**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA PAULA ALMEIDA

**CANTO GREGORIANO COMO REDUTOR DE ANSIEDADE DAS
MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS:
ESTRATÉGIA PARA A ENFERMAGEM**

**SÃO PAULO
2010**

ANA PAULA ALMEIDA

**CANTO GREGORIANO COMO REDUTOR DE ANSIEDADE DAS
MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS:
ESTRATÉGIA PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação de
Enfermagem na Saúde do Adulto da
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre.

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:
Prof^o Dr. Maria Julia Paes da Silva

**SÃO PAULO
2010**

Folha de Aprovação

Ana Paula Almeida

Canto Gregoriano como redutor de ansiedade das mães de
crianças hospitalizadas: estratégia para a enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre

Data da Defesa: ____/ ____/ ____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A vocês, dedico o fruto de muito trabalho!

Aos meus queridos pais, Paulo e Ofélia que, sem nunca medirem nenhum esforço, me ensinaram a romper com os obstáculos que se apresentam em nossa vida. Minha eterna gratidão pelo empenho dispensado para minha formação pessoal e profissional.

Com todo amor do meu coração, muito obrigado!

Ao meu querido marido por compreender meu compromisso profissional e tudo o que isto significa para minha vida pessoal. Sérgio, agradeço pela sua confiança, sua paciência, por suas demonstrações de amor, ternura e carinho.

Obrigado pelo seu apoio, ingrediente fundamental para a realização deste trabalho.

Ao meu filho Diogo, que compartilhou das minhas alegrias, do meu esgotamento, das noites mal dormidas, da correria sem fim...
meu querido amor incondicional!

Meu filho, me perdoe pelas horas que passamos longe um do outro, pelas brincadeiras e passeios que não fizemos.

Com certeza, um dia poderá entender que uma mãe faz tudo para ser um grande exemplo para seu filho seguir!

Obrigado pelo sorriso largo, cheio de pureza e verdade!

AGRADECIMENTOS

À Nitiren Daishonin, pela revelação da grande Lei da Vida!

Ao Sr. Daisaku Ikeda, pela perseverança em propagar o
NAM MYO HO RENGUE KYO aos quatro cantos do mundo!

Às mães que participaram deste estudo e aos seus filhos que me permitiram conhecer e vivenciar com eles o cuidado por meio da música.

À Professora Dr^a. Maria Julia Paes da Silva pelo apoio e incentivo para trilhar neste caminho da pesquisa científica. Meu respeito pela brilhante profissional e meu carinho e orgulho pela oportunidade de caminhar ao seu lado.

Ao Grupo de Estudos das Práticas Alternativas e Complementares de Saúde pelo grande valor agregado, pelo grande esforço em trilhar neste caminho.

Às minhas irmãs Maristela e Alessandra que, embora estejam a quilômetros de distância, sinto sempre presentes no meu caminho. Meu amor e carinho para vocês!

Um agradecimento especial para a Léia Fortes Salles, que sempre esteve atenta aos meus movimentos.

À minha grande amiga Amparito V. Castro, pela prontidão, carinho, por acreditar em mim e me apoiar nos momentos mais difíceis da minha vida. Responsável e incentivadora por esta escolha. Na sua companhia, iniciei este trabalho. Tenho-te muito carinho e respeito! Uma imensa gratidão!

Aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela competência, sabedoria e paciência com a qual desempenham a arte de ensinar, encaminhar e preparar os alunos desta escola.

À equipe da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sempre prontos! Meu respeito sempre.

Ao apoio da Divisão de Enfermagem do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

À equipe de enfermagem da Unidade de Especialidades II, pela presença nesta trajetória.

A todos os profissionais do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que, direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Às minhas colegas de Mestrado que compartilharam comigo todas as alegrias e angústias desta decisão.

A todas as pessoas que de perto ou de longe me apoiaram.

A todos que já descobriram e aqueles que descobrirão o brilho que se vê nesta escolha.

Quando algum bom propósito ou algum projeto extraordinário nos inspira, todos os nossos pensamentos se libertam, nossas mentes transcendem seus limites, nossa consciência se expande em várias direções e nos vemos em um mundo novo, grande e maravilhoso. Forças, habilidades e talentos adormecidos ganham vida e descobrimos que somos muito maiores do que jamais sonhamos que pudéssemos ser.

Pantajali (Século II)

Resumo

Almeida AP. Canto Gregoriano como redutor de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas: estratégia para a enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

A música exerce efeitos diversos no nosso organismo como terapêutica complementar. Quando uma mãe tem um filho hospitalizado, sente-se insegura e com medo do futuro, gerando ansiedade. Este estudo objetivou verificar se o canto Gregoriano altera o estado de ansiedade de mães com filhos internados. Pesquisa do tipo descritiva, exploratória, correlacional com análise quantitativa, quase experimental em uma unidade de internação de especialidades de hospital governamental de grande porte, pediátrico de atenção quaternária. A unidade é para atendimento a convenios empresariais, com 15 leitos ativos. Amostra inicial composta por 71 mães, sendo que 28 concluíram todas as etapas da coleta de dados. A mãe foi convidada, pessoalmente, a participar da pesquisa e após o aceite do convite, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheu o Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Traço. Foram agendados dois encontros no quarto individual do próprio paciente para a realização da audição musical de canto Gregoriano com utilização de equipamento digital e uso de fones de ouvido. Também foi respondido o formulário de identificação do sujeito da pesquisa contendo dados pessoais, dados relacionados ao filho internado e informações sonoro-musicais e o Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Estado antes e após cada audição musical. A primeira audição musical foi com, no mínimo, 48 horas de internação e a segunda audição musical foi agendada 48 horas após a primeira. A pesquisadora permaneceu no quarto nos primeiros e nos últimos 5 minutos da audição musical das mães. Os dados foram armazenados em planilha *Excel for Windows Explorer*[®] e analisados em programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - Versão 18.0. Foram realizadas análises estatísticas descritivas através de: teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), correlação de Pearson entre os escores da escala de ansiedade; análise de variância (ANOVA – ONE WAY) para comparar os escores da escala de ansiedade; teste *t* de student para comparar as médias entre os escores e as variáveis sócio-demográficas. Adotado o nível de 5% de significância nas análises estatísticas. Na primeira audição musical verificou-se que 25(89,2%) mães tiveram seu estado de ansiedade diminuídos e na segunda audição musical, 25(89,2%) continuaram a ter seu estado de ansiedade diminuído. Apesar de não permitir generalizações devido o número limitado de mães participantes deste estudo, pôde-se concluir que a utilização do canto Gregoriano diminui o estado de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas em um hospital pediátrico de atenção quaternária acomodados em quartos individuais. É necessário que se amplie o estudo dos estilos musicais para sua aplicabilidade na assistência de enfermagem com mães de crianças hospitalizadas.

DESCRIPTORIOS: Música. Ansiedade. Mães. Terapias Complementares. Terapias Alternativas.

Abstract

Almeida AP. Gregorian chant as complier anxiety of mothers of children in hospital: strategy for nursing [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

The Music exerts different effects on our body, such as complement therapy. When the mother have hospitalized child feel insecurity and fear of the future, causing anxiety. This research aimed to verify if the Gregorian chant changes the state of anxiety of mothers with hospitalized children. Descriptive research, exploratory, correlational with quantitative analysis, almost-experimental, done in large-sized teaching hospital in units of quaternary care pediatric specialties, with 15 active beds, whose focus of attendance are business and individual agreements. Initial sample composed of 71 mothers, but only 28 mothers completed all stages of the data collection. Mothers were invited personally to participate in the study and after agreeing to sign the Informed Consent to fill the Diagnostic Inventory Trait Anxiety. Two meetings were scheduled in the patient bedroom individual, so they listened the Gregorian chant with the use of Digital Equipment and headphones. They were also answered the identification form the subject of the investigation that contains personal data relating to child boarding and sound-musical information and the Diagnostic Inventory State Anxiety before and after each listening session. The listening session was first with at least 48 hours of hospitalization and the second listening session was scheduled 48 hours after the first. The researcher stays in the room at the first and the last five minutes of music listening mothers. The datas were stored in Excel spreadsheet for Windows Explorer ® and analyzed in SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - Version 18.0. Descriptive statistical analysis were carried out through: test of normality (Kolmogorov-Smirnov), Pearson correlation between the scores of the anxiety scale, analysis of variance (ANOVA - ONE WAY) to compare the scores of the anxiety scale; test t student to compare means between the scores and socio-demographic variables. Adopted 5% level of significance in statistical analysis. At the first listening session was verified that 25 (89.2%) mothers had decreased their anxiety state and the second listening session, 25 (89.2%) continued their state of anxiety decreased. Despite not allow generalizations due to the limited number of mothers participating in this study, so it was concluded that the use of Gregorian chant decreases anxiety of mothers with children hospitalized in quaternary care pediatric hospital accommodated in rooms individualized. It is necessary to broaden the study of musical styles to applicate in nursing care com mothers of hospitalized children.

KEYWORDS: Music. Anxiety. Mothers. Complementary Therapies. Alternative Therapies.

Resumen

Almeida AP. Canto Gregoriano como la reducción de la ansiedad de las madres de hijos hospitalizados: estrategia para el oficio de enfermera [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

La música ejerce diversos efectos en nuestro organismo como terapéutica complementar. Cuando una madre tiene un hijo hospitalizado se siente insegura y con miedo del futuro, causando ansiedad. Investigación descriptiva, exploratoria, correlacional con análisis cuantitativa, casi-experimental, realizada en hospital escuela de grande porte en unidad de especialidades pediátricas de atención cuaternaria, con 15 leitos activos, cuyo foco de atendimento son convenios empresariales y particulares. Muestra inicial compuesta por 71 madres, siendo que 28 concluyeron todas las etapas de la colecta de datos. Las madres fueron invitadas personalmente para participar del estudio y después de aceptar firmaron el consentimiento Libre y Esclarecido para llenar el Inventario de Diagnóstico de Ansiedad Trazo. Fueron agendados dos encuentros en el cuarto individual del propio paciente para proceder a la audición musical del canto Gregoriano con utilización de equipamiento digital y micrófonos de oído. También fueron respondidos o formulario de identificación del sujeto de la investigación que contiene datos personales relacionados al hijo internado y sobre informaciones sonoro-musicales y el Inventario de Diagnóstico de Ansiedad Estado antes e después de cada audición musical. La primera audición musical fue con mínimo, 48 horas de internación y la segunda audición musical fue agendada 48 horas después de la primera. La pesquisadora permaneció en el cuarto en los primeros y en los últimos 5 minutos de la audición musical de las madres. Los datos fueron almacenados en planilla *Excel for Windows Explorer*[®] y analizados en programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences – Versión 18.0. Fueron realizados análisis estadísticos descriptivos a través de: test de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), correlación de Pearson entre los scores de la escala de ansiedad; análisis de variancia (ANOVA – ONE WAY) para comparar los scores de la escala de ansiedad; test *t de student* para comparar las medias entre los scores y las variables socio-demográficas. Adoptado um nivel de 5% de significancia en los análisis estadísticos. En la primera audición musical se verificó que 25(89,2%) madres tuvieron su estado de ansiedad disminuido y en la segunda audición musical, 25(89,2%) continuaron con su estado de ansiedad disminuido. A pesar de no permitir generalizaciones debido al número limitado de madres participantes de este estudio, se pudo concluir que la utilización del canto Gregoriano disminuye el estado de ansiedad de madres con hijos hospitalizados en hospital pediátrico de atención cuaternaria acomodados en cuartos individualizados. Es necesario que se amplie el estudio de los estilos musicales para su aplicabilidad en la asistencia de enfermería con madres de hijos hospitalizados.

PALABRAS CLAVES: Música. Ansiedad. Enfermería. Terapias Complementarias. Terapias Alternativas.

Lista de Tabelas

		p
Tabela 1	Distribuição da frequência da participação das mães na pesquisa. São Paulo - 2010	50
Tabela 2	Distribuição das variáveis sócio-demográficas referente às mães de crianças internadas (n=56). São Paulo - 2010	51
Tabela 3	Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=56). São Paulo - 2010	52
Tabela 4	Distribuição da frequência das variáveis segundo as informações sonoro-musicais (n=56). São Paulo - 2010	56
Tabela 5	Distribuição da frequência quanto ao escore traço das mães (n=56). São Paulo - 2010	59
Tabela 6	Distribuição da frequência do escore de ansiedade estado (E1) antes da primeira audição musical (n=56). São Paulo - 2010	60
Tabela 7	Distribuição da frequência quanto ao escore de ansiedade estado (E2) após a primeira audição musical (n=49). São Paulo - 2010	60
Tabela 8	Distribuição das variáveis sócio-demográfica referente às mães de crianças com filhos internados (n=28). São Paulo - 2010	61
Tabela 9	Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=28). São Paulo - 2010	62
Tabela 10	Distribuição das características das mães segundo as informações sonoro-musicais (n = 28). São Paulo - 2010	66
Tabela 11	Distribuição da frequência dos escores de ansiedade estado (E3) antes da segunda audição musical (n=48). São Paulo - 2010	67
Tabela 12	Distribuição da frequência dos escores de ansiedade estado (E4) após a última audição musical (n=28). São Paulo - 2010	67

Lista de Abreviaturas

Total T	Escores da escala de diagnóstico de ansiedade traço
E1	Escores da escala de diagnóstico de ansiedade estado antes da primeira audição musical
E2	Escores da escala de diagnóstico de ansiedade estado após a primeira audição musical
E3	Escores da escala de diagnóstico de ansiedade estado antes da segunda audição musical
E4	Escores da escala de diagnóstico de ansiedade estado após a segunda audição musical

Lista de Quadros

		p
Quadro 1	Distribuição dos escores de ansiedade traço e estado, diferenciados por cores, antes e depois da primeira e segunda audição musical de canto Gregoriano (n=71). São Paulo - 2010	57
Quadro 2	Distribuição dos escores de ansiedade traço e estado diferenciado por cores, segundo os escores, das 28 mães que participaram e concluíram a pesquisa. São Paulo - 2010	68
Quadro 3	Distribuição da confiabilidade do inventário de diagnóstico de ansiedade traço e estado das mães de crianças hospitalizadas segundo o teste psicométrico Cronbach's Alpha (n=28). São Paulo - 2010	69

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Preferência musical das mães, segundo sua percepção de relaxamento (n=56). São Paulo - 2010	p 55
Gráfico 2	Preferência musical, segundo a percepção de relaxamento e número de vezes em que é citado pelas mães (n=28). São Paulo - 2010	65

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	18
1.2 MARCO TEÓRICO	22
1.2.1 A Ansiedade	22
1.2.2 A Música	24
1.2.2.1 Breve história da música	24
1.2.2.2 Uma pausa para a teoria musical	26
1.2.2.3 A música no nosso mundo	28
1.2.2.4 Os efeitos da música sobre a saúde do homem	30
1.2.2.5 A enfermagem e a música	32
2 HIPÓTESE	40
3 OBJETIVO	41
4 MÉTODO	42
4.1 TIPO DE PESQUISA	42
4.2 LOCAL	42
4.3 AMOSTRA	42
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
4.4.1 Aspectos éticos e trajetória	43
4.4.2 A intervenção	44
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
4.5.1 Formulário para caracterização do sujeito da pesquisa	45
4.5.2 Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	46
4.6 SELEÇÃO MUSICAL	47
4.6.1 Equipamentos para a audição musical	47

4.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO	48
4.8	TRATAMENTO DOS DADOS	48
5	DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	50
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	51
5.1.1	Caracterização da população segundo as variáveis sócio-demográficas	51
5.1.2	Caracterização da população segundo as variáveis relacionadas ao filho internado	52
5.1.3	Caracterização da população segundo as variáveis relacionadas ao universo sonoro - musical	55
5.2	APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: INVENTÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO	57
5.2.1	Descrição do traço e estado de ansiedade das mães	59
5.3	CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES QUE ATENDERAM A TODOS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	61
5.3.1	Caracterização da população segundo as variáveis sócio-demográficas	61
5.3.2	Caracterização da população segundo as informações relacionadas ao filho internado	62
5.3.3	Caracterização da população segundo o universo sonoro musical	65
5.4	CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE	69
5.5	CORRELAÇÕES	69
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
6.1	MÃES QUE RECUSARAM PARTICIPAR DO ESTUDO	71
6.2	MÃES QUE CORRESPONDERAM SOOMENTE À CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISADA	71
6.3	MÃES QUE REALIZARAM A PRIMEIRA AUDIÇÃO	

	MUSICAL	72
6.4	MÃE QUE INTERROMPEU A PRIMEIRA AUDIÇÃO MUSICAL	74
6.5	MÃES QUE INTERROMPERAM A PRIMEIRA AUDIÇÃO MUSICAL E ACEITARAM RESPONDER AO IDATE APÓS A INTERRUPÇÃO	74
6.6	MÃES QUE RECUSARAM A SEGUNDA AUDIÇÃO MUSICAL	75
6.7	MÃES QUE ATENDERAM TODOS OS CRITÉRIOS DA PESQUISA	78
6.7.1	Mães que tem conhecimento sobre música	79
6.7.2	Mães que sofreram interrupção durante a audição musical	81
6.7.3	Mães de crianças portadoras de doença crônica	81
6.7.4	Mães que obtiveram escores de ansiedade traço elevado e altíssimo	82
6.7.5	Mãe surpreendida com o próprio resultado	83
7	CONCLUSÕES	86
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	95
	ANEXOS	99

“Eu sei de muito pouco, mas tenho a meu favor tudo o que não sei. E, por ser um campo virgem, está livre de preconceitos. Tudo o que não sei é a minha parte maior e melhor. É a minha largueza. É com ela que eu compreenderia tudo. Tudo que eu não sei é que constitui a minha verdade.”

Clarice Lispector

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

A convivência com a música ocorreu desde a infância, com o sonho dos meus pais em ver suas filhas tocando piano. O sonho dos meus pais tornou-se meu objetivo pessoal e, após nove anos de estudo, concluiu-se o curso técnico em piano. O curso de piano foi realizado em uma escola que chamamos de conservatório musical. Esta escola era liderada por religiosas e o contato com elas despertou-se o interesse pela música sacra. Dizia-se, no conservatório, que o canto Gregoriano nos fazia acalmar. Apesar da formação musical em escola liderada por religiosas e o interesse por músicas sacras, neste momento não será discutido religiosidade e/ou religião.

Cursou-se a faculdade de enfermagem e, neste período, a música ficou um pouco distante do cotidiano, porém presente na alma. No decorrer da prática profissional em contato com mães de crianças portadoras de doença crônica, entra-se em contato com uma mulher, que é mãe e teme pela doença e hospitalização do seu filho. Durante alguns anos, observou-se um grande número de mães em situação de angústia pela incerteza no restabelecimento da saúde de seus filhos e o medo do futuro ou, de como poderia ser o enfrentamento da luta pela vida de seus filhos diante de uma doença crônica. Este número de encontros aliada à experiência pessoal de ser mãe e ter vivenciado uma internação do meu filho, me fez questionar como a Enfermagem poderia ajudar essas mães a enfrentar este período tão difícil de hospitalização.

