

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**JEFFERSON PEREIRA DA SILVA
LINHARES**

**MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS: UM ESTUDO SOBRE NÍVEIS DE DOR E DE ANSIEDADE**

**GOIÂNIA
2019**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO
PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESI
D E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Te - ses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC n° 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei n° 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Jefferson Pereira da Silva Linhares

Título do trabalho: Musicoterapia no tratamento de vítimas de queimaduras: um estudo sobre níveis de dor e ansiedade

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Assinado(a) autor(a)²

Jefferson Pereira da Silva Linhares

Ciente e de acordo:

Carolina Regina de Oliveira

Assinado(a) orientador(a)²

Data: 03/08/2021

¹Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

²Assinatura deve ser escaneada.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES
CÊNICAS**

**MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS: UM ESTUDO SOBRE NÍVEIS DE DOR E DE ANSIEDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Música da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. na Linha de Pesquisa do Mestrado: Música, Educação e Saúde.

Mestrando: Jefferson Pereira da Silva Linhares

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Regina de O. Zanini

Goiânia

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Linhares, Jefferson Pereira da Silva
MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS
DE QUEIMADURAS: [manuscrito] : UM ESTUDO SOBRE NÍVEIS DE
DOR E DE ANSIEDADE / Jefferson Pereira da Silva Linhares. - 2019.
xii, 115 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Claudia Regina de Oliveira ZANINI.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Escola
de Música e Artes Cênicas (Emac), Musicoterapia, Goiânia, 2019.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

1. Musicoterapia. 2. vítimas de queimaduras. 3. dor. 4.
ansiedade.. I. ZANINI, Claudia Regina de Oliveira, orient. II. Título.

CDU 78



Serviço Público Federal
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS

Programa de Pós-graduação *Stricto-Sensu* – Mestrado em Música

Ata da banca examinadora referente à defesa de trabalho final do candidato Jefferson Pereira da Silva para a obtenção do título de Mestre em Música.

Aos vinte e seis dias do mês de setembro de dois mil e dezenove, a partir das onze horas, na sala duzentos e cinco da Escola de Música e Artes Cênicas, Campus Samambaia, reuniu-se a banca examinadora da prova em epígrafe, indicada pela Coordenadoria de Pós-Graduação, aprovada pelo Conselho Diretor e designada pelo Diretor da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, composta pelos professores doutores Claudia Regina de Oliveira Zanini (orientadora e presidente da mesa EMAC/UFG), Nilceia da Silveira Protásio Campos (membro titular interno EMAC/UFG) e Maristela Pires da Cruz Smith (membro titular externo FMUSP), para julgar o trabalho final do candidato Jefferson Pereira da Silva, intitulado "MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: um estudo sobre níveis de dor e de ansiedade". A Presidente da mesa declara abertos os trabalhos agradecendo a presença de todos, assim, dá prosseguimento aos trabalhos passando a palavra ao candidato para expor o seu trabalho escrito. Depois das arguições e respectivas respostas do candidato, a banca procede ao julgamento final anunciando o seguinte resultado:

Profa. Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini APROVADO

Profa. Dra. Nilceia da Silveira Protásio Campos APROVADO

Profa. Dra. Maristela Pires da Cruz Smith APROVADO

Jefferson Pereira da Silva faz jus ao título de MESTRE EM MÚSICA, área de concentração Música na Contemporaneidade, a ser concedido após a devida homologação do resultado pela Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação da UFG. Os integrantes da banca examinadora cumprimentam o candidato e nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente declara encerrada a sessão cujos trabalhos são objeto desta ata, a qual depois de lida e aprovada, será assinada pela Coordenadora do Programa de Pós-graduação *stricto-sensu* – Mestrado em Música – EMAC/UFG e pelos membros da banca examinadora.
 Goiânia, 26 de setembro de 2019.

Claudia Regina de Oliveira Zanini

Profa. Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini
 Presidente

Nilceia da Silveira Protásio Campos
 Profa. Dra. Nilceia da Silveira Protásio Campos
 Membro

Maristela Pires da Cruz Smith
 Profa. Dra. Maristela Pires da Cruz Smith
 Membro

Werner Aguiar
 Prof. Dr. Werner Aguiar
 Vice-Coordenador de Pós-graduação *Stricto-Sensu* - Mestrado em Música - EMAC/UFG

DEDICATÓRIA

À fisioterapeuta Cristina Lopes Afonso, pelo exemplo de superação, bondade e humildade. À minha família, que sempre apoiou meus projetos e incentivou minha caminhada, nunca medindo esforços para que eu pudesse conquistar meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus** por ter me dado a oportunidade de ingressar no mundo da Música e da Musicoterapia. Pelos dons que ele me concedeu, por ter me dado a oportunidade de tocar piano e teclado, pois desde criança gostava de arte e admirava como a arte podia influenciar na vida do ser humano, em especial a música.

A minha família meus pais Solange Rodrigues da Silva e Lizion Pereira da Silva, pelo apoio desde a escolha do curso de Musicoterapia, sempre me apoiaram em minhas escolhas profissionais. À minha irmã Kamilla Pereira da Silva, por me apoiar nas horas difíceis e durante esse percurso ter me presenteado com Caleb Pereira Cardoso meu amado e adorado sobrinho. Meu querido Cunhado Johnanthan Cardoso por todo apoio e palavras de incentivo. À minha vovó (in memoriam), Rosa Linhares da Silva, por tudo que você foi e ainda é na minha vida, pelos ensinamentos e acima de tudo pelo seu amor. À minha vovó Maria Pereira da Silva por todo seu carinho e dedicação.

À minha orientadora, Claudia Regina de Oliveira Zanini, por contribuir com meu desenvolvimento acadêmico, profissional e científico. Por ter acreditado em mim e em meu trabalho dando-me a oportunidade de desenvolvê-la. Obrigado por toda dedicação e investimento em mim.

A toda equipe do Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL que me auxiliaram a todo momento fazendo com que esse trabalho pudesse acontecer.

"Todo problema ou doença é um problema musical, toda solução e toda cura tem uma solução através da música" Dr. Oliver Sacks

RESUMO

Um acidente intencional ou não, que gera queimaduras, traz relevantes mudanças na rotina e no planejamento de quem passa por essa condição, incluindo o enfrentamento do olhar, dos comentários e das diferentes reações em função das sequelas vivenciadas pelo paciente. O presente estudo teve como objetivo geral avaliar os efeitos da Musicoterapia nos níveis de dor e de ansiedade, buscando compreender o papel da Musicoterapia no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas e pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Goiás e da Secretária de Saúde do Estado de Goiás. Trata-se de um estudo clínico, quanti-qualitativo, em Musicoterapia. Todas as etapas (avaliação, entrevista inicial, intervenção musicoterapêutica e coleta de dados) foram realizadas pelo próprio pesquisador em um contexto clínico, sendo orientado e supervisionado por uma docente musicoterapeuta. A triagem dos participantes do foi realizada a partir dos prontuários, sendo incluídos pacientes que tiveram queimaduras de 2º grau nos membros superiores, internados em ala específica para essa clientela em um hospital geral. A prática musicoterapêutica foi fundamentada e desenvolvida por meio das experiências musicais em Musicoterapia definidas por Bruscia (2016), bem como nas identidades sonoras contextualizadas por Benenson (1989). Os dados foram coletados por meio da Escala Faces - EF, do Questionário de Ansiedade - Estado (IDATE – E), bem como de depoimentos coletados após a intervenção musicoterapêutica. Os resultados demonstraram que a atuação do musicoterapeuta na redução de níveis de dor e ansiedade é eficaz para os pacientes ($p < 0,05$). Frente aos resultados, analisados e discutidos, apreendeu-se que o musicoterapeuta que trabalha com queimaduras necessita ter um olhar integral/biopsicossocial-espiritual a esse indivíduo e pode ser inserido na equipe multidisciplinar que atende a essa clientela. Embora a atuação da Musicoterapia com a clientela atendida na pesquisa seja ainda pouco explorada no Brasil, a pesquisa demonstrou sua eficácia. Concluiu-se que a Musicoterapia pode auxiliar na redução da dor e da ansiedade no tratamento de vítimas de queimaduras, contribuindo para o enfrentamento dos pacientes diante dos procedimentos invasivos e frequentes, como a troca de curativos.

Palavras-chave: Musicoterapia, vítimas de queimaduras, dor e ansiedade.

ABSTRACT

An intentional or unintentional accident, which generates Burns, brings relevant changes in the routine and planning of those who go through this condition, including facing the gaze, the comments and the different reactions depending on the sequelae experienced by the patient. The present study aimed to evaluate the effects of Music Therapy on pain and anxiety levels, seeking to understand the role of Music Therapy in the treatment of patients suffering from burns. The project was approved by the Research Committee of the School of music and Performing Arts and by the Ethics Committees of the Federal University of Goiás and the Secretary of health of the state of Goiás. It is about a clinical both qualitative and quantitative study, in music therapy. All stages (evaluation, initial interview, music therapeutic intervention and data collection) were performed by the researcher himself in a clinical context, being guided and supervised by a music therapist professor. A screening of the participants of the study was performed from the medical records, including patients who had burns of 2° degree on the upper limbs, admitted to specific ward for this clientele in a General hospital. The music therapy practice was grounded and developed through the musical experiences in music therapy defined by Bruscia (2016), as well as in the sound identities contextualized by Benenzon (1989). The data were collected through the Faces Scale EF, the Anxiety-State Questionnaire (IDATE – E), as well as testimonies collected after the music therapeutic intervention. The results showed that the performance of the music therapist in reducing pain and anxiety levels is effective for patients ($p < 0.05$). Faced with the results, analyzed and discussed, it was understood that the music therapist who works with burns needs to have an integral/ biopsychosocial-spiritual look at this individual and can be inserted in the multidisciplinary team that serves this clientele. Although the performance of Music Therapy with the clientele served in the research is still little explored in Brazil, the research demonstrated its effectiveness. It was concluded that music therapy can help reduce pain and anxiety in the treatment of burn victims, contributing to the coping of patients who are facing invasive and frequent procedures such as changing dressings.

Keywords: Music therapy, victims of burns, pain and anxiety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---------------|----|
| Quadro 1..... | 31 |
| Quadro 2..... | 31 |
| Quadro 3..... | 32 |
| Figura 1..... | 44 |
| Figura 2..... | 46 |
| Figura 3..... | 48 |
| Tabela 1..... | 49 |
| Tabela 2..... | 50 |
| Tabela 3..... | 51 |
| Tabela 4..... | 51 |
| Tabela 5..... | 52 |
| Tabela 6..... | 53 |
| Quadro 4..... | 60 |

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

WFMT – *World Federation of Music Therapy* (Federação Mundial de Musicoterapia)

UFG – Universidade Federal de Goiás

UBAM – União Brasileira das Associações de Musicoterapia

ISo – Identidade Sonora (BENENZON, 1988)

EF – Escala Faces

IDATE-E - Questionário de Ansiedade Estado

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT – Transtorno de Estresse Pós Traumático

SBCD - Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica

SL – Sistema Límbico

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

SPCR (Song Phrase Cued Response)

APMR (Adapted Progressive Muscle Relaxation)

MBI (Music Based Imagery)

RRE (The Relaxation Response Elicitation)

MAE (Musical Alternate engagement)

HUGOL - Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira.

SPSS – Statistical Package for the Social Science Statistics *for Windows* (versão 20.0)

ANOVA – One Way

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 17 |
| 2.1 O PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURAS..... | 17 |
| 2.1.1 A Dor do Paciente Vítima de Queimaduras: Os sofrimentos físicos e emocionais..... | 17 |
| 2.1.2 Tratamento do Paciente Vítima de Queimaduras..... | 22 |
| 2.2 MUSICOTERAPIA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR..... | 24 |
| 2.2.1 A Musicoterapia no tratamento da Dor e da Ansiedade..... | 24 |
| 2.2.2 A Musicoterapia Aplicada a Pacientes Vítimas de Queimaduras – uma breve Revisão..... | 32 |
| 3 METODOLOGIA..... | 42 |
| 3.1 TIPO DE PESQUISA..... | 42 |
| 3.2 LOCAL DA PESQUISA..... | 42 |
| 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO..... | 42 |
| 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... | 42 |
| 3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS – CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE PESQUISA..... | 43 |
| 3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS..... | 45 |
| 3.7 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS..... | 46 |
| 3.8 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO MUSICOTERAPÊUTICA..... | 47 |
| 3.9 ASPECTOS ÉTICOS..... | 47 |
| 3.10 RECURSOS DE INTERVENÇÃO MUSICOTERAPÊUTICA..... | 48 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 49 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PARTICIPANTES..... | 49 |
| 4.2 DADOS QUANTITATIVOS – INSTRUMENTOS E ANÁLISES..... | 50 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.1 DADOS da ESCALA FACES..... | 51 |
| 4.2.2 DADOS IDATE – ESTADO..... | 51 |
| 4.3 DADOS QUALITATIVOS..... | 53 |
| 4.3.1 Análise Musicoterapêutica das Intervenções..... | 53 |
| 4.3.2 Depoimento dos Pacientes..... | 57 |
| 4.3.3 Análises das falas..... | 59 |
| 4.4. Discussão..... | 64 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 67 |
| REFERÊNCIAS..... | 69 |

1 INTRODUÇÃO

A Musicoterapia é uma profissão que surge na metade do século XX. O profissional musicoterapeuta irá tratar seu (s) paciente (s) por meio de abordagens e técnicas específicas da Musicoterapia. Esse profissional será inserido em uma determinada área de atuação dessas áreas pode-se citar: hospitalar, educação especial, social, organizacional, comunitária, clínica entre outros. Tais afirmações vão ao encontro do que suscita Zanini (2007):

A prática do musicoterapeuta – um profissional que surge na segunda metade do século XX, com formação musical e científica, que procura fomentar a melhoria da qualidade de vida inserido em uma determinada área de atuação, deve considerar, como foco principal de estudos e pesquisas, o que se refere à práxis. A partir da prática clínica, da pesquisa acerca dessa prática, das conclusões e, principalmente, de teorias e de novos questionamentos que surgirão, a Musicoterapia, como profissão, terá maior conhecimento científico. Isto possibilitará novos olhares, novas escutas e novos pensares a respeito do *setting* musicoterápico. (p. 93)

É importante salientar que a Musicoterapia é uma disciplina que possui abordagens e técnicas específicas, no que se refere a prática de atuação clínica com determinada clientela. Para a WFMT¹ (*World Federation of Music Therapy*)

Musicoterapia é o uso profissional da música e de seus elementos como intervenção em contextos médicos, educacionais e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida. A pesquisa, a prática, o ensino e a formação clínica estão estruturadas conforme os contextos culturais, sociais e políticos. (2011)

Estima-se que mais de dois milhões de pessoas sofrem queimaduras ao ano no Brasil. O tratamento dessa clientela é um desafio para médicos cirurgiões plásticos, pela complexidade das lesões, bem como os cuidados intensivos multidisciplinares, envolvendo diversos profissionais como: clínicos, anestesiologistas, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais com formação nessa área de atuação (GRECO JÚNIOR et al, 2007).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica – SBCD (2010), as queimaduras:

geralmente são causadas pelo contato direto com objetos quentes superaquecidos ou incandescentes, mas podem também ser provocadas por substâncias químicas como ácidos, soda cáustica e outros. Emissões radioativas como as radiações infravermelhas e ultravioletas ou mesmo a eletricidade são outros fatores desencadeantes das queimaduras.

1 Federação Mundial de Musicoterapia.

É natural do ser humano planejar e criar expectativas quanto ao seu futuro, bem como ao futuro das pessoas que fazem parte de sua vida. No entanto, no decorrer da vida, se algum imprevisto surge, esse indivíduo precisa se adaptar com sua nova condição de vida (SILVA, 2015, p. 12). Para o mesmo autor,

um acidente intencional ou não, que gera queimaduras em alguém, com certeza trará grandes mudanças na rotina e no planejamento de quem passa por essa condição, desde o momento do início do tratamento, que, neste caso não é rápido, até o momento de voltar à rotina e às atividades que desenvolvia, incluindo o enfrentamento do olhar, dos comentários e das diferentes reações quando a sua condição atual.

O paciente vítima de queimaduras será um ser fragilizado, visto que além dos traumas físicos causados pelo acidente, ficarão os traumas emocionais derivados de estresse durante o tratamento, tais como: dor, medo, ansiedade, cicatrizes entre outros. Como afirma Cantinho (2008, p. 171):

O paciente queimado ilustra a figura de um ser humano particularmente fragilizado. O momento da queimadura enseja o confronto com os limites do sofrimento humano. Sobrevivendo à fase aguda, ele se depara com as mais variadas manifestações de resposta ao trauma, tanto plano físico como no mental. A dor em suas feridas interage com um quadro emocional bastante complexo. Ele tem um presente em que pode sentir que sua vida caminha e angustiante proximidade com a morte.

Segundo Arruda (2011), um trauma cutâneo causado por agentes térmicos (físico, químico, biológico) produz lesões com gravidade que serão medidas a partir de sua extensão e localização.

Para a mesma autora as queimaduras são consideradas uma das mais graves agressões ao corpo humano. As queimaduras são caracterizadas por um importante problema de saúde mundial, no que se refere ao tratamento e cuidados em pacientes que sobreviveram o trauma ocorrido.

O tratamento do paciente vítima de queimaduras não é fácil, rápido e tão pouco indolor. Considera-se que o paciente precisará de uma equipe multiprofissional para atender suas demandas físicas, emocionais, sociais e familiares.

Segundo Benenson (Op. Cit, p. 15), “o objetivo da Musicoterapia no campo da medicina é universal, com contribuição ao desenvolvimento do ser humano como totalidade indivisível e única”.

A dor é um sintoma que ocorrerá com frequência durante o tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras. Por ter características complexas, com o envolvimento físico e emocional, a dor pode ser subestimada pelos profissionais da saúde que trabalham com essa

clientela. Quando os profissionais trabalham com pacientes vítimas de queimaduras, é importante observar vários aspectos desses pacientes tais como: características emocionais, físicas, sociais entre outros.

Devido à complexidade do tratamento do paciente vítimas de queimaduras, para melhorar os resultados há a necessidade de intervenções de uma equipe multiprofissional especializada. Nessa problemática contextualizada, seria a Musicoterapia uma possibilidade de tratamento complementar visando contribuir para a minimização do sofrimento e das dores? Assim, com o presente estudo pretende-se fomentar o conhecimento na pesquisa, bem como a *práxis* do profissional musicoterapeuta com pacientes vítimas de queimadura.

A presente pesquisa tem como objetivo geral avaliar os efeitos da Musicoterapia nos níveis de dor e de ansiedade de pacientes vítimas de queimaduras. Como objetivos específicos foram traçados: compreender os tipos de dor que acometem os pacientes vítimas de queimaduras e as características bio-psico-socio-espirituais que advém do trauma vivenciado; verificar os efeitos da Musicoterapia no nível de dor do paciente vítima de queimadura no pós-curativo; verificar os efeitos da Musicoterapia no nível de ansiedade do paciente vítima de queimadura no pós-curativo; e, apreender as expressões e sentimentos advindos do paciente vítima de queimadura por meio das intervenções musicoterapêuticas.

A estrutura do presente estudo apresenta uma revisão de literatura concentrada em dois subcapítulos. No primeiro, contextualizou o paciente vítima de queimaduras, por meio da caracterização do trauma e de suas consequências, onde se faz apontamentos sobre aspectos fisiológicos e emocionais, bem como a caracterização das queimaduras e dos tratamentos existentes para esse paciente.

Em seguida, apresenta-se a Musicoterapia como terapia complementar, bem como a inserção do musicoterapeuta como um profissional da equipe de saúde que acompanha o tratamento dessa clientela.

O capítulo seguinte é destinado à apresentação da Metodologia, com todos os procedimentos descritos. O quarto capítulo apresenta a pesquisa de campo, incluindo resultados, análises e discussão. Finalmente apresenta-se as Considerações Finais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURAS

As queimaduras são caracterizadas por traumas externos que acometem a pele do indivíduo acarretando várias desordens fisiológicas, motoras, emocionais e sociais. Para Leão et al. (2011, 574):

queimadura é definida como uma lesão da pele causada por um agente externo, com destruição parcial ou total da mesma, em determinada extensão da superfície corporal, em decorrência de traumas térmico, elétrico, químico ou radioativo. A gravidade e o prognóstico de uma queimadura são definidos avaliando-se: agente causal, profundidade, extensão da superfície corporal queimada, localização, idade, doenças preexistentes e lesões associadas.

A gravidade das lesões dependerá de diversas causas, podendo ter fatores relacionados interiormente ou exteriormente. Costa et al (1999, p. 181) afirmam que:

as queimaduras são as lesões mais devastadoras que o corpo humano pode sofrer. Nesse tipo de trauma há liberação de mediadores celulares e humorais que determinam alteração da permeabilidade capilar, metabólica e imunológica levando a distúrbio hidroeletrólítico, desnutrição e infecção.

As lesões provocadas por queimaduras possuem suas definições de acordo com a profundidade da ferida. Sendo definidas como queimaduras de primeiro grau, segundo grau e terceiro grau. Essa afirmação vai ao encontro do que sucinta Ferreira et al. (2003, p. 43)

a lesão provocada por queimadura pode ser descrita com base na sua profundidade, sendo classificada como de primeiro grau, quando é comprometida apenas a epiderme, apresentando eritema e dor; de segundo grau, quando atinge a epiderme e parte da derme, provocando a formação de flictenas; e de terceiro grau, quando envolve todas as estruturas da pele, apresentando-se esbranquiçada ou negra, pouco dolorosa e seca.

2.1.1 A Dor do Paciente Vítima de Queimaduras: os sofrimentos físicos e emocionais

Quando se aborda o tratamento do paciente vítima de queimaduras muitos aspectos devem ser considerados, não tratando esse indivíduo como um ser que está apenas cometido pelas lesões, ou seja, não ter o olhar apenas nas esferas orgânicas e biológicas do paciente.

O profissional deve ter um olhar atento a todas as esferas que compõem esse indivíduo: física, emocional, social, familiar e espiritual. Para Bernal et al. (2018, p. 1), “os profissionais que cuidam de pacientes queimados, devem ter como objetivo, não somente, tratar a ferida

gerada pela queimadura, mas também tentar amenizar todo o sofrimento físico e emocional desses pacientes”.

Durante todo o tratamento o paciente vítima de queimaduras lida com o sofrimento, pois o tratamento não é rápido, fácil e tão pouco indolor, ou seja, é um processo demorado e que irá acarretar diversas situações inesperadas. Artz et al (1980) citado por Rossi et al (2000, p. 18) comentam que “a dor da queimadura está geralmente relacionada com atividades específicas tais como limpeza de ferida, desbridamento, mudanças de curativos e fisioterapia”. Para Bernal et al (Op. Cit, p. 1), “a dor é relatada mais frequentemente nas feridas abertas, principalmente após a troca dos curativos e desbridamento”. Considera-se que durante a troca de curativos o paciente sentirá muita dor, pois a troca de curativos é um momento extremamente aterrorizante para o indivíduo.

Quando se trata na dor em pacientes vítimas de queimaduras, pode-se caracterizar em dois tipos: a dor de fundo que é contínua e ocorre até mesmo quando o paciente está em repouso, sendo de intensidade mais baixa e a dor incidental, que é processual ou evocada. Este último tipo de dor está ligado aos procedimentos de cuidados da ferida, quando são feitos procedimentos como limpeza e curativos. (CANTINHO, 2008).

Russo, em 1959 (p.54), já abordava as questões fisiológicas da dor, bem como o sofrimento que a mesma acarreta nos pacientes vítimas de queimaduras. Para o autor:

resulta inicialmente da atuação do calor sobre a superfície de revestimento do corpo. Posteriormente, em virtude da destruição das camadas superficiais da pele, ficam a descoberto as terminações nervosas sensitivas, de modo que, estímulos habitualmente insuficientes, passam a ser dolorosos (roçar das vestes, soprar de uma brisa, por exemplo). Isto explica a razão de serem as queimaduras superficiais, 1º e 2º graus, as mais dolorosas.

