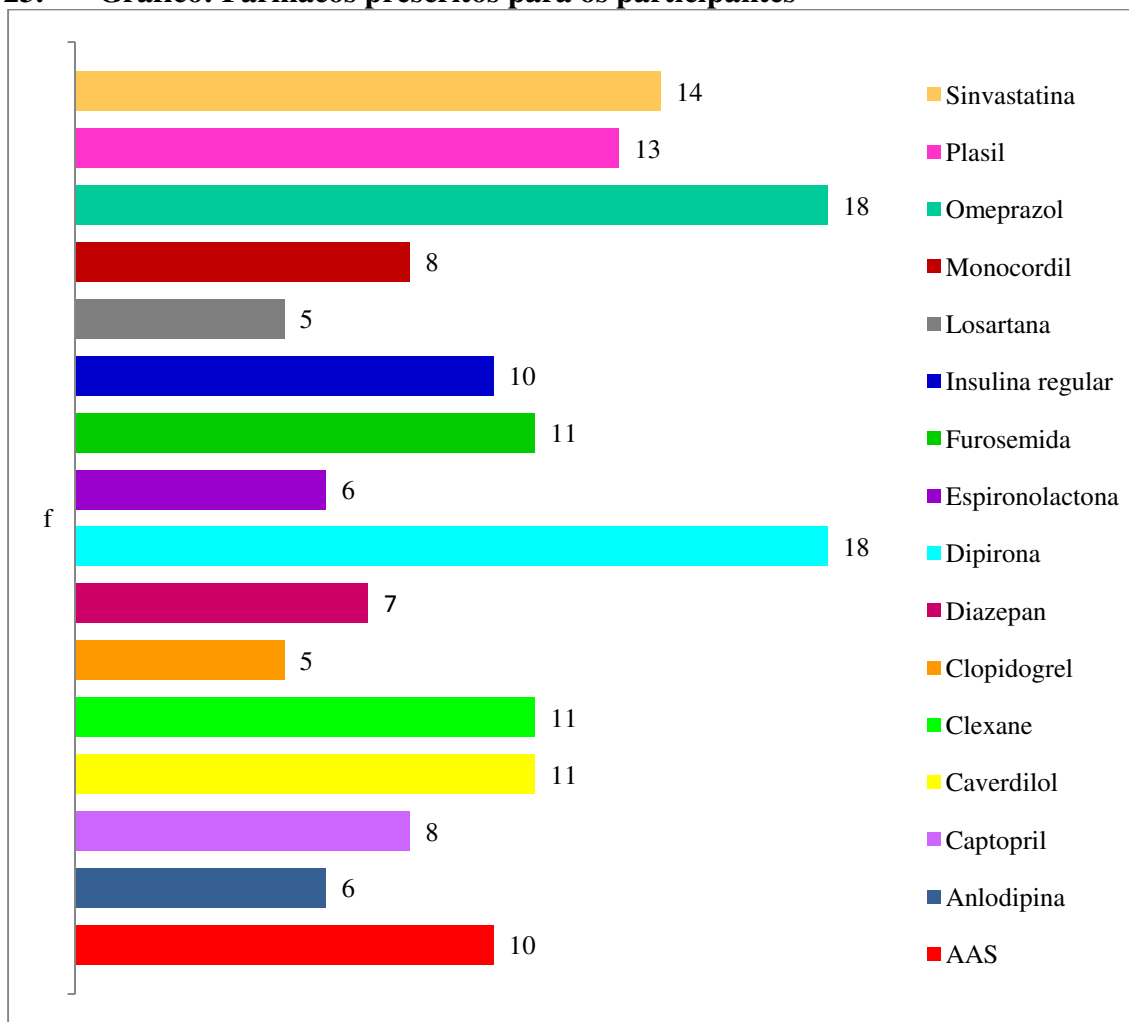
		Indicativo de Depressão 1		Total
		Sim	Não	
Religião	Evangélico	5	6	11
	Católico	4	5	9
Total		9	11	20

**XVII. Tabela: Religião versus Indicativo de Depressão 2**

		Indicativo de Depressão 2		Total
		Sim	Não	
Religião	Evangélico	3	8	11
	Católico	2	7	9
Total		5	15	20

Selecionamos os medicamentos prescritos, para constar no gráfico abaixo, os utilizados por pelo menos 25% dos participantes da pesquisa. Lembrando que todos os participantes apresentavam prescrições farmacológicas. Se tratando de pacientes com doenças cardiovasculares é compreensivo os fármacos cardiovasculares, porém