Oliveira e Angelo (2000) relatam que a mãe é, invariavelmente, a primeira pessoa a perceber que existe algo de errado com seu filho, que ele não está bem e busca ajuda profissional na tentativa de resolver a questão. Na busca de solução, muitas vezes acaba sendo levada para a internação do seu filho. Toda essa trajetória é acompanhada de muita dor e sofrimento, emergindo entre outros fenômenos o *“vivendo momentos de insegurança”*.

Este fenômeno implica em ansiedade materna, que pode interferir no processo de internação para o tratamento da doença.

Whaley e Wong's (1999), quando esta mãe é informada sobre o diagnóstico da doença do seu filho, a sua reação inicial é de negação ou descrença. A partir do momento que consegue visualizar o problema, passa a sentir raiva, culpa ou ambos. Comumente, estes sentimentos também são direcionados para a equipe de saúde. Inicia-se uma maratona de exames específicos, dolorosos e complicados sendo, muitas vezes, necessário a hospitalização. Nesses encontros percebe-se que há alguma dificuldade por parte da mãe em lidar com esta situação, como se já houvesse uma despedida prematura de sua criança, quando o caso é grave.

Quanto às doenças crônicas, Damião e Angelo (2001) procuraram compreender como a família vivencia os períodos críticos que esta condição da criança impõe. Dentre os dados coletados e analisados chama a atenção o fenômeno *“sendo difícil não ter controle”*. Este fenômeno retrata um momento onde nada é de conhecimento da família a cerca do que está ocorrendo. Isto gera incertezas, insegurança e medo do futuro. Neste momento, a mãe que acompanha seu filho pode ver “o chão abrir sob seus pés”. Para uma mãe, cuidar de uma criança com doença crônica é muito penoso, principalmente quando o prognóstico da doença é ruim, com poucas chances de sobrevida ou com poucas chances de vida.

De acordo com Hockenberry (2006) existe um aspecto muito importante no cuidado centrado nas famílias de crianças doentes cronicamente, que é o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e sua família. O objetivo deste tratamento é de manter a integridade do papel de liderança e apoio à família nos períodos de crise e estresse. Então, neste cuidado centrado, acredita-se que a música utilizada como terapia pela enfermagem possa exercer uma função relevante na tentativa de manter essa integridade, enquanto redutora da ansiedade da mãe gerada pela hospitalização de um filho.

Esta mulher também se desvincula da própria condição de mulher, de esposa e dos cuidados consigo mesma, se dedicando inteiramente ao cuidado de sua criança (Milbrath et al, 2008). Na prática, algumas mães

verbalizam a falta de interesse do próprio marido em ajudar nos cuidados com a criança, sendo que alguns raramente fazem visitas durante a hospitalização. A mulher se vê sobrecarregada em suas tarefas, preocupada com a casa e outros filhos que ficaram sob os cuidados de familiares ou pessoas do seu convívio. Toda essa tensão, toda essa carga de preocupações interfere de maneira crucial no relacionamento com a equipe de Enfermagem na medida em que esta solicita mais do que cuidados de Enfermagem. Muitas vezes solicita a nossa participação em decisões da sua vida pessoal, verbalizando situações da vida íntima, alterando limites do nosso papel de assistência à saúde.

Diante desta confusão de papéis, como consequência, ocorrem desentendimentos entre a equipe e a família, gerando mais tensão e ansiedade, num momento de muita dor e sofrimento. As relações interpessoais ficam estremecidas pela comunicação ineficiente e inadequada, onde a tarefa do profissional de Enfermagem é, segundo Silva (1996), de decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente ou familiar lhe envia. Neste sentido, refere que, para cumprir esta tarefa, deve prestar muita atenção na comunicação verbal e não verbal. Isto possibilita um planejamento de cuidados acertados com as suas necessidades.

A Política Nacional de Humanização, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 881 de 19 de junho de 2001, atualizada em janeiro de 2004, entre outras ações, é operacionalizada com a identificação das necessidades, dos desejos e dos interesses de todos os sujeitos envolvidos com a área da saúde. Preocupada com esta relação, pergunta-se como seria possível tornar este período de hospitalização menos angustiante, de tal forma a diminuir a ansiedade desta mãe, visto que programa de humanização hospitalar voltado para a mãe é menos frequente.

Pensar a prática de Enfermagem é, na atualidade, um grande desafio para todo Enfermeiro. Precisamos refletir sobre nossa prática profissional, focalizando o trabalho, não somente a competência técnica. É necessário permitir ao Enfermeiro aprender através da análise e interpretação da sua própria prática, com seu próprio conhecimento adquirido na sua trajetória

experimental e pessoal. Procurar o significado das experiências vividas, facilitar a compreensão sobre o que é ser Enfermeiro e quais são suas possibilidades dentro da prática profissional, do cuidar ao educar, ousar e fazer a diferença sobre aquilo em que acredita, pode se transformar no melhor caminho para a prática do cuidado individualizado e humanizado.

Quando se procura realizar um cuidado humanizado, logo se pensa que se está realizando um cuidado desumanizado. Porém, o cuidado humanizado compreende o perceber o cliente como indivíduo, valorizar a afetividade e sensibilidade necessária no ato de cuidar sem pensar que se está fazendo uma caridade (Casate e Correa, 2005).

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 A ansiedade

De acordo com o dicionário Michaelis (2008), ansiedade é - an.si.e.da.de - sf (*lat anxietate*) 1 Aflição, angústia, ânsia. 2 *Psicol* Atitude emotiva concernente ao futuro e que se caracteriza por alternativas de medo e esperança; medo vago adquirido especialmente por generalização de estímulos. 3 Desejo ardente ou veemente. 4 Impaciência, sofrimento, sofreguidão.

Muitos autores se dedicaram no estudo da ansiedade e tentaram construir um conceito, uma definição adequada, porém, pela complexidade deste transtorno, houve alguma dificuldade em fazê-lo. Há registros históricos da Antiguidade com diferentes nomes, indicando que a ansiedade faz parte da experiência humana. No último século, os estudos sobre a ansiedade chamaram a atenção de forma especial na cultura ocidental. Vivemos no grande auge da ansiedade que se espalhou pelo mundo com a globalização. Muitas vezes, a ansiedade nos ajuda como se fosse um impulso na hora certa, fazendo parte do nosso cotidiano. No entanto, pode se tornar patológica, gerando sintomas e causa prejuízos na nossa vida (Dratcu e Lader, 1993).

A ansiedade é considerada o transtorno mental mais freqüente pela medicina. As mulheres são muito mais afetadas que os homens: dois terços das pessoas que recebem um diagnóstico de ansiedade são do sexo feminino. As mulheres com ansiedade, em geral, possuem sintomas como nervosismo, sensação de perigo eminente, irritabilidade, falta de concentração, apreensão, desconforto no peito, palpitações, respiração rápida, falta de ar subjetiva, calafrios, tremores, tonteiras e agitação. Além disso, há um fator muito importante na mulher que pode explicar a ocorrência mais freqüente de ansiedade, que é o hormonal. Os neurônios que mandam fibras para o sistema límbico possuem muitos receptores de estrogênio. Quando os níveis de estrogênio estão altos, o cérebro da mulher é invadido por muitos estímulos que são percebidos como emoções,

causando uma sensação de intranquilidade, que chamamos de ansiedade (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008).

Fioravanti et al. (2006) detectaram diferenças importantes entre gênero nas escalas traço e estado do Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE). As mulheres apresentaram escores significativamente maiores em relação aos homens tanto no traço como no estado de ansiedade.

Kinrys e Wygant (2005) discutiram dados de várias amostras epidemiológicas. Estes sugeriram que as mulheres possuem uma probabilidade duas vezes maior de preencherem os critérios para apresentarem transtorno de ansiedade generalizada, entre outros transtornos. Relataram também, que existem evidências de vários estudos, que fatores genéticos e hormonais das mulheres podem desempenhar papéis importantes na diferença de gênero.

Para Peniche e Chaves (2000), os Enfermeiros ainda não estão suficientemente preparados para assistir as demandas do cliente com ansiedade, pois depende de uma avaliação emocional apropriada, sendo esta, intimamente relacionada com a subjetividade humana.

Os dados anteriores confirmam que a mulher apresenta mais ansiedade em relação ao homem. Portanto, este aspecto merece nossa atenção e nosso preparo como profissionais da saúde que ficam em contato direto com essas mulheres que acompanham seus filhos hospitalizados. Assim sendo, toda a forma possível para redução de ansiedade que se pode utilizar, é muito bem vinda num ambiente onde paira a incerteza e o medo do que virá.

Bianchi (2000) concluiu que, entre enfermeiros, existe maior índice de estresse em unidade aberta quando comparado com o estresse de unidade fechada. Esta conclusão sugere que conseguindo uma diminuição da ansiedade da mãe que tem seu filho internado em uma unidade de especialidades, promovido por ações de enfermagem, teremos uma diminuição do estresse da própria equipe enfermagem. Atitudes que proporcionam condições de um ambiente mais tranquilo e acolhedor podem

romper um “ciclo vicioso” de possíveis desentendimentos durante a convivência no período de hospitalização da criança.

Grazziano e Bianchi (2004) consideraram que qualquer alteração que afete um dos membros da família poderá afetar outro membro do núcleo familiar. Assim sendo, as intervenções de Enfermagem relacionadas à família irão desencadear reações a cada um dos seus membros. Desta forma, se o Enfermeiro promover ações que visem à redução da ansiedade para um membro da família, infere-se que tenha repercussão entre os outros familiares em questão.

Morais e Costa (2009) consideram imperiosa uma atenção diferenciada da enfermagem para as mães de crianças internadas. Refere que, esta nova situação de “estar internada” mobiliza muita dor e inquietação no âmbito familiar, especialmente para a mãe acompanhante. Assim, a enfermagem com uma atitude humana deve desenvolver estratégias práticas de resolução das necessidades emanadas da genitora pelo sofrimento vivido.

1.2.2 A música

1.2.2.1 Breve história da música

Os Romanos conquistaram a Grécia há cerca de 500 anos a.C. e assimilaram alguns aspectos da cultura grega. Roma foi o centro do Império Romano, tendo grande importância nas áreas militar, social e política, o que não foi diferente com a música, fortemente influenciada pela cultura grega. Nesta época, a música era difundida em todas as classes sociais, apresentando vários grupos instrumentais e corais. A música romana exaltava os militares e utilizava instrumentos de grande potência sonora que acompanhavam os combates dos gladiadores. Os imperadores romanos Marco Aurélio e Nero protegiam a música. Segundo alguns historiadores, Nero chegou a organizar concursos musicais onde apresentava suas composições militares. Em Roma nasceu a divulgação musical através de viagens que hoje chamamos de *tournées*. Além de obras que exaltavam os militares, nessa época encontramos também formas musicais romanas

presentes nos rituais cristãos que deram origem à monodia cristã. Eram inspiradas em salmos de origem hebraica tidas como exemplo em equilíbrio e perfeição, com forte efeito místico. Os cântigos – canto, hino, salmo ou poema – faziam parte do culto cristão e com o tempo, desenvolveu-se até assumirem a forma de uma melodia chamada cantochão (Baratella, 2008).

O cantochão é a música ocidental mais antiga que se conhece. Consiste em uma melodia e é monofônica. O cantochão é a música religiosa da época e não tem acompanhamento. As melodias fluem livremente quase sempre se mantendo dentro de uma única oitava. Seu desenvolvimento acontece através de intervalos de um tom. Tem ritmos irregulares de acordo com as acentuações das palavras e o ritmo natural da língua latina que é a base do canto desta música (Bennett, 1986).

Santo Ambrósio (340-397) ajudou a elaborar uma série de regras para manter um estilo adequado de hinos sacros e foi chamado de canto ambrosiano. O Papa Gregório, o Grande (540-604) utilizou a forma de cantochão em seus rituais cristãos da época, divulgando-o. Foi então chamado de canto Gregoriano (Baratella, 2008).

O canto Gregoriano é a mais antiga música ocidental em uso nos nossos dias, datada no fim do século VI. As qualidades características do coral gregoriano são a inesgotável riqueza melódica, o ritmo puramente prosódico, subordinado ao texto, dispensa a separação dos compassos pelo risco. É rigorosamente homofônica mesmo se cantada por um coro numeroso. Ouve-se sempre em uníssono (Carpeaux, 2001).

Em estudos atuais, Muszkat et al. (1995) utilizaram o canto Gregoriano para mapeamento eletroencefalográfico de dois pacientes afásicos do sexo masculino. Importante ressaltar que foi encontrada grande proporção de frequência beta – sono profundo – e potência no hemisfério não lesado. Também foi encontrado aumento na frequência de atividade alfa – relaxamento – no hemisfério cerebral não lesado restrito à região do lobo temporal. Já Frayman (2000) utilizou o canto Gregoriano para realizar uma análise quantitativa da atividade elétrica em pacientes epiléticos. Interessante que, encontrou no grupo controle masculino, uma diminuição da

freqüência beta – sono profundo – em todas as regiões analisadas. Já no grupo controle feminino houve um aumento da mesma freqüência beta.

Segundo Campbell (2001), o canto Gregoriano tem a capacidade de reduzir a ansiedade, pois respeita a freqüência respiratória. Le Mée (1996) refere que os intervalos reduzidos em que o canto gregoriano mantém, de acordo com a freqüência respiratória e a acentuação das palavras em latim, fixa a atenção do ouvinte durante sua execução. Neste gênero musical não há momentos de tensão ou clímax que se faça esperar, o que nos deixaria extremamente cansados. Ao contrário, sua linha musical é sustentada. O fato de não termos familiaridade com o latim torna difícil saber qual seria nossa reação ao saber sobre o tema e desenvolvimento da canção. Talvez a intenção seja de nos agradar somente com a presença serena e elevada desta música.

De certa forma, Le Mée (1996) confirma Campbell (2001) quando refere que “o efeito do canto é equilibrar a mente, as emoções e o corpo”.

Em 476, com o fim do Império Romano, começa a Idade Média. A principal característica deste período é o poder do Cristianismo ligado ao Estado, mantendo-se acima das monarquias européias. Por esta razão, a Igreja exerce grande influência sobre a música (Baratella, 2008). A Igreja, assumindo o domínio sobre a permissão da forma e modo de atuação musical, demonstra reconhecer o poder que os modos musicais têm sobre o comportamento das pessoas (Baratella, 2008 e Costa, 1989).

1.2.2.2 Uma pausa para a teoria musical

O som é uma série de vibrações provocadas em corpos elásticos e transmitidas aos meios elásticos vizinhos. Estas vibrações, quando regulares, comprovadas por meios gráficos são chamadas de sons. Ao contrário, constituem os ruídos. Assim, conclui-se que, sendo exigida uma medida para a determinação do som, fica fácil de entender que a música pode ser um problema matemático, além de físico. Sabe-se que o conjunto de sons dá formação à música que existe em todos os tempos como expansão da humanidade, assim como as outras artes e modalidades da

linguagem. Desde o homem primitivo descobrindo e usando sua voz, primeiro instrumento de sopro ao alcance do Homem até os dias atuais, com a mais requintada tecnologia sonora, a Humanidade utiliza a música para expressar suas emoções, desejos e idéias (Ribas, 1957).

Med (1996) define a música como a arte de combinar os sons simultânea e sucessivamente, com ordem, equilíbrio e proporção dentro do tempo. Refere que a música tem a seguinte constituição:

- melodia: conjunto de sons dispostos em ordem sucessiva;
- harmonia: conjunto de sons dispostos em ordem simultânea;
- contraponto: conjunto de melodias dispostas em ordem simultânea;
- ritmo: ordem e proporção em que estão dispostos os sons que constituem a melodia e a harmonia.

Med (1996) ainda propõe algumas características para o som que seguem assim definidas:

- altura: determinada pela frequência de suas vibrações, ou seja, quanto maior for a velocidade da vibração sonora, mais agudo será o som;
- duração: extensão de um som ou tempo de emissão das vibrações;
- intensidade: amplitude das vibrações, grau de volume sonoro;
- timbre: combinação de vibrações, é a “cor” do som.

Todo som musical tem, ao mesmo tempo, estas quatro propriedades ou características descritas (Med, 1996).

Benenzon (1988), com o objetivo de abrir os canais de comunicação do ser Humano, concebeu a idéia de que cada ser Humano tem dentro de si, uma identidade sonora e que se chama ISO.

A palavra ISO vem do grego e quer dizer igual, referindo-se a identidade sonora referida por Benenzon (1988) e na linguagem musicoterápica significa qualidade de humor da música ser igual ao humor ou à emoção de cada pessoa (Baratella, 2008).

Assim, o complexo som-ser humano-som resume em si mesmo toda a dinâmica e o processo histórico para fundamentar a utilização da música como terapia (Benenzon, 1988).

Benenzon (1988) separou cinco estruturas dinâmicas de ISOs:

- ISO Gestáltico (Ig): é a sonoridade interna que caracteriza cada indivíduo, sua personalidade sonora;
- ISO Cultural (Ic) ou ISO Grupal (Igr). : é a sonoridade de um indivíduo ligada a uma cultura com a qual se relaciona ou teve como formação.
- ISO Universal (Iu): é a identidade sonora que identifica todo ser Humano, suas características peculiares como o batimento cardíaco, os sons da respiração e da voz materna;
- ISO Complementário (Ico): que caracteriza um determinado momento do ser Humano.

O princípio ISO se encontra em constante movimento dentro do inconsciente do ser Humano, estruturando-se no decorrer do tempo (Benenzon, 1988). Estas estruturas podem ser úteis para o entendimento dos resultados deste estudo.

1.2.2.3 A música no nosso mundo

Sabe-se que a música é uma forma de comunicação e expressão humana. Todo povo ou etnia possui sua própria música que traz consigo sinais da sua história, sua cultura e até mesmo da sua religiosidade (Skylstad, 2004). Sendo assim, faz parte do desenvolvimento global do Homem desde a sua infância não devendo, portanto, ser lembrada ou utilizada somente em atividades recreativas ou comemorativas. Sabe-se, também, que a música exibe uma linguagem universal. O pentagrama musical é lido igualmente por todos os povos. Tocam-se as valsas de Strauss ou os Noturnos de Chopin com a mesma partitura aqui no Brasil e na China ou na Áustria e na Polônia, ainda que variem as interpretações. Essa é uma das razões pelo qual a música tem, entre outros, o poder de unir os povos sem distinção de idade, raça ou credo.