Piccolo et al (2009) afirmam que existem três tipos de dor no paciente vítima de queimaduras caracterizadas como: dor aguda, dor basal e dor crônica. A dor aguda além de ser caracterizada pela lesão tecidual, também está relacionada a procedimentos invasivos como já mencionado tais como: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Enfermagem entre outros. Segundo Teixeira e Valverde Filho (2003) citado por Damasceno (2005, p.6) “*dor aguda é o mecanismo que habitualmente alerta para ocorrência de lesões teciduais*, muitas vezes a sua presença sendo critério de decisão quanto à alta hospitalar”.

No que se refere à dor basal, a mesma é percebida de forma constante e espontânea, mesmo se o paciente estiver em repouso. Como afirma Piccolo et al (Op. Cit, p. 851) “percebida de forma constante, espontânea, mesmo em repouso, essa dor está presente desde o acidente até

a completa regeneração das lesões. Independentemente de qualquer procedimento realizado, mostra-se constante e de baixa intensidade”. Considera-se que a dor desse paciente está relacionada a procedimentos invasivos que são de extrema importância para sua reabilitação e melhora. Destes procedimentos, pode-se citar: troca de curativos, desbridamento, cirurgias plásticas com enxertos, atendimentos fisioterapêuticos, fonoaudiológicos, nutricionais, de enfermagem, terapêutico-ocupacionais, entre outros.

A dor crônica é caracterizada por ser muito mais agressiva e nociva do que a dor aguda. Pode acarretar problemas psicológicos e emocionais no paciente vítima de queimaduras. Como Afirma Piccolo et al (Op. Cit, p. 851)

ser muito mais agressiva do que a dor aguda que se resolve com a evolução do processo patológico. Essa dor invisível pode desencadear distúrbios psicoemocionais graves porque a família e os profissionais envolvidos podem não conseguir correlacioná-lo corretamente com algum quadro específico, uma vez que nem sempre se relaciona à área de cicatrização anormal. Esse componente doloroso tardio é uma queixa do paciente intensificada pelo tempo de tratamento e relacionada à uma ansiedade constante, tendência à depressão pela evolução crônica e alteração do ritmo circadiano com transtornos do sono.

As queimaduras são um dos traumas mais devastadores que acometem o ser humano. Possuem um alto índice de ocorrência, também produzem várias sequelas físicas, estéticas e psicológicas com alta taxa de mortalidade (ARAGAO et al, 2012).

Como já mencionado, uma injúria² causada por queimaduras irá acarretar vários problemas emocionais e psicológicos no indivíduo, podendo desenvolver transtornos psiquiátricos. Segundo Guimarães, Silva e Arrais (2012, p. 130)

É costumeiro constatar o entrelaçamento e o aumento de comorbidades na unidade de queimados, sendo agravadas ou evitadas pelo estado de ânimo e saúde mental do paciente que, por sua vez, são influenciados pelas comorbidades; no entanto, muitas psicopatologias são desencadeadas pela própria internação, pois cada paciente reage de uma maneira à queimadura e às subsequentes e novas condições do tratamento.

Para os mesmos autores, existem comorbidades que podem surgir durante o tratamento do paciente vítima de queimaduras. Destaca-se tais comorbidades nos pacientes adultos e idosos. Dentre as comorbidades pode-se citar: síndrome da internação, estados depressivos, crises histéricas, estados de euforia, corpo fantasmático, comportamentos agressivos, negação do acidente, agressividade e revolta. A seguir, explica-se cada transtorno mencionado anteriormente:

² Termo utilizado para referir ao trauma por queimaduras.

Síndrome da internação: também nomeada como hospitalismo, geralmente são apatias constatadas em crianças e idosos, que não possuem suporte e apoio emocional. No decorrer do tratamento apresentam sentimentos de abandono, bem como perda de interesse pela sobrevivência;

Estados Depressivos: nota-se no paciente humor rebaixado, o mesmo possui dificuldades em encarar a dor e o sofrimento. Possui desejo de morte para evitar tais sentimentos.

Crises Histéricas: são desencadeadas pela dor e evidenciadas por consecutivos episódios de descontrole emocional. Possui crises de choro, revolta e inconformismo. Caracteriza-se com dificuldades em aceitar o trauma ocorrido.

Estados de Euforia: Neste caso nota-se aumento da energia, bem como a aceleração da psicomotricidade do paciente. Possui tendência a alegria, eloquência e ousadia. O paciente desconfirma a dor, além de verbalizar progressos que não condizem com a realidade do tratamento.

Corpo Fantasmático: Destaca-se fragilidade e vulnerabilidade do paciente em relação a sua imagem corporal, ou seja, sua identidade. Imagem corporal destruída pelo acidente, desencadeando medo da morte. Também destaca-se, dificuldades de reconhecer as melhoras clínicas durante o tratamento.

Comportamentos agressivos: São desencadeadas reações infantis, neste caso o paciente possui fixações em fases de sua evolução emocional que não foram resolvidas, desenvolvendo comportamentos passivos de solicitações frequentes, caracterizando retorno ao útero materno e desejo de proteção.

Negação do acidente: Aqui destaca-se a formação reativa que irá provocar dificuldade em aceitar as consequências e sequelas do acidente, bem como o eventual tratamento de saúde, neste caso, ainda se expressa vontade de morrer, ou seja, desejo pela morte como a única solução para a dor. Também destaca-se a resignação por meio de sentimentos que estimulam o fanatismo religioso como meio para a elaboração do trauma ocorrido.

Agressividade/Revolta: Neste caso são direcionados para a equipe de saúde e familiares, caracterizando-se por uma projeção do paciente de seus sentimentos mórbidos, muitas vezes culpando o outro pela dor que é sentida.

Indivíduos que passam por injúria por queimaduras ficam com a invulnerabilidade abalada desenvolvendo problemas de ordem psicológicas. As queimaduras são um fenômeno que constantemente levam o indivíduo ao estresse desde o momento do trauma, bem como a internação/hospitalização que envolvem momentos de dor e ansiedade. Assim, inclui-se

também o momento de alta, pois o paciente poderá ter dificuldades psicológicas. Fica claro o acompanhamento psicológico por uma equipe especializada em tratamento e a prevenção de transtornos psiquiátricos (MEDEIROS et al, 2009, p. 62). Os mesmos autores suscitam que:

algumas pesquisas demonstram que a maioria das reações adversas que ocorrem durante a hospitalização desaparece gradualmente. A maioria dos sintomas, incluindo o TEPT, desaparece no período próximo à alta, e o restante durante o primeiro ano após o acidente.

O TEPT³, citado por Habigzang et al. (2010, p. 29), é definido como “um transtorno de ansiedade que ocorre após a exposição a um evento traumático”. Considera-se que além das feridas físicas que são geradas após o acidente sendo este acidental ou intencional, também surgiram as “feridas” emocionais e psicológicas.

Matos, Andrade e Madeira (2011, p. 75) afirmam que “o impacto emocional de uma queimadura leva ao desenvolvimento de problemas psicológicos que afetam a vida da vítima e de sua família, podendo permanecer por tempos prolongados ou por toda sua vida.”

Como já citado anteriormente, as queimaduras irão acarretar ao indivíduo diversas comorbidades físicas como alterações na pele, ou seja, mudando sua identidade visual, além das comorbidades relacionadas aos níveis de dor e ansiedade. Como contextualizam Rossi et al (2000, p. 18): “um trauma térmico sobre a pele produz uma série de alterações locais que irão resultar no aparecimento de dor e também pode provocar alterações definitivas na aparência”. Para os mesmos autores, a dor é considerada inerente ao paciente vítima de queimaduras.

O profissional que lida com a clientela em questão deve estar preparado para o que se refere ao conhecimento dos níveis de dor desse paciente. Sem ter o conhecimento dos aspectos fisiológicos e patológicos, o profissional pode se tornar despreparado para lidar com o quadro do paciente, como assinala Scarcela (1997, p. 16):

é importante conhecer o significado da sistematização da dor no paciente queimado. Sem o conhecimento fisiológico e patológico da dor, fica desprovido e incapaz de ser realizada uma avaliação criteriosa do quadro clínico do paciente e conseqüentemente do seu tratamento.

Com relação aos autores citados, bem como a amplitude que engloba o tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras, além dos aspectos fisiológicos e patológicos citados, os profissionais devem se preparar para lidar com todas as formas de sofrimento, incluindo os emocionais e sociais.

3 Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

2.1.2 Tratamento do Paciente Vítima de Queimaduras

Quando abordamos o tratamento do paciente vítima de queimaduras, muitos aspectos devem ser considerados, pois o tratamento engloba várias esferas do indivíduo como: a emocional, a motora, a orgânica, a social, a familiar e, até mesmo, a espiritual.

Considera-se que o paciente deverá ser tratado por uma equipe multidisciplinar em uma unidade especializada em queimaduras. Segundo Guimarães, Silva e Arrais (Op. Cit, p. 129):

o paciente queimado deve ser tratado em uma unidade especializada de queimados por uma equipe multidisciplinar, profissionais treinados para a integração interdisciplinar no tratamento dessas lesões e suas diversas consequências (médicos especializados, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.)

A interdisciplinaridade profissional, durante o tratamento do paciente queimado torna-se essencial, visto que por meio dela, se constroem práticas integrais de conhecimento. Como afirma Matos apud Borges, Sampaio e Gurgel (2012, p. 148), “a interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de práticas integrais”.

O paciente vítima de queimaduras demanda cuidados e atenção da equipe. Além do tratamento das lesões causadas pela injúria por queimaduras, a equipe também tem que estar atenta às questões orgânicas, emocionais, sociais e familiares do paciente em questão. Isso demandará uma total afinidade da equipe. Assim, os profissionais devem estar interligados entre si com conhecimento da profissão do outro, por meio da interdisciplinaridade e com um olhar integral ao paciente. Villela e Scatena (2004, p.738) afirmam que:

evidencia-se a necessidade da equipe interdisciplinar, na qual haja, entre seus integrantes, a coesão, a integração e o inter-relacionamento efetivo, buscando a aceitação, a reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado. Nesse sentido, a equipe interdisciplinar deve quebrar a hierarquia e os limites técnicos de cada um. Assim, as competências diversas de cada profissional devem ser integradas a partir de valores éticos, assegurando um espaço de interconexão entre os saberes e práticas.

Silva et al. (2015) realizaram um estudo sobre a TRV⁴ no controle da dor dos pacientes vítimas de queimaduras. Para os referidos autores as terapias farmacológicas na atualidade não tem conseguido um controle eficiente da dor do paciente vítima de queimaduras. Foi elaborada

uma revisão integrativa que provou a eficácia de tal terapia na redução dos níveis de dor do paciente. Os mesmos autores ainda salientaram a importância da redução da dor no paciente queimado, afirmando que:

a dor acarreta várias complicações, interferindo com o seu processo de recuperação. Os enfermeiros encontram-se diária e continuamente presentes vivenciando de perto as experiências de dor de cada pessoa e por meio dos seus procedimentos, como os cuidados à ferida, a dor agudiza, sendo necessário realizar intervenções para a sua prevenção e redução (p. 42).

Abordagens não farmacológicas são de extrema importância, no que se relaciona à mitigação da dor severa, bem como do trauma associado ao momento da troca de curativos (JEFFS et al., 2014).

Quando um musicoterapeuta está inserido no hospital muitos aspectos são relevantes para a atuação desse profissional. Destes podemos citar: Qual o objetivo da intervenção musicoterapêutica? Quais as músicas que serão usadas e o porquê de sua utilização? Como essas músicas serão reproduzidas? O musicoterapeuta trabalha com a aplicabilidade da definição de Identidade Sonora - ISO que, para Benenson (Op. Cit, p. 34), caracteriza-se por “um conceito totalmente dinâmico que resume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons, ou de fenômenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano”.

Outra característica que compete apenas ao musicoterapeuta é a análise musicoterapêutica. Piazzetta (2007), musicoterapeuta e docente, afirma que quando a análise musicoterapêutica é realizada, esta permite o desenvolvimento do trabalho clínico por meio da compreensão das produções sonoro-musicais surgidas no *setting* musicoterapêutico. Assim, as produções que emergem durante as intervenções permitem que o paciente revele sua história pessoal para o musicoterapeuta.

Segundo Scarcela (Op. Cit.) “as influências psicológicas que afetam a dor são tantas e tão variadas, que sem uma aproximação com o paciente é difícil conseguir a sua cooperação no seu tratamento” (p. 16).

2.2 A MUSICOTERAPIA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR

2.2.1 A Musicoterapia no Tratamento da Dor e da Ansiedade

Neste subcapítulo explana-se a aplicabilidade da Musicoterapia como forma de tratamento complementar para o paciente que sofreu queimaduras. Indaga-se como a Musicoterapia pode auxiliar no decorrer do tratamento dessa clientela.

Ressalta-se aqui a importância de salientar que a Musicoterapia é uma profissão da área da saúde que possui teorias estruturadas com abordagens, técnicas e métodos próprios e específicos (SILVA e ZANINI, 2017).

Considera-se que a Musicoterapia, como profissão, contribuirá muito para a área da saúde e educação. O musicoterapeuta por meio de sua prática clínica, como já mencionado utilizará de abordagens e técnicas específicas para fomentar, bem como promover a saúde física, emocional, familiar e social.

A Musicoterapia é caracterizada como uma terapia complementar de autoexpressão. Impulsiona o potencial criativo e acrescenta a capacidade comunicativa, estimulando aspectos biológicos, psicológicos e culturais. (MILLECCO FILHO, BRANDÃO e MILLECCO, 2001).

Musicoterapia está em crescimento com atuação em diversas clientelas; destas podemos citar: pessoas com transtornos mentais, indivíduos que em uso abusivo de álcool e outras drogas, crianças com TEA⁵, pacientes em reabilitação motora, pacientes em cuidados paliativos entre outros. Assim, possui sua definição

a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia,) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ ou restabelecer funções do indivíduo para que ele possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA n. 2, 1996, p. 4).

Essa definição foi elaborada em 1996, enquanto a comissão prática clínica da WFMT era presidida por uma musicoterapeuta brasileira, Lia Rejane Mendes Barcellos. Também destaca-se que essa definição foi elaborada em um momento histórico diferente do que estamos vivendo atualmente. Considera-se essa definição mais completa nos aspectos da Musicoterapia, bem como de sua formação e atuação.

A Musicoterapia, além de estar em constante ampliação em sua *práxis*, também tem avançado em pesquisas científicas que relatam os efeitos de sua utilização. Para Moreira et al. (2012, p. 20) “a Musicoterapia foi estabelecida como profissão principalmente a partir da

5 Transtorno do Espectro Autista

Segunda Grande Guerra como resultado de trabalho em hospitais de veteranos”. Os mesmos autores ainda afirmam que o uso terapêutico da música é reconhecido desde as primeiras civilizações da humanidade, para consolar enfermos em estados depressivos, bem como expressar emoções não-verbais. Já no antigo Egito desde 5000 a.C., a terapia do canto foi acrescentada a prática de médico-sacerdotes.

No passado tinha-se a ideia de que a música era um dom divino e os sons faziam parte da identidade do ser humano. Acreditava-se que a saúde podia ser restabelecidas por meio do uso da música (PUCHIVAILO e HOLANDA, 2014, p. 136). Para os mesmos autores

a ideia de que a cura se dava através da ligação estabelecida entre a música e as forças espirituais permaneceu prevalente nos séculos seguintes. Aos poucos a teoria dos quatro humores foi ganhando força novamente e a música volta a ser utilizada como forma de reequilibrar a saúde do homem. Ao longo da história se verifica alguns escritos que discorrem sobre outras características do uso da música no cuidado à saúde. Algumas das funções mencionadas são a de alegrar ou distrair os “doentes mentais”.

A Musicoterapia, como terapia complementar no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras, tem como objetivo tratar/reabilitar os aspectos biopsicossociais, com um olhar amplo para o indivíduo e a complexidade do seu tratamento.

Benenson (2014) afirmava que a Musicoterapia é uma terapia não verbal para o mesmo autor (p.152, Tradução Nossa): a comunicação não verbal alivia o sofrimento, alterando o estado cerebral da pessoa.

Pode-se afirmar que a Música é um canal primordial de comunicação. A mesma promove um meio pelo qual os indivíduos conseguem compartilhar emoções, intenções e significados. (HARGREAVES, MACDONALD e MIELL, 2005, tradução nossa). Barcellos (2004) contextualiza que, em Musicoterapia, a música é uma ferramenta que tem como objetivo dar possibilidades ao outro. Assim, faz com que esse indivíduo se desenvolva como um todo. A musicalidade em Musicoterapia, está a serviço do outro, é utilizada em relação ao outro que está em tratamento musicoterapêutico.

Alguns estudos constataram que da mesma maneira que fármacos diminuem a sensação de dor, determinados tipos de música podem produzir endorfinas que por sua vez aliviam os níveis de dor. Isso vai ao encontro do que afirma Leinig (200, p 528)

Constatou-se que, da mesma forma que os fármacos diminuem a dor, certos tipos de música podem estimular a produção de endorfinas que, como já sabemos, aliviam a intensidade do estado doloroso. Este fenômeno é considerado um verdadeiro processo de inibição que, ao ser produzido, facilita a propagação dos estímulos. A inibição é mais efetiva quando se deixa passar o impulso auditivo antes que se instale o fenômeno doloroso. Mesmo sob o efeito da anestesia, a música toca o inconsciente do

indivíduo.

Com um olhar atento ao paciente vítima de queimaduras e uma escuta humanizada o Musicoterapeuta tem como objetivo acolher as principais demandas de seu paciente. Neste caso utilizará das técnicas possíveis para a redução do nível de dor e ansiedade. Segundo Vaajoki *et al* (2011, p. 41, tradução nossa), “o estímulo da música agradável distrai pensamentos da dor, relaxa músculos, evoca uma resposta afetiva por meio de um sistema inibitório descendente”.

O homem com sua criatividade e intelecto usa de habilidades especiais e sensibilidade, tem como recurso a organização dos sons. Assim, faz-se um discurso sonoro e transforma-o em música (REIMBERG, 2012). Por meio desse fazer musical há vários processos emocionais interligados, como afirma Gerling e Santos (2105): quando se vivencia qualquer experiência musical, existe um conjunto de situações nas quais sente-se respostas emocionais breves, intensas e que de maneira bem rápida transformam, seja como ouvinte ou intérpretes musicais. Por meio de um ponto de vista psicológico a emoção é uma construção científica que demonstra um conjunto de fenômenos. Destes pode-se citar: sentimentos, comportamentos, reações corpóreas que ocorrem na vida cotidiana.

A música por não necessitar de uma codificação linguística, possui uma extrema representação neuropsicológica. Possui uma ligação direta com a afetividade e áreas límbicas que exercem a função de controlar nossas emoções, impulsos e motivação (MUSZKAT, CORREIA e CAMPOS, 2000). Assim, considera-se que a música além de estar ligada às emoções do ser humano, também está diretamente interligada a subjetividade de cada indivíduo. Cada ser humano possui uma história de vida, uma identidade, formando assim sua personalidade e seu caráter.

Leme (2009, p. 37) afirma que o processo emocional em Musicoterapia está ligado ao processo auditivo musical, bem como por estímulos musicais. O mesmo autor ainda contextualiza que

O SL⁶ tem a importância capital nos mecanismos neurais que governam o comportamento das emoções. Sendo assim, esse sistema constitui importante interface entre corpo físico e as realidades musical, psíquica e espiritual em que cada ser vivo está inserido. Os componentes desse sistema têm suas principais relações aferentes e eferentes com dois grandes campos funcionais: o neocórtex e a periferia viscero-

6 Sistema Límbico.

endócrina. Dentro do SL, os corpos amigdalóides têm o papel crucial na mediação de respostas autonômica, comportamentais emocionais e alimentares. As amígdalas dão a origem a fibras que se projetam para o hipotálamo e tronco cerebral e regulam respostas autonômicas aos estímulos emocionalmente carregados. Existe uma projeção para o núcleo paraventricular do hipotálamo de grande importância na mediação das respostas neuroendócrinas aos estímulos que causam medo ou estresse. Dessa forma, fica fácil antever a importância das emoções em qualquer processo que tenha como objetivo a manutenção da saúde ou alcançar a cura. (p. 37)

Por meio das experiências musicais em Musicoterapia, pode-se afirmar que o ser humano reage de diversas maneiras ao estímulo musical. Tais reações podem ser classificadas como reações fisiológicas e emocionais. Para Milleco, Brandão e Milleco Filho (2001, Op. Cit., p. 106):

a música, como atividade vibratória organizada, afeta o corpo de duas maneiras: objetivamente, como efeito do som sobre as células e os órgãos; e subjetivamente, agindo sobre as emoções, que, por sua vez, influenciam numerosos processos corporais. Temos aí um modelo de retroalimentação, onde o organismo influi nas emoções e as emoções influem no organismo. Estudos comprovam que a atividade muscular, a respiração, a pressão sanguínea, a pulsação cardíaca, o humor e o metabolismo, são afetados pela música e pelo som.

Considera-se que a música tem efeitos no cérebro humano, pois evoca várias respostas fisiológicas no momento de sua audição ou execução. Muskat (2012, p. 68) afirma que:

a música não apenas é processada no cérebro, mas afeta seu funcionamento. As alterações fisiológicas com a exposição à música são múltiplas e vão desde a modulação neurovegetativa dos padrões de variabilidade dos ritmos elétricos cerebrais, dos ciclos circadianos de sono-vigília, até a produção de vários neurotransmissores ligados à recompensa e ao prazer e ao sistema de neuromodulação da dor. Treinamento musical e exposição a música considerada prazerosa aumentam a produção de neurotrofinas produzidas em nosso cérebro em situações de desafio, podendo determinar não só aumento da sobrevivência de neurônios como mudanças de padrões de conectividade na chamada plasticidade cerebral.

Segundo Foucault (1999), citado por Guazina e Tittoni (2009, p. 109), subjetividade é definida como “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade que tem relação consigo”. Assim, pode-se considerar que a subjetividade faz parte de cada indivíduo, que desenvolve sua identidade por meio de construções subjetivas, bem como situações que ocorrem no decorrer da vida.

Sobre a importância da voz no processo terapêutico, Zanini (2002, p. 48) afirma que:

a voz como importante instrumento de comunicação humana e reflexo do estado psíquico e emocional, tem sido utilizada no *setting* musicoterápico, em várias técnicas, desenvolvidas por diversos musicoterapeutas no atendimento a áreas de atuação profissional diferenciadas (p. 48).

Silva (2019,p.04-05) em seu estudo, utilizou a voz em Musicoterapia para atender pacientes vítimas de queimaduras, acreditando que o cantar deve ser uma atividade no decorrer do tratamento, pois além dos aspectos fisiológicos que o ato de cantar irá proporcionar a esse indivíduo, benefícios com relação aos aspectos psicológicos, emocionais e sociais. O autor afirma que “a utilização do canto em Musicoterapia é de extrema importância, visto que a voz é um potencializador terapêutico, bem como seus elementos, ou seja, ressonância, timbre, registro vocal, entre outros”.

Milleco Filho, Brandão e Milleco (Op Cit.) consideram o canto como uma importante ferramenta terapêutica na *práxis* musicoterapêutica pois, por meio do canto, cada indivíduo irá se expressar de forma única e subjetiva.

Os autores elaboraram uma categorização das funções do canto em Musicoterapia. Tal subdivisão tem objetivo didático e pode-se encontrar, muitas vezes, mais de uma função referida no mesmo ato de cantar. A seguir, apresenta-se cada função do canto em Musicoterapia, segundo os autores, como tem sido utilizada na prática musicoterapêutica.

Canto Falho - Quando se comete falha no próprio ato de cantar, quando o paciente esquece trechos da música ou troca palavras. Acredita-se que os lapsos ou cantos falhos favorecem e destacam o que é mais importante na canção recordada.

Canto como Prazer - O indivíduo se regozija pelo simples fato de estar cantando, ou seja, o ato de cantar produz um estado de plenitude e prazer, tanto por substituição do estado sério pelo eufórico, quanto pela redução dos bloqueios afetivos.