### 23. Gráfico: Fármacos prescritos para os participantes



## 5. DISCUSSÃO

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

José de Alencar

A música como instrumento para o cuidado se baseia no respeito aos direitos do cliente, suas necessidades, desejos e expectativas, ao estimular que expressem o seu gosto musical. Ao ser valorizado, o cliente se sente feliz, aliviado, relaxado, expressa suas emoções e eleva sua auto-estima. Ao tempo em que o possibilita transgredir as normas instituídas no hospital, e podem favorecer sua integração ao ambiente de internação promovendo conforto e bem-estar. Este estudo nos permitiu verificar os benefícios da música ao indivíduo hospitalizado nos seguintes aspectos:

### **5.1. MÚSICA INFLUENCIANDO PARÂMETROS HEMODINÂMICOS**

Conforme os resultados, a pressão arterial média dos participantes entre a primeira e a última sessão musical teve uma diferença de percentual de 5,76%, a frequência cardíaca de 5,37%, frequência respiratória de 10,1% e a temperatura 0,5%, em média.

Hatem (2006) relata que em estudos anteriores a temperatura diminuiu na presença de música, porém em seu estudo e em outros ensaios na área, não tiveram o mesmo desfecho. O que indica uma necessidade de realização de outros estudos para melhor observar o papel da música na temperatura.

Nesse estudo a diferença percentual da temperatura nos participantes por ser pequena comparada aos outros parâmetros hemodinâmicos e associado a isso um *n* pequeno, não foi suficiente para afirmar que a música como terapia é salutar para tal parâmetro hemodinâmico.

Bergold e Alvin (2009) afirmam que os estímulos musicais podem alterar a respiração, circulação sanguínea, digestão, oxigenação e dinamismo nervoso e humoral. Também estimulam a energia muscular, reduzem a fadiga e favorecem o tônus



muscular. Podem aumentar a atenção e estimular a memória, baixar o limiar da dor e se constituir como um importante recurso contra o medo e a ansiedade.

Bernardi *et al.* (2006), recentemente estudaram as alterações cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias induzidas por diferentes tipos de música em músicos e não músicos. Verificaram que a música lenta (andamento lento) ou meditativa produzia um efeito relaxante, com redução da frequência cardíaca, pressão arterial e ventilação, sendo que a música *raga* (forma melódica da música hindu) produzia a maior diminuição na frequência cardíaca.

Por outro lado, o aumento da velocidade das pulsações da música (andamento) pode produzir um efeito excitante, aumentando o ritmo da respiração, a pressão arterial e os batimentos cardíacos em consequência da ativação simpática. Estímulos auditivos, tais como uma prece ou um mantra de ioga, repetido de forma ritmada, podem alterar a função cardiorrespiratória. A música pode afetar os batimentos cardíacos ou o ritmo circadiano e levar a uma frequência respiratória em harmonia com o andamento musical. Outro aspecto de interesse foi relatado por Bernardi *et al.* (2006), que observaram maior evidência de relaxamento e benefício cardiovascular quando havia uma pausa após uma peça musical ter sido tocada.

## **5.2. MÚSICA E VIDA ESPIRITUAL**

Andrade e Pedrão (2005) afirmam que o enfermeiro pode utilizar a música com vários propósitos e em diferentes momentos do tratamento do paciente. Por exemplo, para alcançar relaxamento, para resgatar lembranças de acontecimentos passados na vida do cliente, cabe ao enfermeiro verificar em que momento ele deve utilizar essa terapia e avaliar os efeitos reais da música sobre o paciente.

De acordo com a escala NOC, o indicador de conforto *vida espiritual* teve em média entre a primeira e a terceira sessão uma melhoria no indicador dos participantes de 11,25%, associado a esse dado segue os discursos dos participantes da pesquisa:

*“Assim que eu puder ir ao culto, vou procurar o coral da igreja... Para poder cantar e ajudar outras pessoas”*. (Gonzaguinha)

*“Reza comigo, minha filha?”* (Maria Rita)

*“A música é de Deus e você é um anjo que veio trazendo essa alegria para os pacientes”*. (Toquinho)

*“A música é um acalento para a alma”* (Maria Betânia)

O indicador de conforto, vida espiritual, após as sessões musicais foi elevado o que denota que a música tem a capacidade de intervir em questões como religiosidade e espiritualidade, que perpassa pela crença e fé de cada indivíduo.

Segundo Henderson (1962) faz parte do cuidado básico de enfermagem respeitar os anseios espirituais do paciente e mesmo ajudá-lo a satisfazê-los em qualquer situação. Se a prática religiosa é essencial para o bem-estar do indivíduo quando se detém de saúde, é mais indispensável ainda quando está enfermo. Esta concepção de fazer o possível para facilitar ao paciente a prática de sua religião envolve várias atividades específicas, e tantas são que não cabe registrá-las todas aqui. As que seguem estão entre as mais evidentes: ajudar o paciente a ir a um recinto de meditação ou adoração e conseguir o ministro de sua religião para ir visitá-lo.