Há poucos meses, vimos o poder de conciliação entre os povos, através da apresentação da Filarmônica de Nova York em um palco norte-coreano. Apesar do ditador norte-coreano não estar presente, as bandeiras dos dois países estavam hasteadas no palco. A orquestra tocou os hinos

dos dois países que não mantêm relações diplomáticas. A música aproximou dois povos rivais em uma rara apresentação cultural dentro de um país conduzido por um ditador “mão de ferro” (Globo, 2008a).

Vimos, também, a importância da música ser veiculada no meio político e educacional. O atual Presidente da República do Brasil sancionou, em 18/08/08, um projeto que torna obrigatório o ensino da música nas escolas de ensino fundamental e médio (Globo, 2008b).

Pode-se verificar a utilização da música como ferramenta para desenvolvimento da capacidade do ser humano em se comunicar e se relacionar desde o início da humanidade. Por esta razão, pode-se entender a inclinação natural do homem pela música, independente do gênero musical preferido. Porém, desta inclinação, também vimos a música ser mal utilizada. Infelizmente, há relatos de que a música foi utilizada para fins de humilhação durante a Segunda Guerra Mundial pelos nazistas. Durante o holocausto, os nazistas obrigavam os prisioneiros de guerra tocar valsas vienenses durante as execuções. Recentemente, também houve um ato parecido em Sarajevo quando um *bombardeio musical* foi tocado nos autôfalantes e os prisioneiros foram obrigados a cantar canções patrióticas da Sérvia. Em meio a esses atos de horror que a guerra nos proporciona, a música também teve seu papel de alívio quando, durante conflitos da Guerra do Vietnã, no meio pesado dos bombardeios, ouviam-se pessoas cantando como forma de se desprender daquele terror (Skylstad, 2004).

Com estes exemplos, pode-se dimensionar o poder que a música exerce sobre o homem e em diferentes situações, sempre resultando em alguma transformação onde e/ou por quem é tocada/ouvida. Temos um grande instrumento para ser utilizado nas ações de Enfermagem, ampliando suas perspectivas para o trabalho.

Pode-se perceber, ao ouvir uma música, que existem variações durante sua execução. Ora “baixinho”, que na linguagem musical chama-se piano e pianíssimo. Ora “alto” ou “muito alto”, que se chama forte ou fortíssimo. Ora lento, allegro, allegro moderato, prestíssimo etc. Essa variação pode influenciar o ser humano de “*maneira psicológica*”, podendo produzir um efeito calmante ou excitante (Zarate e Dias, 2001). Nota-se que

a música pode ser utilizada com finalidades variadas devido às muitas maneiras que se pode tocá-la. Desta forma, utiliza-se a música para reduzir o estresse, a dor e aumentar a autoestima com consequente melhora da qualidade de vida das pessoas.

Ouve-se música em tudo, no Homem e na natureza. Como na música, no Homem pode-se observar o ritmo, a sincronia e a melodia que no ser humano pode ser notado no coração, no andar e no falar ou cantar, respectivamente (Leão e Silva, 2004). A música é capaz de envolver todo o nosso ser através do seu ritmo, melodia, forma, tom, harmonia e timbre tornando possível a construção de imagens pela nossa mente e, sugere-se com potenciais diferenças de acordo com o tipo de música (Leão, 2002).

1.2.2.4 Os efeitos da música sobre a saúde do homem

Além de pensar em cuidar não somente com a competência técnica, podemos pensar em cuidar com arte. Sabe-se que a música exerce efeitos diversos no nosso organismo como terapêutica complementar. O valor referido à música como um meio terapêutico, “*um remédio para o corpo e para a mente*” é muito antigo, data de séculos atrás e é citado também, na mitologia grega, onde Apolo era o Deus da medicina e da música (Todres, 2006).

Copland (1974) considera que a maneira mais simples de se ouvir música é entregando-se totalmente ao prazer do som. Chamou de plano sensível quando ouvimos música sem pensar, sem ter muita consciência deste ato. Uma única nota percutida no piano é capaz de alterar toda a atmosfera do ambiente provando que o elemento sonoro da música é um agente muito poderoso. Não é incomum pessoas irem a um concerto para se esquecer de si mesmas ou usá-la como consolação ou subterfúgio. Podem ainda, com a música, viajar para um lugar de sonho. O outro plano que Copland (1974) cita é o expressivo, onde a música tem certo significado escondido por trás das notas. Algumas vezes expressa serenidade, exaltação, tristeza ou vitória, fúria ou delírio dependendo do momento e de quem a ouve. O terceiro plano é o puramente musical, onde a música existe

no patamar das próprias notas musicais, ou seja, da partitura musical e da sua execução com a utilização de um instrumento musical.

A música afeta as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais do indivíduo em todas as faixas etárias. A música também tem efeitos benéficos no alívio da dor (Zarate e Dias, 2001; Todres, 2006), diminuindo o estresse e a ansiedade pré-operatória em crianças (Kain et al., 2004), age sobre o sistema nervoso autônomo, reduzindo os batimentos cardíacos, a pressão arterial e a dor pós-cirúrgica e, ainda tem efeito benéfico em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (Todres, 2006).

Já foi verificado que a música lenta - andamento lento - ou meditativa produz um efeito relaxante, com redução da frequência cardíaca, pressão arterial com a possível diminuição da liberação de catecolaminas e também, redução da ventilação, sendo que a música *raga* - forma melódica da música hindu - produziu a maior redução da frequência cardíaca. Em contrapartida, com o aumento do andamento da música - velocidade das pulsações - causa o efeito contrário, pois é excitante (Todres, 2006).

Com relação ao estresse, verificou-se uma redução dos níveis de estresse e aumento da satisfação pessoal num trabalho realizado com um grupo de pacientes cardíacos acima de 18 anos, com aumento no consumo de alimentos ricos em fibras, melhor perspectiva de vida, sugerindo que a música pode ser aplicada na prática clínica como um auxiliar na intervenção terapêutica e no tratamento de doenças comportamentais, realizada através de um exercício de tomada de consciência para mudança de comportamento em relação àquilo que, na vida diária, está na contramão de uma vida saudável (Marconato et al., 2001). Houve diminuição da dor e a náusea de pacientes submetidos a transplante de medula óssea após intervenção com música e com imagens de relaxamento em relação à avaliação antes da intervenção. (Sahler; Hunter; Liesveld, 2003).

Várias vivências sobre os efeitos que a música provoca no biopsicosocioespíritual humano estão sendo relatados por diversos profissionais ligados ou não à saúde. Um garoto de quatro anos sofre queimadura em seu rosto e a música lhe parecia ser um “*anestésico*

delicioso”. Hoje é um executivo que atribuiu a sua recuperação, entre outros fatores, a música. Cuida da dor crônica liberando endorfinas, fazendo um sincronismo e condicionamento das ondas cerebrais. Também como uma forma universal de comunicação, desde aquela que se apresenta como um simples, mas não menos importante que o som do toque do teclado avisando nosso cérebro de que a ação foi concluída, até a comunicação da expressão dos sentimentos que o intérprete faz quando executa uma peça musical. A música pode expressar uma forma especial de cuidar das pessoas que, quanto mais tempo permanecem na doença, mais nos pede por compreensão e nos dão conta de quanto necessitam das coisas mais simples, como serem ouvidos e ouvir também. Cuida também das pessoas especiais com um toque especial, estimulando sensações para o desenvolvimento das funções cognitivas. Cuida das crianças hospitalizadas como em uma *brincadeira de roda*, na *palhacês* de um *Doutor* com o nariz “hiperemiado” e apoia dignamente o idoso institucionalizado em comunhão com uma assistência humanizada. Soa como uma declaração de amor a quem perdeu a consciência. Cuida também de quem assiste o paciente diminuindo o estresse hospitalar. A música cuida com o canto que precisa fazer um exercício de sincronia com a respiração, movendo músculos da caixa torácica que oxigena a caixa craniana e a pele, envolve a alma. Faz-nos dançar, celebrar e encontrar. Para tanto, deve-se ser criterioso na escolha das músicas para que não se influencie por notas desafinadas ou fora de uma boa pauta (Leão, 2009).

1.2.2.5 A enfermagem e a música

A música compõe o leque das Terapias Alternativas e Complementares –TAC. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), no Parecer Normativo 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária e realizada em 18.07.95, onde dispõe que as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, exercidas ou executadas por práticos treinados sem sistematização e são

conhecimentos repassados de geração em geração, não estando vinculados a qualquer categoria profissional. Além disso, resolve o estabelecimento e reconhecimento das Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Porém, para receber esta titulação, o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.

Assim, o COFEn reconhece a fundamentação da profissão de Enfermagem na visão holística do ser humano e o crescente interesse e utilização de práticas naturais no cuidado ao cliente e os aspectos do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem que justificam a utilização das terapias naturais (Trovo, Silva e Leão, 2003).

Em 19/03/1997, o COFEn, através da Resolução 197, estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação profissional de Enfermagem. Sabe-se, porém, que as TACs são desenvolvidas por profissionais de Enfermagem no Brasil e na América Latina, porém com um número bastante reduzido de trabalhos publicados (Barros e Adams, 2005).

Trovo e Silva (2002) verificaram que existe um contraponto entre o pensar e o agir do estudante de Enfermagem em relação às terapias alternativas na medida em que muitos deles recomendam seu uso com base no conhecimento popular sem nunca ter utilizado nenhuma técnica alternativa. O desconhecimento científico chega a fazê-los confundir terapias alternativas com esoterismo, algo místico. Discute-se a necessidade de inclusão das terapias alternativas como disciplina obrigatória e indispensável para todos os graduandos de enfermagem. Com esta iniciativa, poder-se-á observar maior número de estudos relacionados, pesquisados pela Enfermagem.

Um fato preocupante foi verificado por Barbosa e Silva (2006) quando, em seu estudo, segundo os enfermeiros pesquisados, encontraram 76,5% dos Hospitais Escola que rejeitam pedidos de tratamento alternativo quando solicitado pelos pacientes. Acredita-se que, sendo Hospitais Escola, deveriam ser pioneiros nesta iniciativa, porém não é uma relação verdadeira.

Trovo, Silva e Leão (2003) discutem também o desconhecimento sobre o respaldo legal da especialização para o enfermeiro em terapias alternativas/ complementares, fato que chamou a atenção. A preocupação aumenta, pois se os alunos de Enfermagem desconhecem o direito de exercer as terapias alternativas, também não devem estar cientes dos seus deveres enquanto profissionais. Assim, concluem ser urgente que se faça o esclarecimento para os alunos de Enfermagem sobre esses aspectos da prática profissional.

Na história da Enfermagem, a música começou a ser utilizada com a finalidade terapêutica por Florence Nightingale em 1859. Florence Nightingale já mencionava que:

[...] os instrumentos de sopro, inclusive a voz humana e os instrumentos de corda capazes de produzir sons contínuos, em geral trazem efeitos benéficos; [...], e isso independentemente da associação com o sentido dessas melodias (Nightingale, 1989).

Logo após, Isa Maud Ilsen, musicista e enfermeira, foi a responsável pela criação da Associação Nacional de Música nos Hospitais, pioneira no ensino de musicoterapia na Universidade de Columbia e Harryet Ayer Seymour, também enfermeira, depois de observar soldados feridos das I e II Guerras Mundiais, dedicou-se a terapêutica musical através de método próprio, o “Método Seymour”. Preocupada com o tema, abriu uma escola para formação de musicistas para tocar a beira do leito de pessoas hospitalizadas e fez vários concertos para milhares de doentes nos Estados Unidos (Leão e Silva, 2004; Ribas, 1957). Florence Nightingale mencionava o uso da música como cuidado à saúde (Leão, 2002).

Depois de tantos anos, infelizmente, o uso terapêutico da música não recebe credibilidade de alguns pacientes e por parte da população. Vários autores também acreditam que a terapia com música deva ser mais divulgada para que a população compreenda seu valor. Ressaltam que a falta de conhecimento sobre o modo como a música age no nosso organismo, dificulta a expansão deste trabalho, apesar dos relatos de bem estar de usuários da terapia musical (Fonseca et al., 2006).

Já no nosso contexto, a música como complemento da assistência de Enfermagem agrega um ingrediente a mais na relação da Enfermagem com o cuidador num momento difícil e de angústia dentro do contexto familiar. Também facilita a comunicação, promovendo um ambiente agradável e humanizado. Consegue trazer lembranças de momentos e pessoas do nosso convívio, tranquilizando a quem ouve. A música atua tanto no paciente quanto no profissional que atende (Andrade e Pedrão, 2005).

Acredita-se que a música é uma arte que pode se manifestar como um cuidado; a Enfermagem pode utilizá-la para o atendimento do seu paciente. A música transmite o conforto no momento da dor que o profissional de saúde, atento e preocupado com o bem estar do paciente, pode perceber. Este cuidado não tem relação como uma atividade terapeuta/cliente, mas sim em razão de um profissional interessado em garantir, além dos cuidados baseados no seu conhecimento específico, o conforto e o acolhimento que a música pode proporcionar.

Vimos alguns trabalhos relacionados com uso da música pela Enfermagem que, ora abordam seu uso com funcionários, ora com pacientes ou mesmo, com a percepção dos próprios músicos. Porém, sente-se a necessidade de intensificar os esforços na busca de alternativas para acolher o acompanhante de paciente internado, resgatando a importância da sua presença durante o restabelecimento do seu filho no hospital.

Para reforçar esta idéia, Petersen, Mouta e Aragão (2005)¹ propuseram às mães de crianças com câncer, hospedadas na Casa Ronald McDonald, no Rio de Janeiro, realizar sessões de canto onde, selecionando as músicas de preferência destas mães, as mesmas cantariam juntas. No início, a timidez das mães fazia-as mais de ouvintes das músicas que propriamente “cantoras”. Aos poucos conseguiram se entrosar e saíram cantando. Com esta experiência, liderada por musicoterapeutas,

1 - Petersen EM, Mouta DF, Aragão LM. Convivendo com o câncer, cantando...: um projeto de musicoterapia na casa Ronald McDonald. [Apresentado no 15o Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música; 2005 jul. 22; Rio de Janeiro].

conseguiram fazer a gravação de um disco com as músicas cantadas por elas, tendo os filhos como platéia em uma sala equipada para gravação. O disco gravado foi um presente de fim de ano para esta casa, para as mães, seus filhos e familiares. O trabalho com a música continuou e culminou com as mães sendo convidadas a constituir um coral. Estas mães passaram a sentir o valor da vida novamente, mesmo em meio à dor de ter um filho com câncer.

Monteiro (2005), também preocupada com a atenção às mães de crianças hospitalizadas, realizou um trabalho com abordagem grupal que teve como objetivos compreender a vivência de puérperas cujos recém-nascidos permanecem hospitalizados, verificar as relações interpessoais e os aspectos emocionais de puérperas participantes deste grupo de apoio/suporte e analisar a participação da puérpera no estudo. Durante o trabalho em grupo, foram utilizadas as seguintes atividades: colagem, massagem em grupo, técnica de teia de relações, manuais, apresentação de desenhos confeccionados e técnica do abraço coletivo. A autora considerou que a formação deste grupo favoreceu o aprendizado interpessoal, ao menos durante o tempo em que a mãe permaneceu com o filho internado. Acreditou ser uma forma de suprir as necessidades das clientes neste período. Relatou que conhecer os sentimentos das mães nesta condição, pode facilitar a assistência integral de cuidados de enfermagem, além de permitir a confiança, a aceitação e a satisfação daquela que pede cuidados.

Neste contexto musical, Gatti (2005) no seu estudo com diferentes profissionais num serviço de emergência, concluiu que a utilização da música clássica de Johann Sebastian Bach diminuiu o Estado de ansiedade dos profissionais na medida em que a demanda de trabalho aumentava.

Em outra pesquisa, Puggina (2006) ressalta que as músicas escolhidas para o seu trabalho voltado para o paciente em coma, estavam relacionadas com um momento significativo na vida do paciente, personalidade e experiências positivas. Procurou usar exatamente a música escolhida pela família, porém em alguns casos a família não soube mencionar uma música específica, apenas o cantor/cantora/grupo musical ou até, apenas o estilo musical. Nesses casos usou como critério escolher a

música mais conhecida e divulgada pela mídia do cantor, cantora ou grupo musical. Puggina (2006) pesquisou uma população bem heterogênea, o que possibilitou o uso de diferentes estilos musicais passando do gospel e reggae, baião e barroco, samba e fado português.

Leão e Flusser (2008) ressaltam a importância da utilização da música em hospitais, sobretudo no que se refere à percepção dos próprios músicos ao atuarem em instituições de longa permanência em Portugal e na França. O foco principal do estudo reside no relacionamento interpessoal mediado durante o desenvolvimento da atividade musical junto a idosos. Neste exercício, a fala de um dos músicos traduz muito bem o que pode ser aplicado nas instituições de saúde:

[...] A minha intenção é de permitir-lhes o contato com algo que, aparentemente não tem nada a ver com essas instituições. É ajudar na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas! Proporcionar momentos de prazer, de tranquilidade, de consolo, de vida e de partilha. [...]

Seguindo este princípio, acredita-se na utilização da música como redutor de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas, especialmente no Canto Gregoriano que, segundo Campbell (2001), pode reduzir o estresse, pois usa ritmos da respiração natural e sons contínuos, como já foi mencionado por Florence Nightingale e citado anteriormente.

Caminha, Silva e Leão (2009) concluíram que 80% dos pacientes sentiu o tempo passar mais rápido após intervenções musicais para pacientes adultos submetidos à hemodiálise. Perceberam, também, a aceitação e a necessidades por parte destes pacientes em receber este cuidado, este tipo de intervenção não farmacológica e uma prática complementar de saúde que pode alterar o dia a dia destas pessoas de forma positiva.

O estudo de Bergold e Alvim (2006) concluiu que a música é uma estratégia de cuidado baseada no respeito aos direitos do cliente, das suas necessidades, dos seus desejos e das suas expectativas. Baseado nesta afirmação nota-se que é de extrema importância à intervenção de Enfermagem nos casos de mães de crianças hospitalizadas. É a Enfermagem que vai permanecer durante todo tempo ao lado desta mãe

durante a internação e, desta forma, deverá manter um relacionamento harmonioso e de confiança, resgatando o lado humano desta interação.

Almeida e Castro (2010) consideram que a Enfermagem deve disponibilizar muito mais que técnicas seguras aos seus pacientes (estendendo-se assim, ao seu acompanhante), mas algo mais que isto, quando transcende o cuidado à beira do leito. Considera também que, a música sendo a arte do próprio Homem, seja uma aliada para o cuidado de enfermagem.

Oliveira, Collet e Vieira (2006) consideram que o processo de humanização no sistema de saúde é muito amplo e depende de uma mudança de comportamento dos profissionais. Entretanto, toda mudança gera resistência devido à insegurança que o novo desperta.