Canto como Expressão de Vivências Inconscientes - Existem momentos que ocorrem entraves e bloqueios, onde o indivíduo não consegue traduzir em palavras o que sente. Assim, as canções permitem o emergir de conteúdos internos que estão bloqueados.

Canto como Resgate - Existem milhares de canções armazenadas na mente. O indivíduo pinça apenas uma em um determinado tempo e espaço. Essa canção remete a situações vividas no passado, permitindo o resgate de um momento já vivido.

Canto Desejante - As Canções remetem ao futuro, algo que o indivíduo espera viver, tais canções expressam sonhos e fantasias. Esse canto desejante mostra o desejo de viver uma situação diferente da atual, transformando o presente em um momento mais prazeroso.

Canto Comunicativo - Existem diálogos musicais entre terapeuta e cliente, bem como entre membros de um grupo musicoterapêutico. Tais diálogos promovem momentos de intensidade expressiva e comunicativa. Por meio desta comunicação surge o movimento dinâmico e especificado através da associação livre. Assim, ao recordar de determinada canção, o grupo ou o indivíduo pode se dar conta do significado do canto no momento que ele é entoado.

Canto Corporal - Por ser uma atividade vibratória, sistematizada, a música afeta o corpo de duas maneiras, biologicamente agindo sobre as células e órgãos e, subjetivamente, agindo sobre as emoções. Pode-se afirmar que a música influencia numerosos processos corporais em cada indivíduo.

Considera-se que em Musicoterapia, por meio do cantar, pode-se diminuir os níveis de dor, pois o musicoterapeuta pode utilizar canções que constituem a Identidade Sonora - ISO do paciente vítima de queimaduras, remetendo-se a algo conhecido pelo indivíduo. Como já mencionado, por meio do canto, podem ocorrer sensações prazerosas vividas no passado, desejo de cura, abertura de canais de comunicação, expressão de sentimentos, sensação confortante, anseio de transformar situações vividas no presente em algo mais prazeroso e confortável.

Por meio das experiências musicais em Musicoterapia, observa-se que o organismo humano responde de alguma forma ao receber um estímulo sonoro-musical. Pellitteri (2009, p. 97, tradução nossa)⁷ afirma que:

assim como as emoções, o fisiológico, o cognitivo, o social e os sistemas comportamentais são ativados durante as experiências musicais. Ouvir e criar música envolve a exposição aos estímulos auditivos organizados da música, que influenciam as respostas fisiológicas do corpo (frequência cardíaca e respiração) e dos processos neurológicos do cérebro (memória musical).

O cérebro humano convoca imagens a partir do que ouve, amalgamando sentimentos e emoções a partir do que é recordado. Os sentimentos passam a ser reconhecidos, tornando-se mais claros, podendo ser trazidos à consciência, racionalizados e/ou elaborados com ou sem verbalização. Essa afirmação vai ao encontro do que ressalta Cunha (2001, p.47):

⁷ No original: just as emotions, physiological, cognitive, social, and behavioral systems are activated during musical experiences. Listening to and creating music involves exposure to the organized auditory stimuli of music, which influence the body's physiological responses (heart rate and breathing) and the brain's neurological processes (musical memory).

o cérebro pinça as imagens, cenas ou emoções correspondentes ao que ouve. O sentimento é interpretado, ocorrendo a conscientização daquilo que sentimos ou lembramos. O sentimento que passa a ser identificado, porque encontra correspondente nos arquivos cerebrais, torna-se mais claro, distinto; podendo ser revelado à consciência, racionalizando e até elaborando com ou sem verbalização.

Considera-se que naturalmente o ato de fazer e ouvir música mexe com o indivíduo em toda as suas esferas, ou seja, físicas, emocionais, sociais e espirituais. Como assinala Granja (2005, p. 63):

a música, por natureza, é um conhecimento que demanda a percepção em suas múltiplas dimensões: sensorial, tácita, interpretativa, projetiva e corporal. Envolve a dimensão sensorial na medida em que a música, em situações de contemplação, evoca a participação integrada dos órgãos perceptivos em nível de primeiridade, antes de qualquer reflexão. Envolve a dimensão interpretativa no momento da escuta ativa, promovendo a transição do sentido para o significado.

A partir dessa afirmação, outro aspecto importante a salientar em Musicoterapia é o ato de escutar. Segundo Granja (Op. Cit., p. 63), “a relação que o ouvinte estabelece com a música na sociedade atual é bastante diversa. Muitos são os tipos de músicas existentes, e muitas as maneiras de se relacionar com as mesmas”.

Queiroz (2002) elaborou uma categorização dos tipos de reação dos ouvintes, definindo-as como: Física, Emocional e Intelectual, resultando em um total de seis tipos de reação à música. A seguir, apresenta-se cada um desses tipos descritos pelo autor.

Reações Físicas: a) Receptiva – Fisiológica: são reações fisiológicas como dor, calor, arrepios, tonturas, alteração do batimento cardíaco. Salienta-se que tais reações são involuntárias na hora da escuta musical; b) Interativa – Cinestésica: são reações causadas por movimentos do corpo, tais movimentos são voluntários como: batida de pés e palmas.

Reações Emocionais: a) Receptiva – Sensitiva: reações que ocorrem pela intensificação de sentimentos e/ou a memória emocional. b) Interativa – Imaginativa: reações que ocorrem fazendo com que o indivíduo crie imagens que podem ser desejos e/ou fantasias.

Reações Intelectuais: a) Receptiva – Associativa: caracteriza-se por meio de reações por associação de qualidades em música como: música doce, música violenta, música agitada, música misteriosa entre outros. b) Interativa – Analítica: considera-se reações com caráter racional e avaliador, ou seja, pensamento crítico.

Como pode-se observar, o ser humano como um todo interage durante a escuta musical, tanto nos aspectos fisiológicos como emocionais. Queiroz (Idem, p. 18) assinala que:

cada tipo de ouvinte responde à música a partir de uma diferente reação, que pode ser motora-instintiva (ou física, como passo a chamá-la), emocional ou mental; cada uma delas podendo ocorrer de modo ativo/interativo ou de modo passivo/receptivo.

No ambiente hospitalar, quando se escuta música, pode-se fomentar melhorias nos níveis de dor, quando a Musicoterapia entra como terapia complementar auxiliando a terapia medicamentosa. Como afirma Schneider (2018), ouvir música é benéfico como um complemento à medicação para a dor e contribui para aumentar a satisfação do paciente (tradução nossa).

Outro aspecto importante a salientar é o uso do canto em Musicoterapia para o tratamento da dor. Bradt et al. (2016, p. 178, tradução nossa)⁸ constataram que o uso do canto em Musicoterapia é eficaz no tratamento da dor crônica: “este estudo sugere que a musicoterapia vocal pode ser eficaz na construção de alicerces essenciais para o tratamento eficaz da dor crônica [...]”

Tendo em vista os autores citados e considerando a amplitude dos efeitos que a Musicoterapia provém no campo da saúde em diversas situações clínicas, apresenta-se, como objeto de estudo da presente pesquisa a possibilidade de inserir essa abordagem terapêutica no tratamento da dor e da ansiedade do paciente vítima de queimaduras no decorrer de sua internação.

2.2.2 A Musicoterapia aplicada a Pacientes Vítimas de Queimaduras - uma Revisão da Literatura

Neste subcapítulo realizou-se uma revisão de literatura, com o objetivo de investigar como a Musicoterapia pode atuar como terapia complementar no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras.

⁸ No Original: This study suggests that vocal music therapy may be effective in building essential stepping-stones for effective chronic pain

Foram incluídos para análise, os artigos sobre pesquisas e relatos que envolvem a utilização de diferentes métodos, técnicas e abordagens de Musicoterapia com vítimas de queimaduras.

Realizou-se uma busca utilizando os termos Musicoterapia e Queimaduras em português e inglês restrita às bases de dados Scielo, BVS - Biblioteca Virtual de Saúde, Lilacs, Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista *Incantare*, Revista Brasileira de Queimaduras, *Australian Journal of Music Therapy*. Não foram usados filtros com determinação de datas e admitiu-se estudos nos idiomas inglês e português.

Para a inclusão dos artigos foram utilizados os seguintes critérios: estudos de intervenções musicoterapêuticas com pacientes vítimas de queimaduras, sendo os mesmos quantitativos ou qualitativos; estudos randomizados; estudos sobre dor e ansiedade envolvendo a mesma clientela.

A seguir apresenta-se dois quadros informativos, que se referem aos dados das buscas realizadas seguindo os critérios anteriormente citados (Quadros 1 e 2)

Quadro 1: Informações sobre o total de artigos encontrados com os descritores *Musicoterapia e Queimaduras*

| Descritor | Base de Dados | Número de Artigos Encontrados | Idiomas |
|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Musicoterapia e Queimaduras | BVS | 9 | 6 – Inglês 1 – Chinês 1 – Coreano 1 - Espanhol |
| Musicoterapia e Queimaduras | LILACS | 1 | Espanhol |
| Musicoterapia e Queimaduras | Scielo | 0 | - |
| Musicoterapia e Queimaduras | Revista Brasileira de Musicoterapia | 0 | - |
| Musicoterapia e Queimaduras | Revista Incantare | 0 | - |
| Musicoterapia e Queimaduras | Revista Brasileira de Queimaduras | 0 | - |

Quadro 2: Informações sobre o total de artigos encontrados com os descritores *Music Therapy and Burns*.

| Descritor | Base de Dados | Número de Artigos Encontrados | Idiomas |
|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---|
| <i>Music Therapy and Burns</i> | BVS | 32 | 28 – Inglês 1 – Espanhol 2 – Chinês |

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|-------------|
| | | | 1 – Coreano |
| <i>Music Therapy and Burns</i> | LILACS | 1 | Espanhol |
| <i>Music Therapy and Burns</i> | SciELO | 0 | - |
| <i>Music Therapy and Burns</i> | Australian Journal of Music Therapy | 1 | Inglês |

Do total de textos encontrados nos quadros 1 e 2 disponibilizados acima (44 textos), doze textos corresponderam aos critérios de inclusão. Foram encontrados apenas quatro artigos com os descritores Musicoterapia e Queimaduras. No que se refere aos descritores em Inglês (*Music Therapy and Burns*) foram encontrados doze artigos. Quatro artigos foram encontrados nas duas buscas, configurando repetições. Assim, para a presente revisão, considera-se a existência de oito artigos nessa temática, conforme se vê no Quadro 3.

Quadro 3: Total de Artigos encontrados e incluídos para as análises da revisão sobre Musicoterapia e Queimaduras

| Título | Autor | Ano | Descritor(es) |
|---|---|------------|---|
| <i>The Effects of Music Therapy on Pediatric Patients' Pain and Anxiety During Donor Site Dressing Change</i> | Whitehead-Pleaux, Annette M; Baryza, Mary Jo; Sheridan, Robert L. | 2006 | Musicoterapia e Queimaduras e Music and Burns |
| <i>Patient-Directed Music Therapy as an Adjunct During Burn Wound Care</i> | Protacio, Judith. | 2010 | Musicoterapia e Queimaduras e Music Therapy and Burns |
| <i>The Efficacy of Music Therapy Protocols for Decreasing Pain, Anxiety, and Muscle Tension Levels During Burn Dressing Changes: A Prospective Randomized Crossover Trial</i> | Tan, Xueli; Yowler, Charles J; Super, Dennis M; Fratianne, Richard B. | 2010 | Musicoterapia e Queimaduras e Music Therapy and Burns |
| <i>Exploring the Effects of Music Therapy on Pediatric Pain: Phase 1</i> | Whitehead-Pleaux, Annette M; Zebrowski, Natasha; Baryza, Mary Jo; Sheridan, Robert L. | 2007 | Musicoterapia e Queimaduras e Music Therapy and Burns |
| <i>Music Therapy for Assistance with pain and anxiety Management in Burn Treatment.</i> | Prensner, J D; Yowler, C J; Smith, L F; Steele, A L; Fratianne, R B | 2001 | Music Therapy and Burns |
| <i>The effect of music-based imagery and musical alternate engagement on the burn debridement process.</i> | Fratianne, R B; Prensner, J D; Huston, M J; Super, D M; Yowler, C J; Standley, J M. | 2001 | Music Therapy and Burns |

| | | | |
|--|--|------|--------------------------|
| <i>Effect Of Music Therapy on Pain Perception, Anxiety, And Opioid Use During Dressing Change Among Patients With Burns in India: a Quasi – experimental, Cross – Over Pilot Study .</i> | Rohilla L, Agnihotri M. Trehan,SK.Sharma, RK. Ghai, S. | 2018 | Music Therapy and Burns |
| <i>The Use Of Music Therapy to Assist Children who Have Severe Burns</i> | Edwards, J. | 1994 | Music Therapy and Burns. |

Para a análise, foram estabelecidos como critérios, as formas de intervenção descritas pelos autores selecionados. Com base na leitura dos textos, foram organizadas as seguintes categorias de análise: a) Musicoterapia e experiência de Audição Musical; b) Musicoterapia e experiência de Recriação Musical; c) Musicoterapia e Improvisação Musical. (Experiências Musicais definidas por Bruscia, Op Cit). Também utilizou-se dois critérios de análise das experiências musicais que foram: experiências musicais utilizadas pelo musicoterapeuta e experiências musicais executadas pelos pacientes.

a) Musicoterapia e experiência de Audição Musical

Nos artigos listados no quadro acima que tiveram a experiência de Audição Musical (PROTACIO, 2010; TAN et al., 2010; ROHILLA et al., 2018; PRENSNER et al., 2001; FRATIANE, 2001) observou-se o uso de músicas gravadas, bem como o uso de músicas tocadas pelo paciente e/ou musicoterapeuta. A audição musical foi utilizada com adultos e crianças que sofreram queimaduras. Os estudos foram realizados em diversas etapas do tratamento do paciente, tais como: troca de curativos, debridamento e na hora do banho. Observou-se resultados quantitativos, bem como qualitativos quando se refere a redução de dor, ansiedade e tensão muscular. Prensner et al (Op. Cit) criaram vários protocolos de Musicoterapia para o atendimento ao paciente vítima de queimaduras e cada protocolo foi avaliado de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Os autores elaboraram protocolos com métodos distintos que auxiliam o musicoterapeuta em sua prática com pacientes vítimas de queimaduras, tendo como principal experiência musical a audição. Os protocolos abordados⁹ são citados a seguir.

SPCR (Song Phrase Cued Response) - Tem como objetivo que o paciente ouça uma música para fornecer uma resposta específica em um momento da música. Este protocolo foi elaborado para auxiliar o paciente a concentrar-se na música, deixando-o longe da estimulação

⁹ Os títulos dos protocolos foram mantidos em sua língua original (inglês) por não terem sido oficialmente traduzidos e validados no Brasil.

dolorosa. No SPCR são exigidas tarefas que necessitam da concentração do paciente, no entanto, tais tarefas são simples, porém não fáceis demais para não acarretar frustração desnecessária. Este protocolo geralmente é utilizado em conjunto com outros.

APMR (Adapted Progressive Muscle Relaxation) - Este protocolo é caracterizado a partir do relaxamento organizado do músculo. As músicas utilizadas são adaptadas para evitar a dor através da tensão física. O musicoterapeuta fala para o paciente visualizar pequenas luzes e uma luz que é selecionada. A cor desta luz é selecionada pelo musicoterapeuta e a visualização ajuda o paciente a concentrar sua atenção. Assim, fornece ao paciente um assunto específico de modo que seja simples e fácil de manter a concentração. Ao contrário do relaxamento muscular considerado tradicional, esta adaptação feita pela Musicoterapia previne o tensionamento dos músculos que podem acarretar dor aos pacientes por causa da ferida e/ou curativos apertados. São fornecidos pelo musicoterapeuta exercícios de respiração profunda e acompanhamento rítmico repetitivo. No desenvolver da aplicação do protocolo, o ritmo da música e/ou volume, se desejado, é gradualmente diminuído. Esse protocolo auxilia o paciente a diminuir suas frequências respiratórias.

MBI (Music Based Imagery) - Este protocolo foi elaborado especialmente para atendimento individual, proporcionando relaxamento para o paciente vítima de queimaduras. Os indivíduos que estão em tratamento sofrem muitos estímulos aversivos, tornando as técnicas tradicionais de relaxamento inadequadas. O MBI usa imagens familiares descritas pelos pacientes como o foco principal, isso ajuda na concentração, por meio da evocação de memórias agradáveis que estão envolvidas no cenário. Neste protocolo o paciente deve descrever e focar nas imagens do cenário e as músicas utilizadas podem ser gravadas e/ou tocadas.

RRE (The Relaxation Response Elicitation): Este protocolo foi projetado para auxiliar o relaxamento e/ou regulação. Nele é proporcionado ao paciente uma estimulação musical interativa. Os ritmos naturais do corpo são interrompidos quando ocorrem a lesão por queimadura. Durante o processo de cicatrização os ritmos vitais ficam mais acelerados. Assim, com o objetivo de reduzir o estresse colocado sobre estes sistemas fisiológicos, o musicoterapeuta irá selecionar um ritmo (geralmente frequência cardíaca), baseado na capacidade do paciente em responder tal estímulo. A velocidade do estímulo vital selecionado pelo musicoterapeuta é abordada de perto e/ou combinada com o ritmo da música. Durante a intervenção o andamento é ajustado gradualmente.

Protacio (Op. Cit, p. 74, Tradução Nossa)¹⁰ relata o uso da audição musical em Musicoterapia de forma passiva. Em seu estudo, a autora utilizou músicas selecionadas pelos pacientes, colocando-as como música de fundo. A mesma autora afirma que: “sons que são familiares ao paciente ajudam a diminuir o medo do desconhecido enquanto fornecem um foco para a distração”. O mesmo estudo relata que a música em Musicoterapia é um adjuvante da sedação processual no tratamento da dor e da ansiedade do paciente vítima de queimaduras. A Musicoterapia fornece aos pacientes um controle importante nos níveis de dor na hora da troca de curativos, pois esse procedimento é desagradável, mas extremamente necessário para o tratamento do paciente vítima de queimaduras.

Outro aspecto relevante do presente estudo, foi a melhora das relações interpessoais dos membros da equipe de saúde que trabalha com a clientela em questão. Como afirma Protacio (Idem), “descobrimos que a música ambiente fornece um ritmo para os movimentos da equipe e comunicação que pode subconscientemente sincronizar os membros da equipe de saúde uns aos outros e ao paciente” (Tradução Nossa).¹¹

Considera-se que o estudo fomentou a prática musicoterapêutica com pacientes, bem como na saúde da equipe envolvida no tratamento desses pacientes. Observou-se que uma equipe sincronizada e unida será mais produtiva para lidar com o paciente vítima de queimaduras.

Fratianne et al. (Op. Cit) utilizaram dois protocolos em pesquisa com vítimas de queimaduras. Assim, o objetivo principal da pesquisa era testar a eficácia dos protocolos **MBI** (Music Based Imagery) e **MAE** (Musical Alternate engagement). Tan et al¹². (Op. Cit) utilizaram o protocolo MAE e explicam:

um menu de intervenções de Musicoterapia destinadas a envolver os pacientes na música e desviando-os do procedimento doloroso. O menu de intervenções inclui: 1) Escuta ativa de música, 2) canto terapêutico, 3) resposta de frase de música, 4) exercício de respiração profunda e 5) instrumentação terapêutica (p. 591, Tradução nossa)

¹⁰ No Original: sounds that are familiar to the patient help to lessen the fear of the unknown while providing a focus for distraction

¹¹ No Original: We find that ambient music provides a rhythm to staff movements and communication that may subconsciously synchronize members of the health care team to each other and the patient.

¹² No Original: a menu of music therapy interventions aimed at engaging the patients in music and diverting them away from the painful procedure. The menu of interventions included 1) active music listening, 2) therapeutic singing, 3) song phrase-cued response, 4) deep breathing exercise, and 5) therapeutic instrumental playing.

As intervenções de **MBI** e **MAE** testadas na pesquisa de Fratiane et al (Op. Cit) tiveram resultados significativos na redução de dor do paciente vítima de queimaduras durante o processo de desbridamento. Entretanto, foi observado que a redução da percepção de dor do paciente foi mais eficaz no início e no final do processo de desbridamento, ou seja, no meio do processo teve pouca relevância no que se refere à redução dos níveis de dor. O estudo ainda demonstrou que é difícil controlar os níveis de dor e ansiedade nos pacientes submetidos ao desbridamento. No entanto, muitos pacientes demonstraram respostas positivas aos protocolos **MBI** e **MAE**. Assim, os protocolos auxiliaram no gerenciamento de tensão e ansiedade dos pacientes durante o processo de desbridamento.

Tan et al (Op. Cit, p. 591, Tradução Nossa)¹³ afirmam que: “as mudanças no curativo são processos demorados e os pacientes alternam-se em períodos de dor intensa e períodos de descanso”. Eles utilizaram dois protocolos de Musicoterapia para a intervenção com o paciente vítima de queimaduras. Um deles foi o **MBI** criado por Prensner et al. (Op. Cit) e o outro protocolo intitulado de **MAE**, criado por Fratiane et al. (Op. Cit).

Os autores realizaram um estudo prospectivo, randomizado, com o objetivo de avaliar a eficácia de dois protocolos musicoterapêuticos citados na redução da dor dos pacientes queimados, na ansiedade e nos níveis de tensão muscular em todo o processo de desbridamento. Segundo os mesmos autores:

a combinação de intervenções atendeu às diferentes necessidades e níveis funcionais dos pacientes durante todo o processo de troca de curativo. As músicas foram escolhidas de acordo com as preferências musicais dos pacientes que foram observadas durante a entrevista de avaliação (p. 591, Tradução Nossa).¹⁴

Os pesquisadores projetaram a pesquisa para quantificar os efeitos da Musicoterapia em pacientes vítimas de queimaduras. Houve evidências da eficácia dos dois protocolos (**MBI** e **MAE**) na redução dos níveis de dor dos pacientes, bem como ansiedade e níveis de tensão muscular antes, durante e após o processo de desbridamento.

O **MBI** possuiu redução significativa no que se refere à percepção de dor dos pacientes antes, depois e no processo de desbridamento. No que se refere ao protocolo **MAE**, o mesmo provocou redução estatisticamente significante da percepção da dor, bem como dos níveis de ansiedade.

¹³ No Original: Dressing changes are lengthy processes, and patients alternate through periods of intense pain and periods of rest.

¹⁴ No Original: the combination of interventions catered to the varying needs and functional levels of the patients during the whole dressing change process. Songs were chosen according to the patients' music preferences noted during the assessment interview

Rochila et al (Op. Cit) afirmam que: “a eficácia da Musicoterapia para aliviar a dor e a ansiedade durante as mudanças no curativo de queimaduras não foi relatado na Índia” (p. 40, Tradução Nossa).¹⁵ O estudo foi realizado com o objetivo de saber se a Musicoterapia pode reduzir a dor e a ansiedade do paciente vítima de queimaduras. As intervenções musicoterapêuticas foram feitas a partir de músicas selecionadas pelo paciente. Os resultados do estudo constataram que a Musicoterapia, além de auxiliar na redução de dor e da ansiedade, pode reduzir o uso de opioides¹⁶ durante as mudanças de curativos.

b) Musicoterapia e experiência de Re-criação Musical

Os artigos listados no Quadro 3 que tiveram a experiência de Recriação musical tratam de estudos que envolveram a experiência de Re-criação Musical (WHITEHEAD-PLEAUX, BARYZA E SHERIDAN, 2006, EDWARDS, 1994; TAN et al., 2010; WHITEHEAD-PLEAUX et al., 2007, FRATIANE, 2001).