### **5.3. MÚSICA COMO APOIO EMOCIONAL**

A avaliação do estado emocional de cada participante ocorreu desde o período que antecedeu a terapia até o final da mesma, sendo comparada a cada sessão, para a identificação dos efeitos da música frente ao apoio emocional. Sendo observado nos relatos que segue abaixo:

*“Eu adoro música, me distraio e o pensamento vai longe. Você viu que eu não ligo o meu radinho... Eu queria achar uma estação de rádio que toque música o dia inteiro, sem propagandas.”* (Marisa Monte)

*“Você está me ajudando tanto, nunca pensei que a música poderia aliviar essa dor que eu tenho aqui no peito, depois que eu perdi meu filho, as coisas não tem mais a mesma graça, a minha vida perdeu o valor.”* (Maria Gadú)

Antes da sessão: *“Não precisa gastar seu tempo comigo não, minha filha! Estou velho demais para ter algum resultado...”* Após a sessão: *“Você vai vir amanhã?”* (Djavan)

*“Aqui me trataram como gente... No fim da sessão: “em meio ao choro, estou muito feliz com o tratamento...”* (Ney Matogrosso)

Após esses discursos, identificamos que a música é uma forma de cuidar que contribui, também, como um facilitador às expressões dos pacientes. Quanto à percepção de pacientes acerca do conforto, Mussi (2003) ressalta aspectos relacionados como: interação pessoal, sobrevivência, livrar-se da dor, qualidade da técnica dispensada a eles. E este autor complementa que o desconforto perpassa por toda experiência propriamente dita, sendo evidenciados principalmente a questão da dor e o medo da morte.

#### 5.4. CONTROLANDO A DOR COM A MÚSICA

Na virada do século XXI, ressurgiu o interesse na ação da música sobre a saúde, em grande parte devido à ênfase dada à busca do controle da dor. A dor é uma experiência que muitos pacientes, independente da idade, tipo de doença ou evento, têm em comum. Alguns autores estudaram o efeito da música no controle da dor e demonstraram uma diminuição de sua percepção após as sessões musicais. O seu mecanismo é ainda controverso, e existem diversas teorias que se somam para tal explicação, como a da ação da música na função autonômica, que causa uma estimulação da pituitária, resultando na liberação de endorfina (opióide natural), diminuindo a dor e levando os pacientes que recebem musicoterapia a potencialmente reduzirem a necessidade de analgésicos. Parece ocorrer também uma diminuição da liberação de catecolaminas, o que poderia explicar a redução na frequência cardíaca e na pressão arterial (HATEM, LIRA e MATTOS, 2006).

As médias de diferença de percentual dos participantes nas sessões foram: -14,93, na primeira sessão, de -17,86, na segunda sessão e de -17,94 na terceira sessão. O que demonstra que a música alivia a dor. Vide que para a coleta desses dados utilizamos a escala verbal algica e se não fosse suficiente, pela escala NOC existe um indicador para avaliar a resposta da avaliação de conforto, no caso, controle da dor, que não surpreende pelo resultado, já que a melhoria foi de 43,75 de percentual entre a primeira avaliação, antes de qualquer terapia musical, e da última avaliação, após a última sessão musical. Além desses dados podemos verificar a diminuição da dor pelas declarações dos pacientes abaixo:

*“Não acredito que minha dor diminuiu, depois da sessão... É um alívio visível.”* (Ney Matogrosso)

*“A dor foi embora! Como pode isso, minha filha?”* (Ivete Sangalo)

*“A dor diminuiu mesmo!”* (Ana Carolina)

*“A música acabou e a dor diminui, não dá para acreditar!”* (Tom Jobim)

Vale ressaltar que 90% dos prontuários dos pacientes apresentavam a dipirona sódica como prescrição médica, o qual é um fármaco utilizado principalmente como analgésico e antitérmico. Todavia, a música serviu como uma terapia complementar ao alívio da dor.

Em um estudo com 90 mulheres que apresentavam fibromialgia, as quais foram submetidas a audição individual de três peças musicais, observou-se redução

significativa da intensidade da dor, verificada pela escala numérica verbal (0-10) ao final da audição musical (LEÃO, 2004).

Além disso, a música tem se mostrado eficiente tanto na dor como para o relaxamento, insônia, entre outros fatores, e tem sido utilizada como um instrumento valioso para os pacientes com quadros algícos, quer de natureza aguda ou crônica (ELER e JAQUES, 2006).

Segundo Leão (2009), a música é esperança e a esperança diminui a dor. A música é a palavra de Deus; a conexão com o universo. Música é a esperança sem dor. Linch *et al* (2009) afirmam que a orientação, a avaliação e o preparo tanto físico quanto emocional (psicológico) aos pacientes fazem parte do período pré-procedimento. Neste momento, o conhecimento dos temores, dúvidas e expectativas dos pacientes em relação aos exames torna-se fundamental para que o enfermeiro possa assisti-lo de maneira individualizada.