Espera-se que a Enfermagem ultrapasse as barreiras da assistência convencional e promova a arte como cuidado indo de encontro com o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 2002). Lembra-se também, que a mãe que acompanha seu filho hospitalizado, de certa forma, também se encontra “internada” no hospital, merecendo a atenção da Enfermagem de forma integral.

Pensando no ser humano que cuida, Backes, Koerich e Erdmann (2007) revelaram que a humanização do serviço de saúde nasce do prazer do profissional ao se entregar ao trabalho como uma causa pessoal e que, o cuidado humanizado baseia-se na condição de estar em um ambiente hospitalar totalmente dedicado a pessoa humana, respeitando seus costumes, valores, sentimentos, emoções e crenças. Destacam que o profissional de saúde não deve se limitar em seus conhecimentos específicos devendo praticar a condição de ser um Ser Humano.

Com esta preocupação, pensou-se em utilizar a música como terapia complementar para minimizar a ansiedade das mães de crianças hospitalizadas.

Morrison (2007) questiona sobre como as terapias complementares afetam eticamente a prática de Enfermagem. Pondera sobre os quatro princípios bioéticos que são autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Relembra que, no cuidado à saúde, o paciente autônomo se

expressa com consentimento informado, confidencial, verdadeiro e fiel. Considera que, quando a Enfermagem está engajada na prática baseada na ética, respeita o paciente que faz uso de práticas complementares.

É com este sentimento de respeito ao Ser Humano que se pretende realizar esse estudo, visando à diminuição da ansiedade, favorecendo as relações interpessoais durante a hospitalização e humanizando o serviço de saúde.

2 HIPÓTESE

O canto Gregoriano reduz o estado de ansiedade de mães de crianças hospitalizadas.

3 OBJETIVO

Verificar a existência de alteração do Estado de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas ao ouvir canto Gregoriano através da aplicação do Inventário de diagnóstico de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva, exploratória, correlacional com análise quantitativa, quase experimental (Polit, Beck e Hungler, 2004).

4.2 LOCAL

Foi realizada em uma unidade de internação de especialidades do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, hospital governamental pediátrico de atenção quaternária. A unidade é para atendimento a conveniados empresariais, com 15 leitos ativos e dispostos individualmente, quando o convênio dá direito a quarto privativo. Caso contrário, ficam dois leitos por quarto. O quarto individual foi o local adequado para audição musical, pois, como se acreditava, a mãe da criança internada tinha grande preocupação em ir para outro lugar, afastando-se de seu(a) filho(a). Invariavelmente, era perguntado onde seria realizada a audição musical e percebia-se certo alívio quando era esclarecido que seria no seu próprio quarto. O afastamento desta mãe em relação ao filho internado pode ser gerador de um fator de ansiedade, interferindo no resultado desta pesquisa.

4.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 28 mães ($n= 71$ inicial corresponde ao poder de confiabilidade de 95%, calculado por profissional habilitado) que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Desejar participar do estudo;
- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ter função auditiva referida preservada e condições físicas para a realização da sessão musical;

- Ter a função da linguagem preservada para responder ao IDATE e ao formulário;
- Estar acompanhando seu filho internado neste serviço por, no mínimo, 48 horas;
- Estar em quarto privativo;
- Aceitar, por escrito, participar da pesquisa (APÊNDICE – A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme previsto pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996).

Os critérios de exclusão foram:

- Mães que não aceitaram assinar ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Mães que estiveram acompanhando seu filho com necessidade de isolamento por doença transmissível;
- Mães que não aceitaram responder ao IDATE;
- Mães que não aceitaram responder as questões formuladas pela pesquisadora;
- Mães que não aceitaram ouvir a seleção musical estabelecida;
- Mães que estiveram em quarto coletivo;
- Mães que tivessem crianças com estado clínico instáveis.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Aspectos éticos e trajetória

Iniciou-se a coleta de dados em julho de 2009 após aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP em 15 de maio de 2009 (ANEXO 1) e aprovação do Conselho de Pediatria do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da USP em 03 de julho de 2009 (ANEXO 2).

Naquele mês verificou-se o início da epidemia da “gripe A” (H1N1). Devido esta gripe, houve atraso e demora na continuidade da coleta de dados, haja vista a impossibilidade de coletar dados em ambiente hospitalar na vigência de isolamento.

O término da coleta aconteceu em fevereiro de 2010, quando também foi iniciada a análise estatística dos dados coletados por profissional especializado da Escola de Enfermagem da USP*.

4.4.2 A intervenção

A mãe foi convidada, pessoalmente, a participar da pesquisa e após o aceite do convite, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Em seguida, preencheu o Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Traço (ANEXO 3). Foram agendados dois encontros no quarto individual do próprio paciente para a realização da audição musical de canto Gregoriano, quando respondeu ao Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Estado (ANEXO 4) antes e após a audição musical e o formulário de identificação do sujeito da pesquisa (APÊNDICE B) contendo dados pessoais, dados relacionados ao filho internado e informações sonoro-musicais após a audição musical.

Apesar de a seleção musical ser de canto Gregoriano, foi explicado às mães que o estudo se baseava na possível influência deste estilo musical provocar alterações no estado de ansiedade, não querendo, portanto que fosse relacionado com algum aspecto religioso. A primeira audição musical foi com, no mínimo, 48 horas de internação e a segunda audição musical foi agendada 48 horas após a primeira. A pesquisadora permaneceu no quarto nos primeiros e nos últimos 5 minutos da audição musical das mães. A decisão de permanecer junto às mães durante este período foi tomada diante da verbalização das próprias mães que queriam alguns minutos sozinhas com seus filhos, com a luz do quarto apagada. Desta forma, estabeleceu-se uma relação de confiança para que, em quaisquer intercorrência que interrompesse ou prejudicasse a audição musical, fosse comunicado à pesquisadora para ser relatado na pesquisa.

*Ricardo Luís Barbosa

O melhor horário para a intervenção musical foi no período noturno pelo menor número de pessoas em circulação na unidade, tanto da equipe de saúde quanto de visitantes. Este horário também foi acordado com as mães que sentiam mais tranquilidade no ambiente neste horário e, referiam que era adequado devido à proximidade com a hora de dormir, fato que propiciava o relaxamento das mesmas. Para evitar interferências externas durante a coleta de dados, a equipe de saúde presente naquele momento foi comunicada do início da audição musical para que não fizessem interrupções desnecessárias ou que não fossem urgentes. Quando ocorreu alguma interferência externa, o procedimento foi interrompido. Em momento oportuno, o procedimento foi reiniciado novamente do ponto de interrupção, sendo realizado o registro desta interrupção e em qual momento ele foi retomado.

A primeira proposta foi de gravar a audição da seleção musical em Compact Disk (CD). Porém, foi verificada uma maior praticidade na gravação em aparelho do tipo MP3 de Canto Gregoriano (APÊNDICE C) com duração de 20 minutos. A duração da gravação musical foi estabelecida de modo que fosse possível que a ouvinte se envolvesse com a música e que não fosse um tempo muito longo que pudesse provocar cansaço na pesquisada. Segundo Queiroz (1997), menos que 20 minutos de audição musical produz efeitos incompletos e pouco eficazes. Dobbro (1998) também utilizou 20 minutos de audição musical em sua pesquisa com mulheres portadoras de fibromialgia, utilizando a música como terapia complementar.

Foi utilizado um aparelho de som digital portátil com auxílio de fones de ouvido que foram higienizados com álcool 70% a cada uso.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Formulário para caracterização dos sujeitos da pesquisa

Este formulário conta com três partes:

- Características dos sujeitos quanto: nome, idade, registro geral, grau de instrução, profissão, religião e estado civil;
- Dados relacionados ao filho quanto ao tempo de internação, tipo de doença, tempo de diagnóstico, participação do companheiro nos cuidados com o filho, número de filhos, idade dos filhos, condição de saúde dos filhos;
- Informações sonoro-musicais relacionados quanto ao gosto musical, formação musical, costumes de audição musical e relações musicais familiares.

4.5.2 Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Para quantificar o nível de ansiedade das mães, foi utilizado o IDATE – Inventário de Diagnóstico Ansiedade Traço-Estado. O IDATE é amplamente utilizado em pesquisas que tem por objetivo quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade. Este instrumento começou a ser construído em 1964, traduzido e adaptado para o Brasil por Baggio e Natalício (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1979). Diz-se de ansiedade-estado (A-estado) uma condição temporária e transitória do organismo humano onde estão caracterizados sentimentos desagradáveis de tensão e que são conscientemente percebidos. Os escores de A-estado podem variar de intensidade. Já na ansiedade-traço (A-traço) refere-se às diferenças individuais de reagir frente a uma situação geradora de ansiedade. É um instrumento auto-aplicável e pode ser aplicado em grupos ou individualmente. É um instrumento validado e adaptado para o nosso país, possibilitando o seu uso nesta pesquisa. O IDATE, então, é composto por duas escalas com 20 itens cada, sendo que cada item possui quatro alternativas de resposta. Para a escala Traço (ANEXO 3), as alternativas são as seguintes: Quase nunca (=1), às vezes (=2), bastante (=3), e muitíssimo (=4). Já na escala Estado (ANEXO 4), as alternativas são: Absolutamente não (=1), um pouco (=2), bastante (=3), e muitíssimo (=4). Para sua correção, devem-se inverter os valores dos itens 1,6,7,10,13,16 e

19 da escala Traço e dos itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 da escala Estado, devendo obedecer aos valores de 1=4, 2=3, 3=2 e 4=1. Para finalizar, devem-se somar os valores atribuídos aos itens de cada escala e classificar os níveis de ansiedade do indivíduo de acordo com o escore obtido, como se segue:

Baixo – escores entre 20 e 34

Moderado – escores entre 35 e 49

Elevado – escores entre 50 e 64

Altíssimo - escores entre 65 e 80

4.6 SELEÇÃO MUSICAL

A seleção musical de canto Gregoriano¹ (APÊNCIDE C) foi escolhida para atender ao tempo de 20', respeitando o critério de serem executadas por vozes masculinas, pois igualmente aos instrumentos, a voz feminina era proibida na igreja devido ao referencial de pecado que lhes era atribuído (Medaglia, 2008). Apesar do canto Gregoriano ser uma música vocal, é cantada em latim, que não é uma língua praticada na atualidade. Inclusive, se diz que o latim é uma língua morta. Assim, acredita-se que os possíveis efeitos (alteração do estado de ansiedade) deste canto não sejam atribuídos ao texto.

4.6.1 Equipamentos para audição musical

Foi utilizado um aparelho de som digital portátil com auxílio de fones de ouvido. Apesar da utilização do fone de ouvido eliminar os ruídos do ambiente, que fazem parte da nossa vida habitual, considerou-se sua utilização importante para que a mãe pudesse se concentrar no som da música com mais facilidade.

¹Cantos Gregorianos. En Calcat with the boys choir from L'alumnat monks of the Benedictine Abbey [CD]. Cid, [s.d.].

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O estudo analisou as seguintes variáveis:

- Variáveis sócio-demográficas
 - Idade, grau de instrução, profissão, religião, procedência, e estado civil
- Variáveis relacionadas ao filho internado
 - Idade do filho, tempo de internação, doença crônica ou aguda, participação do companheiro nos cuidados com o filho, número de filhos, estado de saúde dos outros filhos.
- Variáveis relacionadas com as informações sonoro-musicais
 - Preferência musical, conhecimento sobre música, hábitos de audição musical, relação de familiares com a música.
- Variável dependente
 - Traço de ansiedade do sujeito e Estado de ansiedade do sujeito antes e depois da audição musical em duas ocasiões distintas, com intervalo de 48 horas entre uma e outra medição.

4.8 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha *Excel for Windows Explorer*[®] e analisados em programa SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - Versão 18.0. Foram realizadas análises estatísticas descritivas através de: teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), correlação de Pearson entre os escores da escala de ansiedade; análise de variância (ANOVA – ONE WAY) para comparar os escores da escala de ansiedade; teste *t* para comparar as médias entre os escores e as variáveis sócio-demográficas.

As variáveis quantitativas e qualitativas da amostra foram apresentadas em tabelas de frequência absoluta (*n*) e relativas (percentual).

As variáveis qualitativas nominais foram profissão, religião, procedência e estado civil da mãe, presença de doença crônica ou aguda do filho internado, participação do pai nos cuidados com o filho doente, estado de saúde dos outros filhos, preferência musical, conhecimento sobre música, hábitos de audição musical e relação de familiares da mãe com a música. As variáveis qualitativas ordinais foram faixa etária e escolaridade da mãe e faixa etária do filho internado. O número de filhos desta mãe foi a variável quantitativa discreta.

Foi adotado o nível de 5% de significância nas análises estatísticas.

5 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1 - Distribuição da frequência da participação das mães na pesquisa. São Paulo - 2010

Participação na pesquisa	n	%
Recusaram participar	16	22,5
Responderam somente à caracterização da pesquisada	7	9,9
Alta hospitalar após a primeira audição musical	15	21,1
Interrompeu a primeira audição musical	1	1,4
Interrompeu a primeira audição musical, porém aceitou responder ao IDATE após a interrupção	2	2,8
Recusaram a fazer a segunda audição musical	2	2,8
Concluíram a pesquisa	28	39,5
Total	71	100

Conforme já referido, a amostra do estudo calculada foi de 71 mães e durante a trajetória da coleta de dados verificou-se que:

- dezesseis mães se recusaram a participar da pesquisa sem justificar seus motivos;
- sete mães responderam somente à caracterização da pesquisada, recebendo alta hospitalar antes de iniciar a intervenção musical;
- quinze mães tiveram alta hospitalar após a primeira audição musical;
- uma mãe interrompeu a primeira audição musical referindo que era um tipo musical que não gostava de ouvir, pois para ela *“é muito parada e se ficar ouvindo, vou ficar nervosa”*;
- duas mães, apesar de aceitarem em responder o IDATE estado após interromper a primeira audição musical, referiram que este estilo musical não correspondia às suas convicções religiosas. Apesar de ter sido explicado a elas sobre o objetivo do estudo, demonstraram inquietação com o canto Gregoriano.
- uma interrompeu a segunda audição musical, pois disse que não gostava daquele estilo de música apesar de ter feito a primeira audição musical;
- duas mães se recusaram a fazer a segunda audição musical,

- 28 mães concluíram a segunda audição musical e atenderam a todos os critérios de inclusão desta pesquisa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

5.1.1 Caracterização da população segundo as variáveis sócio-demográficas

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas referente às mães de crianças internadas (n=56). São Paulo - 2010

Variáveis	Frequência	Percentil
Faixa etária (anos)		
20 a 30	15	26,8
32 a 40	25	44,6
41 a 52	16	28,6
Total	56	100
Reside em São Paulo		
Não	14	25
Sim	42	75
Total	56	100
Escolaridade		
1º grau incompleto	1	1,8
1º grau completo	4	7,3
2º grau completo	16	28,7
Universitário incompleto	16	28,7
Universitário completo	19	33,5
Total	56	100
Do lar		
Sim	17	30,4
Não	39	69,6
Total	56	100
Religião *		
Adventista	1	1,8
Testemunha de Jeová	1	1,8
Presbiteriana	1	1,8
Protestante	1	1,8
Budista	2	3,6
Não pratica nenhuma religião	6	10,7
Espírita	9	16,0
Evangélica	13	23,2
Católica	22	39,3
Total	56	100

continua

continuação

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas referente às mães de crianças internadas (n=56). São Paulo – 2010

Estado civil		
Amasiada	1	1,8
Divorciada	1	1,8
Solteira	6	10,7
Casada	48	85,7
Total	56	100

Ajustado para 100%

*Não foi questionado às mães sobre o fato de estar ou não praticando a religião por elas mencionada. Pensou-se em não dar nenhuma ênfase a esta questão por acreditar que a pesquisa referente aos possíveis efeitos musicais do canto Gregoriano pudesse ser confundida com algum aspecto religioso.

conclusão

A tabela 2 revela que 22 mães nesta pesquisa tem idade entre 32 e 40anos (44,6%), 42(75%) residem em São Paulo, 19(33,5%) tem curso universitário completo, 39(69,6%) tem atividade remunerada, 22(39,3%) são católicas e 48(85,7%) são casadas.

5.1.2 Caracterização da população segundo as variáveis relacionadas ao filho internado.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=56). São Paulo - 2010

	Frequência	Percentil
Dias de internação		
De 3 a 6	49	87,5
De 7 a 10	7	12,5
Total	56	100
Tem doença crônica		
Sim	34	60,7
Não	22	39,3
Total	56	100
Há quanto tempo tem o diagnóstico de doença crônica?		
Até 1 mês	4	11,8
De 1 mês a 1 ano	9	26,5
De 1ano a 5 anos	13	38,2
Acima de 5 anos	8	23,5
Total	56	100

continua

continuação

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=56).
São Paulo - 2010

O pai participa dos cuidados com o filho?		
Sim	49	87,5
Não	7	12,5
Total	56	100
Porque o pai não participa dos cuidados com o filho?		
<i>“É estúpido e eu não permito que participe”</i>	1	1,8
<i>“Ele não se interessa”</i>	1	1,8
<i>“Somos divorciados”</i>	2	3,5
Não relatou o motivo	1	1,8
O pai participa dos cuidados com o filho	49	87,5
Total	56	100
Qual a idade do filho internado?		
De 29 dias até 1 ano e 11 meses	19	33,9
De 2 até 6 anos e 11 meses	18	32,2
De 7 até 9 anos e 11 meses	7	12,5
De 10 até 18 anos	12	21,4
Total	56	100
Como concilia sua vida particular durante o período de internação?		
Tem ajuda de familiares	37	66
Está de férias	1	1,8
Apoio da empresa em que trabalha	9	16
“a casa fica abandonada”	1	1,8
Tem ajuda de vizinhos	1	1,8
Está preocupada somente com o filho doente	2	3,6
“não tem conciliação”	1	1,8
Está de licença maternidade	2	3,6
Tem preocupações com o trabalho	2	3,6
Total	56	100
Tem outros filhos?		
Sim	39	69,6
Não	17	30,4
Total	56	100
Quantos filhos têm além deste internado?		
Um	28	50
Dois	8	14,2
Três	1	1,8
Quatro	2	3,6
Não tem outros filhos	17	30,4
Total	56	100

continua

continuação

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=56).
São Paulo - 2010

Os outros filhos são saudáveis?		
Sim	31	55,3
Não	8	14,3
Não tem outros filhos	17	30,4
Total	56	100
O outro filho doente tem doença crônica?		
Sim	8	14,3
Não	31	55,3
Não tem outros filhos	17	30,4
Total	56	100

Ajustado para 100%

conclusão

A tabela 3 mostra que 49(87,5%) estão internados de 3 a 6 dias, 34(60,7%) tem uma doença crônica, sendo que destes, 13(38,2%) tem o diagnóstico definido entre 1 a 5 anos; 49(87,5%) dos pais participam dos cuidados ao filho doente, sendo que 1(1,8%) refere que o pai é “*estúpido*” e não permite a participação deste no cuidado com seus filhos, 2(3,5%) são acomodados e não atuam no cuidado com os filhos, 1(1,8%) ‘não se interessa pelo filho’, 2(3,5%) referem que o divórcio do casal também separou o pai dos filhos e 1(1,8%) não quis falar sobre o assunto; 19(33,9%) filhos internados tem idade entre 29 dias e 1 ano e 11 meses e, 18(32,2%) tem idade entre 2 a 6 anos; 39(69,6%) mães têm outros filhos sendo que 28(50%) têm mais um filho e 31(55,3%) saudáveis. Das oito mães que referiram ter mais um filho doente, todos (14,3%) tem doença crônica.