Whitehead-Pleaux et al (Op. Cit) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar os efeitos da Musicoterapia em pacientes pediátricos vítimas de queimaduras. Foram coletados dados qualitativos e quantitativos (dor, ansiedade, frequência cardíaca, oxigenação e nível de envolvimento). Os participantes do estudo foram selecionados aleatoriamente. Os resultados mostraram que a Musicoterapia pode auxiliar na redução de dor e ansiedade da criança vítima de queimaduras. Os autores (Idem, p. 217) ressaltaram que “a Musicoterapia reduzia a dor e a ansiedade, e que o envolvimento na Musicoterapia aumentava o relaxamento.” (Tradução Nossa)¹⁷. Neste estudo, além dos benefícios para as crianças vítimas de queimaduras, observou-se também efeitos de relaxamento nos pais que as acompanhavam. Assim, considera-se que a Musicoterapia também pode ser benéfica para o acompanhante.

Na referida pesquisa, o pesquisador, antes da intervenção, coletou dados sobre as músicas preferidas dos pacientes e as utilizou, assim considerando-as em cada sessão. Durante as intervenções musicoterapêuticas, o musicoterapeuta tocava violão e cantava as músicas escolhidas. Os pacientes foram incentivados a participar ativamente da música por meio do canto.

O outro estudo referido, Edwards (1994, p. 4) relata a importância da Musicoterapia no tratamento de crianças vítimas de queimaduras. Canções eram escolhidas pelas crianças e

¹⁵ No Original: the effectiveness of music therapy to relieve pain and anxiety during changes in burn dressing has not been reported in India

¹⁶ São substâncias naturais, semi-sintéticas e sintéticas extraídas do ópio (DUARTE, 2005).

¹⁷ No original: music therapy reduced pain and anxiety, and that engagement in music therapy enhanced relaxation.

acompanhadas pela musicoterapeuta por meio do canto e do violão. A mesma autora afirma que:

a Musicoterapia é uma ferramenta valiosa para distrair as crianças com queimaduras graves dor sentida em banhos diários de desbridamento. A musicoterapia permite a escolha, facilitando o sentido da criança de estar no controle e proporciona uma atmosfera de segurança e conforto (Tradução Nossa).¹⁸

O presente estudo foi um relato de experiência mostrando a eficácia da Musicoterapia no tratamento das crianças vítimas de queimaduras. A autora ainda assinala: que a Musicoterapia é um meio útil de abordar as necessidades psicológicas da criança vítima de queimaduras (Idem).

Tan et al. (Op. Cit) também utilizaram a recriação musical atendendo pacientes vítimas de queimaduras, entretanto seu estudo teve o foco em verificar a eficácia dos dois protocolos de Musicoterapia, como já mencionado **MBI** e **MAE**. Identificou-se que apenas o protocolo **MAE** possui características de recriação musical.

Musical Alternate engagement – **MAE** possui cinco tipos de intervenções, sendo duas pautadas na re-criação musical que são canto terapêutico e resposta de frase de música. O estudo demonstrou a eficácia dos protocolos na redução de dor, ansiedade e tensão muscular dos pacientes vítimas de queimaduras.

Fratiane et al. (Op Cit) também utilizaram re-criação musical em seu estudo, no qual elaboraram o protocolo **MAE**. Evidenciaram a eficácia da Musicoterapia durante o processo de desbridamento, pois entre os resultados observou-se a diminuição dos níveis de dor e ansiedade dos pacientes.

Whitehead-Pleaux, Baryza e Sherida (Op. Cit) utilizaram a re-criação musical com quatorze crianças vítimas de queimaduras durante a troca de curativos. A intervenção musicoterapêutica no grupo experimental foi realizada com músicas ao vivo, ou seja, o musicoterapeuta cantava e tocava.. Com o grupo controle foi utilizado interação verbal. Os mesmos autores afirmam que:

este estudo foi realizado para determinar a relação entre musicoterapia, dor e ansiedade em pacientes pediátricos submetidos a procedimento doloroso. Foi previsto que a musicoterapia reduziria os níveis de ansiedade, o nível de dor percebido e o sofrimento comportamental bem como criar uma maior variação da frequência

¹⁸ No Original: Music therapy is a valuable tool to distract children with severe burn pain felt in daily debridement baths. Music therapy allows for choice, facilitating the child's sense of being in control and providing an atmosphere of safety and comfort

cardíaca e da frequência respiratória basais. Nenhuma conclusão clara pode ser tirada dos resultados do estudo (p. 148, Tradução Nossa).¹⁹

Assim, considera-se que o estudo mencionado não obteve resultados claros e satisfatórios, ou seja, há necessidade de mais estudos que contribuam para as evidências sobre a eficácia da Musicoterapia com a clientela em questão. Os referidos autores (*idem*) assinalam que o estudo serve como ponto de partida para estudar a Musicoterapia e seus efeitos nos níveis de dor e ansiedade, bem como na fisiologia com a população pediátrica vítima de queimaduras.

c) Musicoterapia e experiência de Improvisação Musical

Os artigos listados no quadro que tiveram a experiência de Improvisação musical (FRATIANE, 2001; EDWARDS, 1994; WHITEHEAD-PLEAUX et al., 2006 e WHITEHEAD-PLEAUX et al., 2007) envolveram a aplicação da Musicoterapia em momentos de troca de curativos e/ou durante o banho.

Edwards (Op. Cit), em seu estudo, utilizou a improvisação musical com uma criança que tinha acabado de fazer um enxerto de pele, que é um procedimento muito comum no tratamento de vítimas de queimaduras. O musicoterapeuta cantou e improvisou músicas e a criança vítima de queimaduras respondeu observando o musicoterapeuta. A autora afirma que o “a experiência dolorosa foi, portanto, gerenciada com um mínimo de ansiedade e aflição”. (p. 6, Tradução Nossa).²⁰

Fratiane (Op. Cit, p. 49), como já mencionado, utilizou em sua pesquisa os protocolos **MBI** e **MAE** para a redução dos níveis de dor e ansiedade do paciente. Durante a utilização do protocolo **MBI** o musicoterapeuta improvisava canções, principalmente as letras das músicas. O autor assinala que:

a letra também incentivou a respiração profunda rítmica e sugeriu periodicamente imagens que incorporavam aspectos do relaxamento muscular progressivo adaptado. O ritmo e o volume da música foram gradualmente diminuídos para aproximadamente 60 batimentos / minuto e moderado para baixo volume (Tradução Nossa).²¹

¹⁹ No Original: This study was conducted to determine the relationship between music therapy, pain, and anxiety in pediatric patients undergoing a painful procedure. It was predicted that music therapy would reduce anxiety levels, perceived pain level, and behavioral distress as well as create a greater variance from baseline heart rate and respiration rate. No clear conclusions can be drawn from the results of the study.

²⁰ No Original: experience was therefore managed with a minimum of anxiety and distress.

²¹ No original: The lyrics also encouraged rhythmic deep breathing and periodically suggested images that incorporated aspects of adapted progressive muscle relaxation. The tempo and volume of the music were gradually decreased to approximately 60 beats/minute and moderate to-low volume

No que se refere aos resultados encontrados, como já mencionado anteriormente, a utilização deste protocolo em Musicoterapia provou sua eficácia no que se refere a redução de níveis de dor e ansiedade.

Whitehead-Pleaux, Baryza e Sheridan (2006) trabalharam com a clientela pediátrica vítima de queimaduras e utilizaram a re-criação musical, como mencionado anteriormente. No entanto, a improvisação musical foi também utilizada pelo musicoterapeuta, com improvisos instrumentais e vocais com letras que davam suporte para o paciente, por exemplo: “*você está indo muito bem*”. No estudo não houve resultados estatisticamente significativos.

Whitehead-Pleaux et al. (2007) utilizaram a improvisação musical usando violão e improvisando letras de apoio como: “*você está fazendo um bom trabalho*”, “*você é corajoso*”. O musicoterapeuta continuou, ao longo de todo o procedimento, incentivando os pacientes a participarem da intervenção. Como resultado provou-se a eficácia da Musicoterapia na redução de dor e ansiedade dos pacientes vítimas de queimaduras.

Essa revisão de literatura evidencia exemplos da prática musicoterapêutica com pacientes vítimas de queimaduras. Percebe-se que a Musicoterapia com a clientela em questão é ainda um assunto pouco explorado e estudado. Uma observação sobre os estudos citados é que não foi utilizada a experiência musical de composição.

Outro aspecto importante a salientar foi o uso de diversos protocolos exclusivos da Musicoterapia para atuar com os pacientes vítimas de queimaduras, o que pode ser seguido por outros profissionais da área nesse campo de atuação.

Portanto, é importante assinalar que a Musicoterapia pode ser uma terapia indicada no decorrer do tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras. Os estudos encontrados (Quadro 3) mostraram sua eficácia como terapia complementar no tratamento desses pacientes. Ao musicoterapeuta, deve-se ressaltar a relevância de estar devidamente preparado para lidar com as demandas dessa clientela, que sempre serão complexas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa tem um design misto, pois utilizou-se dados quantitativos e qualitativos. “Métodos mistos se refere a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou tratar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitantemente ou sequencialmente”. (DRIESSNACK; SOUSA e MENDES. 2007 p. 180).

Esta metodologia foi utilizada visando a compreensão do paciente vítima de queimaduras como um todo, ou seja, um ser biopsicossocial e espiritual, não considerando somente os dados quantitativos do estudo, mas buscando a subjetividade do processo musicoterapêutico, com dados qualitativos. Teve-se como objeto de estudo a influência da Musicoterapia na reabilitação/readaptação dos pacientes vítimas de queimaduras através das experiências musicais definidas por Bruscia²² (2000).

O presente estudo trata-se de uma pesquisa clínica musicoterapêutica, pois todas as etapas - avaliação, entrevista inicial, intervenção musicoterapêutica e coleta de dados - foram realizados pelo próprio pesquisador em um contexto clínico, orientado e supervisionado por uma docente musicoterapeuta. O mesmo grupo, foi avaliado em duas circunstâncias, com e sem a utilização da Musicoterapia.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Os atendimentos foram realizados no HUGOL - Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira. A instituição possui uma internação especializada no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Indivíduos com idade entre 18 e 55 anos e de ambos os sexos;
- Pacientes que sofreram queimaduras de segundo grau, incluindo os membros superiores;
- Indivíduos que não tiveram contato com nenhum atendimento musicoterapêutico;

22 Experiências de Audição, Recreação, Improvisação e Composição Musicais.

- Indivíduos que estejam passando pelo processo de troca de curativos diariamente; e,
- Indivíduos sem comprometimento das funções cognitivas.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes que não estejam no processo de troca de curativos;
- Pacientes com diagnóstico de queimadura de terceiro grau;
- Pacientes que não sofreram nenhum tipo de queimaduras nos membros superiores;
- Pacientes com algum tipo de transtorno mental em tratamento medicamentoso ou não.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS – CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA

Um dos processos do tratamento do paciente vítima de queimaduras são as trocas de curativos. Na unidade especializada em tratamento de queimaduras no HUGOL os curativos acontecem da seguinte maneira: leitos ímpares realizados no período matutino e leitos pares no período noturno. Como protocolo da instituição, tal procedimento é realizado no leito, ou seja, nas enfermarias. Os curativos são realizados diariamente, ou seja, todos os dias seguem o mesmo procedimento operacional padrão.

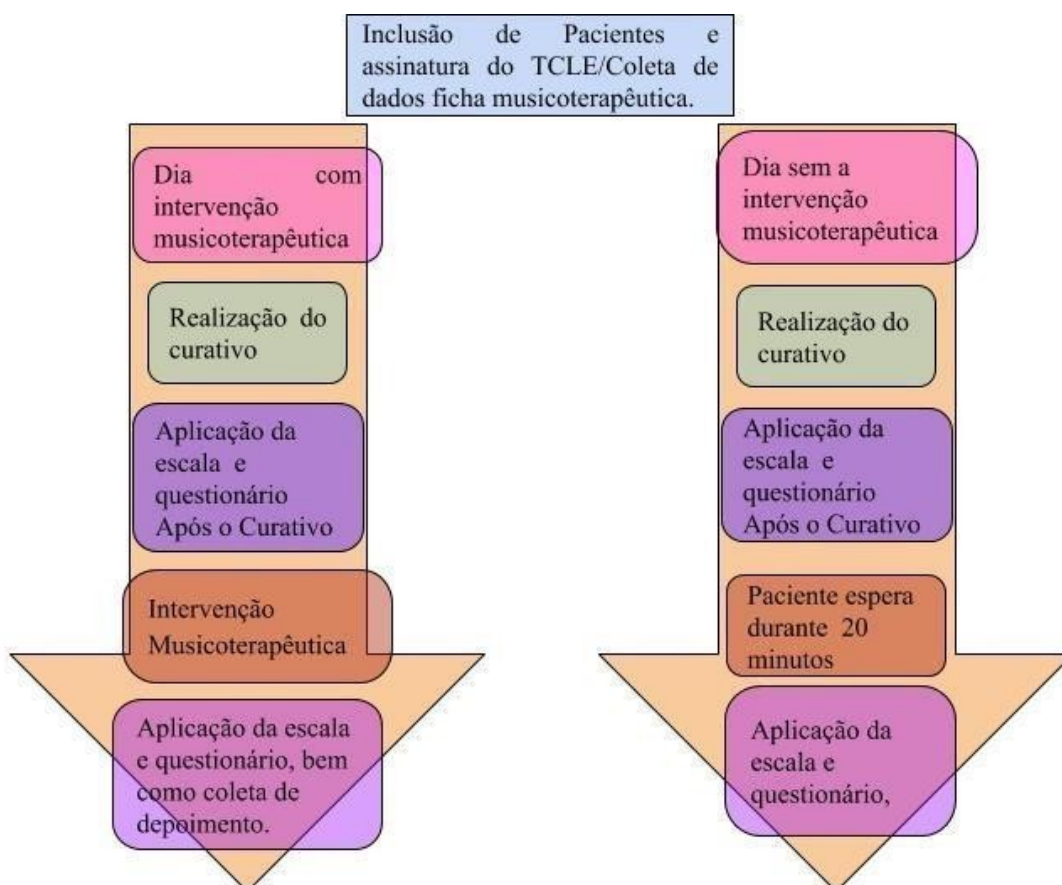
Foram realizados dois encontros com cada paciente, logo após o curativo. A cada paciente foi alterada a ordem do procedimento a ser realizado, sendo um encontro com a intervenção musicoterapêutica e o outro sem a intervenção musicoterapêutica. Assim, um mesmo paciente foi incluído como parte do Grupo Experimental (no dia da intervenção musicoterapêutica) e do Grupo Controle (no dia sem intervenção musicoterapêutica), oportunizando uma comparação entre as duas situações. Durante os dois encontros os pacientes permaneciam após a troca de curativos em um período de 20 (vinte) minutos na intervenção musicoterapêutica e no período de 20 (vinte) minutos sem a mesma.

Para o encaminhamento dos pacientes que faziam parte dos critérios de inclusão, foi necessária a colaboração da equipe multidisciplinar (Fisioterapia, Terapia ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social) que forneceu ao pesquisador acesso total aos prontuários, bem como o apoio da enfermagem em realizar o curativo com o intervalo de apenas um dia. A triagem foi feita a partir da informação contida nos prontuários dos pacientes, para assim saber se os pacientes se encaixavam nos critérios de inclusão. Após a triagem inicial, foi

realizado o contato inicial com os pacientes, antes da troca de curativos, para convidá-los a participar do estudo.

Por se tratar de estudo com objetivos terapêuticos, a equipe de enfermagem foi orientada sobre como seriam as intervenções e sobre as questões éticas, principalmente da necessidade de sigilo, tendo em vista que alguns atendimentos musicoterapêuticos eram feitos com a presença das técnicas em enfermagem, pois elas precisavam entrar na enfermaria e ir ao leito para realizar procedimentos de enfermagem ou ter acesso a um outro paciente não atendido pelo musicoterapeuta. Para facilitar os atendimentos, as intervenções musicoterapêuticas foram realizadas nos leitos da enfermaria do HUGOL.

Figura 1 – Desenho do Estudo (Grupos Experimental/Intervenção e Controle)



Para a realização das intervenções musicoterapêuticas foram utilizadas as seguintes experiências musicais descritas por Bruscia (2000): audição musical e re-criação musical. Estas experiências musicais vivenciadas pelos pacientes por serem mais adequadas às condições clínicas dos pacientes e, pelo tempo de intervenção (breve) e pontual, com foco nas dores (física

e emocional). Durante as intervenções musicoterapêuticas o musicoterapeuta utilizou a voz (canto) e o violão para conduzir apoio harmônico, melódico e rítmico para a produção sonoro-musical de cada paciente. Durante os atendimentos o musicoterapeuta disponibilizou uma pasta²³ com algumas músicas para os pacientes. O musicoterapeuta também deixou que as músicas executadas fossem de livre escolha dos pacientes, ou seja, o paciente podia escolher músicas que continham na pasta ou não.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a aceitação dos pacientes e assinatura do TCLE (APÊNDICE 1), os instrumentos de coleta de dados foram aplicados como explana-se a seguir. Os dados foram coletados a partir de quatro instrumentos, além dos depoimentos de cada paciente sobre a sua participação na Musicoterapia, sendo eles: ficha musicoterapêutica (APENDICE 2), *Escala Faces* – EF²⁴ (ANEXO A), IDATE – E (ANEXO B) e gravações (em áudio) transcritas da intervenção musicoterapêutica.

Ficha Musicoterapêutica

Instrumento que foi elaborado especialmente para este estudo, para obter dados que permitissem caracterizar cada paciente no que se refere aos aspectos sociodemográficos, como idade, sexo, profissão e naturalidade. Também continha dados clínicos, tais como: diagnóstico médico²⁵ e queixa principal, além das informações relacionadas aos dados sonoro-musicais de cada paciente, que incluíam: preferências por estilos musicais, hábitos relacionados ao convívio com a música no dia a dia e se já havia obtido algum aprendizado musical entre outros.

Escala Faces

A forma quantitativa da análise da dor de cada paciente foi feita através da Escala Faces. Estas avaliações do nível de dor foram realizadas em dois momentos, conforme exposto no fluxograma apresentado. No dia de intervenção musicoterapêutica, uma após o curativo e outra após a intervenção do musicoterapeuta. No dia sem intervenção desse profissional, uma aplicação da escala era após o curativo e outra era realizada após um período de espera de aproximadamente vinte minutos.

²³ A pasta com as músicas foi elaborada de acordo o preenchimento da ficha musicoterapêutica, bem como dos dados de cada tipo de ISo do paciente.

²⁴ Sigla da Escala Faces.

²⁵ Tipo de queimaduras; Porcentagem do corpo atingida; Se o paciente é médio, pequeno ou grande queimado.

Na EF, o voluntário indica a intensidade de sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “SEM DOR” e à expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “DOR MÁXIMA”. (CIENA et al, 2008, p. 203).

Questionário IDATE -E

A Forma Quantitativa da análise da ansiedade de cada paciente foi feita através do questionário IDATE-E. Criado em 1970 por Spielberger, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (1979), é um questionário de ansiedade estado de auto relato que depende da autoanálise do sujeito em relação a sua ansiedade.

para os mesmos autores (Idem, p.31).

o estado de ansiedade (A – estado) é conceptualizado o como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Escores em A-estado podem variar em intensidade e flutuar no tempo.

Gravação da intervenção musicoterapêutica

Todas as intervenções musicoterapêuticas foram gravadas em áudio, com a permissão dos pacientes para, posteriormente, serem transcritas e analisadas pelo pesquisador.

Depoimento

No final da intervenção musicoterapêutica, além da avaliação da dor, o pesquisador, visando a obtenção de dados qualitativos, fazia o seguinte questionamento ao paciente: *Como foi pra você participar da Musicoterapia?*

3.7 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Para a estimação dos dados quantitativos, os mesmos foram tratados no programa Microsoft Office Excel 2010 para serem apresentadas as suas variáveis categóricas de forma que se obtivesse as frequências absoluta e relativa nos questionários Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE-E) e na avaliação da dor pela Escala de Faces.

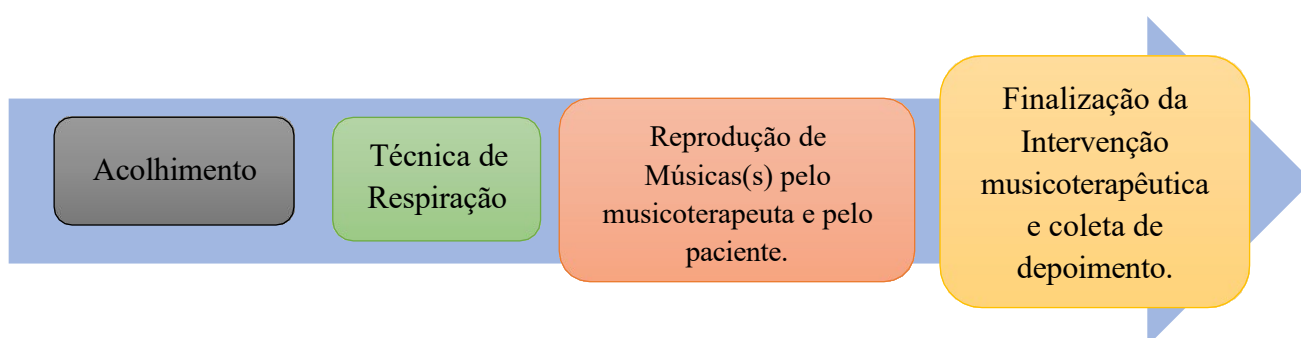
O programa estatístico utilizado foi o SPSS – *Statistical Package for the Social Science Statistics for Windows* versão 20.0. Foi aplicado o Teste de normalidade de Shapiro-Wilk e a amostra foi considerada normal com um p-valor de 0,026. A partir daí, foi realizado a análise de variância ANOVA - One Way com o objetivo de avaliar a significância das diferenças, considerando-se um nível de significância entre 1% e 5%.

Os dados qualitativos foram analisados a partir de um olhar fenomenológico para os depoimentos dos participantes do estudo, bem como para as intervenções do musicoterapeuta. Assim, também optou-se por fazer uma análise musicoterapêutica do sonoro musical que surgiu durante as intervenções.

3.8 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO MUSICOTERAPÊUTICA

As intervenções musicoterapêuticas seguiram o seguinte protocolo (figura 2):

Figura 2. Protocolo de Intervenção Musicoterapêutica padrão para a pesquisa.



A seguir, explica-se, detalhadamente, cada procedimento realizado no protocolo de intervenção musicoterapêutica:

Acolhimento: Consistia em utilizar a técnica de Re-criação musical (ANEXO C), pretendendo acolher o paciente no início do processo de intervenção;

Técnica de respiração: Momento em que se utilizava técnicas de respiração²⁶ com o objetivo de produzir relaxamento, bem como para preparar o paciente para a execução das canções;

Reprodução de música pelo musicoterapeuta e pelo paciente: Neste momento era(m) reproduzida(s) as músicas, concomitantemente ou não, pelo musicoterapeuta e pelo paciente por meio do canto e de um instrumento harmônico (violão);

Finalização da Intervenção musicoterapêutica e Coleta de Depoimento: Momento no qual se finalizava a intervenção musicoterapêutica, seguida da coleta do depoimento final, com a seguinte pergunta: - Como foi para você participar da Musicoterapia?

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

²⁶ O musicoterapeuta trabalhou com respiração profunda pedindo para que o paciente inspirasse e expirasse cinco vezes consecutivas.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (APÊNDICE 3), além de ter passado pelo comitê de Ética da Secretária de Saúde do Estado de Goiás CENTRO DE EXCELÊNCIA EM ENSINO, PESQUISA E PROJETOS LEIDE DAS NEVES FERREIRA (APÊNDICE 4).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos pacientes que, após terem todas as suas dúvidas esclarecidas e assinarem, puderam participar da pesquisa. Os participantes podiam retirar o consentimento a qualquer momento, sem serem penalizados quanto ao tratamento no hospital em questão.

3.10 RECURSOS UTILIZADOS NAS INTERVENÇÕES

Foram utilizados como recursos um instrumento musical harmônico, o violão, além da voz cantada e falada. Acredita-se que o violão, por ser um instrumento acústico, harmônico e de fácil mobilidade é o mais indicado para o ambiente hospitalar, além de proporcionar um apoio melódico/harmônico para a expressão musical do paciente e do musicoterapeuta.