A nosso ver a utilização da música pode potencializar a expressividade emocional do ser, facilitando a comunicação e a relação interpessoal. Além disso, dadas as suas peculiaridades, a mesma se faz presente no diferentes ciclos da vida, desde a concepção até seu final, e sua utilização no cuidado de enfermagem, idealizada por Florence Nightingale, é preconizada para a humanização do ambiente de cuidado. (SALES, 2011).

## **5.5. MÚSICA E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E FÍSICO**

A música, ao se constituir como expressão artística e cultural importante e universal, produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida social, afetiva e profissional das pessoas, além de favorecer a manutenção da saúde mental, a prevenção do estresse e o alívio do cansaço físico. A constatação, cada vez mais frequente, do poder de mobilização emocional da música nos leva a refletir sobre sua utilização para promover bem-estar e integração em diferentes âmbitos, especialmente, no campo do educar-cuidar em enfermagem (BERGOLD, 2002).

Segue os discursos dos pacientes, que retratam a questão do bem-estar:

*“Assim, a tristeza vai embora, mesmo sabendo que a saudade continua... Vou colocar a música na minha rotina de vida. Acredito que a música está me fazendo me sentir melhor, menos triste...”* (Maria Gadú)

*“O meu principal objetivo é melhorar minha saúde, porque ando muito cansada e com dores constantes, mas as dores já é coisa do passado”.* (Gal Costa)

Associado a esses discursos, identificamos que após a intervenção música, os participantes tiveram uma melhora nos dois indicativos de avaliação de conforto, onde o bem-estar psicológico foi de 13,4% e o bem-estar físico de 22%, entre a primeira e a última avaliação.

#### **5.6. NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA, RELAÇÕES SOCIAIS E CONTROLE DOS SINTOMAS**

O indicador da escala NOC *nível de independência* teve um aumento significativo de 28,33%. Entretanto, a música não foi a única terapia que facilitou para essa melhora, já que se tratava de enfermarias de clínica médica, os pacientes já apresentavam uma certa independência em relação aos cuidados de enfermagem.

Já o indicador *relações sociais* atingiu 44,58% em sua avaliação, podendo esse resultado estar associado ao fato de que a 75%, foram submetidos à intervenção com no máximo 24 horas de internação. Consideramos esse período de internação uma limitação da pesquisa para uma discussão com dados significativos acerca da relação música e questões sociais.

Se tratando de pacientes com doenças cardiovasculares, uma dificuldade para um estudo mais fidedigno trata-se da questão de avaliar, em outros estudos, retirar, ou cessar temporariamente os medicamentos, porém podemos afirmar que a associação drogas e terapia musical, favoreceram para a melhoria do indicador *controle dos sintomas* em 58,33%.

O indicador controle dos sintomas teve um aumento de 58,33% conforme a análise quantitativa. Todavia, sabemos que o uso de medicações é imprescindível para esses pacientes. Para uma avaliação mais precisa desse indicador, sugere-se a elaboração de outras pesquisas com grupo controle e intervenção.

## 6. CONCLUSÃO

“Somos o que fazemos, mas somos principalmente, o que fazemos para mudar o que somos.”

Eduardo Galeano

Este estudo teve como objeto a música como intervenção de enfermagem para avaliação do conforto em pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. Para o alcance dos objetivos específicos foi necessário aplicar a música avaliando os parâmetros hemodinâmicos (temperatura, pressão arterial, dor, frequência cardíaca e respiratória), os quais foram mensurados antes e após cada sessão musical.

Em relação aos resultados verificamos que, em 20 pacientes, 10 foram do sexo feminino. A idade dos sujeitos teve variação de 43-84 anos. Vale ressaltar que 50% dos pacientes tinham mais de 60 anos. Além disso, os diagnósticos médicos em maior prevalência foram Infarto Agudo do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca (15% cada).

Na análise dos parâmetros hemodinâmicos ocorreu redução da pressão arterial (5,76%), dor (16,91%), frequência cardíaca (5,37%) e respiratória (10,1%) na média dos participantes. Em relação aos indicadores de conforto verificamos a influência da música no controle dos sintomas (17,92%), bem-estar físico (16,25%), vida espiritual (36,25%), relações sociais (44,58%), bem-estar psicológico (44,58%), nível de independência (28,33%) e controle da dor (43,75%).

Para Kolcaba (2003), conforto deve ser considerado como um resultado do cuidado no processo de enfermagem, além disso, significa uma experiência imediata e holística, fortalecida pela satisfação das necessidades de alívio, vontade e transcendência nos contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Com base no exposto, Morton *et al.* (2007) apresentam como intervenções de enfermagem nas medidas de conforto ao paciente em fase terminal o cuidado no posicionamento, com a pele e a boca, no controle da dor e da ansiedade, considerando ainda as necessidades de comunicação e espirituais.