5.1.3 Caracterização da população segundo as variáveis do universo sonoro-musical

Gráfico 1 - Preferência musical das mães, segundo sua percepção de relaxamento (n=56). São Paulo - 2010

De acordo com o figura 1 nota-se que há uma preferência muito variada para o estilo ou gênero musical que as mães atribuem à propriedade de promover relaxamento e que as faz se sentirem com bem estar. Dentre as mais citadas, as músicas evangélicas e MPB lideram na preferência musical das mães com 7(%) apontamentos para cada uma. Quando as mães citam uma combinação de gêneros musicais, nota-se uma frequência maior com relação à preferência de MPB com 11(%) apontamentos. Depois da MPB, o gênero mais citado é o sertanejo com 4(%) citações isoladas com 7(%) citações combinadas com outros estilos.

A música evangélica foi citada por cinco mães que professaram ser evangélicas, uma adventista, uma espírita, duas católicas e uma que disse não ter nenhuma religião, porém acredita em Deus.

Tabela 4 - Distribuição da frequência das variáveis segundo as informações sonoro-musicais (n=56). São Paulo - 2010

Estudou música?	Frequência	%
Não	50	89,3
Sim	6	10,7
Total	56	100%
Toca algum instrumento?		
Não	52	92,9
Sim	4	7,1
Total	56	100%
Por quanto tempo?(anos)		
Nunca estudou música	50	89,3
1	3	5,3
3	2	3,6
4	1	1,8
Total	56	100%
Tem hábito de ouvir música?		
Não	23	41,1
Sim	33	58,9
Total	56	100%
De que maneira ouve música?		
Em casa	8	14,2
No transporte	2	3,6
No trabalho	6	10,7
Em casa e no transporte	2	3,6
Em casa e no trabalho	10	17,8
No transporte e no trabalho	2	3,6
Em casa e para dormir	2	3,6
Em casa, no transporte e no trabalho	1	1,8
Não tem hábito de ouvir música	23	41,1
Total	56	100%
Tem algum familiar músico?		
Não	38	67,9
Sim	18	32,1
Total	56	100%

Ajustado para 100%

De acordo com a tabela 4 verificou-se que 6(10,7%) mães estudaram música sendo que, das que estudaram por mais tempo, o fizeram por 3(5,3%) anos. Dentre elas, 4(7,1%) tocam algum instrumento; 33(58,9%)

tem o hábito de ouvir música sendo que, a maioria [10(17,8%)] o faz em casa e no trabalho; 18(32,1%) tem algum familiar músico amador ou profissional.

5.2 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO: INVENTÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE TRAÇO E ESTADO

À seguir, é apresentado o quadro onde estão descritos os escores de ansiedade traço e estado antes e após a primeira e segunda audição musical de canto Gregoriano. Os escores estão diferenciados por cores, conforme legenda e numerados de acordo com a ordem da abordagem com cada mãe pesquisada.

Quadro 1 - Distribuição dos escores de ansiedade traço e estado, diferenciados por cores, antes e depois da primeira e segunda audição musical de canto Gregoriano (n=71). São Paulo - 2010

n°	<i>traço</i>	<i>estado primeira audição</i>		<i>estado segunda audição</i>	
		<i>antes</i>	<i>depois</i>	<i>antes</i>	<i>depois</i>
1	33	47	41	41	43
2	32	33	32	30	32
3	43	49	38		
4	45	43	36	41	33
5					
6	51	52	47	56	54
7	60	51	38	70	56
8	58	57	33	41	35
9					
10	40				
11	65	71	69		
12	58	49	46	45	44
13	49	52	50		
14	36	55	42	40	30
15					
16	34	36	42		
17	37	49	44		
18	31	37	35		
19	41	58	41	58	37
20	40	47	47		
21	48	55	35	44	37
22	51	46	37	51	45

continua

continuação

Quadro 1 - Distribuição dos escores de ansiedade traço e estado, diferenciados por cores, antes e depois da primeira e segunda audição musical de canto Gregoriano (n=71). São Paulo - 2010

23	43	48	40	42	39
24					
25	38	50	48		
26	53	27	34		
27	56				
28	44	35	26	25	28
29	40	33	34	55	35
30	62	60	60		
31	38	31	36		
32					
33	47	39	33		
34	43	42	32		
35	45	46	42	42	40
36	50	60	47	46	41
37					
38	33	48	40	40	32
39	43	46	34		
40	51	65	29		
41	53	51	48		
42	48	48	39	44	37
43					
44	37	60	46	64	54
45	57				
46	51	43	42	48	40
47					
48	49				
49					
50	49	46	47	48	45
51					
52	40	55	44		
53	47	35	26	44	28
54					
55	55				
56	40	49	37	52	48
57	36				
58					
59	43	57	39	49	38
60	52	68	65	61	60
61					
62	47	45	45	42	41
63	41				
64	41	51	51		

continua

continuação

Quadro 1 - Distribuição dos escores de ansiedade traço e estado, diferenciados por cores, antes e depois da primeira e segunda audição musical de canto Gregoriano (n=71). São Paulo - 2010

65					
66	39	50	54		
67					
68	42	56	41	34	33
69	47	49			
70	38	44	26	34	36
71					

Conclusão

Legenda dos escores de ansiedade:
Escore baixo = 20-34
Escore moderado = 35-49
Escore elevado = 50-64
Escore altíssimo = 65-80
Recusa em participar do estudo
Alta do filho(a)
Recusou dar continuidade no estudo
Interrompeu a audição musical. Recusou retomar.

5.2.1 Descrição do traço e estado de ansiedade das mães

Tabela 5 - Distribuição da frequência quanto ao escore de ansiedade traço das mães (n=56). São Paulo - 2010

	Classe_Traço	
	Frequência	%
BAIXO	5	8,9
MODERADO	35	62,5
ELEVADO	15	26,8
ALTÍSSIMO	1	1,8
Total	56	100,0

Na tabela 5 verifica-se um predomínio do traço de ansiedade moderado com 35(62,5%) mães, seguido do traço elevado de ansiedade com 15(26,8%) mães. No traço de ansiedade baixo encontramos 5(8,9%) mães, seguido de uma (1,8%) mãe com traço de ansiedade altíssimo.

Tabela 6 - Distribuição da frequência do escore de ansiedade estado (E1) antes da primeira audição musical (n=56). São Paulo - 2010

Classe E1		
	Frequência	%
BAIXO	4	7,1
MODERADO	25	44,6
ELEVADO	17	30,4
ALTÍSSIMO	3	5,4
<i>perda*</i>	7	12,5
Total	56	100

* perda de "n" devido à alta do filho

Na tabela 6 constatou-se um predomínio de estado de ansiedade moderado com 25(44,6%) mãe, seguido do estado de ansiedade elevado com 17(30,4%) mães. Foi verificado 4(7,1%) mães com estado de ansiedade baixo, seguido de 3(5,4%) mães na classificação do estado de ansiedade altíssimo. Verificou-se também um *missing* de 7(12,5%) que não prosseguiram na pesquisa devido à alta do filho internado.

Tabela 7 - Distribuição da frequência quanto ao escore de ansiedade estado (E2) após a primeira audição musical (n=49). São Paulo - 2010

Classe E2		
	Frequência	%
BAIXO	11	22,4
MODERADO	31	63,3
ELEVADO	4	8,2
ALTÍSSIMO	2	4,1
<i>perda</i>	1	2
Total	49	100

* perda de "n" devido à recusa em continuar a audição musical

Na tabela 7 verifica-se que, 31(63,3%) mães alcançaram o estado de ansiedade moderado, seguido pelo escore de ansiedade baixo com 11(22,4%) mães, 4(8,2%) mães com escore de ansiedade estado elevado, seguido de 2(4,1%) mães com escore de ansiedade estado altíssimo. Observa-se também, um *missing* de uma (2%) mãe devido recusa em continuar a audição musical.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS MÃES QUE ATENDERAM A TODOS OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

5.3.1 Caracterização da população segundo as variáveis sócio-demográficas

Tabela 8 - Distribuição das variáveis sócio-demográfica referente às mães de crianças com filhos internados (n=28). São Paulo - 2010

Variáveis	Frequência	Percentil
Faixa etária (anos)		
20 a 30	9	32,1
32 a 40	11	39,3
41 a 52	8	28,6
Total	28	100
Reside em São Paulo		
Não	8	28,6
Sim	20	71,4
Total	28	100
Escolaridade		
1º grau incompleto	0	0
1º grau completo	1	3,7
2º grau incompleto	0	0
2º grau completo	9	32,1
Universitário incompleto	9	32,1
Universitário completo	9	32,1
Total	28	100
Do lar		
Sim	9	32,1
Não	19	67,9
Total	28	100
Religião		
Adventista	1	3,7
Testemunha de Jeová	0	0
Presbiteriana	0	0
Protestante	1	3,7
Budista	1	3,7
Não pratica nenhuma religião	3	10,7
Espírita	4	14,3
Evangélica	6	21,4
Católica	12	42,8
Total	28	100

continua

continuação

Tabela 8 - Distribuição das variáveis sócio-demográfica referente às mães de crianças com filhos internados (n=28). São Paulo - 2010

Estado civil		
Amasiada	0	0
Divorciada	0	0
Solteira	2	7,2
Casada	26	92,8
Total	28	100

Ajustado para 100%

conclusão

De acordo com a tabela 8, percebe-se que a faixa etária é de 11(39,3%) mães entre 32 a 40 anos de idade, 9(32,1%) tem de 20 a 30 anos de idade e 8(28,6%) tem de 41 a 52 anos de idade; 20(71,4%) residem em São Paulo, 9(32,1%) tem escolaridade do segundo grau completo e esta estatística se repete para o universitário incompleto e completo. Dezenove mães (67,9%) tem atividade remunerada, 12(42,8%) são católicas e 26(92,8%) são casadas.

5.3.2 Caracterização da população segundo as informações relacionadas ao filho internado

Tabela 9 - Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=28). São Paulo - 2010

	Frequência	Percentil
Dias de internação		
De 3 a 6	21	75
De 7 a 10	7	25
Total	28	100
Tem doença crônica		
Sim	20	71,4
Não	8	28,6
Total	28	100
Há quanto tempo tem o diagnóstico de doença crônica?		
Até 1 mês	3	10,7
De 1 mês a 1 ano	5	17,8
De 1 ano a 5 anos	8	28,6

continua

continuação

Tabela 9 - Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=28).
São Paulo - 2010

Acima de 5 anos	4	14,3
Não tem doença crônica	8	28,6
Total	28	100
O pai participa dos cuidados com o filho?		
Sim	25	89,3
Não	3	10,7
Total	28	100
Porque o pai não participa dos cuidados com o filho?		
<i>“É estúpido e eu não permito que participe”</i>	0	0
<i>“...ele é acomodado”</i>	0	0
<i>“Ele não se interessa”</i>	1	3,6
<i>“Somos divorciados”</i>	2	7,1
Não relataram o motivo	0	0
O pai participa dos cuidados com o filho	25	89,3
Total	28	100
Qual a idade do filho internado?		
De 29 dias até 1 ano e 11 meses	10	35,7
De 2 até 6 anos e 11 meses	9	32,1
De 7 até 9 anos e 11 meses	1	3,6
De 10 até 18 anos	8	28,6
Total	28	100
Como concilia sua vida particular durante o período de internação?		
Tem ajuda de familiares	19	67,8
Está de férias	0	0
Apoio da empresa em que trabalha	6	21,4
“a casa fica abandonada”		
Tem ajuda de vizinhos	1	3,6
Está preocupada somente com o filho doente	0	0
“não tem conciliação”	0	0
Está de licença maternidade	1	3,6
Tem preocupações com o trabalho	1	3,6
Total	28	100
Tem outros filhos?		
Sim	19*	67,8
Não	9	32,2
Total	28	100

continua

continuação

Tabela 9 - Distribuição das variáveis relacionadas ao filho internado (n=28).
São Paulo - 2010

Quantos filhos têm além deste internado?		
Um	15	53,6
Dois	4	14,3
Três	0	0
Quatro	0	0
Não tem outros filhos	9	32,1
Total	28	100
O(s) outro(s) filho(s) doente tem doença crônica?*		
Sim	3	9,7
Não	19	61,3
Não tem outros filhos	9	29

Ajustado para 100%

*as 19 mães tem um total de 23 filhos

conclusão

Conforme a tabela 9, 21(75%) dos filhos estavam internados de 3 a 6 dias; 20(71,4%) estavam internados por alguma doença crônica, sendo que 8(28,6%) tiveram o diagnóstico de doença crônica definido há, pelo menos, 5 anos; 25(89,3%) tem o pai participante nos cuidados com o filho, sendo que 2(7,1%) não participavam devido ao divórcio dos pais e 1(3,6%) não se interessava em participar destes cuidados. A idade dos filhos internados apresentou-se distribuída da seguinte forma: 10(35,7%) dos filhos tinham de 29 dias a 1 ano e onze meses; 9(28,6%) tinham entre 2 a 6 anos e onze meses e 8(28,6%) tinham de 10 a 18 anos de idade. Um (3,6%) filho tinha de 7 a 9 anos e onze meses de idade. Dezenove (67,8%) mães tinham ajuda de familiares para conciliar suas vidas enquanto estavam com os filhos internados no hospital. Dezenove (67,8%) mães têm mais filhos, sendo que 15(53,6%) têm mais um filho. Entre estes filhos, 3(9,7%) tem doença crônica.

5.3.3 Caracterização da população segundo o universo sonoro-musical

Figura 2 - Preferência musical, segundo a percepção de relaxamento e número de vezes em que é citado pelas mães (n=28). São Paulo - 2010

De acordo com a Figura 2, a MPB tem a maior preferência entre as mães de crianças hospitalizadas.

Tabela 10 - Distribuição das características das mães segundo as informações sonoro-musicais (n = 28). São Paulo - 2010

Estudou música?	Frequência	%
Não	26	92,8
Sim	2	7,2
Total	28	100
Toca algum instrumento?		
Não	26	92,8
Sim	2*	7,2
Total	28	100
Por quanto tempo?(anos)		
Nunca estudou música	26	92,8
1	1	3,6
3	1	3,6
4	0	0
Total	28	100
Tem hábito de ouvir música?		
Não	11	39,3
Sim	17	60,7
Total	28	100
De que maneira ouve música?		
Em casa	3	10,5
No transporte	1	3,6
No trabalho	1	3,6
Em casa e no transporte	2	7,2
Em casa e no trabalho	7	25
No transporte e no trabalho	1	3,6
Em casa e para dormir	1	3,6
Em casa, no transporte e no trabalho	1	3,6
Não tem hábito de ouvir música	11	39,3
Total	28	100
Tem algum familiar músico próximo?		
Não	17	60,7
Sim	11	39,3
Total	28	100

*uma toca piano e a outra toca violão

A tabela 10 mostra que 26(92,8%) nunca estudaram música; 2(7,2%) tocam algum instrumento sendo que uma (3,6%) toca piano e estudou música por três anos e uma (3,6%) toca violão e estudou música por um ano. Dezesete (60,7%) mães tem o hábito de ouvir música, sendo que 3(10,5%) ouvem em casa. Dezesete (60,7%) mães tem um familiar próximo ligado à música.

Tabela 11 - Distribuição da frequência dos escores de ansiedade estado (E3) antes da segunda audição musical (n=48). São Paulo - 2010

Classe E3		
	Frequência	%
BAIXO	4	8,3
MODERADO	16	33,3
ELEVADO	7	14,6
ALTÍSSIMO	1	2,1
*perda	20	41,7
Total	48	100

*perda de "n" devido à alta do filho, recusa em continuar a participação no estudo e interrupção da audição musical

De acordo com a tabela 11, antes da segunda audição musical verificou-se um predomínio do escore de ansiedade estado moderado com 16(33,3%) mães, seguido do escore de ansiedade estado elevado com 7(14,6%) mães. Em seguida, observa-se que 4(8,3%) mães apresentaram estado de ansiedade baixo, enquanto uma (2,1%) apresentou estado de ansiedade altíssimo. Nesta fase do procedimento de coleta de dados ocorreu um *missing* de 20(41,7%) devido às altas dos filhos, recusa em continuar a participar do estudo, interrupção da audição e não continuidade da mesma. Restaram 28(48,3%) mães que participaram até o final do procedimento de coleta de dados.

Tabela 12 - Distribuição da frequência dos escores de ansiedade estado (E4) após a última audição musical (n=28). São Paulo - 2010

Classe E4		
	Frequência	%
BAIXO	6	21,4
MODERADO	18	64,3
ELEVADO	4	14,3
ALTÍSSIMO	0	0
Total	28	100

Conforme a tabela 12 verifica-se que, após a segunda audição musical, 6(21,4%) mães alcançaram um escore baixo, 18(64,3%) foram classificadas em um escore moderado e 4(14,3%) encontravam-se com um escore alto de ansiedade. Nesta fase da pesquisa nenhuma das mães se encontrava com nível de ansiedade altíssimo.