Para o registro das intervenções, foram utilizados: Papel Sulfite A4, canetas esferográficas; e, um gravador de voz.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo diz respeito à trajetória da pesquisa de campo vivenciada em busca dos objetivos iniciais traçados para a investigação.

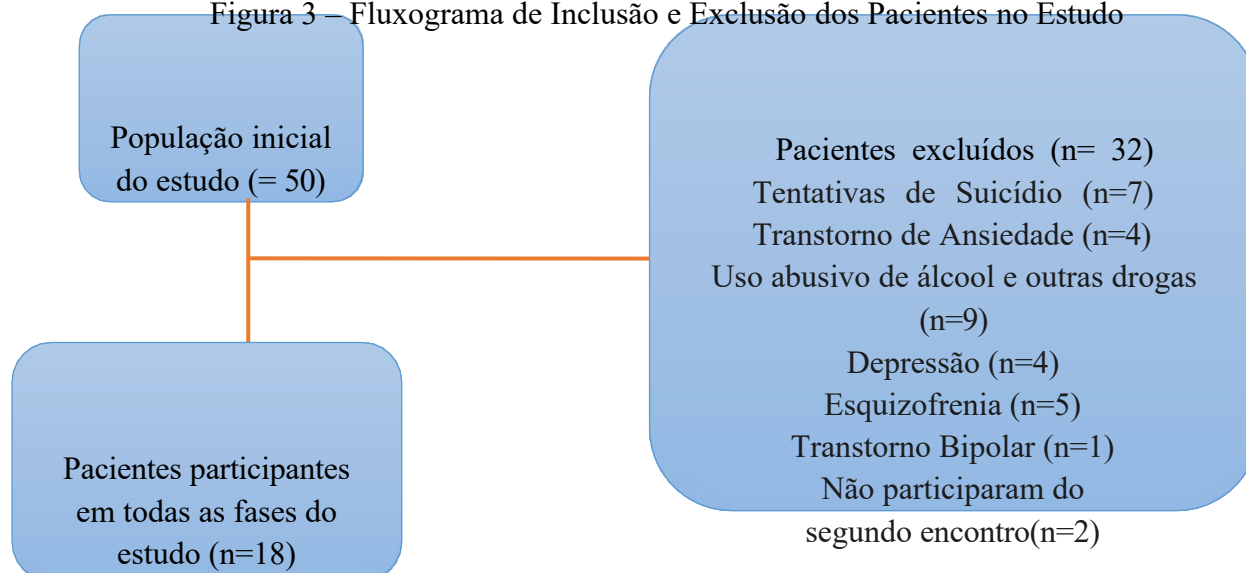
Serão apresentadas sessões com a caracterização da amostra atendida, os resultados quantitativos e análises estatísticas, seguidos dos resultados qualitativos, de análise das falas e da análise musicoterapêutica.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os pacientes foram selecionados pelo pesquisador no local onde se realizou a pesquisa, a partir da leitura dos prontuários que foram previamente disponibilizados pelos profissionais, conforme descrito anteriormente.

Foram atendidos pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão, independentemente do meio pelo qual sofreram a lesão, ou seja, fatores químicos e térmicos, entre outros. No entanto, de um total de cinquenta (50) pacientes selecionados, trinta e dois (32) pacientes foram excluídos: trinta (30) pacientes possuíam algum tipo de transtorno mental (sete pacientes com tentativas de suicídio, quatro pacientes com Transtorno de Ansiedade, nove pacientes eram usuários abusivos de álcool e outras drogas, quatro o pacientes com depressão, cinco pacientes com esquizofrenia e um paciente com Transtorno Bipolar do Humor); e dois pacientes não participaram do segundo encontro (um paciente pediu alta e o outro não conseguiu responder as escalas e os questionários por causa da dor). Assim, ao final do estudo contou-se com uma amostra de dezoito (18) pacientes, conforme a Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma de Inclusão e Exclusão dos Pacientes no Estudo



4.2 DADOS QUANTITATIVOS – INSTRUMENTOS E ANÁLISES

4.2.1 Dados da ESCALA FACES

A Escala FACES, como mencionado, foi aplicada logo após o curativo e após a intervenção musicoterapêutica (Grupo Intervenção) ou após o momento de espera concomitante com a duração da intervenção (Grupo Controle), sendo alternados os momentos de intervenção ou não a cada paciente atendido.

A tabela 1 mostra as diferenças observadas na escala de dor antes e depois sem a intervenção musicoterapêutica, ou seja, Grupo Controle.

Tabela 1 – Resultado do questionário de avaliação de dor pela Escada de Faces, antes e depois do momento de espera pós-curativo, SEM a intervenção da Musicoterapia.

| Pacientes | Antes | Depois | Diferença | | P-valor |
|-----------|-------|--------|--------------|-------------|---------|
| | | | Absoluta (n) | Relativa(%) | |
| P1 | 4 | 4 | 0 | 0 | - |
| P2 | 5 | 5 | 0 | 0 | - |
| P3 | 5 | 3 | -2 | -40 | 0,045* |
| P4 | 3 | 3 | 0 | 0 | - |
| P5 | 3 | 1 | -2 | -40 | 0,045* |
| P6 | 3 | 1 | -2 | -40 | 0,045* |
| P7 | 2 | 1 | -1 | -20 | 0,001** |
| P8 | 3 | 3 | 0 | 0 | - |
| P9 | 1 | 1 | 0 | 0 | - |
| P10 | 4 | 2 | -2 | -40 | 0,045* |
| P11 | 4 | 4 | 0 | 0 | - |
| P12 | 5 | 4 | -1 | -20 | 0,001** |
| P13 | 4 | 4 | 0 | 0 | - |
| P14 | 5 | 2 | -3 | -60 | 0,000* |
| P15 | 5 | 5 | 0 | 0 | - |
| P16 | 5 | 3 | -2 | -40 | 0,045* |
| P17 | 5 | 4 | -1 | -20 | 0,001** |
| P18 | 4 | 4 | 0 | 0 | - |

* Valores significativos a 5% ** Valores significativos a 1%

Observou-se que 50% (n=9) dos indivíduos mantiveram os níveis de dor, sem mudança alguma. No restante dos indivíduos, 50% (n=9), houve diminuição nos níveis de dor com diferença estatisticamente significativa.

A tabela 2, a seguir, mostra o nível de redução de dor na escala Faces no grupo experimental, ou seja, no dia que houve intervenção musicoterapêutica. Após o curativo, ou seja, antes e depois da intervenção musicoterapêutica.

Tabela 2 – Resultado do questionário de avaliação de dor pela Escada de Faces, antes e depois da intervenção com a Musicoterapia.

| Pacientes | Antes | Depois | Diferença | | P-valor |
|-----------|-------|--------|--------------|-------------|---------|
| | | | Absoluta (n) | Relativa(%) | |
| P1 | 4 | 1 | -3 | -60% | 0,000** |
| P2 | 4 | 3 | -1 | -20% | 0,001** |
| P3 | 5 | 3 | -2 | -40% | 0,045* |
| P4 | 3 | 1 | -2 | -40% | 0,045* |
| P5 | 2 | 0 | -2 | -40% | 0,045* |
| P6 | 2 | 1 | -1 | -20% | 0,001** |
| P7 | 2 | 1 | -1 | -20% | 0,001** |
| P8 | 3 | 1 | -2 | -40% | 0,045* |
| P9 | 2 | 0 | -2 | -40% | 0,045* |
| P10 | 2 | 0 | -2 | -40% | 0,045* |
| P11 | 4 | 1 | -3 | -60% | 0,000** |
| P12 | 3 | 1 | -2 | -40% | 0,045* |
| P13 | 5 | 1 | -4 | -80% | 0,000** |
| P14 | 1 | 0 | -1 | -20% | 0,001** |
| P15 | 4 | 2 | -2 | -40% | 0,045* |
| P16 | 3 | 0 | -3 | -60% | 0,000** |
| P17 | 5 | 1 | -4 | -80% | 0,000** |
| P18 | 3 | 1 | -2 | -40% | 0,045* |

* Valores significativos a 5% ** Valores significativos a 1%

Observou-se que em 100% (n=18) dos pacientes obteve-se diminuição no nível de dor com diferença estatisticamente significativa.

Sabe-se que o nível da dor a partir da EF pode variar de zero (rosto feliz) e cinco (rosto chorando). A partir desses dados coletados observou-se que a redução de pontos na escala EF ocorreu em maior quantidade e número de pacientes no dia da intervenção musicoterapêutica (GE) do que no dia de espera (GC). Assim, evidencia-se que a Musicoterapia colaborou na redução dos níveis de dor do paciente vítimas de queimaduras segundo a escala EF. A Tabela a seguir pode-se observar a comparação intergrupos, entre as médias dos ganhos obtidos nos dois momentos (com e sem Musicoterapia) Percebe-se que há diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos, evidenciando os resultados positivos da intervenção com Musicoterapia, na Escala Faces – EF (DOR).

Tabela 3 - Comparação de médias de ganhos obtidos na Escala de Faces COM a intervenção da Musicoterapia e SEM a intervenção da Musicoterapia.

| Média | Sem Musicoterapia | DP | Com Musicoterapia | DP | P-valor |
|--------------|-------------------|--------|-------------------|--------|---------|
| Ganho obtido | 0,5 | ±1,023 | 2 | ±0,924 | 0,000** |

** Valores significativos a 1% DP: Desvio Padrão

4.2.2 Dados do Idate - Estado

O questionário Ansiedade Estado IDATE - E, como mencionado, foi aplicado logo após o curativo e após a intervenção musicoterapêutica (Grupo Intervenção) ou após o momento de espera concomitante com a duração da intervenção (Grupo Controle), sendo alternados os momentos de intervenção ou não a cada paciente atendido.

A tabela 3 mostra as diferenças observadas na escala de dor antes e depois sem a intervenção musicoterapêutica, ou seja, Grupo Controle.

Tabela 4 – Resultado do questionário IDATE-E, antes e depois do curativo SEM a intervenção da Musicoterapia

| Pacientes | Antes | Depois | Diferença | | P-valor |
|-----------|-------|--------|--------------|--------------|---------|
| | | | Absoluta (n) | Relativa (%) | |
| P1 | 33 | 30 | -3 | -5 | 0,011* |
| P2 | 65 | 64 | -1 | -1,66 | 0,859 |
| P3 | 64 | 57 | -7 | -11,66 | 0,001** |
| P4 | 44 | 37 | -7 | -11,66 | 0,001** |
| P5 | 46 | 41 | -5 | -8,33 | 0,011* |
| P6 | 31 | 32 | +1 | +1,66 | 0,859 |
| P7 | 47 | 36 | -11 | -18,33 | 0,000** |
| P8 | 49 | 46 | -3 | -5 | 0,011* |
| P9 | 27 | 27 | 0 | 0 | - |
| P10 | 49 | 48 | -1 | -1,66 | 0,859 |
| P11 | 64 | 69 | +5 | +8,33 | 0,011* |
| P12 | 54 | 46 | -8 | -13,33 | 0,001** |
| P13 | 65 | 65 | 0 | 0 | - |
| P14 | 41 | 43 | +2 | +3,33 | 0,001** |
| P15 | 61 | 55 | -6 | -10 | 0,345 |
| P16 | 38 | 29 | -9 | -15 | 0,000** |
| P17 | 71 | 54 | -17 | -28,33 | 0,000** |
| P18 | 64 | 71 | +7 | +11,66 | 0,000** |

*

Valores significativos a 5% ** Valores significativos a 1%

Observou-se que em 11% dos pacientes (n=2) mantiveram o *score* no questionário de ansiedade, ou seja, não houve redução. Em 22% (n=4) pacientes houve aumento no valor do *score* no questionário de ansiedade sem diferença estatisticamente significativa. Em 17% (n=3) houve diminuição do *score*, com diferença estatisticamente significativa. Assim, 50% (n=9) tiveram diminuição do *score* com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Resultado do questionário IDATE-E, antes e depois do curativo COM a intervenção da Musicoterapia.

| Pacientes | Antes | Depois | Diferença | | P-valor |
|-----------|-------|--------|--------------|--------------|---------|
| | | | Absoluta (n) | Relativa (%) | |
| P1 | 43 | 33 | -10 | -16,66 | 0,000** |
| P2 | 54 | 56 | +2 | +3,33 | 0,001** |
| P3 | 49 | 58 | +9 | +15 | 0,001** |
| P4 | 38 | 32 | -6 | -10 | 0,000** |
| P5 | 45 | 32 | -13 | -21,66 | 0,000** |
| P6 | 34 | 29 | -5 | -8,33 | 0,000** |
| P7 | 42 | 31 | -11 | -18,33 | 0,000** |
| P8 | 47 | 44 | -3 | -5 | 0,032* |
| P9 | 68 | 35 | -33 | -55 | 0,000** |
| P10 | 52 | 49 | -3 | -5 | 0,032* |
| P11 | 53 | 32 | -21 | -35 | 0,000** |
| P12 | 51 | 44 | -7 | -11,66 | 0,000** |
| P13 | 79 | 42 | -37 | -61,66 | 0,000** |
| P14 | 34 | 26 | -8 | -13,33 | 0,000** |
| P15 | 51 | 45 | -6 | -10 | 0,000** |
| P16 | 30 | 23 | -7 | -11,66 | 0,000** |
| P17 | 58 | 41 | -17 | -28,33 | 0,000** |
| P18 | 67 | 60 | -7 | -11,66 | 0,000** |

* Valores significativos a 5% ** Valores significativos a 1%

Observou-se que, em 11% (n=2) dos pacientes obteve-se o aumento no *score* do questionário de ansiedade com diferença estatisticamente significativa. Em 89% (n=16) pacientes obteve-se a redução do *score* de ansiedade no questionário. Com diferença estatisticamente significativa. A Tabela a seguir pode-se observar a comparação intergrupos, entre as médias dos ganhos obtidos nos dois momentos (com e sem Musicoterapia) Percebe-se que há diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos, evidenciando os resultados positivos da intervenção com Musicoterapia, no questionário de Ansiedade IDATE- E (níveis de ansiedade).

Tabela 6 – Comparação de médias de ganhos obtidos no Questionário IDATE-E COM a intervenção da Musicoterapia e SEM a intervenção da Musicoterapia.

| Média | Sem Musicoterapia | DP | Com Musicoterapia | DP | P-valor |
|--------------|-------------------|--------|-------------------|---------|---------|
| Ganho obtido | 3 | ±5,904 | 7 | ±11,190 | 0,000** |

** Valores significativos a 1% DP: Desvio Padrão

4.3 DADOS QUALITATIVOS

4.3.1 Análise Musicoterapêutica das Intervenções

Neste subcapítulo apresenta-se, a partir de uma análise fenomenológica das intervenções realizadas, as análises musicoterapêuticas do que mais chamou a atenção do pesquisador, ou seja, os momentos mais significativos. Considerou-se uma escuta ampliada do fazer musical do musicoterapeuta, bem como do paciente, com foco nos sentidos e significados da intervenção. Zanini (2015, p. 41) contextualiza que:

a escuta musicoterápica permeia a análise do processo musicoterapêutico, pois ela vai além da escuta musical, somente do fenômeno sonoro, seu momento no processo terapêutico e o que advém de todas estas relações. Outro fator importante a considerar no decorrer do processo é que a música é interativa por natureza, pois atinge sensorialmente todas as pessoas presentes, mesmo aquelas que se encontram de forma aparentemente passiva nas sessões de Musicoterapia.

Considera-se que houve um número maior de canções com conteúdo relacionados a religiosidade/espiritualidade. Assim, se observa que em um lugar de dor e sofrimento tais canções trazem conforto para o paciente nos aspectos físicos, emocionais, sociais, familiares e espirituais. A seguir irá contextualizar cada aspecto mencionado.

Físico: Trata-se da dor que o paciente sente desde o momento do banho até a troca de curativos. Também se observou facilidade em locomoção visto que, também fica prejudicada no paciente vítima de queimaduras.

Emocionais: Aspectos como diminuição da ansiedade, proporcionou alegria e bem estar dos pacientes. Como mencionado pelos pacientes P5, P7, P9, P16 e P18.

Sociais: Melhora de relacionamento interpessoal com a equipe, bem como a adesão do paciente ao tratamento. Evidencia-se aqui os procedimentos mais invasivos que conseqüentemente serão mais dolorosos tais como: troca de curativos, atendimentos fisioterapêuticos, desbridamento e atendimentos terapêuticos ocupacionais.

Familiares: Poder lembrar da família e buscar forças para seguir o tratamento com o objetivo da alta médica, para poder ir pra casa e ficar com a família.

Espirituais: Poder se apegar ao divino/sagrado para ser emocionalmente confortado. Apego a espiritualidade pedindo alta médica assim trazendo um alívio e um conforto momentâneo de que tudo ficará bem.

As músicas mais escolhidas pelos pacientes foram: *Faz um Milagre em Mim* (ANEXO D), *Noites traiçoeiras* (ANEXO E), *Meu barquinho* (ANEXO F) e *Ressuscita-me*. (ANEXO G)

Zanini (Op Cit, p) faz uma análise musicoterapêutica da canção *Faz um Milagre em Mim*, do compositor Regis Danese. Para a autora:

em sua estrutura observa-se que a linha melódica incia-se com graus conjuntos nos primeiros versos faz uma série de preces, um apelo aos céus, e se pede o milagre a Deus, há intervalos de quarta ascendente, como por exemplo: “entra na minha casa”, e descendente, que aparecem a cada verso. É como se o compositor necessita-se de algo que ainda não está ao alcance de suas mãos, que é preciso saltar, metaforicamente dizendo, para atingir. No penúltimo verso, tem-se um intervalo de sexta justamente ao cantar “meu bem maior” e harmonicamente ter uma dissonância, em um momento de tensão, trazendo para a própria existência a presença do *Senhor*. Em seguida, finalizando a melodia, resolve-se a dissonância com uma sequência que caminha em graus conjuntos, quando o compositor volta para si e para sua dor, trazendo a conhecida frase: “*Faz um milagre em mim*”.

Nos atendimentos da pesquisa, foi possível observar que o refrão, onde o compositor suplica falando a memorável frase “*mexe com minha estrutura*”, começa com intervalos de segunda maior descendente e termina com uma terça maior descendente. Considera-se esse trecho como um diálogo com Deus, que no início se utiliza intervalos melódicos simples e

conjuntos para assim conseguir o que se deseja, terminando em um intervalo de terça maior descendente, buscando um repouso e um apoio para sua súplica.

Em seguida, finalizando o pedido com a frase “*sara todas as feridas*” começa com quatro notas repetidas. Assim, considera-se a insistência bem como a persistência do pedido. Logo após volta para o intervalo de segunda maior, onde há uma nota com ligamento, ou seja, reforça-se sua súplica e seu pedido ao divino, ao sagrado. A frase termina em um intervalo de terça maior ascendente com a harmonia em um acorde e um baixo na terça, ou seja, o baixo dá sustentação do pedido e o intervalo de terça o conforto e a espera da realização do desejo. Considera-se que nessa canção pode-se observar o **canto desejante** (Milleco Filho, Brandão e Milleco, Op. Cit) do paciente vítima de queimaduras.

Como afirma Petersen (2007), por se tratar de uma linguagem expressiva, a música facilita a comunicação não verbal de conteúdos internos. Assim, não há a necessidade de nomear os sentimentos verbalmente, ou seja, em palavras. O simples ato de cantar uma canção evocada pela memória resulta em um contato mais intenso, profundo e cheio de significados para o paciente. Considera-se que a música alcança mais resultados significativos para o paciente, pois a mesma possui a possibilidade de integrar emoção e prazer.

A música *Noites Traiçoeiras*, também trazida pelos pacientes P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17, P18 tornou-se um acalanto para os mesmos já no início, quando fala a memorável frase *Deus está aqui neste momento*. Neste momento tem-se um intervalo de sexta ascendente, que é sustentado pela tônica do campo harmônico. Considera-se aqui como uma afirmação da presença do sagrado naquele momento presente, ou seja, no momento de dor e sofrimento. Logo após, na frase *Deus te trouxe aqui para aliviar seu sofrimento*, temos intervalos de segunda maior ascendente e segunda menor que terminam em uma terça menor descendente e, neste momento, é como se o compositor estivesse tranquilizando o ouvinte mostrando que *Deus* está com ele naquele momento de extrema dor, sofrimento e vulnerabilidade (física, social, emocional e espiritual). Há a proximidade das notas da melodia em consonância com a letra que traz o alívio.

Em seguida, na frase *Os teus sofrimentos* temos intervalos de segunda maior ascendente, bem como intervalos terça menor descendente, que termina em uma terça maior ascendente em uma nota grave. Considera-se que, neste momento, há um repouso após a tensão provocada pelos intervalos e pela harmonia. Assim, a canção, conforme foi escolhida pelos pacientes, pode ser considerada como um **canto comunicativo** (Milleco Filho, Brandão e Milleco, Op. Cit.) entre musicoterapeuta e paciente, pois leva a mensagem para tranquilizar o

paciente, formando vínculo e auxiliando no momento de dor e sofrimento, bem como na adesão do paciente para o tratamento. Para Petraglia 2010, p. 117),

A natureza melódica da voz já devia ser argumento suficientemente forte para perceberem que na melodia temos, em si, o potencial de toda música. Se virmos na origem do impulso musical a exteriorização de processos internos da alma humana e não mero imitar ou reagir ao mundo sonoro externo, podemos entender o canto e a melodia como manifestações autênticas e plenas desse impulso. De fato, através de todas as culturas, em todas as épocas, o canto é o grande elemento unificador do impulso musical.

Na canção *Meu Barquinho* podemos perceber que o compositor está afirmando que se encontra em uma fase de conquistas, pois está melhor que anteriormente. Quando canta a memorável frase *O medo repreendeu*, começa com um intervalo de segunda menor descendente, depois passa para um intervalo de terça menor descendente voltando ao intervalo de segunda menor descendente, finalizando a frase com o quinto grau no campo harmônico, resolvendo a tensão que se encontrava naquele momento. O medo é um sentimento comum durante o tratamento do paciente vítimas de queimaduras que, muitas vezes, sofre por antecipação principalmente antes dos procedimentos invasivos: troca de curativos, desbridamentos, procedimentos fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais. Neste caso, por meio de uma metáfora, o paciente afirma que Jesus, ou seja, o sagrado, está lhe auxiliando neste momento de extrema dor e ansiedade. O compositor sempre afirma que o sagrado e divino está protegendo/guardando quando fala a frase: *Ele me guardará*. Começa com intervalo de segunda menor descendente com a tensão do acorde de quarto grau, logo após intervalos de segunda descendente há um intervalo de segunda ascendente terminando em um intervalo de terça menor descendente que repousa na tônica, trazendo conforto para o paciente. Considera-se que neste momento os pacientes manifestaram o **Canto comunicativo** (Milleco filho, Brandão e Milleco, Op Cit), bem como o **Canto Corporal** (Idem). Zanini (Op Cit, p.39) assinala que:

no processo musicoterapêutico, uma música trazida pelo paciente, recriação musical, ou uma composição realizada no decorrer de uma sessão pode expressar e trazer momentos anteriormente vivenciados, ressignificar sentimentos no presente e projetar ações ou pensamentos para o futuro. As reminiscências, portanto, são trazidas em sons, silêncios, melodias e letras de canções. São expressões diversas que, ressignificadas, podem suscitar expectativas em relação ao futuro, independente de um prognóstico positivo ou negativo.

Na letra da canção *Ressuscita-me* observa-se uma súplica pedindo um milagre, ou seja, que o estado atual se transforme completamente no futuro - **Canto Desejante** (Milleco Filho, Brandão e Milleco, Op Cit). A canção já começa com um pedido: *Mestre eu preciso de*

um

milagre. Temos uma figura de silêncio, de um tempo, onde se considera que o compositor usou a respiração como preparação para poder começar a súplica ao divino e/ou sagrado. A música começa no segundo tempo com notas em graus conjuntos. Logo após faz-se um intervalo de segunda menor descendente, ou seja, dá-se enfoque no pedido *Mestre eu preciso...*, como se o compositor quisesse dar ênfase à necessidade do indivíduo naquele momento. Em seguida, tem-se um intervalo de quarta descendente que, combinado com a tensão do campo harmônico, termina em um intervalo de segunda maior na primeira nota do acorde do quinto grau. Considera-se que, nesse trecho da música, transparece o desconforto do paciente com a situação atual, a necessidade de um apoio e amparo do sagrado e divino.