Os resultados do presente estudo indicam que a música como intervenção de enfermagem leva para os pacientes benefícios tanto fisiológicos quanto psicológicos e deve-se colocar como um recurso eficaz para cuidar de pacientes com doenças cardiovasculares.

Este estudo contribuiu para a nossa reflexão sobre a atuação do enfermeiro em relação à intervenção de enfermagem *musicoterapia*, proposta pela taxonomia *Nursing Interventions Classification* (NIC), uma vez que o enfermeiro poderá atuar junto ao musicoterapeuta avaliando os parâmetros hemodinâmicos do paciente a partir dos cuidados de enfermagem, para promover conforto e bem-estar.

É importante dizer que, a música é uma intervenção alternativa e que vem alcançando resultados significativos nas pesquisas da área de Saúde. Destaca-se, também, que a música é uma intervenção de baixo custo não farmacológico e não invasivo, podendo ser aplicada com facilidade no ambiente hospitalar.

Para a Enfermagem é fundamental os enfermeiros conseguirem utilizá-la sem perder de vista os cuidados básicos da profissão. Nesse sentido, vale dizer que os indicadores de conforto como o bem-estar, o apoio emocional, a religião, a comunicação e a estabilidade hemodinâmica dos pacientes tiveram resultados expressivos no estudo. Cabe considerar que esses indicadores, mesmo sendo subjetivos para uma mensuração estatística precisa, foram observados na análise qualitativa dos discursos dos pacientes.

Além da melhoria do conforto, acrescentamos que a música pode ser uma estratégia, *talvez*, para ajudar nos problemas de origem emocional e até mesmo espiritual dos pacientes. Muitas vezes, o enfermeiro permanece com afazeres diversos por conta da rotina hospitalar, e o auxílio do profissional ao paciente, em uma relação de ajuda, permanece precário.

Quanto à importância deste estudo e contribuição às pesquisas de enfermagem, ressaltamos que ainda é uma *primeira experiência*, o que não diminui o seu valor científico no plano da investigação. Todavia, os autores recomendam outras repetições para o alcance de resultados com maior evidência para a aplicabilidade no ensino e na prática assistencial.



## **7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

"Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia. Pois o triunfo pertence a quem se atreve."

Charles Chaplin

A limitação do estudo se deu pelo prazo em que o mesmo teve que atender aos critérios para defesa da pesquisa, e a quantidade de entrevistados que totalizou um número de 20 pessoas, a ausência do oxímetro de pulso para dados mais fidedignos. Recomenda-se a continuação da pesquisa, devido à mesma ter sido realizada em apenas um hospital e somente no Estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, torna-se necessário conhecer e considerar preferências e diferentes interpretações da música no ambiente hospitalar dos outros Estados.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tem vez que as coisas pesam mais do que a gente acha que pode aguentar.  
Nessa hora fique firme, pois tudo isso logo vai passar.  
Você vai rir, sem perceber, felicidade é só questão de ser.  
Marcelo Jeneci & Chico César

## 8.1. OBRAS CONSULTADAS

ABREU, Estela dos Santos; TEXEIRA, José Carlos Abreu. *Apresentação de Trabalhos Monográficos de Conclusão de Curso*. 9 ed. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007.

ANTCZAK, Susan. *Fisiopatologia Básica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

HULLEY, Stephen; et al. *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica*. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, Aretha Pereira. *O Banho no leito do Cliente Crítico: Implicações do controle térmico da água sobre o consumo de oxigênio*. 85 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Médicas, Universidade federal Fluminense, Niterói, 2008.

BOSA, Maria Cecília Pereira. *Anticoagulação Ambulatorial Monitorada por consulta de Enfermagem: Fatores influentes às alterações Clínicas e Laboratoriais em Portadores de Fibrilação Arterial em Uso de Varfarina: estudo caso-controle aninhado*. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

SILVA, Edna Lúcia de; MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

## 8.2. OBRAS CITADAS

ANDREADE, Rubia Laine de Paula; PEDRÃO, Luiz Jorge. *Algumas Considerações sobre a Utilização de Modalidades Terapêuticas não Tradicionais pelo Enfermeiro na Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*. Revista Latino em Enfermagem, 13 (5) setembro-outubro, 737-42. 2005.

BERNARDI L, PORTA C, SLEIGHT P. *Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different type of music in musicians and non-musicians: The importance of silence*. Heart, 445-52. 2006.