Quadro 2 - Distribuição dos escores de ansiedade traço e estado diferenciados por cores, segundo os escores, das 28 mães que participaram e concluíram a pesquisa. São Paulo - 2010

n°	traço	estado primeira audição		estado segunda audição	
		antes	depois	antes	depois
1	33	47	41	41	43
2	32	33	32	30	32
4	45	43	36	41	33
6	51	52	47	56	54
7	60	51	38	70	56
8	58	57	33	41	35
12	58	49	46	45	44
14	36	55	42	40	30
19	41	58	41	58	37
21	48	55	35	44	37
22	51	46	37	51	45
23	43	48	40	42	39
28	44	35	26	25	28
29	40	33	34	55	35
35	45	46	42	42	40
36	50	60	47	46	41
38	33	48	40	40	32
42	48	48	39	44	37
44	37	60	46	64	54
46	51	43	42	48	40
50	49	46	47	48	45
53	47	35	26	44	28
56	40	49	37	52	48
59	43	57	39	49	38
60	52	68	65	61	60
62	47	45	45	42	41
68	42	56	41	34	33
70	38	44	26	34	36

Legenda dos escores de ansiedade:	
	Escore baixo = 20-34
	Escore moderado = 35-49
	Escore elevado = 50-64
	Escore altíssimo = 65-80

De acordo com o quadro 2, verificou-se que 25(89,2%) mulheres tiveram seu estado de ansiedade diminuídos; uma (3,6%) mulher não sofreu influência no seu estado de ansiedade e 2(7,2%) tiveram seu estado de ansiedade aumentados após a primeira audição de canto Gregoriano. Na segunda audição musical de canto Gregoriano, 25(89,2%) continuaram a ter

seu estado de ansiedade diminuídos e 3(10,8%) tiveram seu estado de ansiedade aumentado após ouvir canto Gregoriano. Vale ressaltar que, dentre as 56 audições musicais realizadas pelas 28 mulheres que concluíram o estudo, em 23(41, 07%) houve diminuição da ansiedade com mudança na categoria do escore de ansiedade, ou seja, de elevado para moderado e baixo.

5.4 CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

Quadro 3 - Distribuição da confiabilidade do inventário de diagnóstico de ansiedade traço e estado das mães de crianças hospitalizadas segundo o teste psicométrico Cronbach's Alpha (n=28). São Paulo - 2010

Escalas	Cronbach's Alpha	Número de itens
Total T	,820	20
E1	,885	20
E2	,906	20
E3	,909	20
E4	,887	20

De acordo com o quadro 3, o instrumento de avaliação da ansiedade traço e estado das mães de crianças hospitalizadas teve confiabilidade acima de 82%.

5.5 CORRELAÇÕES

O teste de distância Kolmogorov-Smirnov apontou uma distribuição normal entre os escores de ansiedade, ou seja, a amostra estudada provém de uma distribuição normal ($p>0,05$).

A análise da ANOVA – ONE WAY para comparar os escores entre as faixas etárias apresentaram homogeneidade da variância.

Os escores da escala de ansiedade traço apresentaram diferença entre as faixas etárias das mães que tinham menos de 30 anos e mais de 40

anos de idade. As demais variáveis não apresentaram diferença entre as médias das faixas etárias.

No teste *t* evidenciou-se correlação significativa entre os escores de ansiedade e o fato da mãe ter um filho hospitalizado com doença crônica. Na comparação entre as médias dos escores e o fato das mães morarem em São Paulo, houve diferença entre a média do escore na escala de diagnóstico da ansiedade estado na primeira audição musical. Porém, o nível de significância está no limite de não rejeição ($p=0,049$). Acreditou-se que esta correlação fosse importante pelo fato das mães se sentirem mais tranquilas, mesmo em processo de internação, tendo mais proximidade com seu lar.

Na correlação da diferença entre os escores no teste simples pareado pode-se afirmar que a média do escore E1(escore da escala de ansiedade estado antes da primeira audição musical) foi maior do que a média do escore E2(escore da escala de ansiedade estado após a primeira audição musical). O mesmo ocorreu para o escore E3(escore da escala de ansiedade estado antes da segunda audição musical) e E4(escore da escala de ansiedade estado após a segunda audição musical). Este dado infere que houve diminuição dos escores de ansiedade após cada audição musical de canto Gregoriano.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A contribuição do presente estudo foi a de verificar se o canto Gregoriano altera o estado de ansiedade de mães de crianças hospitalizadas. Para tal, foram avaliadas as condições sociodemográficas, as condições da criança internada e as características sonoro-musicais da mãe. Como instrumento de medida da ansiedade materna, foi utilizado o Inventário de Diagnóstico de Ansiedade Traço-Estado (Spielberg, Gursuch, Lushene, 1979).

A partir dos resultados, a discussão dos dados foi organizada em tópicos, de acordo com a participação das mães neste estudo, sua relação com a pesquisa e associação entre suas características. As mães são identificadas com números no texto, de acordo com a sequência na qual foram abordadas.

6.1 MÃES QUE RECUSARAM PARTICIPAR DO ESTUDO

As 15 (21,1%) mães que se recusaram a participar deste estudo deixaram somente a informação de recusa. Quando se perguntou o porquê da negativa, apenas responderam que não tinham vontade de participar. Segundo Benenzon (1998), a ISO complementar poderia estar se manifestando neste momento. O ISO complementar é aquele que caracteriza um momento do ser Humano. Assim, naquele momento, as mães não estavam dispostas a interagir com uma música. Também pode estar relacionado ao fato da sonoridade do canto Gregoriano não estar ligada a estas mães (ISO cultural ou grupal). Como também pode ser possível que este estilo musical não pertença à personalidade sonora destas mães (ISO gestáltico). Entretanto, em nenhum momento foi questionado o fato de não ser oferecido outra opção de seleção musical.

6.2 MÃES QUE RESPONDERAM SOMENTE À CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISADA

Sete mães responderam somente à caracterização da pesquisada e seus filhos receberam alta hospitalar antes de iniciar a intervenção musical.

Uma das mães ($n^{\circ} = 45$) tinha estudado música e toca violão, gosta de música sertaneja e costuma ouvir música em casa, não tem parentesco músico e seu escore para o IDATE traço foi de 57(elevado), o maior escore entre estas mães. Esta é solteira e seu filho estava internado por asma. O fato de não ter colaboração do pai da criança, é possível que justifique um escore para ansiedade traço tão alto. Parece claro que ser uma mãe solteira exige um esforço muito maior pela falta de apoio social, sobrecarga de trabalho e responsabilidades, e o fator financeiro, gerando maior estresse para esta mãe. Porém, em contrapartida, uma pesquisa realizada durante o período de gestação e pós-parto de sete mulheres solteiras, foram relatados muitos sentimentos negativos sobre o parto ressaltando a dificuldade do parto e, ao mesmo tempo, apareceram os sentimentos de satisfação pela não confirmação das expectativas negativas alimentadas durante a gestação. Neste caso, a condição de ser solteira não apareceu como um fator necessariamente associado à experiência negativa do parto. Acredita-se que fatores individuais relacionadas às condições de vida sendo mãe e solteira determinam as reações de enfrentamento e adaptação (Marin et al., 2009).

A mãe de $n^{\circ} = 57$ obteve o menor escore de ansiedade traço 36 (moderado), era casada e estava com um filho com doença crônica internado e um segundo filho que estava aos cuidados do pai, também com doença crônica. Para esta mãe, o fato de ter dois filhos com doença crônica parece não dificultar a maneira como reage à presença de estresse.

6.3 MÃES QUE REALIZARAM A PRIMEIRA AUDIÇÃO MUSICAL

Quinze mães ($n^{\text{os}} = 3, 11, 13, 20, 26, 30, 31, 33, 34, 39, 40, 41, 52, 64$ e 66) tiveram alta hospitalar após a primeira audição de canto Gregoriano. Três delas tiveram seu escore de ansiedade estado aumentados após a audição musical, sendo que a mãe de $n^{\circ} = 26$, apesar do aumento do escore de ansiedade de 27 para 34, referiu que “*a música tem uma sintonia, é bem relaxante*”. Durante a intervenção, foi interrompida por um telefonema e retornou a audição musical. A mãe de $n^{\circ} = 31$ referiu que não ouviria novamente e que não era o tipo de música que lhe agradava. Porém, disse que “*relaxa e causa sono*”. Seu escore de ansiedade estado variou de 31 para 36.

A mãe de n° = 66 relatou que o canto Gregoriano “*realmente relaxa*”, porém teve um dia muito difícil devido a dificuldade em obter um acesso venoso em seu filho. As mães de n° = 26 e 66 tem filhos com doença crônica, o que nos leva a pensar que, o fato de ir de alta hospitalar para casa, não significou tranquilidade para esta mãe.

As mães de n° = 20, 30, e 64 se mantiveram com o mesmo escore de ansiedade estado antes e após a audição musical (n° = 20 com escore de ansiedade estado 47; n° = 30 com escore de ansiedade estado 60 e n° = 51 com escore de ansiedade 51). A mãe de n° = 20 referiu “*curiosidade*” ao ouvir a música. Aparentava muito cansaço e preocupação, têm 32 anos, comerciante, católica, casada, seu filho estava internado com uma doença crônica. A mãe de n° = 30, 46 anos, vendedora, católica, casada, com filho de 16 anos de idade internado com doença crônica diagnosticada há oito anos, tem o hábito de ouvir música sertaneja e romântica e uma das filhas estuda canto. Referiu que ao ouvir o canto Gregoriano, teve “*a sensação de estar na igreja*”. A mãe de n° = 64 casada, presbiteriana, referiu que conseguiu desabafar com a música, apresentou choro que associou a preocupação, tensão e cansaço. Seu filho também estava internado por doença crônica, tem mais quatro filhos sendo que, um deles também tem doença crônica. Para estas três mães, o fato de sair de alta hospitalar, também não significou uma fase vencida nas questões de saúde de seus filhos e sentiu-se uma grande inquietação perante a realidade que vivenciavam. Seus escores de ansiedade estavam classificados entre moderado e alto. Para elas, infere-se que, uma segunda oportunidade em ouvir o canto Gregoriano pudesse fazer com seus escores de ansiedade diminuíssem. Apesar do canto Gregoriano não ter alterado seus escores de ansiedade estado, pergunta-se se esta intervenção teria um efeito residual e se, no exato momento da alta, estariam com este escore de ansiedade estado.

Para as mães de n° = 3, 11, 13, 33, 34, 39, 40, 41 e 52 verificou-se uma redução do escore de ansiedade estado após o canto Gregoriano. Dentre elas, quatro (n° = 11, 39, 40 e 41) estavam com filhos internados portadores de doença crônica. A mãe de n° = 41 é proveniente de outro Estado, 38 anos, do lar, solteira, porém o pai é participante, a filha tem 10 meses de diagnóstico de doença crônica, gosta de música sertaneja e romântica. Relatou que se sentiu bem e que a música a deixou relaxada. A mãe de n° = 40, 34 anos de idade, do

lar, espírita, casada, com filho portador de doença crônica há 16 anos, o padrasto participa dos cuidados com o enteado e, juntos, tem mais três filhos. Gosta de música evangélica e tem convívio com um cunhado que estuda música. Apresentou uma redução importante do escore de ansiedade estado (de 65 para 29) após a audição musical de canto Gregoriano. Referiu que a música acalma e a fez refletir em como está a sua vida. Pode-se inferir pela fala que, neste momento, esta mãe conseguiu ter um tempo somente seu para fazer suas reflexões. Talvez, na sua rotina diária, não consiga se permitir um momento como este.

Ressalta-se que, entre as nove mães citadas anteriormente, seis tiveram redução do estado de ansiedade de forma mudar a classificação do nível da ansiedade.

6.4 MÃE QUE INTERROMPEU A PRIMEIRA AUDIÇÃO MUSICAL

Mãe de $n^{\circ} = 69$, com 20 anos de idade, do lar, evangélica, casada, segundo filho internado, com três meses de idade, por doença aguda. Gosta de ouvir música evangélica, referiu que não gostou da seleção musical porque são músicas muito paradas e se continuasse ouvindo, ficaria nervosa. Disse também que, quando ouve música evangélica, fica mais alegre. De acordo com a fala desta mãe, pode-se relacionar ao fato de que este estilo musical não pertença à personalidade sonora desta mãe, ou seja, relacionada à ISO gestáltica (Benenzon, 1988). Pode também, estar relacionada com a ISO grupal ou cultural (Benenzon, 1988), pois esta mãe é evangélica e referiu que só se sente alegre quando ouve músicas evangélicas.

6.5 MÃES QUE INTERROMPERAM A PRIMEIRA AUDIÇÃO MUSICAL E ACEITARAM RESPONDER AO IDATE APÓS A INTERRUPÇÃO

Duas mães interromperam a primeira audição musical e aceitaram responder ao IDATE após a interrupção da intervenção musical, mesmo sabendo que esta decisão iria excluí-las da amostra do estudo. Porém, fizeram

questão de respondê-lo e sentiu-se que estas mães o fizeram com seriedade. Talvez, quisessem saber se estavam enganadas com relação aos possíveis efeitos desta música ou se, pelo fato de realmente não terem gostado, o resultado fosse o aumento do escore de ansiedade.

A mãe de $n^{\circ} = 16$, 32 anos de idade, evangélica, divorciada, com filho de um ano de idade internado por doença crônica que teve o diagnóstico definido três dias antes desta abordagem. Referiu gostar de ouvir música gospel e romântica. Percebeu-se uma inquietação da mãe durante os primeiros minutos de audição musical. A mãe iniciou a audição musical, porém, após dez minutos, interrompeu a intervenção referindo não ter gostado da seleção musical. No retorno ao quarto, para os últimos cinco minutos de audição, a mãe já estava sem os fones no ouvido e disse que não iria continuar a audição musical, pois não gosta deste tipo de música. Apesar de, visivelmente, estar incomodada, respondeu o IDATE após interromper a audição musical. Seu escore de ansiedade estado variou de 36 para 42. Esta mãe não mencionou o fato de não ter gostado do canto por causas religiosas.

A mãe de $n^{\circ} = 25$, 34 anos, casada, evangélica, teve o filho de um ano internado por doença aguda. Gosta de ouvir músicas clássicas, gospel e MPB. Interrompeu a audição musical após 16 minutos por questões religiosas. Da mesma forma que a mãe de $n^{\circ} = 16$ respondeu ao IDATE estado após a interrupção da intervenção musical. Apesar da interrupção e da inquietação notada que referia devido à sua religião, teve uma discreta diminuição do escore da ansiedade estado: de 50 para 48.

6.6 MÃES QUE RECUSARAM A SEGUNDA AUDIÇÃO MUSICAL

Duas mães ($n^{\circ} = 17$ e 18) se recusaram a realizar a segunda audição musical. A mãe de $n^{\circ} = 17$ tem 42 anos de idade, curso superior completo, refere não seguir nenhuma religião, é casada, está com uma filha de 11 meses internada por doença crônica. Tem mais uma filha de sete anos de idade saudável. Gosta de ouvir músicas dos anos 80/90. Não especificou cantor/a, ou grupo musical referente à época mencionada. Já estudou música e toca violão. Apesar de ter tido seu escore de ansiedade estado diminuído na primeira audição musical (de 49 para 44) e ter relatado que o canto Gregoriano é uma

música relaxante, recusou a segunda audição musical referindo cansaço. Foi convidada novamente em outro momento, porém insistiu em não continuar na pesquisa. Percebeu-se que, realmente, esta mãe não estava disposta a realizar a segunda audição musical. Observou-se um olhar de desânimo, uma tristeza em sua expressão facial.

A mãe de nº = 18, com 35 anos de idade, proveniente de outro Estado, tem curso superior completo, é evangélica, casada, internada com um filho com doença crônica, gosta de ouvir música gospel e MPB. Já estudou música (canto). Seu escore de ansiedade estado variou de 37 para 35. Referiu que gostou da seleção musical, porém não ouviria novamente. Também disse que a música transmitia paz, mas não era o tipo de música que lhe agrada por questões religiosas. Mencionou o fato de não saber a letra da música, o que a deixou muito incomodada. Não entendendo o que a música dizia, referiu: *“estou traindo minha religião”*.

Penha e Silva (2007) pesquisaram sobre a percepção de alunos de graduação de Enfermagem quanto ao atendimento da dimensão espiritual nos campos de estágio. Apesar de concluírem que a maioria dos alunos pesquisados (78,3%) não percebe o atendimento desta dimensão, 83% afirmaram que a Enfermagem deve se ocupar da Dimensão Espiritual dos pacientes. Acredita-se que, nas pesquisas com música, principalmente as que remetem ao campo religioso, esta atenção também deva existir. O fato de não ter-se enfatizado a questão das mães estarem praticando a religião que professavam, não exclui a possibilidade de que algumas pessoas, ao ouvirem determinados sons, se sintam mal, incomodados, inquietos com suas convicções, seja ela de natureza religiosa ou não. Pergunta-se se é possível não relacionar o canto Gregoriano com aspectos religiosos. Segundo Pessini (2007), *“não se pode absolutizar um conhecimento em detrimento de outro. Nenhum conhecimento em si esgota a realidade de nossas vidas e natureza como um todo. Certamente o conhecimento da racionalidade científica é importante, assim como outros tipos de conhecimento, tais como a música, a literatura, a cultura e as religiões”*.

Em contrapartida, quanto aos sentimentos permeados no campo religioso, Backes et al. (2003) citaram a lembrança de um profissional da equipe multidisciplinar de uma CTI que referiu: *“A música me lembra*

sentimentos bons, me faz lembrar muito do tempo de criança quando ia para a Igreja e esperava ansiosamente a hora do canto, porque adorava cantar.” O estudo citado anteriormente, deixou os autores surpreendidos pelo fato dos pacientes desta CTI solicitarem músicas religiosas (cantos do padre Zézinho e do Roberto Carlos), pelo fato das mesmas transmitirem uma sensação de segurança e conforto espiritual. Mencionaram, também, que esta preferência se deve ao fato destes pacientes se encontrarem em ambientes estressantes, afastados do convívio familiar vivenciando situações de extrema fragilidade. Assim, a música religiosa produz efeitos de relaxamento e conforto sobre seus temores, ansiedades e incertezas. Uma dimensão transcendental da música se confirma na fala de vários pacientes deste estudo citado: *“A música move a alma e os sentimentos a Deus, trazendo calma e um grande conforto espiritual”*.

Pode-se inferir que as mães que interromperam a primeira audição musical e aquelas que se negaram a realizar a segunda audição musical por motivo religioso, relacionam a sua fé, a sua crença, os sentimentos do coração com a religião que professam, sendo esta, a evangélica. Entende-se que, deste ponto de vista, para estas três mães, o canto Gregoriano não conseguiu transcender os dogmas da religião, não perceberam o canto como um facilitador do encontro consigo mesmo, independentemente da sua religião. Interessante relatar que as três mães citadas tem escolaridade superior completo. Acredita-se, então, que as mesmas tem oportunidade de acesso às amplas e diversificadas informações sobre as questões da vida, do mundo científico, de várias religiões e suas ramificações e da fé, contida no coração das pessoas. Infere-se, também que tiveram contato com vários estilos de música e entendem que a música é composição do Homem. Pergunta-se então, se mesmo tendo as condições supracitadas, pode haver na religião evangélica algo que as faça ter o sentimento de traição ou, até mesmo, culpa pelo fato de estarem ouvindo uma música que é cantada por religiosos ligados ao cristianismo. Sem fazer julgamento de valores, busca-se compreender as razões pelo qual se percebe um sentimento religioso tão forte e, ao mesmo tempo, uma condição para praticá-la.