Com a relação à escolha das músicas pelos pacientes P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P10, P11, P116, P18, outro aspecto a evidenciar, foi a escolha da música *Tristeza do Jeca*, de Tônico e Tinoco (ANEXO H). Aqui se ressalta que a música possui uma letra triste que remete à saudade de casa, ou seja, do lar onde o indivíduo mora. Possui melodia de intervalos conjuntos predominante de segunda maior. No verso *pra você quero contar o meu sofrer a minha dor* considera-se que o paciente esteja cantando ao musicoterapeuta todo o seu sofrimento naquele exato momento, ou seja, a dor física e emocional da situação atual em que o paciente se encontra.

4.3.2 Depoimentos dos Pacientes

O presente subcapítulo apresenta parte dos dados qualitativos como mencionado na metodologia do presente estudo. Os dados a seguir contemplam as respostas dos participantes da pesquisa, no momento em que terminava a intervenção musicoterapêutica. A pergunta²⁷ foi a seguinte: - Como foi para você participar da Musicoterapia?

Os depoimentos transcritos são apresentados na ordem sequencial dos pacientes que participaram da pesquisa. Optou-se por manter a identidade dos pacientes anônima.

P1: *“Cara eu busquei meus filhos agora nessa música que você estava cantando agora. Eu busquei meus filhos todo jeito assim na mente, sabe? Busquei minha esposa, minha mãe, os parentes, busquei a Deus também, que dão um alívio na gente pra você ter mais confiança no outro dia. Isso é certeza isso é sem dúvida. A tristeza que tem um hospital não é “pra” qualquer*

um não, tristeza de hospital o cara lá na porta ele já se ele se entregar... aí como tem umas pessoas que nem você pra ajudar. Meu Deus do céu! É tudo de bom! Principalmente “numa” dor que a gente sente “cê” passou “cê” tá sentindo ela “cê” sentiu ela no queimar então cara não é fácil qualquer... qualquer dor que o ser humano tem da queimadura e com uma música dessa procurando a Deus assim, vou te falar “pra” você é muito bom, de coração.”

P2: *“Foi bom... Foi bom eu consegui expor tudo o que eu estou sentindo: saudade da família, saudade do meu menino.”*

P3: *“Foi bom tirando a dor. Num foi “mior” por questão da dor. No momento estou sentindo muita dor nesse braço, tirou um pouco a concentração. Foi bom.”*

P4: *“Muito bom gostei demais! Bom demais também, gostei aliviou mais.”*

P5: *“Foi bom, muito bom, mais calma, parece que mexe dentro da gente, muito bom mesmo”.*

P6: *“Ajuda muito né? A gente meio que distrai (essa resposta foi devido a fisioterapeuta entrou na sala e perguntou se a música ajudou.) bom demais gostei muito, bom muito bom gostei muito.”*

P7: *“Uai! Achei interessante sinceramente porque normalmente a gente passa ali aquela... aquela eu costumo é chamar de terror “memo” da dos curativos porque realmente dói demais e eu sinto muita dor, e aí terminando os curativos e aí vai deita na cama e fica ali naquele sofrimento aquela tortura sabe? Até esperar o sono e às vezes o sono não vem, eu achei interessante a gente tá... eu me sinto mais descontraído relaxado... legal.”*

P8: *“Prazeroso... Um alívio uma sensação boa, mesmo “tando” longe da família. Uma sensação tudo vai dar certo.”*

P9: *“Muito bom! Mas rápido demais, muito bom! Parabéns! Anima a gente, levanta o astral da gente”.*

P10: *“Uai, eu pra falar a verdade “pro” “cê”, eu achei que ia ser “outo” ia ser outro jeito assim, achei que eu não ia sentir o que eu senti. Eu “pra” mim “na” realmente eu gostei, foi muito bom senti uma paz muito bom, a paz relaxei. Dei uma relaxada as “dor” nem parece a hora que nós estava aqui parece que até às “dor”, parece que sumiu na hora aqui eu não “tava” nem sentindo mais nada. Dei uma relaxada boa, muito bom.”*

P11: *“Foi bom, foi ótimo. Uai, eu tava tensa né? Depois que fez os “curativos” eu “tava” muito tensa agora “tô” calma, agora é só deitar e dormir, eu “tô” relaxada, eu “tô” tranquila, “tô” calma, então foi muito bom “te” participado. Nada melhor que uma música depois de uma dor.”*

P12: *“Foi calmante... Fez eu sair um pouco daqui da preocupação. Pensar que tudo posso naquele que me fortalece.”*

P13: *“Muito bom! Muito bom! Apesar das “dor” é muito bom. Alívio! Alívio! Tanto Alívio. Assim, esse “trem” queima demais, mas é bom e “alivia” é paz. O primeiro que “cê” já toca já é paz, é paz é paz é paz. Ai as coisas vai tranquilizando devagar tranquilizando.”*

P14: *“Muito bom! Maravilhoso! Gostei bem. A gente sente assim um refrigério na alma né? É muito bom eu gosto pra mim é a melhor coisa que tem é “ouvi” hino. Assim, eu amo! É a coisa que eu mais gosto.”*

P15: *“Foi bom eu gostei me senti bem aliviado, calmo.”*

P16: *“Muito bom! Alegria! Alegria! Senti leveza, descontraí né? Muito bom mesmo, e obrigado! Muito Obrigado! Gosto muito! Muito bom Mesmo!*

P17: *“Nossa Ótimo! Senti bem bom demais! Né? Já é uma Companhia e ainda cantando... Uma maravilha!”*

P18: *“Achei bom né? Dá uma alegrada mais em mim. Então é isso fiquei mais alegre. Foi ótimo!*

4.3.3 Análise das Falas

Por se tratar de um estudo quanti-qualitativo, optou-se por fundamentar os dados qualitativos por meio de um paradigma fenomenológico contextualizado por Husserl²⁸.

Zanini (Op. Cit, p.34)) assinala que “a fenomenologia vem contribuir sensivelmente com o desenvolvimento da pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, em suas diversas áreas e ramificações.”.

28 A fenomenologia surgiu na Alemanha, por Edmmund Husserl, que recebeu influências do pensamento de Platão, Descartes e Brentano (SILVA, LOPES e DINIZ, 2008).

Freire e Cavazzotti (2007, p. 42-43) comentam sobre a possibilidade das pesquisas em música com um enfoque fenomenológico, para os mesmos autores: ao tratar o fenômeno como o que é dado à experiência, ele favorece a consideração da música como fenômeno vivo, “soante”, no âmbito da pesquisa. Além disso, possibilita colocar o foco da pesquisa na subjetividade (do sujeito).

Assim, considera-se que o musicoterapeuta deve estar atento ao fenômeno musical, bem como ao repertório sonoro musical de seu paciente e/ou grupo de pacientes, buscando um olhar atento, bem como uma escuta ampliada do indivíduo e dos fenômenos que acontecem com mesmo, ou seja, fenômenos nas esferas físicas, sociais, emocionais e espirituais.

Assinala-se que a fenomenologia deve ser considerada a ciência das essências e não puramente de dados de fato (LIMA, 2014, p.11). Para o mesmo autor

a fenomenologia, a partir do seu aparecimento, tomou rumos diferentes, mas enquanto movimento filosófico, ela começa com Edmund Husserl que, dando um novo sentido ao termo já utilizado por Kant e Hegel, formula e método fenomenológico, criando um movimento que influenciou grande parte da Europa no século XX.

Para Abbagnano (2007, p.231), “a pesquisa fenomenológica da forma como é concebida por Husserl, consiste em pôr-se na condição em que as coisas se dão, em razão a sua essência”. Assim, as análises dos dados qualitativos foram feitas a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa após a intervenção musicoterapêutica, e dos relatórios descritivos feitos pelo pesquisador/autor do presente estudo. Segundo Zanini (2013, p. 13):

um olhar fenomenológico para contextos que envolvem espaços e tempos diferenciados na formação humana pode contribuir para o entendimento das essências apreendidas das relações intra e interpessoais advindas da utilização do som e da música como constituintes do desenvolvimento do ser e dos diferenciados espaços de expressão e escutas musicais.

Portanto, a partir dessa fundamentação, buscou-se um olhar fenomenológico para as falas coletadas, que evidenciaram alguns efeitos que a Musicoterapia proporcionou no paciente vítima de queimaduras, apresentados no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4: Análise dos depoimentos coletados dos participantes da pesquisa

| Aspectos significativos do processo | Fala dos participantes após a intervenção musicoterapêutica |
|--|--|
| Diminuição da dor | <i>PI: “...qualquer dor que o ser humano tem da queimadura e com uma música dessa procurando a</i> |

| | |
|--|---|
| | <p><i>Deus assim, vou te falar “pra” você é muito bom de coração.”</i></p> <p><i>P10: “...até às “dor”, parece que sumiu na hora aqui eu não “tava” nem sentindo mais nada. Dei uma relaxada boa, muito bom.”</i></p> <p><i>P11: “... Nada melhor que uma música depois de uma dor.”</i></p> <p><i>P13: “...Alívio! Alívio! Tanto Alívio. Assim, esse “trem” queima demais, mas é bom e “aliveia” é paz. O primeiro que “cê” já toca já é paz, é paz é paz é paz aí as coisas vai tranquilizando devagar tranquilizando.”</i></p> |
| Expressão dos sentimentos/Dimensões emocionais | <p><i>P2: “Foi bom... Foi bom eu consegui expor tudo o que eu estou sentindo: saudade da família, saudade do meu menino.”</i></p> <p><i>P5: “Foi bom, muito bom, mais calma parece que mexe dentro da gente, muito bom mesmo”.</i></p> <p><i>P8: “Prazeroso...Um alívio uma sensação boa, mesmo “tando” longe da família. Uma sensação tudo vai dar certo.”</i></p> |
| Diminuição da Ansiedade | <p><i>P5: “Foi bom, muito bom, mais calma..”</i></p> <p><i>P7: “Uai! Achei interessante sinceramente porque normalmente a gente passa ali aquela... aquela eu costumo é chamar de terror “memo” da dos curativos porque realmente dói demais e eu sinto muita dor, e aí terminando os curativos e aí vai “deita” na cama e fica ali naquele sofrimento aquela tortura sabe? Até esperar o sono e às vezes o sono não vem, eu achei interessante a gente tá... eu me sinto mais descontraído relaxado... legal.”</i></p> |
| Descontração | <p><i>P6: “Ajuda muito né? A gente meio que distrai..”</i></p> <p><i>P7 “... eu me sinto mais descontraído relaxado... legal.”</i></p> <p><i>P11: “eu “tava” muito tensa agora “tô” calma, agora é só deitar e dormir, eu “tô” relaxada, eu “tô” tranquila, “tô” calma...”</i></p> <p><i>P16: Senti leveza, descontraí né? Muito bom mesmo, e obrigado! Muito Obrigado! Gosto muito! Muito bom Mesmo!</i></p> |
| Sentimento de Paz | <p><i>P10 “...achei que eu não ia sentir o que eu senti eu “pra” mim “na” realmente eu gostei, foi muito bom senti uma paz muito bom, a paz relaxei.”</i></p> |

| | |
|--|---|
| | <p>P13 “...Assim, esse “trem” queima demais, mas é bom e “alivia” é paz. O primeiro que “cê” já toca já é paz, é paz é paz é paz aí as coisas vai tranquilizando devagar tranquilizando.”</p> |
| Tranquilidade, confiança, segurança e bem estar. | <p>P11: “Foi bom, foi ótimo. Uai, eu tava tensa né? Depois que fez os “curativos” eu “tava” muito tensa agora “tô” calma, agora é só deitar e dormir, eu “tô” relaxada, eu “tô” tranquila, “tô” calma, então foi muito bom “te” participado. Nada melhor que uma música depois de uma dor.”</p> |
| Espiritualidade | <p>P1: “...busquei a Deus também, que dão um alívio na gente pra você ter mais confiança no outro dia. Isso é certeza isso é sem dívida... com uma música dessa procurando a Deus assim, vou te falar “pra” você é muito bom de coração.”</p> <p>P12: “Foi calmante... Fez eu sair um pouco daqui da preocupação. Pensar que tudo posso naquele que me fortalece</p> <p>P14: “Muito bom! Maravilhoso! Gostei bem. A gente sente assim um refrigerio na alma né? É muito bom eu gosto pra mim é a melhor coisa que tem é “ouvi” hino. Assim, eu amo! É a coisa que eu mais gosto.”</p> |
| Alegria | <p>P9: “Muito bom! Mas rápido demais, muito bom! Parabéns! Anima a gente, levanta o astral da gente”.</p> <p>P16: Muito bom! Alegria! Alegria!</p> <p>P18: “Achei bom né? Dá uma alegrada mais em mim. Então é isso fiquei mais alegre. Foi ótimo!</p> |
| Dimensões sociais/familiares | <p>P1: “Cara eu busquei meus filhos agora nessa música que você estava cantando agora. Eu busquei meus filhos todo jeito assim na mente sabe? Busquei minha esposa, minha mãe, os parentes, busquei a Deus também, que dão um alívio na gente pra você ter mais confiança no outro dia...”</p> <p>P2: “Foi bom... Foi bom eu consegui expor tudo o que eu estou sentindo: saudade da família, saudade do meu menino.”</p> |
| Humanização no tratamento | <p>P1: “... A tristeza que tem um hospital não é “pra” qualquer um não, tristeza de hospital o cara lá na porta ele já se ele se entregar... aí como tem umas pessoas que nem você pra ajudar.”</p> <p>P17: “Nossa Ótimo! Senti bem bom demais! Né? Já é iua Companhia e ainda cantando... Uma maravilha!”</p> |

4.4 DISCUSSÃO

A subjetividade de cada paciente foi considerada pelo autor/pesquisador do presente estudo. Assim, como observado no quadro 4, houve diversos resultados no que se refere a melhoras do paciente vítima de queimaduras, além da redução de dor e ansiedade. Nas intervenções musicoterapêuticas os pacientes puderam acessar esferas diferentes da sua subjetividade/singularidade, trazendo à tona conteúdos internos, bem como o ato de cantar e/ou escutar música. Barcellos (1992) assinala que a música induz o partilhar com os outros, situações que em outras condições, o paciente ficaria sozinho e isolado.

Em triangulação com a Revisão de Literatura na aplicabilidade de protocolos de redução de dor de pacientes vítimas de queimaduras, o presente estudo corrobora com as evidências relativas aos efeitos da Musicoterapia na redução de dor e de ansiedade do paciente vítima de queimaduras, assim como relatam Whiehead-Pleaux (Op. Cit.), Edwards (Op. Cit), Tan et al (Op. Cit). Protacio (Op. Cit), entre outros autores citados.

A Musicoterapia dentro de uma unidade especializada em queimados vai de encontro ao ISO ambiental do ambiente, pois os sons ouvidos pelos pacientes além dos equipamentos hospitalares são sons de gritos de dor, choro ou até mesmo de morte. A Musicoterapia, neste ambiente, confronta esse ISO ambiental, trazendo conforto, segurança e bem estar para o paciente. Benenzon (2012, p. 225) contextualiza ISO ambiental como:

acúmulo de energias produzidas pelos sons e fenômenos analógicos que se encontram formando parte de um ecossistema, seja este uma instituição, escola, sala de aula, casa, sala de internação incubadora, hospital, empresa, fábrica (tradução nossa).

Além destes resultados qualitativos coletados a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, outros resultados foram percebidos. Como mencionado na metodologia do presente estudo, o paciente teria dois encontros com o pesquisador que foram definidos: um encontro com intervenção musicoterapêutica, um encontro sem a intervenção musicoterapêutica. A cada paciente as ordens eram alteradas, ou seja, houve pacientes com o primeiro encontro com intervenção musicoterapêutica e o segundo sem intervenção; e houve pacientes com o primeiro encontro sem intervenção e o segundo com a intervenção musicoterapêutica.

Em função dessa estrutura citada dos atendimentos, constatou-se que os pacientes que tiveram o primeiro dia com a intervenção musicoterapêutica, solicitavam a presença do musicoterapeuta durante o processo de troca de curativos. Isso deve ter ocorrido em decorrência dos dados quantitativos que evidenciaram a redução dos níveis da dor, após a intervenção musicoterapêutica.

Em alguns casos, após a realização da pesquisa, os pacientes pediam a presença do musicoterapeuta em outras esferas do seu tratamento, tais como: atendimentos fisioterapêuticos, terapêuticos ocupacionais e outros procedimentos invasivos. Os pacientes, em seus depoimentos, relataram que a Musicoterapia auxiliou na distração durante tais procedimentos, bem como deu motivação para continuar o tratamento que é invasivo e doloroso. Como exemplo, cita-se a fala²⁹ de um paciente (P3), que afirmou: “*O tratamento para queimaduras é muito dolorido, mas, depois que comecei a realizar os procedimentos com a música do Jefferson, melhorou bastante. Cantar uma música que gosto consegue distrair minha dor e, agora, canto sozinho mesmo quando ele não está aqui no hospital*”. A partir dessa afirmação pode-se ver que, por meio da Musicoterapia, o indivíduo buscou motivação e força para seu tratamento.

Assim, salienta-se a importância do musicoterapeuta ter uma escuta ampliada ao paciente vítima de queimaduras com um olhar atento às suas necessidades, bem como um respeito ao repertório musical (ISo) do indivíduo em questão. Considera-se que músicas que fazem parte do ISo do paciente são potencializadores de redução de dor, bem como de promoção à saúde durante a internação. Essa afirmação vai ao encontro do que assinalam Son e Kim (2006), ao considerarem que as intervenções musicoterapêuticas feitas a partir de músicas selecionadas pelos pacientes possuem uma eficácia no tratamento da dor e da ansiedade em indivíduos submetidos à troca de curativos.

Os resultados quanti e qualitativos se complementaram e evidenciaram que a Musicoterapia mostrou-se eficaz na redução da dor do paciente nas esferas físicas e emocionais. Outro aspecto a ser evidenciado foi a predominância das músicas religiosas escolhidas pelos pacientes, pois a maioria das canções utilizadas faziam parte do Iso gestáltico³⁰ e cultural³¹ do

29 A fala desse paciente foi coletada durante uma entrevista realizada pelo departamento de comunicação do HUGOL, hospital onde foi realizada a pesquisa. O referido departamento realizou uma matéria sobre a Musicoterapia na unidade de queimaduras. A referida matéria pode ser encontrada no link: <http://www.saude.gov.br/musicoterapia-contribui-para-humanizacao-de-atendimento-no-hugol/>

30 É a identidade sonora própria do indivíduo (Benenzon, Op. Cit)

31 É a identidade sonora que faz parte da cultura do paciente, ou seja, do lugar onde nasceu, cresceu e vive. (Benenzon, Op. Cit)

paciente. Assinala-se, a partir dos dados aqui discutidos, a importância do musicoterapeuta estar atento às características individuais de cada indivíduo, às informações dadas por eles, mesmo que em situação de um atendimento breve, em leito hospitalar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrar como a Musicoterapia pode atuar na redução de dor e ansiedade no tratamento do paciente vítima de queimaduras foi a principal questão propulsora para a realização do presente estudo, culminando com o objetivo principal que era a Musicoterapia como terapia complementar do paciente vítima de queimaduras.

Este estudo evidenciou que a Musicoterapia pode ser coadjuvante no tratamento dos pacientes vítimas de queimaduras pois, além dos resultados de diminuição de dor e ansiedade, também se observou outros aspectos importantes trabalhados e apreendidos a partir das análises das falas dos pacientes, como: expressões de sentimentos, dimensões emocionais, descontração, sentimento de paz, tranquilidade, confiança, segurança e bem estar, espiritualidade, alegria, dimensões sociais/familiares e humanização do tratamento.

Além dos resultados encontrados para os pacientes, foco da presente pesquisa, observou-se que houve na equipe da enfermaria onde os pacientes queimados são tratados: melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais e melhora do relacionamento interpessoal entre seus membros e os pacientes, pois em alguns momentos de intervenção musicoterapêutica havia a presença de outros profissional que participava cantando. No que se refere a melhora do relacionamento interpessoal da equipe neste estudo, nossa pesquisa corrobora e vai ao encontro do que Protacio (Op. Cit) assinalou em seu estudo como já mencionado a autora descobriu que a musicoterapia fornece uma sincronicidade da equipe entre si, bem como a equipe e o paciente. Assim, uma equipe unida e sincronizada será mais produtiva para lidar com as demandas do paciente vítimas de queimaduras.

Para contemplar a amplitude da atuação do musicoterapeuta com a clientela em questão, procurou-se fazer uma revisão de literatura com o objetivo de investigar e analisar o que já foi feito em relação a Musicoterapia e os pacientes vítimas de queimaduras. Assim, os resultados obtidos foram ao encontro dos estudos analisados, demonstrando a eficácia da Musicoterapia no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras, trazendo como cenário a Enfermaria especializada de um Hospital Geral de Urgência.

Um outro aspecto a comentar é a redução medicamentosa que os pacientes tiveram durante as intervenções musicoterapêuticas. Muitos pacientes recusaram a medicação para a dor (morfina). Assim, considera-se que houve uma redução de danos. Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)

redução de danos é um conjunto de políticas públicas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de

danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. (2010).

O presente estudo ainda evidenciou que os pacientes vítimas de queimaduras, além das lesões adquiridas pelo trauma ocorrido, podem possuir transtornos mentais como: síndrome da internação, estados depressivos, crises histéricas, estados de euforia, corpo fantasmático, comportamento agressivos, negação do acidente, agressividade/revolta, transtorno bipolar, esquizofrenia e uso abusivo de álcool e outras drogas. Em virtude disso, há que se ressaltar a necessidade de que os profissionais que atendam essa clientela sejam capacitados para lidar com o duplo desafio.

Considera-se importante o reconhecimento da Musicoterapia em todas as etapas do tratamento do paciente vítima de queimaduras. O estudo revelou que a atuação musicoterapêutica pode ir além da redução de dor e ansiedade do paciente. Também se demonstrou que a Musicoterapia pode ser uma terapia coadjuvante no tratamento desta clientela e que poderá atuar em várias outras ocasiões como: unidade de terapia intensiva e tratamento ambulatorial.

Como último olhar para o estudo, apresenta-se um trecho de uma canção que foi repetidamente escolhida pelos pacientes: “Entra na minha casa entra na minha vida mexe com minha estrutura sara todas as feridas”. (Regis Danese). Metaforicamente, pode-se concluir que a pesquisa realizada trouxe uma ampliação para a escuta terapêutica das dores dos pacientes naquele contexto hospitalar e espera-se que possa motivar novos estudos para a aplicabilidade da Musicoterapia no tratamento não medicamentoso da clientela formada por pacientes vítimas de queimaduras.

REFERÊNCIAS

ABBAGNAMO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. Trad. 1 ed. bras. coord. e rev. Alfredo Bossi; rev. Trad. e Trad. dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ARAGÃO, José Aderval; et al. Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na unidade de tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 379-382, jul/set. 2012 Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n3/08.pdf>> Acesso em: 14/02/2018

ARRUDA, Cristiane. Tratamento de Queimados. In: GALVÃO, C.R; CAVALCANTI, A (ORG). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: /Guanabara /Koogan, 2011.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Musicoterapia: Alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004

_____. *Cadernos de Musicoterapia 2*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BENENZON, Rolando. *Teoria da Musicoterapia – Contribuição ao conhecimento do contexto não verbal*. Trad. Ana Sheila M. de Uricocheia . 3ª Ed. São Paulo: Summus, 1988.

_____. *El juego del espejo y su oscuridad la dimensión creadora*. 1ª Ed. La Plata: Al Margen, 2012.

_____. *Pensando em el Dolor*. 1ª Ed. La Plata: Al Margen, 2014.

BERNAL, Astrid Del Pilar Ardila; et al. A dor do queimado, uma estratégia para alívio da dor. XI CONGRESSO BRASILEIRO DE QUEIMADURAS. Maio, 2018, Foz do Iguaçu - PR.