- BERGOLD, Leila Brito. *A Visita Musical como Estratégia Terapêutica no Contexto Hospitalar e seus Nexos com a Enfermagem Fundamental*. Dissertação (mestrado) – URJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação, 2005.
- BERGOLD, Leila Brito; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. *Visita Musical: Estratégia Fundamentada na Teoria do Cuidado Transpessoal*. OBJN. 7(1). Abril. 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC do Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. – Brasília: Ministério da saúde, 2006.*
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Ministério da Saúde. 2º ed. 3º impressão. Brasília: Ministério da saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.*
- BRAUNDWALD, Eugene; ZIPES, Douglas; LIBBY, Peter. *Tratado de Medicina Cardiovascular*. 6 ed. São Paulo: Roca, 2003.
- BRUSCIA, Kenneth E. *Definindo a Musicoterapia*. 2º ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CIPE Versão1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: Editora Algor, 2007.
- DYNIEWICZ, Ana Maria. *Reflexões sobre Enfermagem por aproximações com composições de Vivaldi*. Acta Paulista. Enfermagem 17 (1) jan/mar, 2004.
- ELER, Gabrielle Jcklin; JAQUES, Estevam Jaques. *O Enfermeiro e as Terapias Complementares para o Alívio da Dor*. Arquivo Ciência Saúde Unipae, Umuarama, v. 10, n.3, PA.185-190, set/dez 2006.
- FAUCI, Anthony et al. *Harrison Medicina Interna*. 17 ed. Rio de Janeiro: Mc GrawHill, 2008.
- FERREIRA, Caroline Cristina Moreira; REMEDI, Patrícia Pereira; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. *A Música como Recurso no Cuidado à Criança Hospitalizada: Uma Intervenção Possível?* Revista Brasileira de Enfermagem 59(5): 689-93. 2006.
- FERREIRA, Celso; PÓVOA, Rui. *Cardiologia Clínica*. São Paulo: Atheneu, 2009.
- GAUTHIER, Jaques Henri Maurice; et al. *Pesquisa em Enfermagem: Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GONÇALVES, Daniele Fernanda de Carvalho; NOGUEIRA, Ana Teresa de Oliveira; PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht. *O Uso da Música na Assistência de Enfermagem no Brasil: Uma Revisão Bibliográfica*. Cogitare Enfermagem 13(4): 591-6. 2008.

GUYTON, Arthur; HALL, John. *Tratado de Fisiologia Médica*. 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

HATEM, Thamine de Paula; LIRA, Pedro; MATTOS, Sandra. *The Therapeutic Effects of Music in Children Following Cardiac Surgery*. Artigo original. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro. 82: 186-192. 2006.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

JOHNSON, Marion; MASS, Meridean; MOORHEAD, Sue. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Trad. Regina Garcez. 2ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOLCABA, Katharine; KOLCABA, Raymond. *An Analysis of the Concept Comfort*. Journal of Advanced Nursing, v. 16, p. 1301-10. 2003.

LEÃO, Eliseth Ribeiro, organizadora. *Cuidar de pessoas e música: Uma Visão Multiprofissional*. – São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

Leão, Eliseth Ribeiro; Silva MJP Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais Revista latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto sp v 12 n 2 p 235-242, 2004.

LEINIG, Clotilde Espínola. *A Música e a Ciência se Encontram: Um Estudo Integrado entre a Música, a Ciência e a Musicoterapia*. Curitiba: Juruá, 2009.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; FERREIRA, Caroline Cristina Moreira; REMEDI, Patrícia Pereira. *A Música como Recurso no Cuidado à Criança Hospitalizada: Uma Intervenção Possível?* Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2006.

LINCH, Graciele Fernanda da Costa; et al. *Unidades de Hemodinâmica: A produção do Conhecimento*. Revista Gaucha de Enfermagem 30 (4) 742-9, dez 2009.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. *Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação, Crítica e Utilização*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARCOLINO, José Álvaro Marques, et al. *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: estudo da validade de critério e de confiabilidade com paciente no pré-operatório*. Revista de Anestesiologia, v. 57, p.52-65. 2007.

MATTE, Bruno da Silva; et al. *Perfil da Intervenção Coronária Percutânea no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST no Brasil de 2006 a 2010 – Registro CENIC*. Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva. Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, 2011.

- MCCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Trad. Regina Garcez. 3ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MOORHEAD, Sue; et al. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3ed. St. Louis: Mosby, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MUSSI, Fernanda Carneiro. *Desconforto, Modelo Biomédico e Enfermagem: Reflexões com Base na Experiência de Homens Infartados*. Acta Paulista de Enfermagem, v.16 (3): 88-97. 2003.
- PORTO, Celmo Celso. *Semiologia Médica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- PORTO, Celmo Celso. *Vademecum de Clínica Médica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- QUELUCI, Gisella de Carvalho; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. *Sobre as Situações de Enfermagem e seus Graus de Complexidade – Menor, Média e Maior - na Prática Assistencial Hospitalar*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 14 (1): 171-76. Artigo Original, 2010.
- QUILICI, Ana Paula; et al. *Enfermagem em Cardiologia – Edição Revisada e Atualizada*, São Paulo: Atheneu, 2009.
- RIBEIRO JR, P.J.; SHIMAKURA, S.E. *Estatística*. Disponível em: <<http://www.leg.ufpr.br/~paulojus/CE003/ce003/>> Acesso em: 4 de setembro de 2012.
- ROSA, Luciana Martins da; et al. *As Faces do Conforto: Visão de Enfermarias e Pacientes com Câncer*. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro 16 (3): 410-4. Jul/Set, 2008.
- RUUD, Even. *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial, 1990.
- SALES, Catarina; et al. *A Música na Terminalidade Humana: Concepções dos Familiares*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo 45 (1): 138-45. Artigo Original, 2011.
- SILVA, Carlos Roberto Lyra. *O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar*. 185 páginas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2008.
- VIEIRA, Sonia. *Introdução à Bioestatística*. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