Leão (2007) considera em suas reflexões sobre a música, a saúde e a espiritualidade que, muito mais do que os efeitos da música sobre o Homem, é

necessário compreender o caráter integrador que a música proporciona como a possibilidade de encontro entre os seres, o encontro do Homem com a sua própria essência e facilita a compreensão do sentido da vida buscando reunir todas as dimensões humanas.

6.7 MÃES QUE ATENDERAM TODOS OS CRITÉRIOS DA PESQUISA

Vinte e oito mães concluíram a pesquisa, sendo que 16(57,1%) referiram que era um tipo de música relaxante quando foram perguntadas sobre o porquê gostaram da seleção e se a ouviriam novamente. Oito mães tiveram seu escore de ansiedade estado diminuídos entre a E2 e a E3. Pergunta-se se seria este o efeito residual ou se estaria relacionado à outra condição vivenciada pela mãe no intervalo de tempo entre a primeira e segunda audições musicais.

Em contrapartida, as mães de $n^{\circ} = 6, 7, 22, 29, 44, 46, 50, 53$ e 56 obtiveram escore de ansiedade estado E3 maiores que E1. Nestes casos, foram relatados piora no estado clínico dos filhos, expectativa sobre resultados de exames laboratoriais dos filhos ou problemas particulares na família, o que provavelmente, tenha sido um fator de dificuldade sobre a capacidade de concentração e disposição da mãe para a audição musical.

As mães de $n^{\circ} = 29$ e 50 tiveram aumento do escore de ansiedade após a primeira audição. Apesar disto, referiram que gostaram da audição da audição musical e que ouviriam novamente. A mãe de $n^{\circ} = 50$ relatou que *“de vez em quando é bom relaxar um pouco e tentar não pensar nos problemas”*. Percebeu-se que estava aparentemente apreensiva com a situação do filho com idade de um ano e dez meses, internado com pneumonia. Tinha também preocupações com a família. Entende-se que mesmo sentindo-se bem, estas mães estavam incomodadas, preocupadas com suas questões particulares que, de alguma forma, pode não ter permitido um envolvimento com a música de maneira a fazer com que sua ansiedade fosse diminuída. Monteiro et al. (2008) consideram que a vivência de momentos difíceis pelos familiares em decorrência da doença de um filho acarreta sentimentos de medo, tristeza,

desespero, preocupação, impotência e incertezas. Pensa-se que estes sentimentos tenham influenciado no estado de ansiedade das mães e que o canto Gregoriano nesta seqüência e freqüência, não foi suficiente para diminuir estes sentimentos.

Na segunda audição musical, as mães de $n^{\circ} = 1$, 28 e 70 tiveram seus escores de ansiedade aumentados, também. A mãe de $n^{\circ} = 1$ referiu preocupação com o estado de saúde de sua filha. Ela tem uma doença crônica rara que, segundo o médico que a acompanha, além dela, só há um relato na literatura desta doença. A mãe de $n^{\circ} = 28$ disse que se sentiu bem após a audição musical, mas, percebeu-se pressa em terminar a audição pois naquela noite iria descansar em sua casa e seu filho, também com doença crônica, ficaria com uma tia. Esta pressa percebida pode justificar um aumento da ansiedade e falta do interesse pela audição naquele momento. Segundo Andrade e Pedrão (2005) cabe ao enfermeiro verificar em que momento ele pode utilizar a música e também avaliar seus efeitos sobre as mães. Talvez, estas não tenham se identificado ou gostado do canto Gregoriano.

A mãe de $n^{\circ} = 70$, apesar de ter tido uma diminuição importante do escore de ansiedade na primeira audição e de ter referido que a música é *“relaxante, deu para viajar, desligar dos problemas [...] deu um soninho”*, no momento da segunda audição, notou-se uma agitação, uma impaciência. Sua filha, com dermatite atópica estava apresentando muito prurido e permaneceu muito inquieta durante o dia. Talvez, a mãe estivesse cansada pela preocupação e solicitação constante da filha.

6.7.1 Mães que tem conhecimento sobre música

As mães $n^{\circ} = 2$ e 23 estudaram música e ambas tem convívio com familiar ligado à música. Estas mães tiveram diminuição do escore de ansiedade nas duas audições musicais. Aparentemente, demonstraram um interesse diferenciado, cuidadoso pela pesquisa e pelo momento da audição musical. A mãe de $n^{\circ} = 2$ relatou que *“as músicas são diferentes das que costuma ouvir, mas são bastante agradáveis”*. Esta dormiu durante as duas audições musicais. Infere-se que, as pessoas que estudam ou estudaram música em algum momento de suas vidas possam aceitar as diferenças nos

estilos musicais, mesmo não sendo aquela com quem tem familiaridade, como referido pela mãe de $n^{\circ} = 2$. Segundo Ortiz (1998), entre os fatores que contribuem para influenciar uma preferência musical para um determinado tipo de música, está a familiaridade com a própria música.

De acordo com Leão (2002) a escuta musical feita por músicos diverge daquela feita por não músicos. Os músicos tendem a fazer a escuta musical analisando a música, podendo interferir nos efeitos desta sobre o ouvinte. Assim, o fato desta mãe gostar ou não de um determinado tipo de som não seria considerado já que, para alguém que conhece música, a análise musical que se faria ao ouvi-la, poderia ser importante. Desta forma, pode-se pensar que a análise seria feita no “tempo musical” do canto Gregoriano, pois, segundo Campbell (2001), o canto acompanha o tempo da respiração humana, portanto, interfere na frequência respiratória, diminuindo-a e tendo como consequência, a diminuição da ansiedade. Organicamente, a ansiedade acarreta mal-estar psíquico, com manifestações somáticas como alterações cardiorrespiratórias, opressão e a sensação de ter “nós no estômago e na garganta”, além de um estado geral de hipercontração muscular (Caplan, 1982). Pergunta-se se, neste caso, o fato de terem estudado música tenha facilitado para que o resultado fosse a diminuição da ansiedade e esta seria uma forma de interferência nos efeitos da música sobre o ouvinte.

A mãe de $n^{\circ} = 23$ disse: *“fez com que relaxasse minha mente, meu corpo e me remeteu a um mundo no qual eu gosto muito de estar”*. Esta fala corrobora o que Leão (2002) já havia confirmado em sua pesquisa onde verificou a influência da música na formação de imagens mentais decorrentes da audição musical erudita. Aqui, verificamos que o canto Gregoriano proporcionou para esta mãe a imagem de um mundo ou um local onde gosta de estar.

Ambas as mães tem filhos com doença crônica grave. Da primeira mãe, o filho tem 13 anos de idade, fez dois transplantes de fígado, é internado com frequência para reabordagem cirúrgica. É espírita, casada, tem ajuda do esposo e do filho mais velho, mora em outro estado. Da segunda mãe, o filho tem oito meses, com diagnóstico médico de erro inato do metabolismo e teve o diagnóstico definido há seis meses. É católica, casada, tem ajuda do marido,

também mora em outro estado, cuida da mãe que é doente e referiu que estava preocupada por isso.

A característica principal sobre a seleção musical para este estudo foi de serem cantadas por vozes masculinas. O canto Gregoriano é um gênero de música vocal monofônica, monódica (só uma melodia), não acompanhada, ou acompanhada apenas pela repetição da voz principal com o organum (uma ou mais vozes), com o ritmo livre e não medido, utilizada pelo ritual da liturgia católica romana. As características do canto Gregoriano foram herdadas dos salmos judaicos, assim como dos modos gregos (ou escalas), que no século VI foram selecionados e adaptados por Gregório Magno para serem utilizados nas celebrações religiosas da Igreja Católica. Talvez, a mensagem do canto Gregoriano seja a de que não devemos reagir de modo algum, e sim, de nos contentar em relaxar na presença serena e elevada que a música desperta (Le Mée, 1996).

6.7.2 Mães que sofreram interrupção durante a audição musical

Três (10,7%) mães foram interrompidas em algum momento da audição musical retomando-a em seguida. As mães nº = 12 e 23, apesar de terem sido interrompidas, conseguiram uma diminuição dos escores de ansiedade nas duas audições musicais. A mãe de nº = 29 teve um pequeno aumento da ansiedade na primeira audição musical. A mesma alterava o canal da televisão para o filho, parecia impaciente com alguma coisa, fato que pode ter contribuído com o aumento do escore de ansiedade. Também dormiu na segunda audição de canto Gregoriano e apresentou uma diminuição do escore de ansiedade, alterando a classificação da mesma de elevado para moderado. Essa situação reforça MacClellan (1994), quando afirma que apesar da música suscitar reações mentais, físicas, emocionais e espirituais no Homem, nem todos reagem a ela da mesma forma, assim como um indivíduo não reage do mesmo modo duas vezes à mesma composição.

6.7.3 Mães de crianças portadoras de doença crônica

Vinte (72,4%) mães têm filhos internados por doença crônica.

Evidenciou-se correlação significativa entre os escores de ansiedade estado e o fato da mãe ter um filho com doença crônica internado. Este dado confirma o que Pontes (2008) concluiu em seu estudo com mães de crianças com déficit neurológico, onde há um intenso sofrimento vivenciado pelas mães em decorrência do adoecimento da criança e sua dependência, quanto ao aumento da possibilidade de morte, incerteza quanto ao desenvolvimento do filho, na rotina diária, lazer, vida ocupacional, conjugal e social. Esta dinâmica conflitiva nos remete ao quanto é importante o desenvolvimento de intervenções terapêuticas sensíveis às necessidades desta população, bem como à melhoria dos serviços de saúde para lidar com estas famílias, mais especificamente com estas mães. Assim, mesmo nesse “mau momento”, estenderíamos nossas mãos para ampará-la na sua fragilidade, possibilitando um cuidado humanizado (Leão e Silva, 2009). Por outro lado, considera-se, também, o fato de proporcionar ao profissional de saúde, um momento de ser humano, deixando tantas técnicas e rotinas de lado por alguns minutos para prestar mais atenção em quem está ao lado do paciente.

6.7.4 Mães que obtiveram escores de ansiedade traço elevado e altíssimo

As mães que obtiveram escores de ansiedade traço elevado e altíssimo foram as $n^{\circ} = 6, 7, 8, 12, 22, 36, 46, 60$. Seus escores de ansiedade traço variaram de 50 a 60. Elas têm idade entre 24 e 39 anos. Encontra-se referência em estudo sobre os sintomas depressivos e ansiosos em mães de crianças prematuras com e sem malformações, onde a idade mediana destas mães é de 24 anos. Neste estudo, a aplicação do IDATE evidenciou que as mães de crianças com mal formação visíveis apresentavam escores da escala traço mais elevados em comparação aos escores das mães que tiveram filhos eutróficos. A ansiedade traço diz respeito a diferenças individuais, traços relativamente estáveis de personalidade, uma tendência a reagir de forma ansiosa diante de situações percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras (Perosa et al., 2009).

A fala da mãe $n^{\circ} = 60$ condiz com essa observação, pois relatou que se sentiu bem ouvindo a música, porém não conseguiu se concentrar. Disse que

estava preocupada com a outra filha que estava sob os cuidados do pai e com a ajuda de familiares. Demonstrou muita inquietação com a doença do filho de um ano e dez meses, internado com histiocitose*.

Entende-se que é uma inquietação e preocupação justificável pela gravidade do diagnóstico. Lembra-se que, segundo Oliveira e Angelo (2000), a mãe está à frente da percepção e do cuidado do filho doente e é quem toma as primeiras providências na busca de uma solução para este problema. Por este aspecto, a ansiedade pode ser vista como aquele impulso na hora certa, onde o sentimento de proteção materna é benéfico para a segurança da criança (Dractu e Lader, 1993). Assim, inicia-se uma trajetória de incertezas e muita preocupação gerando ansiedade e interferindo no processo de internação e tratamento da doença.

A doença de um filho pode ser percebida como uma situação ameaçadora e de impotência para a mãe levando-a a reagir de modo ansioso, elevando seu escore de ansiedade traço. Mesmo assim, para todas estas mães com escores de ansiedade traço elevados e altíssimos, o canto Gregoriano reduziu os escores de ansiedade estado tanto na primeira quanto na segunda audição musical.

6.7.5 Mãe surpreendida com o próprio resultado

Ao ouvirmos uma música, seu som é convertido em impulsos que percorrem os nervos auditivos até o tálamo, que é a estação central das emoções e dos sentimentos. Através do encontro da música com o tálamo, criam-se humores aos quais podemos reagir no nível emocional.

Os efeitos da música sobre o humor foram estudados por Kate Hevner que sistematizou as relações entre os humores e a música para facilitar uma transição suave de uma qualidade de humor para o humor adjacente em uma seqüência em torno de um círculo chamado de a Roda dos Humores de Hevner.

*Histiocitose: é um distúrbio caracterizado por células que tem, como fenótipo, marcadores das células de Langerhans epidérmicas encontradas na pele e outros tecidos. É de origem desconhecida. Os pacientes de pior prognóstico são os lactentes que, além de terem formas disseminadas para órgãos vitais, respondem mal às primeiras semanas de tratamento, o que parece ser o fator de risco mais significativo para determinar o mau prognóstico. (Marcondes et al., 2003a).

A emoção que manifestamos através da criação de humores provenientes da audição musical depende, muitas vezes, do dia que tivemos antes de ouvirmos música, de nossas preocupações, se estamos confortáveis fisicamente durante essa experiência, da nossa familiaridade com a linguagem musical apresentada, das associações passadas, dos gostos e das aversões pessoais (MacClellan, 1994). Segundo Queiroz (2000), a música, enquanto arte tem a capacidade de impressionar uma pessoa e fazer com que sua sensibilidade relaxe e se abra por meio da satisfação sensorial. Essa sensação ocorre de duas formas: a primeira é pela forma musical que define o modo como ela atua na sensibilidade humana e a segunda forma é pelo conteúdo musical, pela mensagem emocional presente na música. Desta forma, acredita-se em um possível sentimento de surpresa com relação aos sentimentos emergidos ao ouvir determinados sons que podem estar, também, de acordo com o princípio de ISO ou de igual, entendendo-se que a qualidade de humor da música é igual ao humor ou a emoção de quem estiver ouvindo-a.

A mãe nº = 59, de 37 anos de idade, curso universitário completo, evangélica, proveniente de outro Estado, com filho internado por doença crônica (neuroblastoma*), afirmou que, enquanto ouvia as explicações sobre o estudo, pensava em como teria um resultado positivo, já que as músicas eram muito específicas. Revelou, também, que este estilo de música seria o último que escolheria. Porém, aceitou participar da pesquisa e se preparou para a audição musical. Após a primeira intervenção se mostrou e verbalizou surpresa ao ter conhecimento do resultado do seu escore de ansiedade estado que variou de 57 para 39.

Na segunda audição musical, logo após responder ao IDATE, se acomodou no sofá do quarto, pediu que eu apagasse as luzes. Seu filho estava na brinquedoteca com o pai. Novamente, seu escore de ansiedade estado teve uma diminuição. Seu marido e sua irmã estudaram música: o marido toca violão e a irmã estudou piano. Pareceu entregar-se totalmente ao prazer do som do canto Gregoriano de acordo com o plano sensível de Copland (1974), ouvindo sem pensar, sem ter muita consciência deste ato.

*Neuroblastoma: tumor abdominal mais freqüente na infância, está entre os tipos de câncer com menor potencial de cura, com possibilidade clássica estimada em até 10% e é de etiologia desconhecida (Marcondes et al., 2003b).

De acordo com o exposto anteriormente, a autonomia da mãe foi respeitada em todos os momentos da pesquisa. Não foram encontrados estudos com mãe acompanhante utilizando música como intervenção terapêutica. A redução da ansiedade das mães com a utilização do canto Gregoriano pode ter explicação através do estudo de Frayman (2000) que, como já foi mencionado, encontrou no grupo controle feminino de uma análise quantitativa da atividade elétrica em pacientes epiléticos, um aumento da frequência beta – sono profundo. Baseado no conceito de que o aumento da frequência beta corresponde ao sono profundo, pode-se inferir que este grupo apresentou um relaxamento significativo diante da audição do canto Gregoriano.

O que o estudo revela, nos leva a confirmar o que outros pesquisadores e escritores já divulgaram: a influência da música sobre o nosso organismo é real. O canto Gregoriano, estilo musical quase restrito aos mosteiros, se mostrou uma ferramenta eficaz na redução da ansiedade das mães com filhos internados em uma unidade de internação de especialidades. Ressalta-se que, estas mães estavam acomodadas em quarto privativo e fizeram a audição musical com fones de ouvido, fato que as mantiveram sem a influência dos ruídos do ambiente.

O estudo também confirma Baratella (2008) e Costa (1989) quando relatam que, desde a Idade Média, a Igreja já “manipulava” os assuntos relacionados sobre a música e seus modos musicais por acreditarem no “poder da música sobre o comportamento humano”, nos envolvendo através do seu ritmo, melodia, forma, tom, harmonia e timbre (Leão, 2002).

Faz-nos lembrar, também, de que Florence Nightingale, mesmo após tantos anos, continua permeando nossas pesquisas que comprovam que há mais de um século ela já estava correta quando afirmava que “o uso da música é um cuidado à saúde” (Nightingale, 1989); com certeza baseada na crença de que a música tem efeitos sobre o organismo do Homem.

7. CONCLUSÕES

Por meio deste estudo, apesar de não permitir generalizações devido o número de mães estudadas, pôde-se concluir que a utilização do canto Gregoriano diminuiu o estado de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas em um hospital pediátrico de atenção quaternária acomodados em quartos individuais, independentemente da preferência musical, segundo a percepção de relaxamento.

Das 28 mães que participaram até o final da pesquisa, 11(39,3%) tinham de 32 a 40 anos, 12(42,9%) são católicas, 26(92,9%) são casadas, 19(67,9%) tem atividade remunerada, 19(67,9%) tem mais filhos além daquele que está internado e destas, 15(53,6%) tinham mais um filho sendo que 16(57,1%) tinham filhos saudáveis. Foi verificado também, que 22(78,6%) mães acompanhavam seus filhos internados de 3 a 6 dias, 20(71,4%) estavam internados por doença crônica, 8(28,6%) com diagnóstico definido entre 1 e 5 anos atrás, 25(89,3%) dos pais destas crianças participam dos cuidados destas crianças e, destas, 10(35,7%) tinham de 29 dias a 1 ano e 11 meses de idade. Quanto ao universo sonoro-musical, 26(92,9%) das mães nunca estudaram música, 2(7,1%) toca algum instrumento (1 toca violão e outra toca piano), 17(60,7%) tem o hábito de ouvir música, sendo que 7(25%) ouvem em casa e trabalhando. A preferência musical entre elas é bastante variada e vale ressaltar que 3(10,7%) mães preferem música sertaneja, 3(10,7%) preferem a música evangélica e 3(10,7%) preferem a MPB. Entre estas mães, 12(42,9%) têm contato com algum familiar ligado à música.