Anais. Foz do Iguaçu, 2018 Disponível em:

<<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/395/pt-BR/resumos-do-xi-congresso-brasileiro-de-queimaduras---2018>> Acesso: Fevereiro/2019

BIAGGIO, Angela M. B. Ansiedade Raiva e Depressão na Compressão de C.D Spielberger/ Anxiety, anger and depression according to the concept of C.D. Spielbeger. *Rev. Psiquiatria Clínica*. São Paulo. V25, n. 6, p. 291-293, nov-dez 1998.

BORGES, Maria Jucineide Lopes, SAMPAIO, Aletheia Soares; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1.pdf>> Acesso em: Out/2018

BRADT, J. et al. Vocal Music Therapy for Chronic Pain Management in Inner-City African Americans: A Mixed Methods Feasibility Study. v. 53, n. 2, p. 178-206, 2016.

BRUSCIA, Kenneth E. Definindo Musicoterapia. Trad. Mariza Velloso Fernandez Conde. 2a Ed. Rio Janeiro: Enelivros, 2000.

CANTINHO, Fernando Antônio de Freitas. Analgesia e Sedação na Balneoterapia. In: Edmar Maciel Lima Júnior; et al (org.). *Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2008.

CIENA, Adriano Polican; GATTO, Rutineia; PACINI, Vanessa Cerqueira; PICANÇO, Vivian Viani; MAGNO, Ismaelino Mauro Nunes; LOTH, Eduardo Alexandre. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201-212, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/3467/2822>> Acesso em Nov/2018.

COSTA, Divino M; et al. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 181-186, 1999 Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-03-181/port.pdf>> Acesso: Dez/2018

CUNHA, Rosemyriam Ribeiro dos Santos. Escuta terapêutica Sons Silêncios e Palavras. In: Encontro paranaense de Musicoterapia e II encontro nacional de pesquisa em Musicoterapia, 2001, Curitiba. Anais Encontro paranaense de Musicoterapia e II encontro nacional de pesquisa em Musicoterapia, 2001. p. 45-48.

DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. *Epidemiologia da Dor em Crianças Vítimas de Queimaduras*. Tese de Doutorado disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/2053/1/2005_tese_akcdamasceno.pdf> Acesso em Dez/2018.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi D; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a Enfermagem: Parte 3 Métodos Mistos e Múltiplos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* p. 179-182, 2007.

EDWARDS, Jane. The use of music therapy to assist children who have severe burns. *The Australian Journal of Music Therapy*. v. 5, p. 3-6. 1994. Disponível em: <<https://www.austmta.org.au/journal/article/use-music-therapy-assist-children-who-have-severe-burns>> Acesso Fev/2019

FERREIRA, Enéas; et al. Curativo do paciente queimado: uma revisão de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 44-51, 2003 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n1/06.pdf>> Acesso em: Out/2018

FRATIANNE, Richard B; et al. The Effect of Music-Based Imagery and Musical Alternate Engagement on the Burn Debridement Process. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. v. 22, n. 1, p. 47-53, 2001.

FREIRE, V. B; CAVAZOTTI, A. *Música e pesquisa: Novas Abordagens*. Belo Horizonte: Escola de Música da UFMG, 2007.

GRANJA, Carlos Eduardo de Souza Campos Granja. Música, conhecimento e educação: harmonizando os saberes da escola. 147 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GRECO JÚNIOR, Jiusepe Benitivoglio; et al. Tratamento de Pacientes Queimados Internados em Hospital Geral. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. v. 22, n. 4, p. 228-232, 2007. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=91> Acesso em: Dez/2018

GUAZINA, Laize; TITTONI, Jaqueline. Musicoterapia Institucional na Saúde do Trabalhador: *Conexões, Interfaces e Produções*. *Psicologia e Sociedade*. v. 1 n. 21 p. 108-11, 2009.

GUIMARÃES, Marcelo Alves; SILVA, Flávia Bússolo da; ARRAIS; Alessandra. *A atuação do psicólogo junto a pacientes na Unidade de Tratamento de Queimados*. *Revista Brasileira de Queimaduras*. V. 11, n. 3, p. 128-134, 2012 Disponível em:

<<file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/v11n3a07.pdf>> Acesso em: 04/03/2014

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. (Londres, Inglaterra) Inglaterra. *Definição de Redução de Danos*.

HARGREAVES, David J; MACDONALD, RAYMOND; MIELL, Dorothy. *How do people communicate using music?*. In: Dorothy Miell; Raymond Macdonald; David J Hargreaves. (org.). *Musical Communication*. New York: Oxford University Press, 2005.

JEFFS, Debra; et al. Effect of virtual reality on adolescent pain during burn wound care. *Journal Burn Care & Research*. v. 35, n. 5 p. 395-408. 2014.

LEÃO, Carlos Eduardo Guimarães, et al. Epidemiologia das Queimaduras no Estado de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 573-577, out./nov/dez. 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v26n4/a06.pdf>> Acesso em: Nov/2018

LEINIG, Clotilde Espínola. *A música e a ciência de encontram: um estudo integrado entre música, a ciência e a musicoterapia*. Curitiba:Juruá, 2009

LEME, Ricardo José de Almeida. *Neurofisiologia da Música*. In: Marilena Nascimento. (org.). *Musicoterapia e a Reabilitação do Paciente Neurológico*. São Paulo: Memmon, 2009

LIMA, ABM., org. Apresentação – O que é fenomenologia? In: *Ensaio sobre fenomenologia: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 9-14. ISBN 978- 85-7455- 444-0. Available from SciELO Books

MATOS, Johnata da Cruz; ANDRADE; Fabrícia Castelo Branco de; MADEIRA, Maria Zélia Araújo. *Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras: uma revisão da literatura*. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*. Teresina, v. 4, n. 2, p. 74-78, 2011 Disponível em: <<http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/rev1v4n1.html>> Acesso em: Jan/2019

MEDEIROS, Leticia Galery; KRISTENSEN, Christian Haag; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. *Estresse pós-traumático em paciente vítimas de queimaduras: uma revisão de literatura*. *Aletheia*. Canoas, n. 29, p. 177-189, 2009 Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a15.pdf>> Acesso em: Nov/2018

MILLECCO FILHO, Luís Antônio; BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo; MILLECO, Ronaldo Pomponét. *É Preciso Cantar – Musicoterapia, canto e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MOREIRA, Shirlene Viana; et al. Neuromusicoterapia no Brasil: Aspectos Terapêuticos Na Reabilitação Neurológica. *Revista brasileira de Musicoterapia*, n. 12, p.18-26, 2012 Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B7-3Xng5XEKfAlFEYURvUnZQYVk/view?pli=1>> Acesso em: Out/2018

MUSKAT, Mauro; CORREIA, Cleo M. F; CAMPOS, Sandra M. Música e Neurociências. *Revista de Neurociências*. v.8, n. 2, p.70-75, 2000 Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2000/RN%2008%2002/Pages%20from%20RN%2008%2002-7.pdf>> Acesso em: Nov/2018

MUSZKAT, Mauro. Música, neurociências e desenvolvimento humano. In: Gisele Jordão; Renata R. Allucci; Sergio Molina; Adriana Miritello Terahata. (Org.). *A Música na Escola*. São Paulo: Alucci & Associados Comunicações, 2012.

PELLITTERI, John. *Emotional process in Music Therapy*. Barcelona Publishers, 2009.

PICCOLO, Maria Thereza Sarto; et al. Dor em pacientes queimados. In: Onofre Alves Neto (Org.). *Dor Princípios E Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRENSNER; Jennifer D. Music Therapy for Assistance with Pain and Anxiety Management in Burn Treatment. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. v. 22, n. 1, p. 83-88, 2001.

PROTACIO, Judith. Patient-Directed Music Therapy as an Adjunct During Burn Wound Care. *Critical Care Nurse*. v. 30, n. 2, p. 74-76, 2010.

PUCHIVAILO, Mariana Cardoso; HOLANDA, Adriano furtado. A História da Musicoterapia Na Psiquiatria e Na Saúde Mental : Dos Usos Terapêuticos da Música à Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Ano XVI n.16, p.122-142, 2014. Disponível em <<http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wpcontent/uploads/2016/10/8-A-HIST%C3%93RIA-DA-MUSICOTERAPIA-NA-PSIQUIATRIA-E-NA-SA%C3%9ADE-MENTAL-DOS-USOS-TERAP%C3%8AUTICOS-DA-M%C3%9ASICA-%C3%80-MUSICOTERAPIA-.pdf>> Acesso em: Out/2018

QUEIROZ, Gregório José Pereira de. Os Tipos de Ouvinte. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, ano V n. 6, p. 13-22, 2002. Disponível em: <<http://www.revistademusicoterapia.mus.br/ano-v-numero-6-2002/>> Acesso em: Jan/2019.

REIMBERG, Thiago Bueno. O Discurso Poético em Musicoterapia: Uma Elucidação Filosófica. *Revista brasileira de Musicoterapia*, n. 13 p. 6-14, 2012. Disponível em: <<http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/10/O-DISCURSO-POÉTICO-EM-MUSICOTERAPIA-2.pdf>> Acesso em: Ago/2018

REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, n.2. *Definição de musicoterapia*. Rio de Janeiro: UBAM, 1996. Disponível em: <<http://www.revistademusicoterapia.mus.br>> Acesso em: Out, 2018.

ROHILA, L; et al. Effect of Music Therapy on Pain Perception, Anxiety, and Opioid Use During Dressing Change Among Patients With Burns in India: A Quasi-experimental, Cross-over Pilot Study. *Ostomy Wound Manage.* v. 64, n. 10 p. 40-46. 2018.

ROSSI, Lidia Aparecida. et al. *A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuid.* Revista latino-am de Enfermagem. Ribeirão Preto. V. 8, n. 3, 2000 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>> Acesso em: Nov/2018

ROSSI, Lidia Aparecida. et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista latino-am de Enfermagem.* Ribeirão Preto. V. 8, n. 3, 2000 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>> Acesso em: out/2018

RUSSO, Ary do Carmo. *Queimaduras.* Rio de Janeiro: Livraria Luso-Espanhola e Brasileira, 1959.

SCARCELA, Erisdalva C. A dor no paciente queimado. *Revista RECCS Fortaleza.* Fortaleza. n. 9, 1997 Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/1819/1900>> Acesso em: Out/2018

SCHNEIDER, MA. The Effect Of Listening To Music On Postoperative Pain in Adult Orthopedic Patients. *J. Holist Nurs.* v. 36, n. 1, p. 23-32, 2016.

SILVA, Jovânia Marques de Oliveira; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem.* v. 61, n. 2, p. 254-257, 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/saude/Downloads/Fenomenologia.pdf>> Acesso em jul/2019

SILVA, Andreia; et al. A terapia da Realidade Virtual e a pessoa queimada: redução da dor nos cuidados à ferida - Uma Revisão Integrativa de Literatura. *Revista brasileira de Queimaduras.* v.14, n. 1, p. 35-42 2015 Disponível em: <<http://rbqueimaduras.org.br/details/241/pt-BR>> Acesso em: jan/2019

SILVA, Jefferson Pereira Da; ZANINI, Claudia Regina de Oliveira. As identidades Sonoras no Contexto Grupal em Musicoterapia. In: LEÃO, E; CARVALHO, V.L (org). *Pesquisa em Música II: O Ensino, A Vivência e a Aprendizagem.* Curitiba: CRV, 2017.

SILVA, Jefferson Pereira; ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; DAHER, Ricardo Piccolo. Efeitos da Musicoterapia no Cuidado de Pacientes vítimas de queimaduras. *Revista Música Hodie.* 2019, v. 19. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/musica/article/view/51942> Acesso em: Ago/2019

SON, Jung Tae; KIM, Sun Hwa. The effects of self-selected music on anxiety and pain during burn dressing changes. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* v. 36, n. 1, p. 159-168, 2006. Disponível em:

<[file:///C:/Users/mtjef/Desktop/MEstrado/Artigos%20revis%C3%A3o%20de%20literatura/BVS%20portug%C3%AAs/\[The%20effects%20of%20self-selected%20music%20on%20anxiety%20and%20pain%20during%20burn%20dressing%20changes\].%20_%20Taehan%20Kanho%20Hakhoe%20Chi%3B36\(1\)_%20159-68,%202006%20Feb.%20_%20MEDLINE%20_%20Biblioteca%20Virtual%20em%20Sa%C3%BAde.pdf](file:///C:/Users/mtjef/Desktop/MEstrado/Artigos%20revis%C3%A3o%20de%20literatura/BVS%20portug%C3%AAs/[The%20effects%20of%20self-selected%20music%20on%20anxiety%20and%20pain%20during%20burn%20dressing%20changes].%20_%20Taehan%20Kanho%20Hakhoe%20Chi%3B36(1)_%20159-68,%202006%20Feb.%20_%20MEDLINE%20_%20Biblioteca%20Virtual%20em%20Sa%C3%BAde.pdf)> Acesso em: Fev/2019

TEIXEIRA, Márcia Maria Reis; et al. Efeitos Da Música No Pós-Operatório De Pacientes Hospitalizados. *Rev. méd. Minas Gerais*; 28: [1-5], jan.-dez. 2018.

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967938> Acesso em: Jan/2019

VAAJOKI, Anne; et al. Music as a nursing intervention: Effects of music listening on blood pressure, heart rate, and respiratory rate in abdominal surgery patients. *Nursing and Health Sciences* n°13, 2011 p.412-418. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.14422018.2011.00633.x/asset/j.14422018.2011.00633.x.pdf?v=1&t=huel1zhz&s=009af7c9f59186b6812009fbef1c53e882795367>> Acesso em Out/2018.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. *A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>> Acesso em: Set/2018

TAN, X. MM. The Efficacy of Music Therapy Protocols for Decreasing Pain, Anxiety, and Muscle Tension Levels During Burn Dressing Changes: A Prospective Randomized Crossover Trial. *Journal of Burn Care & Research*. v. 31, n. 4, p. 590-597, 2010

WHITEHEAD-PLEAUX; Annette M. Exploring the Effects of Music Therapy on Pediatric Pain: Phase 1. *Journal Of Music Therapy*. v. XLIV, n. 3, p. 217-241, 2007.

WHITEHEAD-PLEAUX, Annette M; BARYZA, Mary Jo; SHERIDAN, Robert L. The Effects of Music Therapy on Pediatric Patients' Pain and Anxiety During Donor Site Dressing Change. *Journal Of Music Therapy*. v. XLIII n. 3, p 136-153, 2006.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY.(Carolina do Norte, EUA) Estados Unidos da América. *Definição de Musicoterapia*

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira. Coro Terapêutico - Um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio. In: BARCELLOS, L. R.M (org). *Vozes da Musicoterapia Brasileira*. São Paulo: Apontamentos, 2007.

_____. Coro terapêutico - um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio. 2002. 143 p. Dissertação (Mestrado em Música) - Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

_____, Fenomenologia, Arte e Formação Humana: Olhares a Partir da Música e da Musicoterapia. *Anais V Congresso de Fenomenologia da Região Centro-Oeste*. Goiânia, GO, Brasil, 2013

_____, Fenomenologia do Viver e Morrer: A expressão por meio da Música e da Musicoterapia. In: ZANINI, C.R.O; CAMARGO, R.C (org). *Música na Contemporaneidade: Ações e Reflexões*. Goiânia: Ed. da Puc Goiás, 2015.

APÊNDICE 1 – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

ANEXO A (TCLE)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MÚSICA

**Termo de Consentimento livre e Esclarecido – TCLE**

Você está sendo convidado a participar como voluntário(a), de uma pesquisa. Após receber esclarecimentos e as informações a seguir, no caso aceitar fazer parte do estudo, assine ao final desse documento, que está em duas vias uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética es pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo Telefone 3521-1075 ou 35211076.

Informações sobre a pesquisa:

Título do Projeto: MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: UM ESTUDO SOBRE NÍVEIS DE DOR E DE ANSIEDADE

Pesquisador Responsável: Jefferson Pereira da Silva

Telefone para Contato: 62 984390787

Informações importantes que você deve saber sobre a pesquisa:

Esse termo de consentimento está sendo aplicado pelo pesquisador Jefferson Pereira da Silva, musicoterapeuta formado pela Universidade Federal de Goiás (UFG). A pesquisa será realizada por esse Musicoterapeuta. Esta pesquisa visa investigar a contribuição da Musicoterapia no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras. O estudo utilizará dados da Escala Faces – EF e Inventário de Ansiedade Estado – IDATE-E , bem como um depoimento do participante da pesquisa, ou seja, como foi pra ele participar da Musicoterapia. Relatos descritivos e Analíticos dos atendimentos também serão analisados pelo pesquisador junto a orientadora da pesquisa, professora Dr^a Claudia Regina de Oliveira Zanini durante as supervisões clínicas. No decorrer da pesquisa serão utilizados métodos e técnicas musicoterapêuticas.

Essa pesquisa não trará danos físicos. Os possíveis riscos, como constrangimento, serão minimizados através da atuação direta do pesquisador participante que buscará recursos e técnicas adequadas para resolver situações emergentes, contando ainda com acompanhamento e supervisões semanais da orientadora da pesquisa. Se necessário, poderão ser realizados atendimentos musicoterapêuticos extras e individuais. Como benefícios, os participantes podem

minimizar o estresse e a dor ao focarem atenção à música como elemento terapêutico. Você jamais será identificado, ou seja, sua identidade será mantida em total sigilo. Sua participação na Pesquisa é voluntária. Você não receberá nenhum tipo de gratificação ou pagamento financeiro, para sua participação. Você tem direito de pleitear indenização (reparação de danos imediatos ou futuros), garantida em lei, decorrentes da participação da pesquisa. As filmagens e áudios serão utilizadas somente para apresentações científicas sem a identificação do sujeito. Este material áudio-visual será danificado após cinco anos da realização da pesquisa. Esclareço que você pode se retirar da pesquisa a qualquer momento e isso não resultará em nenhuma penalidade. Os resultados da presente pesquisa serão publicados independentemente de serem favoráveis ou não.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA.

Eu, _____, abaixo assinado
RG _____ CPF _____
concordo em participar como sujeito voluntário do estudo "MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS: UM ESTUDO SOBRE NÍVEIS DE DOR E DE ANSIEDADE", Sob a responsabilidade de Jefferson Pereira da Silva. Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador responsável sobre a pesquisa, bem como procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem penalidade.

Goiânia, ____ de _____ de _____

Nome do Sujeito: _____

Assinatura do Sujeito: _____

Mt. Jefferson Pereira da Silva – Pesquisador Responsável

APÊNDICE 2 – FICHA MUSICOTERAPÊUTICA

FICHA MUSICOTERAPÊUTICA¹

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____

Idade _____ Data de nascimento ____/____/____

Sexo: () M () F

Naturalidade _____

End _____
_____ CEP _____

Profissão: _____

OBS: _____

Telefones(contatos):

_____ Falar com _____

_____ Falar com _____

E-mail _____

Diagnóstico médico: _____

OBS: _____

Queixa Principal:

DADOS MÚSICAIS

1. Costuma ouvir música? () Sim () Não
2. Com que frequência: () Nunca () 1 vez por semana () 2 vezes por semana () 3 vezes por semana () todos os dias
3. Como costuma ouvir música? () Rádio () Gravador () TV () CD () ao vivo () Outros
4. Como você ouve música? () Fazendo outras atividades () Com atenção total () Apenas Ouvindo () Apenas ouvindo () Acompanhando com o corpo () Acompanhando cantando () Acompanhando com instrumentos. () Outros Quais?
5. Já obteve algum aprendizado musical? () Sim () Não Em caso de afirmativo qual foi? _____

6. Costuma participar de Festas? () Sim () Não
7. Costuma assistir apresentações musicais? () Sim () Não
8. Qual o tipo de música você gosta de ouvir? () Cantada () Instrumental
9. Qual tipo de música você gosta? () Erudita () Estrangeira () Religiosa () MPB () Sertaneja Outras() Qual(is)? _____
10. Em quais (is) elemento (s) musical (is) lhe chama mais atenção?
() Letra () Melodia () Ritmo
11. Quais são seus cantores favoritos?

12. Quais os cantores que não te agradam?

13. Quais os instrumentos musicais que mais te agradam?

14. Quais os instrumentos musicais que lhe desagradam?

15. Quais as canções infantis de sua preferência?

16. Cite suas músicas favoritas?

17. O Que você espera da Musicoterapia?

18. Outras Observações

Data da entrevista: ___/___/___

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

¹ Este modelo foi baseado na ficha musicoterapêutica utilizada por Ivany Fabiano Medeiros em sua dissertação de mestrado defendida no PPG-Música da EMAC/UFG (2013), cujo o título é: *Musicoterapia na Preservação da Memória e na Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados*, sob orientação da Profª Claudia Regina de O. Zanini.

APENDICE 3 – PARECER UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Musicoterapia no tratamento de pacientes vítimas de queimadura: Um Estudo sobre níveis de Dor e de Ansiedade

Pesquisador: Jefferson Pereira da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 87794318.1.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.756.787

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Musicoterapia no tratamento de pacientes vítimas de queimadura: Um Estudo sobre níveis de Dor e de Ansiedade. Pesquisador Responsável: Jefferson Pereira da Silva. N. CAAE: 87794318.1.0000.5083.

Esta EMENDA solicita a inclusão do HUGOL como Instituição Coparticipante no protocolo de Pesquisa, para que este seja direcionado ao mesmo para avaliação.

Trata-se de um projeto de Mestrado do Programa de pós-graduação em Música da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG. A pesquisa será quanti-qualitativa, realizada em um hospital especializado no atendimento de vítimas de queimaduras, com 50 indivíduos entre de 18 a 55 anos e de ambos os sexos que sofreram queimaduras de segundo grau nos membros superiores. Serão feitos atendimentos musicoterapêuticos que utilizarão as experiências musicais de recreação e audição (BRUSCIA, 2000) nas intervenções musicoterapêuticas. Cada paciente terá dois encontros com o musicoterapeuta, após o momento de troca de curativos, sendo um encontro com a realização de uma intervenção musicoterapêutica e o outro não. A ordem dos encontros (com ou sem Musicoterapia) será mudada a cada paciente. Os dados quantitativos serão coletados a partir da Escala Faces, bem como inventário de ansiedade estado IDATE-E. Os dados qualitativos serão coletados a partir dos depoimentos dos pacientes após participarem da Musicoterapia por meio de registros das sessões (relatórios descritivos, filmagens e áudios), bem como as fichas musicoterapêuticas e os depoimentos sobre o atendimento musicoterapêutico

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.756.787

vivenciado.

Declararam que iniciarão a coleta de dados somente após a apreciação do HUGOL.

Objetivo da Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

"Não fui informado pela instituição HUGOL que deveria colocar a mesma como coparticipante da pesquisa, bem como a necessidade do presente projeto passar pelo comitê de ética em pesquisa da Secretária de Saúde. Assim, solicito que o presente projeto passe pelo referido comitê. Declaro que a realização da pesquisa será feita após a avaliação do mesmo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos da Musicoterapia nos níveis de dor e de ansiedade de pacientes vítimas de queimaduras

Objetivos secundários:

- Compreender os tipos de dor que acometem os pacientes vítimas de queimaduras e as características biopsico-socio-espirituais que advém do trauma vivenciado.
- Verificar os efeitos da Musicoterapia no nível de dor do paciente vítima de queimadura no pós-curativo.
- Verificar os efeitos da Musicoterapia no nível de ansiedade do paciente vítima de queimadura no pós-curativo.
- Aprender as expressões e sentimentos advindos do paciente vítima de queimadura por meio das intervenções musicoterapêuticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador responsável considera risco de constrangimento, que será minimizado através da atuação direta do pesquisador participante que buscará recursos e técnicas adequadas para resolver situações emergentes, contando ainda com acompanhamento e supervisões semanais da orientadora da pesquisa.