WATANABE, Danielle Misumi. *O Efeito da Música na Ansiedade de Pacientes Submetidos à Cineangiografografia*. [Tese]. Universidade São Paulo. São Paulo. 2011.

WOODS, Susan; FROELICHER, Erika Sivarajan; MOTZER, Sandra Underhill. *Enfermagem em Cardiologia*. 4ed. Barueri: Manole, 2005, p. 653.

ZANINI, Cláudia Regina de Oliveira; et al. *O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso*. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 93(5): 534-540. Artigo Original, 2009.



## 9. APÊNDICE

Que a minha loucura seja perdoada, porque metade de mim é amor e a outra metade  
também.

Oswaldo Montenegro

## 9.1. CARTA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Renato Augusto M. Sá - **Coordenador Geral**  
*Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil*

Rosângela Arrabal Thomaz – **Sub-Coordenadora**  
*Faculdade de Medicina*

Herbert Praxedes  
*Representante Comunidade Científica*

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos  
*Faculdade de Medicina - Depto Radiologia*

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal  
*Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia*

Selma Maria A. Sias  
*Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil*

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva  
*Faculdade de Medicina - Depto Patologia*

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal  
*Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica*

José Carlos Carraro Eduardo  
*Faculdade de Medicina – Repr. Colegiado*

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A.Senna  
*Instituto de Saúde da Comunidade*

Sérvio Túlio / Rogério Dultra  
*Faculdade de Direito*

Ana Paula Black Veiga  
*Hospital Universitário Antônio Pedro*

José Plácido / Lígia Lobato  
*Representantes da Comunidade Usuária*

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho  
*Faculdade de Odontologia*

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias  
*Faculdade de Farmácia*

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira  
*Faculdade de Nutrição*

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos  
*Faculdade de Enfermagem*

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski  
*Faculdade de Biologia*

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima  
*Escola de Serviço Social*

Luís Antônio C. Ribeiro / Antônio Amaral Serra  
*Instituto de Ciências Sociais – Depto Filosofia*

Abraão Santos / Elton H. Matsushima  
*Instituto de Ciências Sociais – Depto Psicologia*

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca

CEP CMM/HUAP nº 379/11

CAAE: 0395.0.258.000-11

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP  
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:

**“Música como intervenção de enfermagem em pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.”**

Pesquisador(a) Responsável:  
**Gisella de Carvalho Queluci**

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):  
**Flavia dos Santos Pinheiro.**

**Data: 02/12/11**

**Parecer: Aprovado**

Atenciosamente,

**Prof. Renato Augusto Moreira de Sá**  
**Coordenador**

## 10. ANEXO

Eu só quero que você saiba que estou pensando em você, mas te quero livre também,  
como o tempo vai e o vento vem.  
Marisa Monte

## 10.1. FORMULÁRIO

MÚSICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES	
DADOS PESSOAIS	
Nome: _____	
Prontuário: _____	Data de nascimento: __/__/____
Idade: _____	Nacionalidade: _____
Naturalidade: _____	Cidade: _____
Endereço: _____	
_____	
Telefone: _____	Religião: _____
Grau de escolaridade: _____	
Profissão: _____	

ESTADO DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Físico: _____
Psicológico: _____
Diagnóstico médico: _____
Escolha de tratamento: _____

Preferência musical:
_____
_____

Escolha Musical		
1º Sessão	2º Sessão	3º Sessão
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SESSÃO	DATA/HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC (bpm)	FR (irpm)	Oxímetro de Pulso (% Sa O <sub>2</sub> )	Escala de Dor
1ª							
1ª							
2ª							
2ª							
3ª							
3ª							

NOC: Conforto						
INDICADORES	1ª Avaliação	Expectativa	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	
Bem-estar físico						
Controle dos sintomas						
Bem-estar psicológico						
Relações sociais						
Vida espiritual						

Nível de independência					
Controle da dor					

LEGENDA PARA OS INDICADORES: *Nada satisfeito: 1 Um pouco satisfeito: 2 Moderadamente satisfeito: 3 Muito satisfeito: 4 Completamente satisfeito: 5 Alta hospitalar: AH*

Descrição da Situação-problema (observações):

---



---



---



---



---



---

### ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1º Questão: Eu me sinto tenso ou contraído:

- A maior parte do tempo. (3 pts.)  
  Boa parte do tempo. (2 pts.)  
  De vez em quando. (1 pts.)  
  Nunca. (Ø pts.)