Como limitações deste estudo, foram considerados:

- O número reduzido de mães que atenderam a todos os critérios de inclusão desta pesquisa (n = 28)
- O estudo não verificou a redução da ansiedade a médio e longo prazo
- O estudo não investigou o possível efeito residual do canto Gregorian.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A convivência, muitas vezes conflitante, com mães de crianças internadas, tem sido tema de inúmeras pesquisas. Porém, estudos que abarquem uma intervenção musical com canto Gregoriano, inovando o inter-relacionamento entre equipe de enfermagem e mãe acompanhante, criam possibilidades de atuação do Enfermeiro e possibilita o aprendizado sobre o poder do som e sua aplicação na assistência à saúde.

Compreender que a ansiedade materna pela passagem de um filho sob cuidados hospitalares é um sofrimento muito grande, nos faz questionar se estamos cuidando holisticamente do binômio mãe-filho. Pergunta-se se sempre conseguimos olhar a mãe acompanhante como uma pessoa que precisa de cuidados tanto quanto seu filho e se nos encontros que temos com estas acompanhantes fazemos com que compreenda que estamos lutando lado a lado na recuperação do filho doente.

Neste estudo, concluiu-se que o canto Gregoriano reduz a ansiedade de mães que acompanham seus filhos internados em quarto privativo. Sem dúvida, é necessário investigar os possíveis efeitos do canto Gregoriano em outros ambientes do hospital, de modo que se investigue a condição de utilizá-lo com outras formas de acomodação do cliente.

É necessário que se tenha entusiasmo na aplicação de intervenções de práticas alternativas, evidenciando a possibilidade de o recurso ser, também, um facilitador das relações entre Enfermeiro e mães de crianças hospitalizadas, tornando humano o “tratamento” disponibilizado para o acompanhante.

No decorrer deste trabalho, teve-se uma modesta experiência com a utilização da música e verificação científica do seu poder terapêutico tantas vezes citado em outras pesquisas. Pretende-se que os resultados deste estudo incentive o uso de terapias com música na prática de enfermagem. No entanto, é necessário, também, que o profissional esteja motivado, seja qualificado e treinado para realizar a intervenção com segurança, de acordo com princípios éticos, respeitando as questões do Homem e da Arte. Assim,

espera-se também, que o Homem consiga resgatar as práticas complementares e integrá-las no seu cotidiano.

Apesar de a música estar num contexto milenar, fazer parte da História da humanidade desde a pré-história, ainda temos muitas questões a resolver sobre seus efeitos na biologia do Homem.

Certamente, é necessário que se façam mais pesquisas sobre o tema, inclusive para que a Enfermagem tenha mais subsídios para tornar as Terapias Alternativas e Complementares mais difundidas no meio e a prática das mesmas seja mais comum, fazendo parte do cotidiano da profissão com a credibilidade a altura do valor terapêutico que as mesmas possuem.

Na literatura, não foram encontrados trabalhos com canto Gregoriano para que se pudessem fazer análises comparativas. A Enfermagem tem olhado com muito carinho para a utilização da música na sua assistência. É necessário que se amplie o estudo dos estilos musicais para se propor, talvez, “protocolos” de assistência de enfermagem com a utilização da música para uso em unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Almeida AP, Castro AV. A Enfermagem e a Música: duas artes para refletir o cuidar em pediatria. *Rev. Nursing*. 2010;12(142):136-140.
2. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2005;13(5):737-42.
3. Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio de Janeiro; c2005-2008. [citado em 2008 out. 24]. Disponível em: www.abpbrasil.org.br/.
4. Backes DS, Ddine SC, Oliveira CL, Backes MTS. Música: uma terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing*. 2003;66(6):37-42.
5. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2007;15(1):34-41.
6. Baratella EA. Música e Musicoterapia: uma linguagem da alma. Ed. do Autor. Bragança Paulista; 2008.
7. Barbosa IA, Silva MPJ. A utilização de práticas complementares de saúde nos hospitais de ensino. *Revista Nursing*. 2006;99(8):961-66.
8. Barros NF, Adams J. A pesquisa sobre as terapias alternativas e complementares no Brasil [carta]. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3).
9. Benenzon R. Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não verbal. 3ª ed. Summus. São Paulo; 1988.
10. Bennett R. Uma breve história da música. Ed. Zahar. Rio de Janeiro; 1986.
11. Bergold LB, Alvim NAT. A visita musical como estratégia terapêutica para a humanização hospitalar. *Rev. Científica do HCE*. 2006;1(1):61-8.
12. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2000;34(4):390-94.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS, política nacional de humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. textos básicos de saúde).

14. Caminha BC, Silva MJP, Leão ER. A influência de ritmos musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43 (4):923-9.
15. Campbell D. O efeito Mozart: explorando o poder da música para curar o corpo, fortalecer a mente e liberar a criatividade. Rio de Janeiro: Rocco; 2001.
16. Caplan G. Princípios de Psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1982.
17. Carpeaux OM. O livro de ouro da História da Música: da idade média ao século XX. Rio de Janeiro: 3ª ed. Ediouro; 2001.
18. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005;13(1):105-11.
19. Concerto histórico. G1 [periódico na Internet]. 2008a fev 26 [citado 2008 nov 2]. Disponível em <http://www.jornalhoje.globo.com/>
20. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer normativo do COFEn nº004/95. Dispõe sobre as atividades em Terapias Alternativas. Bol Inf COREn. 1995;18(4):8.
21. Conselho Federal de Enfermagem. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo (SP); 1997.
22. Copland A. Como ouvir e entender música. Rio de Janeiro: Artenova; 1974.
23. Costa CM. O desertar para o outro. São Paulo: Summus; 1989.
24. Damião EBC, Angelo M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da família. Rev. Esc. Enf. USP. 2001;35(1):66-71.
25. Dicionário da língua portuguesa [dicionário na Internet]. São Paulo: [citado 2008 out. 24]. Disponível em: www.michaelis.uol.com.br/
26. Dobbro ERL. A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
27. Dractu L, Lader M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia. J. Bras. Psiq. 1993;42(1):19-32.

28. Fioravanti ACM, Santos LF, Maissonete S, Cruz APM, Landeira-Fernandez. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*. 2006;5(2):217-24.
29. Fonseca KC, Barbosa MA, Silva DG, Fonseca KV, Siqueira KM, Souza MA. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*. 2006;8(3):398-403.
30. Frayman L. Análise quantitativa da atividade elétrica cerebral durante estimulação cognitiva de pacientes epiléticos [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Estado de São Paulo; 2000.
31. Gatti MFZ. A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência: utopia ou realidade? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
32. Grazziano ES, Bianchi ERF. Nível de ansiedade de clientes submetidos à cineangiocoronariografia e seus acompanhantes. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2004;12(2):168-74.
33. Hockenberry MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro. 7ª Elsevier; 2006.
34. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Krivutza DM, Weinberg ME, Gaal D, Wang SM, et al. Interactive Music Therapy as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: a Randomized Controlled Trial. *Anesth Analg*. 2004;98:1260-66.
35. Kinrys G, Wygant LE. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? *Rev. Bras. Psiquiatr*, 2005; 27 Supl 2:43-50.
36. Leão ER, Fleusser V. Música para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2008;42(1):73-80.
37. Leão ER, organizadora. Cuidar de pessoas e música. São Caetano do Sul. Yendis; 2009.
38. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. [Rev Latino-am Enfermagem](#). 2004;2(2):235-41.
39. Leão ER. Imagens mentais decorrentes da audição musical erudita em dor crônica musculoesquelética: contribuições para a utilização da música pela enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade Estadual de São Paulo; 2002.
40. Leão ER. Reflexões sobre música, saúde e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. São Paulo. 2007;31(2): 290-96.

41. Le Mée, KW. Canto: as origens, a forma, a prática e o poder curativo do canto gregoriano. Rio de Janeiro: Agir; 1996.
42. Lula sanciona projeto que obriga ensino de música nas escolas. G1 [periódico na Internet]. 2008b ago 18 [citado 2008 nov 22]. Disponível em: <http://www.globo.com.br>
43. MacClellan R. O poder terapêutico da música. São Paulo: Siciliano; 1994.
44. Marconato C, Munhoz EC, Menim MM, Albach MT. Application of Receptive Music Therapy in Internal Medicine and Cardiology. Arquivo Bras Cardiol. 2001;77(2):140-41.
45. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica: pediatria clínica geral. São Paulo: Sarvier; 2003a. p.956-8.
46. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica: pediatria clínica geral. São Paulo: Sarvier; 2003b. p.938.
47. Marin AH, Donelli TMS, Lopes RCS, Piccinini CA. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. Aletheia. Jun 2009;29(sn):57-72.
48. Med B. Teroria da Música. Brasília: Musimed; 1996.
49. Medaglia, J. Música, maestro! Do canto Gregoriano ao sintetizador. São Paulo: Globo; 2008.
50. Milbrath VM, Cecagno D, Soares DC, Amestoy SC, Siqueira HCH. Ser mulher mãe de uma criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):427-31.
51. Monteiro CFS, Veloso LUP, Sousa PCB, Moraes SCR. A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. Cogitare Enferm. 2008;13(4):484-9.
52. Monteiro MAA. Abordagem grupal à puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.
53. Moraes GSN, Costa SFG. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(3) 639-46.
54. Morrison EE, Complementary therapies: what are the ethics challenges for Kansas Nurses? The Kansas Nurse. 2007;82(5).

55. Muszkat M, Correia CMF, Noffs MHS, Vincenzo NS, Campos CJR. Especialização funcional hemisférica da afasia motora. *Arq. Neuropsiquiatr.* 1995;53(1):88-93.
56. Nightingale F. *Notas em enfermagem: o que é e o que não é.* São Paulo: Cortez; 1989.
57. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na saúde. *Rev. Latino.am Enfermagem.* 2006; 14(2):277-84.
58. Oliveira I, Angelo M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora a experiência da mãe acompanhante. *Rev. Esc. Enf. USP.* 2000; 34(2):202-8.
59. Ortiz JM. *O tao da música: utilizando a música para melhorar sua vida.* Trad. De Marcello Borges. São Paulo; 1998.
60. Penha RM, Silva MJP. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de Enfermagem. *O Mundo da Saúde São Paulo.* 2007; 31(2):238-245.
61. Peniche ACG, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Rev. Latino-am Enfermagem. Ribeirão Preto.* 2000;8(1):45-50.
62. Perosa GB, Canavez IC, Silveira FCP, Padovani FHP, Peracoli JC. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem mal formações. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(9):433-9.
63. Pessini L. A espiritualidade interpretada pela ciência e pela saúde. *O mundo da saúde. São Paulo.* 2007;31(2):187-195
64. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *F Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* Porto Alegre: Artmed; 2004.
65. Pontes AC. A maternidade em mães de crianças com doenças neurológicas crônicas: um estudo sobre a sobrecarga e a qualidade de vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo; 2008.
66. Puggina ACG. O uso da música e de estímulo vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e escalas de Glasgow e Ramsay [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
67. Queiroz GJP. O equilíbrio do temperamento através da música: uma nova maneira de ouvir música. 1ª ed. São Paulo: Cultrix; 1997. p.53.
68. Ribas JC. *Música e Medicina.* São Paulo: Edigraf, 1957.

69. Sahler OJZ, Hunter BC, Liesveld JL, The effect of using music therapy with relaxation imagery in the management of patients undergoing bone marrow transplantation: a pilot feasibility study. *Alternative Therapies*. 2003;9(6):70-4.
70. Silva, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. Gente. São Paulo; 1996.
71. Silva MJP, Leão ER. Sobre o cuidar ampliado. In: Leão ER, organizadora. *Cuidar de pessoas e música*. São Caetano do Sul. Yendis; 2009.
72. Skyllstad K. Música e meditação. *SIG Quaterly*; 2004.
73. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Inventário de ansiedade traço-estado. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
74. Todres, ID. Música é remédio para o coração. *Jornal de Pediatria*. 2006; 82(3):166-67.
75. Trovo MM, Silva MJP, Leão ER. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2003;11(4):483-89.
76. Trovo MM, Silva MJP. Terapias alternativas/ complementares – a visão do graduando de enfermagem. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 2002;36(1):80-7.
77. Whaley LF, Wong DL. *Nursing Care of Infants and Children*. 6ª edition. Mosby. Missouri; 1999.
78. Zárate PD, Diaz VT. Aplicaciones de la musicoterapia em la medicina. *Rev. Médica de Chile*. 2001;129(2):219-23.

APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP – 3061-7548

Prezada mãe acompanhante,

Estamos desenvolvendo esta pesquisa com o objetivo de verificar se o Canto Gregoriano reduz a ansiedade das mães de crianças hospitalizadas. Este conhecimento nos permitirá a utilização de músicas adequadas para as mães na assistência de Enfermagem.

A Senhora terá que ouvir uma seleção de músicas de um mesmo tipo com duração de vinte minutos, duas vezes, em dias diferentes. Deverá responder a um questionário sobre a ansiedade antes e após cada audição musical e, também, responder a um formulário de identificação elaborado por mim.

Poderá contar com o meu apoio durante todo o tempo caso não se sinta bem durante a audição musical. Também poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo do seu cuidado ou tratamento do seu filho internado.

Todos os dados fornecidos pela Senhora serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa. A sua identidade permanecerá sob sigilo profissional.

Agradecemos sua participação neste estudo e solicitamos sua concordância através de assinatura neste documento, sendo que a 2ª via será entregue em suas mãos.

As informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a esta pesquisa poderá ser acessada a qualquer momento pelo e-mail anaflumian@usp.br ou fone 3069-8586 com Ana Paula Almeida.

São Paulo, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do Pesquisador _____

Nome do Sujeito: _____ RG: _____

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1- Características do sujeito da pesquisa

Nome: _____

Idade (anos): _____

Origem: () São Paulo () outro estado? _____

Grau de instrução:

() nunca frequentou a escola

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() Universitário incompleto

() Universitário completo

Profissão: _____ Religião: _____

Estado civil: _____

2- Dados relacionados ao filho

Há quantos dias está internado? () de 3 a 6 () de 7 a 10 () mais de 10 dias

É doente crônico? () sim () não

Se sim, há quanto tempo tem o diagnóstico? _____

Seu companheiro participa no cuidado do(s) filho(s): () sim () não

Se não, por quê? _____

Idade do filho internado: _____ Diagnóstico: _____

Tem alguma preocupação além da saúde do seu filho(a)? () sim () não

Tem outros filhos? () sim () não

Se sim, quantos? _____

Os outros filhos são saudáveis? () sim () não

3- Informações sonoro-musicais

Qual o tipo de música gosta de ouvir? _____

Você já estudou música? () sim () não

Se sim, por quanto tempo? _____

Você toca algum instrumento? () sim () não

Se sim, qual instrumento? _____

Você tem costume de ouvir música? () sim () não

Se sim, de que maneira costuma ouvir? _____

Você tem algum parente músico? () sim () não

Se sim, qual o seu grau de parentesco? _____

APÊNDICE C - SELEÇÃO MUSICAL DE CANTO GREGORIANO

Faixas:

- 1 – Prolegendum: Dommus regnavit (2'03'')*
- 2 – Tractus: Vide, domine et considera (0'44'')*
- 3 – Lauda (post Evangelium): Laudate Dominum, quomam bonus est psalmus (1'01'')*
- 4 – Hodie nobis caelorum rex (6'32'')*
- 5 – Hodie nobis de caelo pax (2'35'')*
- 6 – Quem vidistes, pastores (2'48'')*
- 7 – Ângelus ad pastores ait (4'03'')*

ANEXO 1 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone/Fax.: (11) 3061-7548 – E-mail: edipesq@usp.br
C.P. 41633 - CEP 05422-970 – São Paulo – SP – Brasil

São Paulo, 15 de maio de 2009.

Il.^{ma} Sr.^a
Ana Paula Almeida

Ref.: Processo nº 808/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A utilização da música como redutora de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas: uma estratégia para a assistência de enfermagem**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.

São Paulo, 26 de maio de 2009.

À Prof^a. Dr^a. Magda Maria S. Carneiro-Sampaio

Presidente da CPE do Departamento de Pediatria da FMUSP

Vimos, através deste, solicitar formalmente a autorização para participação deste hospital em pesquisa intitulada: **“A utilização da música como redutora de ansiedade das mães de crianças hospitalizadas: uma estratégia para a assistência de enfermagem.”**

Esclarecemos que esta pesquisa tem o objetivo de verificar se a audição do Canto Gregoriano reduz a ansiedade das mães (n=71) de crianças hospitalizadas.

Esta pesquisa é parte final do curso de Mestrado em Saúde do Adulto da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, com aprovação pelo Exame de Qualificação de mestrado em 03 de fevereiro de 2009 (Anexo 2).

Agradecemos sinceramente a atenção prestada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Maria Júlia Paes da Silva
Prof^a Titular da EEUSP

Ana Paula Almeida
Mestranda da EEUSP

ANEXO 3 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO

Instruções: Seguem-se algumas afirmações que estão sendo usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia-as e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar como você *geralmente se sente*. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar respostas que mais se aproximar de como você geralmente se sente.

1. Sinto-me bem.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

2. Canso-me facilmente.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

3. Tenho vontade de chorar.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

4. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

6. Sinto-me descansado.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

7. Sou calmo.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

9. Preocupo-me demais com coisas sem importância.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

10. Sou feliz.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

12. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a).

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

13. Sinto-me seguro.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

15. Sinto-me deprimido(a).

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

16. Estou satisfeito.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

17. Às vezes, idéias sem importância entram em minha cabeça e ficam me preocupando.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

19. Sou uma pessoa estável.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas no momento.

1. quase nunca 2. às vezes 3. bastante 4. quase sempre

Nome: _____

RG: _____

ANEXO 4 – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE ESTADO

Instruções: Seguem-se algumas afirmações que estão sendo usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia-as e faça um círculo ao redor do número que melhor indicar como *você se sente agora, neste momento*. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar respostas que mais se aproximar de como *você se sente neste momento*.

1. *Sinto-me calmo(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

2. *Sinto-me seguro(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

3. *Estou tenso(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

4. *Estou arrependido(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

5. *Sinto-me à vontade.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

6. *Sinto-me perturbado(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

7. *Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

8. *Sinto-me cansado(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

9. *Sinto-me ansioso(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

10. *Sinto-me em casa.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

11. *Sinto-me confiante.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

12. *Sinto-me nervoso.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

13. *Estou agitado(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

14. *Sinto-me uma pilha de nervos.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

15. *Estou descontraindo.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

16. *Sinto-me satisfeito.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

17. *Estou preocupado(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

18. *Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a).*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

19. *Sinto-me alegre.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

20. *Sinto-me bem.*

1. absolutamente não 2. um pouco 3. bastante 4. muitíssimo

Nome: _____

RG: _____