A pesquisa apresenta fundamentação teórica, relevância social e científica. Os pesquisadores demonstram experiência, capacidade e vínculo institucional para desenvolver o estudo. O projeto está completo, seus objetivos são claros, com metodologia, cronograma e orçamento apresentados.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.756.787

Como benefícios, os pacientes atendidos no decorrer da pesquisa terão acesso a mais um tratamento não medicamentoso e complementar que pode minimizar o sofrimento decorrente da situação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos que estão adequados: Folha de Rosto, Carta de Anuência do Diretor do HUGOL e Termo de compromisso assinado pelos pesquisadores.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado atendendo as seguintes recomendações:

1. Acrescentar no primeiro parágrafo: “Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) responsável(is), via e-mail (.....)e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s):

(...)/..... Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

Situação: ATENDIDO

2. Em Informações importantes, procure descrever os procedimentos com linguagem bem clara e simples, de fácil acesso aos participantes. Deixe claro que as imagens/sons serão gravados, justifique o por quê das gravações. Todas os procedimentos que envolvam o participante devem estar bem descritos a ele.

Situação: ATENDIDO

3. Trocar o termo “sujeito” por “participante”, que aparece várias vezes no TCLE

Situação: ATENDIDO

4. Visando a execução de investigações futuras, devem ser apresentados ao/à participante as seguintes informações: a) justificativa quanto à necessidade, relevância e oportunidade para usos futuros do material que fora coletado; b) consentimento dos participantes da pesquisa, autorizando a guarda do material coletado; c) declaração de que toda nova pesquisa a ser feita com os dados será submetida para aprovação do CEP da instituição e, quando for o caso, da CONEP; d) um box para

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.756.787

que os/as participantes autorizem a guarda do material coletado para uso em pesquisas futuras: (___Assinatura do participante___) Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras e, portanto, autorizo a guarda do material em banco de dados;

(___Assinatura do participante___) Declaro ciência de que os meus dados coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras, mas não autorizo a guarda do material em banco de dados Obs.: Orientar o/a participante a rubricar dentro do parêntese com a proposição escolhida.

Situação: ATENDIDO

5. Acrescentar o campo que autoriza a divulgação de imagem/voz: (___Assinatura do participante___) Permito a divulgação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa;

(___Assinatura do participante___) Não permito a publicação da minha imagem/voz/opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Obs.: Orientar o/a participante a rubricar dentro do parêntese com a proposição escolhida.

Situação: ATENDIDO

6. Acrescentar o espaço para assinatura datiloscópica para participantes não letrados conforme o modelo apresentado pela CEP.

Situação: ATENDIDO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos documentos postados somos favoráveis a presente solicitação de EMENDA que inclui o HUGOL como Instituição Coparticipante.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para abril de 2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.756.787

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------------------|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1161703_E1.pdf | 24/06/2018 23:04:45 | | Aceito |
| Outros | ementa.jpeg | 24/06/2018 23:00:46 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcleJEFFERSON.pdf | 30/05/2018 15:29:13 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Outros | carta.pdf | 30/05/2018 15:26:53 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetojefferson2018.docx | 16/04/2018 20:12:44 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostojefferson.pdf | 16/04/2018 18:57:35 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Orçamento | orcamento.docx | 16/04/2018 18:54:41 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | compromisso.docx | 16/04/2018 18:52:14 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | anuencia.docx | 16/04/2018 18:26:44 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Cronograma | cronograma.docx | 16/04/2018 18:15:09 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 05 de Julho de 2018

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

APENDICE 4 – COMITE SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
ENSINO, PESQUISA E
PROJETOS "LEIDE DAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Musicoterapia no tratamento de pacientes vítimas de queimadura: Um Estudo sobre níveis de Dor e de Ansiedade

Pesquisador: Jefferson Pereira da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87794318.1.3001.5082

Instituição Proponente: ASSOCIACAO GOIANA DE INTEGRALIZACAO E REABILITACAO - AGIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.819.301

Apresentação do Projeto:

As queimaduras podem gerar sequelas graves aos indivíduos, ocasionando dores físicas e psicológicas e atingindo esferas sóciofamiliares. O presente projeto, será realizado como trabalho final do Curso de pós graduação stricto sensu em Música da Universidade Federal de Goiás, propõe investigar os efeitos da Musicoterapia na redução da dor e ansiedade em pacientes vítimas de queimaduras que estão em processo de troca de curativos.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa aplicada, de metodologia mista, quanti-qualitativa, que será realizada numa unidade especializada em atender pessoas vítimas de queimaduras.

Serão incluídos cinquenta pacientes com idade entre dezoito e cinquenta e cinco anos, sendo indivíduos com queimaduras de segundo grau nos membros superiores, independentemente do meio pelo qual haviam sofrido a lesão, ou seja, fatores químicos e térmicos, entre outros. Serão feitos atendimentos musicoterapêuticos que utilizarão as experiências musicais de re-criação e audição (BRUSCIA, 2000) nas intervenções musicoterapêuticas. Cada paciente terá dois encontros com o musicoterapeuta, após o momento de troca de curativos, sendo um encontro com a realização de uma intervenção musicoterapêutica e o outro não. A ordem dos encontros (com ou sem Musicoterapia) será mudada a cada paciente. Os dados quantitativos serão coletados a partir da Escala Faces, bem como inventário de ansiedade estado IDATE-E.

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS

Bairro: Bairro Santo Antônio

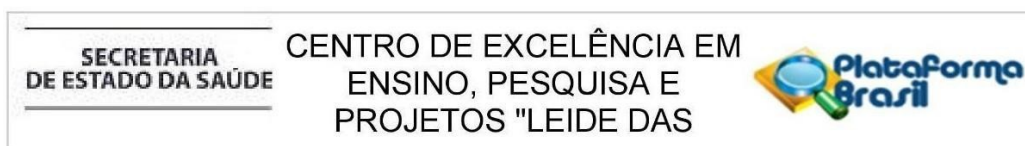
CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.cepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.819.301

Coleta de dados: Os dados qualitativos serão coletados a partir dos depoimentos dos pacientes após participarem da Musicoterapia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os efeitos da Musicoterapia nos níveis de dor e de ansiedade de pacientes vítimas de queimaduras.

Objetivo Secundário:

- Compreender os tipos de dor que acometem os pacientes vítimas de queimaduras e as características bio-psico-socio-espirituais que advém do trauma vivenciado.

- Verificar os efeitos da Musicoterapia no nível de dor do paciente vítima de queimadura no pós-curativo. - Verificar os efeitos da Musicoterapia no nível de ansiedade do paciente vítima de queimadura no pós-curativo.

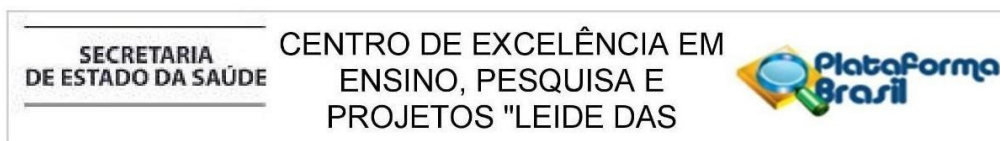
- Aprender as expressões e sentimentos advindos do paciente vítima de queimadura por meio das intervenções musicoterapêuticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos, segundo os pesquisadores: "Acredita-se que os riscos serão mínimos, pois o pesquisador é graduado em Musicoterapia, tem experiência com a clientela em questão. Será orientado e supervisionado por uma professora do curso de Pós Graduação Stricto Sensu em Música da Universidade Federal de Goiás. A exposição do paciente ao método proposto não é invasiva (uso de agulhas, cateteres e outros objetos perfurantes, lacerantes), mas sim uma abordagem direta com o pesquisador e aplicação de métodos e técnicas musicoterapêuticas como audição de música previamente escolhida pelos pesquisadores. Em seguida a aplicação de um questionário e está garantida a sua desistência em qualquer momento da pesquisa".

Sobre os benefícios, segundo os pesquisadores: "Como benefícios, os pacientes atendidos no decorrer da pesquisa terão acesso a mais um tratamento não medicamentoso e complementar que pode minimizar o sofrimento decorrente da situação". O benefício é conferido na possibilidade de diminuir as doses de medicamentos analgésicos e trazer de forma suplementar um maior conforto no momento das trocas de curativos que nestes casos são dolorosos. Está garantido no TCLE que aqueles pacientes que queiram continuar com os procedimentos musicoterapêuticos após a coleta de dados serão encaminhados ao serviço especializado do hospital.

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.cepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.819.301

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

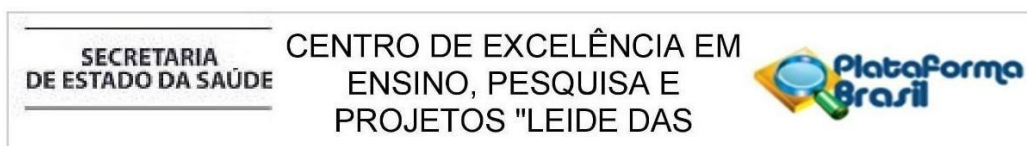
O projeto está metodologicamente ADEQUADO pois apresenta:

1. Antecedentes científicos teóricos (e informações públicas) que justifiquem a pesquisa;
2. Descrição clara e objetiva do problema de pesquisa e das hipóteses a serem testadas;
3. Objetivos bem definidos e delineados, harmonizados com o problema e hipóteses, plausíveis de serem atingidos através do método proposto;
4. Seção de materiais e métodos tem explicitação clara dos procedimentos de coleta de dados (avaliações, exames, testes e intervenções terapêuticas que serão realizadas, com a devida justificativa científica para cada um);
5. Seção de materiais e métodos tem descrição dos métodos de análise e interpretação dos dados e os mesmos são adequados;
6. Descrição minuciosa do local e população de estudo;
7. Descrição minuciosa de critérios de inclusão e de exclusão;
8. Descrição do método de amostragem, tamanho da amostra e cálculo amostral (nos casos em que couber, nem sempre cabe para estudos qualitativos);
9. Descrição dos componentes da equipe de pesquisadores, com explicitação das responsabilidades de cada pesquisador na equipe de pesquisa (pesquisador principal e pesquisadores assistentes);
10. Orçamento discriminando fontes e aplicação de recursos, demonstrando viabilidade da pesquisa.

O projeto de pesquisa está eticamente ADEQUADO, pois apresenta:

1. Formas de recrutamento dos sujeitos;
2. Forma de aplicação do TCLE;
3. Análise crítica adequada de riscos previsíveis e benefícios ao participante da pesquisa
4. Garantias éticas de privacidade na coleta de dados;
5. Garantias éticas de sigilo e confidencialidade na guarda dos dados: expressando que os dados colhidos serão de acesso exclusivo aos pesquisadores envolvidos no projeto e que não será permitido acesso a terceiros (seguidores, empregadores, superiores hierárquicos), garantindo proteção contra qualquer tipo de discriminação e ou estigmatização, com fichas impressas/manuscritas guardadas por cinco anos (no mínimo) e depois eliminadas por incineração ou trituração (reciclagem), com arquivos digitais guardados por cinco anos (no mínimo) ou perpetuamente com acesso por senha conhecida apenas pelos pesquisadores

| |
|--|
| Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS |
| Bairro: Bairro Santo Antônio CEP: 74.853-070 |
| UF: GO Município: GOIANIA |
| Telefone: (62)3201-3408 E-mail: cep.ceepp@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.819.301

6. Garantia ética de anonimato do participante e da instituição envolvida (se houver necessidade de anonimato para a instituição envolvida);
7. Critérios de suspensão e encerramento da pesquisa (nos casos que couber/ pesquisas com risco de reações adversas graves/sérias);
8. Garantia ética de ressarcimento ou provimento material prévio;
9. Garantia ética de indenização no caso de dano material ou moral, deficiência ou morte;
10. Compromisso de tornar públicos os resultados;
11. Forma de acompanhamento e assistência aos participantes da pesquisa (nos casos em que couber).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

• Folha de rosto está adequada, pois:

1. Tem identificação e assinatura do pesquisador;
2. Tem identificação da instituição proponente com identificação e assinatura do responsável por autorizar a pesquisa na proponente.

• Termo de Compromisso Ético dos Pesquisadores está adequado, pois:

1. Menciona do nome completo de todos os pesquisadores no corpo da declaração,
2. Menciona que todos os pesquisadores conhecem o teor do projeto;
3. Menciona que todos os pesquisadores conhecem e se comprometem a cumprir a Resolução CNS 466/12 e todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos;
4. Apresenta compromisso de tornar públicos os resultados da pesquisa;
5. Apresenta compromisso de entrega de relatórios parciais e final ao CEP;
6. Apresenta compromisso de sigilo, confidencialidade, privacidade, anonimato;
7. Tem assinatura de todos os pesquisadores.

• Declaração de Ciência e Autorização de Pesquisa pela Unidade Proponente (para as pesquisas que a instituição proponente não for uma Unidade da SES-GO, se trata de declaração da instituição que propõe a pesquisa) está adequada, pois:

1. Menciona o nome da pesquisa e do pesquisador responsável;
2. O responsável institucional menciona que conhece o teor da pesquisa, autoriza a mesma após aprovação pelo sistema CEP/CONEP;

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com

**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**

**CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
ENSINO, PESQUISA E
PROJETOS "LEIDE DAS**



Continuação do Parecer: 2.819.301

3. O responsável institucional menciona que está ciente de sua corresponsabilidade pelo projeto e de seu compromisso e responsabilidade pela guarda, segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa e seus dados, dispondo de infraestrutura necessária para essa garantia;

4. Com assinatura e carimbo do responsável institucional em autorizar a pesquisa.

• Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta os itens e está adequado, pois apresenta:

1. Linguagem acessível/compreensível aos candidatos a participar da pesquisa;
2. Justificativa da pesquisa;
3. Objetivos da pesquisa;
4. Procedimentos que serão realizados com os participantes (descrição dos exames, tratamentos, avaliações, observações, entrevistas, etc);
5. Desconfortos e riscos previsíveis associados à participação na pesquisa;
6. Benefícios razoavelmente esperados para participantes ou para terceiros;
7. Forma de acompanhamento e assistência, com a indicação nominal dos responsáveis;
8. Garantia de esclarecimentos a qualquer momento;
9. Liberdade de recusa, explicitando ausência de penalização ou prejuízo de atendimento e cuidado ao sujeito da pesquisa;
10. Garantia de sigilo, privacidade, confidencialidade dos dados;
11. Garantia de anonimato do participante e da instituição envolvida (se houver necessidade para esta);
12. Menção e forma de ressarcimento de despesas ou provimento material prévio;
13. Tipo e grau de acesso aos resultados;
14. Identificação, email e telefone dos pesquisadores;
15. Telefone/endereço/email do CEP/SES/GO;
16. Espaço para assinatura do participante da pesquisa ou seu representante legal;
17. Espaço para impressão digital, se houver participante não alfabetizado, com espaço para testemunha assinar;
18. Espaço para assinatura do pesquisador responsável.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com

**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**

**CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
ENSINO, PESQUISA E
PROJETOS "LEIDE DAS**



Continuação do Parecer: 2.819.301

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos pesquisadores que apresentem relatório parcial a cada seis meses e relatório final no encerramento da pesquisa. É obrigatória a apresentação desses relatórios. O relatório parcial deve descrever os danos e efeitos provocados pela pesquisa (se eles ocorreram ou não) e medidas de proteção e recuperação da saúde realizadas. O relatório final deve descrever os danos e efeitos provocados pela pesquisa e medidas de proteção e recuperação da saúde realizadas, bem como descrever os resultados da pesquisa. Os relatórios devem ser anexados numa notificação realizada na Plataforma Brasil. O relatório tem modelo próprio, por favor, solicite o modelo pelo email <cep.cepp@gmail.com>.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------|------------------------|----------------------------|----------|
| Outros | ementa.jpeg | 24/06/2018 23:00:46 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcleJEFFERSON.pdf | 30/05/2018 15:29:13 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Outros | carta.pdf | 30/05/2018 15:26:53 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetojefferson2018.docx | 16/04/2018 20:12:44 | Jefferson Pereira da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS

Bairro: Bairro Santo Antônio

CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.cepp@gmail.com

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE

CENTRO DE EXCELÊNCIA EM
ENSINO, PESQUISA E
PROJETOS "LEIDE DAS



Continuação do Parecer: 2.819.301

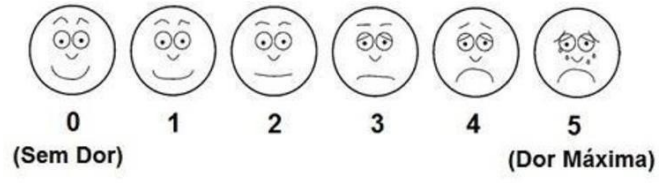
GOIANIA, 14 de Agosto de 2018

Assinado por:
YARA HILARIO MEDEIROS PEIXOTO
(Coordenador)

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.cepp@gmail.com

ANEXO A – ESCALA FACES – EF

Escala de Dor Faces



ANEXO B- Questionário IDATE – E

| Ansiedade Estado | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Muitíssimo=4 Bastante=3 Um Pouco=2 Absolutamente Não=1 | | | | |
| 01. Sinto-me calmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. Sinto-me seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. Estou tenso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. Estou arrependido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. Sinto-me à vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. Sinto-me perturbado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. Estou preocupado com possíveis infortúnios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. Sinto-me descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. Sinto-me ansioso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me "em casa" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confinado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervoso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraído | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me superexcitado e confuso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO C

Boas-Vindas

D.P
Vers. Demas Jr

Bom di - a * a - mi - go co - mo vai? Bom
Bo - a tar - de a - mi - go co - mo vai? Bo - a

4 di - a a - mi - go co - mo vai? Fa - re - mos o pos - sí - vel e se -
tar - de a - mi - go co - mo vai? Fa - re - mos o pos - sí - vel e se -

7 re - mos bons a - mi - gos! Bom di - a a - mi - go co - mo vai?
re - mos bons a - mi - gos! Bo - a tar - de a - mi - go co - mo vai?

* Pode substituir a palavra "amigo" pelo nome da pessoa

ANEXO D

Faz um Milagre em Mim

Régis Danese

D A/C# Bm
 Co - mo Za - queu _____ eu que - ro su - bir _____ o mais

4 G D/F# A/C# Bm
 al - to que eu pu - der _____ só pra te ver, _____ o - lhar pa - ra ti _____ e cha -

8 G D/F# G
 mar su - aa - ten - ção pa - ra mim. _____ Eu pre - ci - so de ti _____ Se - nhor! _____

11 D/F# G D/F# Em
 Eu pre - ci - so de ti _____ ó Pai! _____ Sou pe - que - no de mais,

14 Em/D C G/A A
 _____ me dá a tu - a paz _____ lar - go tu - do pra ti _____ se - guir. _____

17 D A/C#
 En - tra na mí - nha ca - sa, _____ en - tra na mí - nha vi -

2

Faz um Milagre em Mim

19 Bm Bm/A G

- da, me-xe com mi-nhaes - tru - tu - ra, sa-ra to - das as fe - ri -

21 D/F# A/C#

- das me en-si-na ter san - ti-da - de, que-roa-mar so-men - tea ti,

23 Bm Bm/A G G/A A

— por-queo Se-nhor éo meu bem mai-or, faz um mi-la - greem mim!

ANEXO E

Noites Traiçoeiras

Pe. Zeca

D A/C# Bm
 Je - sus es-tá a-qui nes-te mo-men - to Su-a pre-sen-

4 G Em A D A/C#
 - ça é re-al em meu vi-ver. En - tre-ga su - a vi - da seus pro-ble-

7 Bm G Em D
 - mas fa-la com Deus E - le vai a - ju - dar vo - cê.

10 Bm G A
 Deus te trou - xea-qui pa - raa-li vi - ar os teus so - fri-men-

13 D A/C# Bm G
 tos, É E - leoau-tor da fé, do prin - cí pio ao

16 A D D7
 fim; de to - dos teus tor - men - tos. Ea - in - da se vi - er

19 G A D
 — noi-tes trai - ço - ei - ras, — sea cruz pe - sa - da for Cris-to es - ta - rá con - ti -

22 Bm Em A
 - go o mun - do po - dea-té fa - zer vo - cê cho - rar, — mas Deus te quer sor-

2 Noites Traiçoeiras

25  rin - do. ___ rar, mas Deus te quer ___ sor - rin - do. ___

29  Se - ja ___ qual - for o seu ___ pro - ble - ma, ___ fa - le com Deus

31  E - le vai a - ju - dar ___ vo - cê. ___ A - pós a dor ___ vem a a - le - gri -

34  - a ___ Deus é a - mor ___ não te dei - xa - rá ___ so - frer. ___

ANEXO F

Meu Barquinho

Giselli Cristina Giselli Cristina

O ven-to ba-lan-çou meu bar-coem al-to mar, o me-do me cer-

cou, e quis me a-fo-gar. Mas en-tão eu cla-mei, ao Fi-lho de Da-vi E-le me es-cu-

tou por is-soes-tou a-qui. O ven-toE-lea-cal-mou, o me-do re-preen-

deu. Quan-doE-le or-de-nou, o mar o-be-de-ceu. Não te-mo mais o

mar, pois fir-meestá minha fê. No meu bar-qui-nhoes-tá Je-sus de Na-za-

ré. Seo me-do me cer-car, ou seo ven-to so-prar seu no-meu cla-ma-

rei, E-le me guar-da-rá. Não te-mo mais o mar pois fir-meestá minha

fê, No meu bar-qui-nhoes-tá Je-sus de Na-za-ré.

ANEXO G

Ressucita-me

Anderson Freire
Interp. Aline Barros

D A

Mes-tre eu pre-ci-so deum mi-la - gre.

Bm G

3 Trans-for-mami-nha vi-dao meu es-ta-do.

D A Bm

5 Faz tem-po queeu não ve-joa luz do di-aes-tão ten-tan-do se-pul-tar mi-nha le-ri-

G D/F#

7 - a, ten-tan-do ver meus so-nhos can-ec-la-dos.

Em B/D# D C#m7(5-) G

9 La-za-ro ou-viu a su-a voz, quan-doa-que-la pe-dra re-mo-veu,

D4 D A/C#

11 - de- pois de qua-tro dí-as e-le re-vi-veu.

Bm Bm/A G D9/F# Em

13 Mes-tre não há ou-tro que pos-sa fa-zer, a-qui-lo que só o teu no-me tem to-do po-der,

A4 A D

15 Eu pre-ci-so ta-to deum mi-la - gre! Re-mo-vea mi-nha pe-

2

Ressucita-me

17 A Bm

- dra, me cha-ma pe-lo no-me, mu-da mi-nhahis-tó -

19 G D9/F#

- ria, Res-sus-ci-ta os meus so-nhos. Trans-for-ma mi-nha vi -

21 G A C9

da, me faz um mi-la-gre, me to-ca nes-sa ho -

23 G/B G/A D G/B G/A D

ra, me cha-ma pa-ra fo-ra. Res-sus-ci-ta-me! ra. Res-sus-ci-ta-me!

27 D A/C#

Tu és a pró-pria vi-da, a for-ça quehá em mim, Tu és

30 Bm G

o Fi-lho de Deus que me er-gues pra-ven-cer! Se -

32 D9/F# A

nhor de tu-do em mim, já ou-ço tu-a voz me cha -

34 Bm G

man-do pra-vi-ver u-mahis-tó-ria de po-der.

36 E B6

Re-mo-vea mi-nha pe-dra, me cha-ma pe-lo no -

ANEXO G

TRISTEZA DO JECA

VIOLÃO
1º VIOLINO

The musical score is written for Violão and 1º Violino. It consists of six staves of music in G major, 2/4 time. The key signature has one sharp (F#). The score is divided into measures, with measure numbers 7, 13, 21, 28, and 31 indicated in boxes. Chord symbols are placed above the notes: G, C, G, C, G, D7, G, C, G, C, G, G7, C, G, C, G, G7, D7, G, D7, D7, G, D7, G, C, G, C, G.

Measure 1: G, C, G, C, G, D7

Measure 7: G, C, G, C, G, G7

Measure 13: C, G, C, G, G7

Measure 21: D7, G, D7

Measure 28: D7, G, D7

Measure 31: G, C, G, C, G