2º Questão: eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, e de um jeito muito forte. (3 pts.)  
  Sim, mas não tão forte. (2 pts.)  
  Um pouco, mas isso não me preocupa. (1 pts.)  
  Não sinto nada disso. (Ø pts.)

3º Questão: Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo. (3 pts.)  
  Boa parte do tempo. (2 pts.)  
  De vez em quando. (1 pts.)  
  Raramente. (Ø pts.)

4º Questão: Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre. (Ø pts.)  
  Muitas vezes. (1 pts.)  
  Poucas vezes. (2 pts.)  
  Nunca. (3 pts.)

5º Questão: Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- Nunca. (Ø pts.)  
  De vez em quando. (1 pts.)  
  Muitas vezes. (2 pts.)  
  Quase sempre. (3 pts.)

6º Questão: Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- Sim, demais. (3 pts.)  
  Bastante. (2 pts.)  
  Um pouco. (1 pts.)  
  Não me sinto assim. (Ø pts.)

7º Questão: Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- Quase sempre. (Ø pts.)  
  Várias vezes. (1 pts.)  
  Poucas vezes. (2 pts.)

Quase nunca. (3 pts.)

Sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade  $\geq 9$ ;

8º Questão: Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

Sim, do mesmo jeito que antes. (0 pts.)

Não tanto quanto antes. (1 pts.)

Só um pouco. (2 pts.)

Já não sinto mais prazer em nada. (3 pts.)

9º Questão: Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

Do mesmo jeito que antes. (0 pts.)

Atualmente um pouco menos. (1 pts.)

Atualmente bem menos. (2 pts.)

Não consigo mais. (3 pts.)

10º Questão: Eu me sinto alegre:

Nunca. (3 pts.)

Poucas vezes. (2 pts.)

Muitas vezes. (1 pts.)

A maior parte do tempo. (0 pts.)

11º Questão: Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

Quase sempre. (3 pts.)

Muitas vezes. (2 pts.)

De vez em quando. (1 pts.)

Nunca. (0 pts.)

12º Questão: Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

Completamente. (3 pts.)

Não estou mais me cuidando como deveria. (2 pts.)

Talvez não tanto quanto antes. (1 pts.)

Me cuido do mesmo jeito que antes. (0 pts.)

13º Questão: Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

Do mesmo jeito que antes. (0 pts.)

Um pouco menos do que antes. (1 pts.)

Bem menos do que antes. (2 pts.)

Quase nunca. (3 pts.)

14º Questão: Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

Quase sempre. (0 pts.)

Várias vezes. (1 pts.)

Poucas vezes. (2 pts.)

Quase nunca. (3 pts.)

Sem depressão de 0 a 8, com depressão de  $\geq 9$ ;

---

---

---

---

## 10.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Música como Intervenção de Enfermagem em Pacientes com Doenças Cardiovasculares

Pesquisador Responsável: Gisella de Carvalho Queluci

Pesquisador: Flavia dos Santos Pinheiro

Instituição a que pertence os Pesquisadores: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato: (21) 81050998 (21) 21357452

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Registro Geral \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Registro Geral do Responsável legal: \_\_\_\_\_

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Música como Intervenção de Enfermagem em Pacientes com Doenças Cardiovasculares”, de responsabilidade do pesquisador Gisella de Carvalho Queluci.

Este estudo irá contribuir para assistência de enfermagem, uma vez que é necessário pensar e discutir outras formas de fornecer conforto ao paciente hospitalizado, visando à integralidade do cuidado ao paciente e permitindo o avanço da reabilitação do mesmo até a alta hospitalar.

Quanto à contribuição da pesquisa ao ensino, vale ressaltar a aplicabilidade da música e as formas de atuar do enfermeiro, destacando novos usuários de prática e especialização profissional. Em relação à pesquisa, a produção científica da enfermagem no campo da música ainda é discreta, o que demanda novas pesquisas na área, para se verificar e expandir a música como intervenção de enfermagem.

Objetivos:

Descrever a situação-problema de pacientes hospitalizados com Doenças Cardiovasculares;

Identificar os efeitos da música nesses pacientes;

Avaliar a música como intervenção de enfermagem para promover o conforto.

Métodos:

Questionário semi-estruturado.

Desconfortos e riscos associados:

Serão excluídos da pesquisa pacientes que apresentarem inconsciência e dificuldade de responder às solicitações verbais e deficientes auditivos.

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. ***Ou***

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, responsável legal por \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha