

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE MEDICINA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**PAULA CHADI TONDATTI**

**A MÚSICA ENQUANTO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO NA  
RESPOSTA CLÍNICA DA CRIANÇA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

**BOTUCATU  
2011**

**PAULA CHADI TONDATTI**

**A MÚSICA ENQUANTO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO NA  
RESPOSTA CLÍNICA DA CRIANÇA EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – Universidade Estadual Paulista – UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração:  
Práticas de Enfermagem

Orientadora:  
Profa. Dra. Ione Correa

**BOTUCATU  
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO,  
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FIM DE  
ESTUDOS E PESQUISAS, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Tondatti, Paula Chadi.

A música enquanto instrumento terapêutico na resposta clínica da criança em unidade de terapia intensiva pediátrica / Paula Chadi Tondatti. - Botucatu, 2011.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Ione Correa

Capes: 40403009

1. Crianças. 2. Musicoterapia para crianças. 3. Tratamento intensivo pediátrico.

Palavras-chave: Criança; Música; Terapia alternativa.

Nome: Paula Chadi Tondatti

Título: A música enquanto instrumento terapêutico na resposta clínica da criança em unidade de terapia intensiva pediátrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – Universidade Estadual Paulista – UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este estudo

A Deus, pela expressão de amor em minha vida e toda fortaleza que me destes.

Aos meus pais, os maiores amores da minha vida a quem dedico todas as minhas vitórias.

À minha querida irmã Silvia, por estar sempre tão presente em minha vida.

Ao Marcelo, companheiro de todos os momentos, pela compreensão e carinho ao longo do período de elaboração deste trabalho.

À minha querida amiga Mariana, pelo companheirismo, amizade e apoio.

À minha amada comunidade, por me amarem e me fortalecerem no caminho e na fé ampliando meus limites.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Orientadora Ione Correa, por toda paciência e incentivo, por compartilhar de saberes e amizade, tornando cada linha escrita uma arte do saber científico.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista, pela inovação.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista, por todo empenho.

Aos professores da Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista, pelo compartilhar de ideias e incentivo.

Ao Professor Dr. Carlos Padovani, do Departamento de Estatística da Universidade Estadual Paulista, pela análise estatística.

À Eloísa, pela colaboração, paciência e orientação na digitação dos dados.

À equipe de trabalho da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Regional de Assis, por toda colaboração.

Às investigadoras Priscylla Sanches Gaeta, aluna do 4º ano de Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis, e Andréia Cristina Gati, Enfermeira, pelo interesse e dedicação.

Ao Hospital Regional de Assis, pela abertura de campo para pesquisa.

À Ana Cláudia Guedes, Diretora Técnica do Serviço de Enfermagem do Hospital Regional de Assis, pelo incentivo e colaboração para que este estudo fosse possível.

*“O ser humano não é completamente condicionado e definido. Ele define a si próprio seja cedendo às circunstâncias, seja se insurgindo diante delas. Em outras palavras, o ser humano é, essencialmente, dotado de livre-arbítrio. Ele não existe simplesmente, mas sempre decide como será sua existência, o que ele se tornará no momento seguinte.”*

Vitor Frankl



Chadi PT. A música enquanto instrumento terapêutico na resposta clínica da criança em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2011.

## RESUMO

O ambiente hospitalar gera ansiedade, pela possibilidade de surpresa, do desconhecido, da dor, da perda da autonomia e da percepção da própria fragilidade ao enfrentamento da hospitalização e da doença. Tratando-se de criança, qualquer alteração nas necessidades de saúde torna as circunstâncias ainda mais delicadas e exige um posicionamento do profissional sobre a sua atuação no processo de saúde e doença. A música é considerada uma importante estratégia de comunicação e entretenimento para o cuidado da criança em diversos aspectos, tais como: alívio da dor, aceitação da hospitalização, formação de vínculo, redução da ansiedade, diminuição de trauma e tempo de internação, favorecimento da interdisciplinaridade, do desenvolvimento e da socialização. Nesta perspectiva, o presente estudo busca estas melhoras em um ambiente crítico como a UTI, verificando se há benefício desta terapêutica neste local. Trata-se de um estudo clínico randomizado longitudinal que avaliou o desfecho clínico, antes, durante e após a intervenção de música em crianças na fase de lactência, hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital Regional de Assis/HRA-SP. O estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção musical sobre parâmetros clínicos em crianças hospitalizadas em UTIP, tendo como hipótese que esta intervenção musical provoque mudanças clínicas positivas em crianças nesta fase de desenvolvimento, hospitalizadas neste ambiente. Verificou-se que a música sugere alguns sinais como melhora da gravidade do caso, redução da dor, percepções emocionais positivas identificadas após cada sessão e ao longo da mesma. Recomenda-se que a música deve ser utilizada em ambientes hospitalares, inclusive em unidades de terapia intensiva pediátrica, como um facilitador de comunicação entre a equipe, a família e a criança, como recurso no cuidado para relaxamento, alívio da dor, melhora da condição clínica e como um fator desencadeante de respostas emocionais positivas. Entretanto, existem algumas lacunas a serem preenchidas nessa área, assim, acredita-se na necessidade de um estudo mais aprofundado e específico sobre respostas fisiológicas aos estímulos da música, bem como uma coleta de exames laboratoriais mais sistemática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança; Música; Terapias alternativas.

Chadi PT. Music as a therapeutic resource in the child's clinical response in the Pediatric ICU [Master's Dissertation]. Botucatu (SP), Brasil: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2011.

## **ABSTRACT**

A child's stay in hospital arouses anxiety due to the possibility of surprise, the unknown, pain, loss of autonomy, and the perception of one's very frailty in face of hospitalization and disease. Concerning the child, any change in health needs makes circumstances more difficult and demands a professional attitude towards his/her role in the process of health and disease. Music is viewed as an important communication strategy and entertainment to provide care for the child in various features such as pain relief, acceptance of hospitalization, link development, anxiety reduction, trauma recovering and reduction of stay in hospital, favoring interdisciplinarity, growth, and socialization. Getting into this perspective, this study aims at improving such a critical environment as the ICU, trying to find out any benefit deriving from such a therapy within that context. It is a longitudinal randomized clinical study which assessed the clinical outcome before, during, and after the intervention of music in lactentes admitted to pediatric ICU of Hospital Regional de Assis/HRA-SP. The study at issue aimed at assessing the effects of musical intervention in the clinical parameters of children in pediatric ICU putting forward the hypothesis that such a musical intervention brings about positive clinical changes in such lactentes staying in that environment. One found out that music brings about some signs such as improvement in the severness of the disease, pain relief, positive emotional perception identified after and during each therapy session. Music is recommended to be used in hospitals, including pediatric ICU, as a communication facilitator among the clinical staff, the family and the child, as a resource to provide relaxation, pain relief, clinical condition improvement and as a factor capable of eliciting positive emotional response. However, some gaps still have to be filled in within such a field, and so a deeper and more specific study is needed concerning physiological responses to musical stimuli, as well as a more systematic collecting of lab examinations.

**KEYWORDS:** Child; Music; Alternative/complementary therapies.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do sexo dos participantes, segundo grupo de estudo .....	51
Tabela 2 - Medidas descritivas da idade (meses), segundo grupo e momento de avaliação .....	52
Tabela 3 - Distribuição de diagnóstico das crianças, segundo grupo de estudo .....	55
Tabela 4 - Distribuição das respostas emocionais na percepção do investigador em relação às crianças, segundo grupo e momento de avaliação .....	56
Tabela 5 - Distribuição do uso dos antibióticos, segundo grupo e momento de avaliação .....	56
Tabela 6 - Distribuição do uso de O <sub>2</sub> , segundo grupo e momento de avaliação .....	57
Tabela 7 - Distribuição do uso de dispositivo venoso segundo grupo e momento de avaliação .....	58
Tabela 8 - Distribuição do grau de severidade, segundo grupo em estudo e momento de avaliação .....	59
Tabela 9 - Medidas descritivas da pressão arterial sistólica (PAS/mmhg), segundo grupo e momento de avaliação .....	63
Tabela 10 - Medidas descritivas da pressão arterial diastólica (PAD/mmhg), segundo grupo e momento de avaliação .....	64
Tabela 11 - Medidas descritivas da frequência cardíaca (FC/bpm), segundo grupo e momento de avaliação .....	65
Tabela 12 - Medidas descritivas da frequência respiratória (FR/mpm), segundo grupo e momento de avaliação .....	66
Tabela 13 - Medidas descritivas da saturação (Sat%O <sub>2</sub> ), segundo grupo e momento de avaliação .....	67
Tabela 14 - Medidas descritivas da temperatura (t/C°), segundo grupo e momento de avaliação .....	68

Tabela 15 - Medidas descritivas de lactato (Lac mg/dl), segundo grupo e momento de avaliação .....	69
Tabela 16 - Medidas descritivas de sódio (Na mEq ou mmol/l), segundo grupo e momento de avaliação .....	70
Tabela 17 - Medidas descritivas de potássio (K mEq ou mmol/l), segundo grupo e momento de avaliação .....	71
Tabela 18 - Medidas descritivas de glicose (mg/dl), segundo grupo e momento de avaliação .....	72

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico do modelo inicial, com relação à escala de dor .....	60
Figura 2 - Gráfico da distribuição da escala de dor, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – com música .....	60
Figura 3 - Gráfico da distribuição da escala de dor, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – sem música .....	61
Figura 4 - Gráfico do modelo inicial, com relação à melhora clínica .....	61
Figura 5 - Gráfico da distribuição do escore de melhora clínica, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – com música .....	62
Figura 6 - Gráfico da distribuição do escore de melhora clínica, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – sem música .....	62

## LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ATP	Adenosina Trifosfato
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
dB	Decibéis
DIR	Direção Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FC	Frequência Cardíaca
FEMA	Fundação Educacional do Município de Assis
FR	Frequência Respiratória
HRA	Hospital Regional de Assis
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
Lac	Lactato
K	Potássio
Na	Sódio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PICC/CCIP	<i>Peripherally Inserted Central Catheter</i> / Cateter Central de Inserção Periférica
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAM	Pressão Arterial Média
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNHAH	Programa Nacional de Humanização
PRISM	Risco de Mortalidade Pediátrica ( <i>Pediatric Risk of Mortality</i> )
SatO <sub>2</sub>	Saturação de Oxigênio
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Temperatura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>4</b>	<b>PERGUNTA DO ESTUDO E HIPÓTESE</b> .....	34
4.1	PERGUNTA DO ESTUDO .....	35
4.2	HIPÓTESE .....	35
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	36
5.1	OBJETIVO GERAL .....	37
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	37
<b>6</b>	<b>DELINEAMENTO DO ESTUDO</b> .....	38
<b>7</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	40
7.1	MÚSICA .....	45
7.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	47
7.3	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	47
7.4	ASPECTOS LEGAIS .....	48
<b>7.4.1</b>	<b>Seleção dos investigadores</b> .....	48
<b>7.4.2</b>	<b>Termo de consentimento livre esclarecido</b> .....	48
<b>7.4.3</b>	<b>Comitê de ética em pesquisa com seres humanos</b> .....	49
7.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	49
<b>8</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	50
<b>9</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	73
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	84
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
<b>12</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
	<b>APÊNDICES</b> .....	100
	<b>ANEXOS</b> .....	112



## *1 Introdução*



No decorrer da trajetória profissional, em especial durante a atuação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), percebeu-se a necessidade de práticas que buscassem melhoras clínicas nas crianças hospitalizadas.

Estas inquietações levaram o pesquisador a considerar a música como um instrumento que poderia ser utilizado pelo profissional de saúde, na busca dessas melhoras clínicas da criança hospitalizada, ou seja, como uma importante estratégia de comunicação e entretenimento para o cuidado da criança sob vários aspectos, tais como: alívio da dor, aceitação da hospitalização, formação de vínculos, redução da ansiedade, diminuição de traumas e tempo de internação, favorecimento da interdisciplinaridade, do desenvolvimento e da socialização, entre outros, assim como as diversas pesquisas sobre o tema na área de enfermagem têm mostrado.

Percebe-se a necessidade da busca por desfechos clínicos em crianças hospitalizadas nas unidades de terapia intensiva pediátrica por meio desta terapia alternativa, trazendo benefícios tanto para as crianças quanto para os profissionais de saúde que contarão com mais um instrumento terapêutico não-invasivo.

A escolha dos sujeitos seguiu-se com a admissão da criança na unidade (UTIP), momento em que era solicitada à equipe uma avaliação e posterior liberação para o estudo. Em seguida era verificado se o sujeito atendia os critérios de inclusão; atendendo, solicitava-se o consentimento por meio de termo de consentimento livre e esclarecido ao responsável, tendo este assinado, procedia-se, de maneira aleatória, à definição do grupo para qual o sujeito estaria à disposição para se iniciar a coleta de dados.

Trata-se de um estudo clínico randomizado longitudinal quantitativo, que avaliou o desfecho clínico antes, durante e após a intervenção de música em crianças na fase de lactência (29 dias a 2 anos), hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Regional de Assis (HRA).

Este estudo foi desenvolvido com dois grupos. O grupo I recebeu a intervenção de música e o grupo II, controle, não recebeu a intervenção de música. Ressalta-se, todavia, que os dois grupos receberam o mesmo tratamento e importância.

Os grupos foram seguidos por cinco (5) sessões, a partir da sessão “0”, os momentos foram registrados antes, durante e após a intervenção ou o controle. Utilizou-se um instrumento para coleta dos dados, apresentado em apêndice.

Este estudo traz como objetivo principal avaliar os desfechos clínicos em crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva pediátrica frente à estratégia por mediação de música, identificando, ainda, quais foram os desfechos clínicos apresentados pelas crianças antes, durante e após o emprego da música.



*2 Revisão da Literatura*

A infância é uma fase da vida na qual reina a fantasia e a liberdade, uma etapa de preparação para o futuro, corresponde a um período da vida humana. E o vocábulo criança, por sua vez, indica uma realidade psicológica referenciada ao indivíduo.<sup>(1)</sup>

Segundo o dicionário Aurélio (por exemplo) a criança é um ser humano de pouca idade, já a infância está definida como um período de crescimento do ser humano, que se estende do nascimento até a puberdade.<sup>(1)</sup>

Na sua origem etimológica, o termo “infância” (do latim *in-fans*) significa sem linguagem, não ter pensamentos, conhecimentos, capacidade e racionalidade. Neste sentido, focaliza a criança como um ser menor.<sup>(1)</sup> Já o Estatuto da Criança e do Adolescente define criança como a pessoa que possui até 12 anos de idade incompletos.<sup>(2)</sup>

Outros estudos<sup>(3,4)</sup> definem a criança, demonstrando sua interação e evolução com o meio, onde cada vez mais expressa fielmente ações e reações da realidade à qual é exposta.

O período total de crescimento do ser humano encontra-se dividido em duas etapas fundamentais separadas pelo momento obstétrico, caracterizadas pelos períodos pré e pós-natal. Esta nomenclatura é utilizada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, portanto, neste estudo serão adotadas, de acordo com essas classificações, as fases da infância (compreende os lactentes de 29 dias a 2 anos de idade) dos pré-escolares (de 2 a 6 anos) e dos escolares (de 6 a 10 anos).<sup>(5-7)</sup>

No Brasil, as crianças e os adolescentes têm marca histórica na política, pois foi o primeiro país a adequar a legislação interna aos princípios consagrados pela Convenção das Nações Unidas em relação à criança e ao adolescente, até mesmo antes da vigência obrigatória.<sup>(2)</sup>

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi instituído pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes inspirado pelas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988, internalizando uma série de normativas internacionais: Declaração dos Direitos da Criança (Resolução nº 1.386 da ONU, de 20 de novembro de 1959); Regras mínimas das Nações Unidas para administração da Justiça da Infância e da Juventude – Regras de Beijing (Resolução nº 40/33 da ONU, de 29 de novembro de 1985);

Diretrizes das Nações Unidas para prevenção da Delinquência Juvenil – Diretrizes de Riad (ONU – 1º de março de 1988 – Riad).<sup>(2)</sup>

Tratando-se de criança que apresenta alterações nas necessidades básicas ou encontra-se doente, é considerada uma circunstância delicada e exige um posicionamento profissional sobre a atuação no processo saúde doença de forma diferenciada. O adoecer e o hospitalizar-se determinam desagradáveis sensações físicas, psicoemocionais que desencadeiam problemas desafiadores.<sup>(8,9)</sup>

A hospitalização acontece no momento em que a saúde da pessoa está alterada a um nível que não pode receber tratamento no domicílio, acarretando uma alteração da dinâmica familiar em função de uma intensa carga emocional condicionada pela doença e pelas limitações provocadas pela mesma.<sup>(9-12)</sup>

O ambiente hospitalar gera ansiedade, pela possibilidade de surpresa, do desconhecido, da dor, da perda da autonomia e da percepção da própria fragilidade ao enfrentamento da hospitalização e da doença.<sup>(10,12-15)</sup>

A criança em processo de institucionalização – decorrente da fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos e concretizada por meio da hospitalização que gera um afastamento na sociedade em que está inserida – passa a participar de um grupo social específico de “doente” internado, em que lhe são impostos papéis caracterizados por uma acentuada dependência. Esta dependência é representada pela limitação do espaço físico, pelas roupas e objetos pessoais que lhe são retirados, pela imposição de horários, regras e hábitos obrigatórios para oportunizar o tratamento, deixando de ser um indivíduo totalmente ativo para tornar-se paciente, diminuindo o contato com parentes e conhecidos.<sup>(10-16)</sup>

A criança, na posição de paciente, pode desenvolver sentimentos confusos e dicotômicos, tais como: vida e morte, alegria e tristeza, medo e confiança. Desse modo, o hospital caracteriza-se como um ambiente de experiências dolorosas e significativas para toda a vida.<sup>(10-16)</sup>

As experiências vivenciadas durante a infância, sejam elas positivas ou negativas, ficam registradas na memória, inclusive no ambiente hospitalar, onde é provável que a criança experimente mais dificuldades do que em sua rotina diária, em decorrência dos constrangimentos aos quais é exposta. Isto ocasiona ideias aterrorizantes, ansiedade, diminuição da autoconfiança e da autoestima, dificultando, assim, a aceitação ao tratamento hospitalar e à sua convalescença.<sup>(11,16)</sup>

Na hospitalização infantil, todos estes problemas parecem ter implicações ainda maiores e de difícil resolução, pois as reações da criança à doença dependem, sobretudo, do nível de desenvolvimento psíquico na ocasião da internação, do diagnóstico, do grau de apoio familiar e das atitudes da equipe de saúde. <sup>(11,16)</sup>

Entre as agressões psicológicas que a criança sofre ao ser hospitalizada, pode-se citar: a sensação de abandono causada pela privação materna; o medo do desconhecido; a sensação de culpa (“eu errei, por isso fiquei doente”); a limitação de atividades e estimulação; a intensificação ou o aparecimento do sofrimento físico e a despersonalização. <sup>(16,17)</sup>

Observando-se essa problemática da hospitalização infantil, o olhar se volta para as instituições hospitalares, a fim de se verificar como vêm trabalhando esta temática.

Antigamente, a medicina trabalhava, em grande parte, seguindo o modelo biomédico e suas principais características incluíam a concepção reducionista e mecanicista da vida, ou seja, o paciente era considerado uma máquina, e o médico estava ali para consertar um “defeito”: a doença. <sup>(17,18)</sup>

Há, então, uma desumanização no cuidado com o paciente.

“Os hospitais converteram-se em amplas instituições profissionais, enfatizando mais a tecnologia e a competência científicas do que o contato com o paciente”. <sup>(19)</sup> Nesse contexto, nota-se que a medicina limitava sua atuação aos aspectos fisiológicos do paciente, perdendo a visão do ser humano como um ser integral. <sup>(18)</sup>

Concepções como estas ainda estão muito presentes entre os profissionais de saúde, porém, apresentaram algumas evoluções, entre as quais se destaca a temática da humanização dos serviços de saúde, que tem sido reconhecida pelas políticas governamentais, pelos serviços de saúde e pela academia. Nessa compreensão, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização (PNHAH), no qual a humanização é definida como o resgate do respeito à vida humana. O PNHAH prevê a organização dos serviços de saúde considerando dois ângulos interdependentes: a humanização do atendimento ao público (cuidar do usuário) e a humanização das condições de trabalho do profissional da saúde (cuidar do cuidador). <sup>(20)</sup>

Pensando neste desafio da implantação de programas de humanização dentro dos hospitais voltados aos problemas inerentes à hospitalização infantil, surgiram

vários projetos com a intencionalidade de modificar o impacto causado pela internação pediátrica, humanizando o atendimento e as relações interpessoais dentro do serviço de pediatria. <sup>(11)</sup>

Nesse sentido, inúmeros projetos que incorporam outros referenciais foram surgindo e, atualmente, alguns se destacam: “Doutores da Alegria”; “Biblioteca Viva”; “Uma Canção no Cuidar”; “Brincar é coisa Séria”; “Companhia do Riso”; “Associação Arte Despertar” (São Paulo), Associação “Viva e Deixe Viver” (São Paulo), Entidade “Doutores da Alegria” (São Paulo), Projeto “Carmim” (São Paulo), Projeto “Doutores Cidadãos” (São Paulo), “Companhia do Riso” (Ribeirão Preto / São Paulo), “Música é Vida” e a “Escolinha Inicial Musical e Artes” do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Pernambuco); Projeto de extensão: “Brinque Hospital: a inserção do lúdico como facilitador na integração da criança ao Hospital” (Paraná). <sup>(11,20,21)</sup>

Autores que realizam pesquisas em unidades pediátricas <sup>(22-24)</sup> consideram que é possível minimizar os efeitos dos traumas da hospitalização infantil, por meio de algumas intervenções, além destas já citadas, tais como: permitir a permanência dos pais no hospital; evitar rodízio do pessoal que cuida da criança; prepará-la para a hospitalização; permitir que ela traga para o hospital brinquedos favoritos e de fácil higienização.

Considerando esses aspectos, observa-se que a política nacional de proteção aos direitos da criança; por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garante em qualquer estabelecimento de saúde o direito da criança ter acompanhamento em tempo integral de um dos pais ou responsável. <sup>(20,25)</sup>

A adoção de um sistema de alojamento conjunto pediátrico (termo usado como sinônimo de mãe-acompanhante), em que a mãe ou responsável acompanha a criança durante a hospitalização, é uma estratégia que possibilita: reduzir o estresse emocional, tanto na criança como na mãe; diminuir a incidência de infecção cruzada; abreviar o tempo de internação, entre outros. Entretanto, a implantação desta modalidade assistencial não é uma realidade em várias instituições. <sup>(26-28)</sup>

Pesquisa realizada mediante entrevistas com as mães, em unidade pediátrica de um hospital escola de São Paulo, avaliou fatores que apoiam ou não a permanência de mães acompanhantes na clínica pediátrica. O estudo demonstrou que a mãe se encontra em situação fragilizada, pela situação da hospitalização da filha,

dos demais filhos que ficaram em casa, das noites mal dormidas, sem local apropriado até mesmo para refeição. Elas até entendem e percebem a importância de sua permanência durante a hospitalização de seu filho, mas adoecem com todos estes fatores. O estudo mostrou, ainda, que os profissionais de saúde precisam dar apoio a familiares durante a hospitalização, pois só assim a participação será benéfica. <sup>(29)</sup>

Levando-se em consideração todos esses aspectos, é possível perceber as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com a hospitalização infantil e, ainda, em utilizar-se de artifícios para minimizar os traumas, pois esses profissionais são capacitados para lidar com padrões de normalidades ou anormalidades e, assim, apresentam dificuldade de promover a saúde com métodos alternativos, além da dificuldade de buscar recursos internos para o cuidar da mãe-acompanhante. <sup>(12,30-33)</sup>

Os estudos <sup>(34,35)</sup> trazem, em sua revisão, dados sobre o comportamento dos profissionais frente a sua atuação, e permitiram identificar que os profissionais de enfermagem, frequentemente, têm centrado seu foco de ação na recuperação física do cliente, não valorizando adequadamente sinais de apatia, irritabilidade, lamentos, gestos e choros demonstrados pelas crianças; e esses indícios, no contexto da hospitalização, são indicativos da necessidade de acolhimento e segurança.

Desta forma, os profissionais deverão possuir compreensão desta faixa etária, a fim de reconhecerem na criança quais são as suas necessidades, a sua capacidade e os seus desejos; tornando-se evidente o fato de que, quando a relação do profissional-cliente ocorre de maneira eficiente, a assistência prestada será a mais benéfica possível. <sup>(12,30-33)</sup>

Cabe ressaltar que as crianças podem ser atendidas por diferentes métodos de comunicação, tais como: o diálogo, a presença, a responsabilidade profissional, o comprometimento, as experiências compartilhadas e a arte de amar. Esses métodos são apontados como recursos básicos da humanização na convivência profissional com os seres humanos que se envolvem e são envolvidos no processo de cuidar. <sup>(20,35)</sup>

Estes trabalhos <sup>(34,35)</sup> mostraram, em suas revisões, iniciativas dos enfermeiros na valorização dos aspectos psicológicos da criança diante da hospitalização, podendo-se observar atividades de orientação, promoção e recuperação da saúde com crianças internadas por meio de atividades lúdicas.

O uso do lúdico beneficia não apenas a criança, ajudando no atendimento do que está acontecendo, liberando temores, tensões e ansiedade, mas também o



enfermeiro e o hospital. Para o enfermeiro, facilita a comunicação e a realização de procedimentos e, para o hospital, colabora na humanização do atendimento, resgatando a dimensão saudável da criança. <sup>(34,35)</sup>

É importante ressaltar que a pessoa com quem a criança brinca é a mesma a quem recorre quando se sente assustada por não compreender o que está se passando com ela. Valendo-se do estabelecimento desse laço de confiança, pode-se considerar que o brincar possui uma dimensão potencialmente terapêutica. <sup>(32,36)</sup>

O manejo de tal situação apresenta-se como uma tarefa complexa para a equipe. Isto requer, sobretudo, a ampliação de conhecimentos que auxiliem os profissionais nesse cuidado. <sup>(34,35)</sup>

A comunicação, como instrumento da enfermagem, permeia todo o processo de assistência, permitindo que se estabeleça, quando efetiva, um vínculo entre equipe e criança. Nesse sentido, o desenvolvimento da habilidade de comunicar-se tem sido proposto como objetivo do relacionamento terapêutico. Considera-se, desse modo, que é possível desenvolver esta prática de interação com a criança não apenas para comunicar-se, mas também para estimulá-la a expressar-se e a tomar contato com a realidade; a partir daí, tendo possibilidades para superar dificuldades e limitações de uma doença ou internação. <sup>(35)</sup> Portanto, os objetivos da assistência devem estar voltados para facilitar o comportamento de adaptações frente a uma situação agressiva para a criança, utilizando-se de terapias alternativas e habilidades de comunicação. <sup>(35)</sup>

O exercício profissional do enfermeiro já determina que as atividades exercidas por ele devam envolver a utilização do lúdico como estratégia na busca da assistência humanizada: “Artigo 1º. Compete ao Enfermeiro que atua na área pediatria, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico na assistência à criança e família hospitalizadas”. <sup>(37)</sup>

Percebe-se, então, que a preocupação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) está voltada para a valorização destes aspectos em pediatria, bem como para as mudanças curriculares que ocorreram nos Cursos de Graduação em Enfermagem na última década. <sup>(25,37)</sup> O COFEN ressalta o uso do brinquedo terapêutico, mas entende-se que o lúdico está representado em outras temáticas como rimas, trocadilhos, adivinhas, música, entre outras peças, assim o jogo de palavras que

compõe o lúdico é sensível ao universo infantil, não carece de explicações e significados precisos. Grandes poetas como Gonçalves Dias, Casimiro de Abreu, Ferreira Gullar, Vinicius de Moraes, Cecília Meireles, Carlos Drummond de Andrade, e tantos outros escreveram poesias para crianças. <sup>(38)</sup>

Mediante tais considerações, o lúdico está presente no ambiente hospitalar como uma estratégia para facilitar as inter-relações da equipe com a criança.

Na perspectiva holística do tratamento hospitalar, a proposta terapêutica baseada em atividades lúdicas no ambiente de internação pediátrica propicia à criança um meio sustentável de aceitação, criação e aprendizagem entre este novo e aterrorizante ambiente e suas peculiaridades, além de possibilitar a articulação entre seu mundo interno e externo. <sup>(16)</sup>

O brincar é a atividade mais importante na vida da criança e é crucial para seu desenvolvimento motor, emocional, mental, social, linguístico e cognitivo. É a forma pela qual se comunica com o meio em que vive e expressa ativamente seus sentimentos. Brincando, a criança expressa de modo simbólico suas fantasias, seus desejos e suas experiências de vida. <sup>(39,40-42)</sup>

Toda criança, ao brincar, desenvolve uma atividade completamente espontânea, agradável, sem objetivos definidos, expressando uma experiência própria e pessoal. A brincadeira leva a expressar uma reação positiva. <sup>(20,35,43)</sup>

Neste trabalho, pretende-se evidenciar a aplicação do lúdico nas crianças, apresentando-se como foco principal a música. Ressalta-se, entretanto, que serão também consideradas as demais literaturas que demonstram a aplicação do lúdico com outros instrumentos.

Contextualizando o lúdico, a brincadeira permite a compreensão dos significados das situações que muitas vezes a criança é incapaz de verbalizar. Além disso, a utilização de música, brinquedo e outros instrumentos possibilita que a criança descarregue sua agressividade, passando a ser de agente passivo a ativo. <sup>(20,39,43)</sup>

O fato de estes recursos possibilitarem essa liberação de sentimentos, os tornam instrumentos essenciais para a ludoterapia, que se trata de uma técnica psiquiátrica usada em crianças com distúrbios emocionais, neuróticos ou psicóticos. Cada sessão pode ser conduzida por um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro especializado, num ambiente muito bem controlado. Sua meta é promover a compreensão da criança sobre seu próprio comportamento e sentimento. O terapeuta

deverá refletir as expressões verbais e não-verbais da criança, bem como interpretá-las para ela. Normalmente, as sessões levam cerca de uma hora e podem se estender por vários meses.<sup>(40)</sup>

O uso de técnicas lúdicas tem crescido nas últimas décadas e sua importância para a criança tem sido valorizada e divulgada. Hospitais pediátricos de diversos países empregam especialistas em músicas, brinquedos e outros recursos para estimular o brincar. Em 1976, o Departamento de Saúde do Reino Unido recomendou, no mínimo, um especialista em terapias alternativas por ala hospitalar e por ambulatório. Na Escócia, há mais de 60 especialistas em terapias alternativas nos hospitais pediátricos, os quais disponibilizam cursos para as enfermeiras pediátricas.<sup>(44,45)</sup>

Programas similares existem em muitos países, como nos Estados Unidos. No Brasil, as terapias alternativas são pouco abordadas pelo profissional enfermeiro como rotina, apesar desta prática estar regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem.<sup>(37,44,45)</sup>

Vários autores<sup>(13,16,35,36,39,41,42)</sup> evidenciaram, em seus trabalhos, que a utilização de terapias alternativas é valiosa no preparo da criança para procedimentos, estimulação, ensino, comunicação, instrumento do cuidar, para humanizar o cuidado, controle postural; pois não só lhes permite extravasar seus sentimentos e compreender melhor a situação, como também subsidia a equipe para a compreensão das necessidades da criança, favorecendo no processo de hospitalização.

Um estudo realizado em unidade de pediatria revela claramente os benefícios dessas terapias vivenciados pelo profissional enfermeiro na prática assistencial à criança e à família. E ressalta sobre a utilização do brinquedo terapêutico na prática assistencial ou ensino, proporcionando a comunicação e a interação das crianças e suas famílias e é percebida pelos enfermeiros como um grande benefício a todos.<sup>(46)</sup>

Pontualmente, os profissionais enfermeiros percebem que o brincar prepara a criança e sua família, minimizando o medo; além de outros benefícios, tais como: promove o desenvolvimento e a socialização; estabelece a formação de vínculo; possibilita os sentimentos de prazer, gratificação, realização; favorece a interdisciplinaridade e otimiza a alta do doente. Desse modo, os próprios profissionais percebem que o uso de terapias alternativas proporciona ao trabalhador da saúde um bem-estar, tornando-se um trabalho prazeroso e satisfatório.<sup>(44-46)</sup>

Paralelamente às preocupações e às ações dos profissionais, o governo também demonstrou interesse em facilitar para que este brincar seja possível em qualquer instituição de saúde, quando, desde março de 2005, aprovou no Congresso Nacional a Lei nº 11.104, que obriga a instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde, para que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação; determinou, ainda, a presença de um educador brinquedista atuando nas brinquedotecas do país.<sup>(47)</sup>

O termo “brinquedoteca” refere-se ao espaço criado para proporcionar às crianças oportunidade de brincar de forma enriquecedora. De acordo com Nylse Helena Silva Cunha, pedagoga e presidente da Associação Brasileira de Brinquedotecas, com sede em São Paulo (SP), existem vários tipos: o espaço para brincar, para empréstimo de brinquedos, para ouvir música, a circulante, a terapêutica e a hospitalar. “Qualquer tipo de brinquedoteca tem muitos brinquedos, músicas, magia, criatividade e as brinquedistas prontas a favorecer a brincadeira”<sup>(48)</sup>, assim, se ensina resgatando o brincar espontâneo como elemento essencial para o desenvolvimento integral da criança, de sua criatividade, aprendizagem e socialização. O educador brinquedista é o profissional que atua em brinquedotecas inseridas em hospitais, escolas, creches, bibliotecas, empresas e programas de ação social que, partindo da fundamentação teórica, media o brincar.<sup>(47-51)</sup>

Analisando-se a história da brinquedoteca, percebe-se que sua inserção passou por diversas situações e adaptações, pois, inicialmente, foi criada com interesses financeiros e com função de empréstimo de brinquedos, os quais também não tinham finalidade pedagógica; além disso, os locais onde as brinquedotecas estavam inseridas não eram apropriados, os profissionais que atuavam não eram capacitados, havia problemas com os horários de funcionamento; enfim, diversas críticas foram estabelecidas. Alguns locais conseguiram implantar as brinquedotecas, trabalhando em conjunto com a equipe, verificando as reais necessidades, readequando suas estruturas, contando com a participação não apenas da figura do brinquedista, mas também de outros profissionais.<sup>(47,48)</sup>

Considerando-se as possibilidades do uso das atividades lúdicas, uma das mais importantes no desenvolvimento infantil é a música, sendo esta parte do ser humano, pois ele é música perante sua ritmicidade ao caminhar, ao respirar, nas batidas do coração. Assim, o corpo humano gera som e a criança, gradativamente, descobre e reproduz naturalmente.<sup>(52)</sup>

É partindo dessa premissa, de que o mundo imaginário é importante para adequação, compreensão e inserção da criança no mundo que a cerca, que o cuidado de enfermagem lúdico surge, assegurando o cuidado integral e cuidadoso, contribuindo para minimizar o trauma da hospitalização em crianças, tanto quanto os outros recursos e técnicas, exercendo, assim, uma importante influência no desenvolvimento psicológico e psicossocial da criança. <sup>(53,54)</sup>

A utilização da música para melhorar o bem-estar físico, emocional e mental é praticada desde os antigos tempos. Há milênios, os xamãs (médicos primitivos da sociedade) já recorriam aos sons para o tratamento do corpo e da alma. As sociedades primitivas davam maior importância aos cantos mágicos que às ervas medicinais. <sup>(54,55)</sup>

Como disse Hans de Buelow, parafraseando a Bíblia, “No princípio era o Ritmo”. <sup>(56)</sup> No homem, assim como nos demais seres vivos, o ritmo é indispensável à sobrevivência; o ritmo está no amor, na procriação, na divisão celular, no nascimento, no desenvolvimento da criança, na respiração, na circulação, na digestão, na excreção, nos períodos de vigília e de sono, na marcha das operações mentais; o que prova que o ser humano necessita de ritmo em suas funções, pois, do contrário, não estaria vivo. <sup>(56)</sup>

A ideia de utilizar a música para efeitos terapêuticos na saúde e no comportamento humano é tão antiga quanto os filósofos Aristóteles e Platão. <sup>(33)</sup> Personagens históricos como Pitágoras já observavam os benefícios da música. Alexandre, o Grande, recorria à música para convocar e incentivar seus soldados e promover um relaxamento após o combate. Também os egípcios e outras civilizações utilizavam a música por acreditarem que interferia na fertilidade da mulher. <sup>(57)</sup>

A música, portanto, tem sido utilizada de forma terapêutica por séculos, e existem numerosos exemplos dos poderes curativos e preventivos da música, em vários documentos históricos de diferentes culturas. <sup>(33,58-59)</sup>

Refletindo a esse respeito, percebe-se que o processo de desenvolvimento e crescimento de um ser inicia-se intraútero, no qual a mãe estabelece uma harmonia rítmica melódica de vida, estando esta interligada entre si. Este ser vive por nove meses em um ambiente escuro, quente, confortável, protetor com sons fortes e fracos. <sup>(52)</sup>

As batidas do coração da mãe, os movimentos peristálticos do estômago e intestinos são os primeiros sons ouvidos. E por volta da vigésima semana de vida, quando o seu sistema auditivo gradativamente amadurece, o bebê começa a escutar a

voz de sua mãe e demais vozes externas, como música ambiente, estando a mãe próxima.<sup>(52)</sup>

É neste cenário lúdico que, musicalmente, a criança também se desenvolve; isso porque a ação sonora encontra-se mais próxima da criança antes das palavras, assim, a criança canta antes mesmo de falar. Isso acontece porque o som invade a cada instante, ele está dentro e fora do indivíduo, nas batidas do coração aos barulhos da rua e dos passarinhos cantando.<sup>(52)</sup>

A primeira utilização da música como forma de humanização do cuidado à saúde foi retratada, em 1859, pela enfermeira Florence Nightingale. Este recurso foi utilizado junto aos veteranos das I e II Guerras Mundiais. Duas enfermeiras musicistas dos EUA, Isa Maud Ilsen e Harriet Ayer Seymor, avaliaram a música como recurso terapêutico para alívio da dor física e emocional dos soldados feridos.<sup>(55,60)</sup>

Sabe-se que a música abrange as seguintes dimensões humanas: a biológica, a mental, a emocional e a espiritual. Entretanto, boa parte dos caminhos pelos quais isso ocorre ainda é um tanto desconhecida.<sup>(56,61)</sup>

A música é uma combinação de ritmos, harmonias e melodias, e muitos povos, por meio da história, acreditam em seu efeito medicinal. Musicoterapia é o processo sistemático de intervenção por intermédio do qual o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem por meio delas como força dinâmica de mudanças. Trata-se de um processo multidisciplinar no qual se utiliza, basicamente, como elemento principal de trabalho, a música.<sup>(33)</sup>

Na enfermagem, a música é utilizada como intervenção complementar para o alívio da dor e para outros diagnósticos, como angústia espiritual, distúrbios do sono, desesperança, risco para solidão, isolamento social e estresse.<sup>(33,55,62)</sup>

É difícil encontrar uma fração que não acuse a influência dos sons musicais. A música afeta o corpo direta e indiretamente; atua de forma direta sobre as células e órgãos provocando uma estimulação da pituitária, resultando na liberação de endorfinas (opioide natural), diminuindo a dor e levando os pacientes que recebem musicoterapia a, potencialmente, reduzirem a necessidade de analgésicos. Parece ocorrer, também, uma diminuição de catecolaminas, o que poderia explicar a redução na frequência cardíaca (FC) e na pressão arterial (PA). Além disso, age indiretamente mobilizando as emoções e influenciando em numerosos processos corporais que, por

sua vez, propiciam relaxamento, redução da ansiedade e da irritabilidade, aumento da autoestima e da memória, reintegração social, redução do consumo de analgésicos, enfim, conduz ao bem-estar. <sup>(33,55,63-65)</sup>

Alguns estudos <sup>(57,62,66,67)</sup> realizados em clínicas pediátricas, clínica oncológica, unidades de emergência, unidades de tratamento intensivo neonatal, vêm sendo desenvolvidos com a finalidade de compreender os efeitos da música e seus benefícios à criança e ao adulto no ambiente hospitalar.

Para alguns autores, <sup>(57,68,69)</sup> a intervenção proporciona um cuidado mais humanizado ao paciente, além de ser um recurso facilitador da comunicação e para o ensino-aprendizagem.

Os poderes constitucionais também estão se preocupando com a inserção da música, fato verificado com o sancionamento da Lei nº 11.769, que obriga o ensino da música na educação básica (ensino fundamental e médio), “[...] o projeto está em consonância com os princípios constitucionais relativos à educação, à família, à criança e ao adolescente”. <sup>(70)</sup>

Diante das considerações anteriormente apresentadas, entende-se que as atividades lúdicas, especificamente a musicoterapia, influenciam positivamente nas crianças. Percebe-se, no entanto, que seus empregos pelos profissionais de saúde acontecem nos ambulatórios, clínicas oncológicas, centros cirúrgicos, clínicas pediátricas, com o propósito preparatório para procedimentos, educativos, entretenimentos, <sup>(13,16,21,24,30,33,36)</sup> porém, na literatura pesquisada, não foram encontradas publicações em UTI pediátrica que se utilizassem da música para a avaliação de mudanças clínicas.

Ao se refletir e contextualizar sobre a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), nota-se que se trata de um ambiente que concentra recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves que exigem assistência permanente, além de recursos tecnológicos apropriados para a observação e monitorização contínua das condições vitais do paciente e para intervenção em situações de descompensações. <sup>(26,71,72)</sup>

Em virtude de ser um local onde o profissional deverá estar em constante atenção e provável atuação nas situações de emergência, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares. Essas situações vivenciadas entre os profissionais, em geral, influenciam, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos clientes. <sup>(72,73)</sup>

Alguns trabalhos <sup>(26,27,73)</sup> com proposta de humanização têm enfatizado as percepções e os sentimentos que a equipe de enfermagem de UTI pediátrica tem sobre a presença dos pais e familiares nestas unidades. Nesse caso, constatou-se que a intenção dos profissionais enfermeiros estava marcada como fator social, isto é, garantir o cumprimento de normas e rotinas empregadas pela instituição relativas à presença dos pais na UTI. Entretanto, os profissionais veem os pais como visitantes e informantes, e não como parte integrante do cuidado da criança. Inclusive a equipe de enfermagem enfrenta dificuldades relacionadas a informações aos familiares sobre o estado de saúde da criança ao tratar-se de óbito.

Resultados de pesquisa <sup>(26,71,74)</sup> têm demonstrado que a má utilização de recursos tecnológicos e a falta de compromisso de alguns profissionais têm tornado mecanicista a assistência, ou seja, têm afastado o cliente (paciente e família) da equipe multiprofissional, descaracterizando o cuidado como ação humana.

Constatou-se, também, que muitas vezes o contato com os familiares é restrito ao horário de visita e às comunicações telefônicas. Em geral, a equipe não oferece suporte às necessidades emocionais da família, transformando a experiência da internação em UTI um processo negativo e frustrante, distanciando da proposta do Ministério da Saúde. <sup>(26,27)</sup>

Por sua vez, na última década, observou-se um grande avanço nos conhecimentos técnicos relacionados ao atendimento de pacientes críticos, com modificações na evolução e prognóstico dos mesmos, incluindo redução de índice de mortalidade por doenças específicas, redução do tempo de permanência e mortalidade. <sup>(75-77)</sup>

As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPs) possuem características próprias, com índice de mortalidade distinto dotado de amplas variações (3-30%). <sup>(77)</sup>

Vale salientar que poucos estudos epidemiológicos são encontrados nos países em desenvolvimento. Um estudo envolvendo UTIPs Mexicanas e Equatorianas apontou semelhanças à realidade do Brasil, em relação ao maior fator de risco para mortalidade que está ligado à faixa etária inferior de 2 meses, associado ao uso de ventilação mecânica, diagnóstico de broncopneumonia em uso de mais de dois antibióticos e admissões com diagnósticos clínicos. <sup>(78,79)</sup>

Foi publicado, no Brasil, um trabalho relatando a experiência de uma UTIP, onde observou-se o predomínio de crianças internadas com menos de 11 meses por doenças clínicas e um índice de mortalidade de 14,2%. <sup>(80)</sup>



É importante verificar, entretanto, como a assistência às crianças em unidades pediátricas e UTIPs vêm sendo conduzidas em seus tratamentos.

As Unidades de Terapia Intensiva são locais em que ocorrem os maiores consumos de medicamentos. É utilizado o maior número de grupos farmacológicos, e se forem considerados sedativos e analgésicos como uma única classe, este seria o grupo mais utilizado; além disso, há uma grande quantidade de fármacos de baixo índice terapêutico, gerando sérios riscos à saúde.<sup>(81,82)</sup> Isso ocorre devido à gravidade dessas crianças neste ambiente e à dificuldade de estudos farmacológicos desta faixa de idade, sendo assim torna-se importante caracterizar a UTIP, a fim de esclarecer o quanto se faz necessário o emprego de terapia alternativa no tratamento das crianças.<sup>(81,82)</sup>

Estudos já citados mencionavam o emprego de terapias alternativas em Centro Cirúrgico, serviços de oncologia, unidades ambulatoriais e clínicas, utilizando-as como orientações pré-procedimentos. Sendo assim, sugere-se a aplicação dessa terapia alternativa em UTI pediátrica na tentativa de modificar este cenário, obtendo-se um novo desfecho.

Torna-se, pois, importante expressar que este local é o que mais utiliza analgésicos, drogas, sedativos e antibióticos devido à complexidade dos indivíduos<sup>(81-87)</sup>.

Assim, verificar o efeito de uma terapia alternativa, diante dessa problemática, é fato que já justifica a realização de um estudo que avalie mudanças clínicas na criança no emprego da música em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.



*3 Justificativa*

A música constitui-se em uma importante estratégia de comunicação e entretenimento para o cuidado da criança em diversos aspectos, tais como: no alívio da dor; na aceitação da hospitalização; na formação de vínculos; na redução da ansiedade; na diminuição de traumas e tempo de internação; no favorecimento da interdisciplinaridade, do desenvolvimento e da socialização, entre outros.

Percebe-se a necessidade de busca por melhoras clínicas em crianças hospitalizadas nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica por meio desta terapia alternativa, trazendo benefícios tanto para as crianças quanto para os profissionais de saúde que poderão contar com mais um instrumento terapêutico não-invasivo.



*4 Pergunta do Estudo e Hipótese*

#### 4.1 PERGUNTA DO ESTUDO

A música, enquanto terapia, favorece mudanças clínicas em crianças hospitalizadas nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica?

#### 4.2 HIPÓTESE

A intervenção musical provoca mudanças clínicas positivas em crianças de 29 dias a dois anos de idade hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.



*5 Objetivos do Estudo*

## 5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos de uma intervenção musical sobre parâmetros clínicos em crianças hospitalizadas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar:

- Alterações clínicas (FC, T, FR, PA, Lactato, Na, K, Glicemia, Fácies de dor, gravidade, percepção do investigador) apresentadas pelas crianças antes, durante e após o emprego da música.



## *6 Delíneamento do Estudo*



Trata-se de um estudo clínico randomizado longitudinal, que avaliou o desfecho clínico antes, durante e após a intervenção de música em crianças em fase de lactência (29 dias a dois anos), hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.



## *7 Materiais e Método*

Iniciou-se a coleta dos dados a partir de 2009. As sessões foram realizadas com crianças de 29 dias a um ano de idade, hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Regional de Assis (HRA).

O Hospital Regional de Assis é um hospital estadual que recebe cooperação técnica da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). É considerado um hospital de média complexidade que atende 25 municípios vinculados ao Departamento Regional de Saúde de Marília (antiga DIR VIII). Conta com uma capacidade planejada de 174 leitos, instalada de 151 e operacionalizada de 145; trabalhando, então, com um total de 145 leitos em funcionamento.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), inaugurada em novembro de 2008, conta com seis leitos, dos quais dois são destinados a crianças que necessitam de isolamento em precauções universais do tipo respiratório e de contato. É uma unidade que contempla característica humanística em seu ambiente, pois é ampla, com cores agradáveis, janelas individuais por leito e um espaço contendo brinquedos, dispostos em parede de vidro podendo situar-se no tempo e espaço. Na proposta da unidade, em relação ao acompanhante, a sua permanência é por 24 horas, além do oferecimento de uma ala de acomodações para que possa realizar sua higiene pessoal e descanso quando julgar necessário.

Além disso, em estudo recente, o hospital foi classificado em nono lugar entre os hospitais estaduais de São Paulo, com premiação em relação ao caráter de direcionamento, atenção e assistência humanizada. Esta premiação se deve ao projeto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que se utiliza de um instrumento para conhecer o grau de satisfação dos pacientes que utilizam os serviços de saúde do SUS do Estado de São Paulo e, por meio desta pesquisa, são classificados os hospitais.<sup>(102)</sup>

O instrumental utilizado para a realização da pesquisa baseou-se no escore de Risco de Mortalidade Pediátrica (PRISM – *Pediatric Risk of Mortality*) e outros estudos<sup>(33,40)</sup> relacionados à temática que também utilizaram dados semelhantes aos do escore de PRISM, o que motivou a sua utilização, porém com algumas modificações, tais como: avaliações bioquímicas de K (Potássio), Na (Sódio), Glicemia e Lactato; severidade do caso, identificação de sinais por meio do processo de observação do investigador.

Portanto, as variáveis estão categorizadas como variáveis quantitativas ordinais dependentes, em clínicas (FC, FR, PA, SatO<sub>2</sub>, temperatura, lactato, Sódio,

Potássio, glicemia, fâcies de dor e severidade) e variáveis quantitativas contínuas (idade, sexo, diagnóstico).<sup>(90)</sup> Cabe ressaltar que no instrumento está contida a identificação de sinais por meio da observação do investigador sobre a criança antes, durante e após a terapia. Esta informação foi registrada em um diário específico. O escore foi elaborado de maneira que possibilitasse avaliar mudanças clínicas nas crianças submetidas ao estudo.

O escore foi utilizado no momento inicial considerado “0 (zero)”; nos momentos anteriores às sessões, considerados “momentos antes”; e nos momentos posteriores às as sessões, considerados “momentos após”; sendo a quarta sessão denominada “momento final”. Estes momentos estão representados consecutivamente como M<sub>0</sub>, M<sub>1</sub> Antes, M<sub>1</sub> Depois, M<sub>2</sub> Antes, M<sub>2</sub> Depois, M<sub>3</sub> Antes, M<sub>3</sub> Depois, M<sub>4</sub> Antes, M<sub>4</sub> Depois (Apêndices 1, 2 e 3).

Os resultados laboratoriais contidos no escore foram obtidos mediante aproveitamento da coleta diária de exames da Unidade. Salienta-se que a obtenção desses dados foi possível devido a estes exames fazerem parte da avaliação clínica rotineira dos pacientes da Unidade. Portanto, os resultados de exames foram aproveitados para o preenchimento do escore.

Após a realização do projeto piloto pelos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, denominados investigadores, que já cursaram a disciplina de Pediatria, definiu-se o escore de avaliação clínica, que foi utilizado nesta pesquisa.

Como mencionado anteriormente, trabalhos que se propuseram a avaliar as reações das crianças submetidas à intervenção com música<sup>(33)</sup> em Unidade de Centro Cirúrgico, verificaram FC, FR, PA, PAM, T, SatO<sub>2</sub>, sexo, idade, patologia; quanto à severidade e análise subjetiva da escala facial de dor<sup>(33)</sup> e intervenções com brinquedos<sup>(40)</sup> em Unidade de Clínica Pediátrica descreveram comportamentos e reações positivas.<sup>(40)</sup> Isso confirma a importância da investigação do presente estudo.

Para obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido, o responsável pela criança foi abordado pelo pesquisador que esclareceu os procedimentos da pesquisa, bem como a existência de dois grupos – o controle e o intervenção –, ressaltando a possibilidade da criança não ser contemplada com o grupo intervenção.

A confirmação do interesse se deu pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).<sup>(97)</sup>

O estudo foi submetido a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com o Parecer nº 316/2009, e todas as crianças incluídas na pesquisa tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsável.

Os procedimentos do estudo iniciaram-se com a admissão da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. O pesquisador solicitou ao médico responsável pelo plantão, bem como à equipe de enfermagem, uma avaliação das condições clínicas da criança para participação no estudo, foi respeitada toda e qualquer decisão da equipe da Unidade. Após a liberação, seguiu-se para o próximo item de inclusão. A criança que atendeu aos critérios de inclusão (descritos a seguir) passou por um sorteio a fim de se determinar a qual grupo ela pertenceria e, assim, foi iniciada a coleta.

O estudo conta com dois grupos, conforme indica o Quadro 1, abaixo.

Quadro 1- Divisão dos grupos após sorteio das crianças de 29 dias a um ano

<b>Grupos</b>	<b>Intervenção Música</b>
I	Sim
II	Não

A música foi utilizada em 4 (quatro) sessões semanais, no período diurno, em dias consecutivos, adotando-se esta escolha pelo fato de o período diurno apresentar maiores concentrações de queixas das crianças, além de haver maior fluxo da unidade. A escolha do número de sessões e período baseou-se em outros estudos diurnos realizados, em ambientes críticos, que obtiveram sucesso com 3 sessões<sup>(33)</sup> e o tempo destinado não especificava um tempo ótimo, mas sugeriram uma variação de 25 a 90 minutos.<sup>(88,89)</sup>

O tempo destinado às sessões foi definido com base em estudos anteriores que apresentaram análises as quais não especificavam um tempo ótimo, mas alguns trabalhos sugeriram uma variação de 25 a 90 minutos.<sup>(88,89)</sup> Após a realização do projeto piloto, determinou-se um tempo de duração de 30 minutos para cada sessão.

Cabe informar, ainda, que para análises dos níveis séricos foi utilizado o plasma e o sangue total das amostras seguindo a rotina determinada pelo Laboratório

do Hospital, que contou com a utilização do equipamento Eletrodo Seletivo Omnis para a realização dos exames. Para verificar Na, K e Lactato utilizou-se do sangue total (arterial ou venoso), sendo que para Na e K por heparina lítica balanceada. Para a aferição de glicose foi utilizado o plasma de sangue venoso ou arterial por reação colométrica enzimática (Express Plus). O laboratório deste hospital utiliza o RNP Quality Control Group um controle de qualidade oferecido pela Roche Diagnostics, assegurando a confiabilidade dos resultados.

A variável fâcies de dor foi escolhida por ser considerada como o quinto sinal vital pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), desse modo, foi utilizada como avaliação para idade em estudo.<sup>(91)</sup>

A variável percepção do investigador foi escolhida por ser uma das informações considerada importante por registrar as respostas emocionais das crianças submetidas aos grupos. Sendo assim, as respostas foram registradas em todos os momentos nas sessões por meio de um diário pelo investigador. Após os registros foram categorizadas em respostas emocionais positivas, aquelas que expressavam sinais de satisfação, felicidade e alegria e respostas emocionais negativas, aquelas com sinais de insatisfação, irritabilidade nos momentos durante as sessões. A categorização das respostas possibilitou uma análise mais específica das reações emocionais das crianças nos grupos, demonstrada no Apêndice 4.

Além do escore, foram registradas as mudanças faciais por meio de câmara fotográfica antes, durante e após (Sony 7.2 Mega Pixels, 2.4 LCD Monitor, High Sensitivity ISSO 1000, Cyber Shot, DSC – 5700). Esses dados fotográficos serviram apenas para complementar as análises de mudanças clínicas.

A classificação da complexidade do estado clínico da criança foi avaliada e definida pelo médico da Unidade no momento da coleta dos dados, baseando-se critérios da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).<sup>(103)</sup>

Ressalta-se que o grupo controle foi observado com os mesmos cuidados despendidos aos casos do grupo intervenção, portanto, foram coletados os dados antes, durante e após cada sessão.

É imprescindível o esclarecimento de que os direitos das crianças foram preservados e a participação no estudo não acarretou nenhum prejuízo. Ao término das sessões, caso a criança manifestasse continuar ouvindo a música, foi permitido.

O responsável foi orientado sobre o seu direito de desistir da participação em qualquer momento do estudo, sem obrigatoriedade de justificativa e tendo a garantia da continuidade do tratamento da criança.

Considera-se o plano amostral aleatorizado sem repetição para alocação das 20 crianças em cada grupo. A coleta de dados foi realizada em cinco sessões sequenciais envolvendo o momento inicial e, os restantes, com coleta antes e depois da intervenção. Todas as crianças encontravam-se na fase de lactência, definida como de 29 dias a 2 anos de idade, e também estavam hospitalizadas na UTIP, atendendo aos critérios de inclusão especificados.

## 7.1 MÚSICA

A escolha da música baseou-se em estudos anteriores, os quais sugerem músicas relaxantes (clássicas e suaves), pois são compostas de amplitude baixa, ritmo simples e direto. <sup>(88,89)</sup>

Levou-se também em consideração para a escolha da música o contato com uma especialista em musicoterapia, que orientou a escolha de canções de roda tradicionais – com escala pentatônica – e folclóricas, dando preferência para as melodias gravadas do tipo “caixinha de música”, para serem aplicadas em crianças até um ano de idade. Quanto às músicas eruditas, a preferência é pelos períodos barroco, clássico e gregoriano, cujas melodias podem ser utilizadas para toda faixa etária. A utilização de vozes de diferentes timbres, variando a intensidade, foi indicada para crianças para fins terapêuticos (Anexo 2). Após a seleção das músicas, estas foram enviadas à especialista, que deu seu parecer e assim proferiu as escolhas (Anexo 3).

A reprodução musical procedeu-se por meio de fones de ouvido individuais, conectados a um MP3 marca M.O.X modelo MO-58, conforme aceitação da criança.

Os critérios de referência que embasam os limites de exposição diária adotados para ruídos contínuos ou intermitentes correspondem a uma dose de 100%; então, para uma exposição de oito (8) horas o limite é de 85dB(A), com tempo máximo diário. As medidas entre 82dB a 85dB são consideradas acima do nível de

ação; sendo assim, devem ser adotadas medidas preventivas a fim de minimizar a probabilidade de prejuízo a audição dos trabalhadores.<sup>(92,93)</sup>

No caso das crianças, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), estabelece ruídos compatíveis com o conforto acústico em lactentes (berçário) de 35dBNA a 45dBNA.<sup>(93)</sup>

É importante notar que a intensidade normal da fala situa-se nos 20 dB, considerando-se as variações normais da fala. Em uma criança, pode-se considerar uma surdez ligeira quando ela tem impossibilidade de ouvir de 20 a 40 dB.<sup>(94)</sup>

A Academia Americana de Pediatria recomenda que as Unidades de Terapia Intensiva Neonatais desenvolvam medidas rotineiras de monitoramento do ruído ambiental para que o mesmo permaneça abaixo de 45dB, pois trabalhos relatam que ruídos acima deste índice podem causar agitação nos bebês, prejudicando a evolução de melhora.<sup>(95)</sup>

É preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que nas áreas internas dos hospitais, no período diurno, sejam mantidos ruídos de 40dB e, no período noturno, os níveis devem permanecer entre 30 e 40dB.<sup>(93)</sup>

Diante destas considerações, entende-se que, na música para fins terapêuticos a ser utilizada em lactentes, deverá ser adotado nas sessões o índice estabelecido pela ABNT, ou seja, entre 35 e 45dB(NA). Após a pesquisa achou-se necessário um contato com especialista, onde um otorrinolaringologista da Universidade de São Paulo confirmou os parâmetros propostos pela ABNT de 35 a 45 dB, sendo assim utilizada no estudo.

Para garantir este nível de dB, anterior à primeira sessão, os aparelhos foram submetidos à análise de um especialista de saúde ocupacional sendo este um Técnico de Segurança do Trabalho para que o dB escolhido tenha fidedignidade e seja convertido em volume, garantindo, assim, a saúde acústica das crianças (Anexo 6).

Após a avaliação do técnico e certificado de comprovação da conversão de dB em volume, foi definido que o volume utilizado no MP3 para manter a segurança acústica da criança é o nível 08 de volume.

Foi mantido à disposição, após a aplicação da sessão, um MP3, pois, caso a criança manifestasse interesse em permanecer ouvindo a música, seria respeitado o seu direito.

Ao término da sessão, tanto os fones de ouvido como o MP3 passaram por uma desinfecção por fricção mediante compressa limpa tamanho 20cm x 15cm, umedecida com 10 ml de álcool 70%. Os fones e o MP3 foram acondicionados em



sacos plásticos limpos transparentes de medida 30cm x 20cm, devidamente identificados com o nome da criança, para acompanhá-la até o final da quarta sessão. Ao término da pesquisa, os fones foram inutilizados e descartados, assim, todas as crianças tiveram seu fone individual e exclusivo, já o aparelho de MP3 pôde ser aproveitado em todas as crianças.

## 7.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os participantes do estudo cumpriram os seguintes critérios de inclusão:

- A criança deverá estar hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.
- A criança deverá estar em fase de lactência com idade de 29 dias a dois anos, de acordo com Marcondes, 2002.
- A criança deverá ser liberada para as sessões após avaliação da complexidade do caso pelo médico no momento da coleta de dados.
- A criança não poderá estar sedada.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) deverá ser assinado pelos pais ou responsáveis.

## 7.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as crianças que se enquadrassem nos seguintes casos:

- Os responsáveis não aceitarem participar do estudo e não assinarem o Termo de Consentimento.
- As consideradas pelo médico do dia sem condições clínicas para participar das sessões.
- Se estiverem sedadas.
- Não estiverem na fase de lactência estabelecida pela pesquisa (29 dias a dois anos).

## 7.4 ASPECTOS LEGAIS

### 7.4.1 Seleção dos investigadores

Os alunos do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA) que aceitaram participar da coleta de dados foram orientados quanto ao sigilo e anonimato das informações colhidas; alertados de que, em caso de possibilidade de falta, esta ausência seja comunicada com antecedência; além disso, receberam treinamento sobre a coleta de dados, especificando o escore a ser preenchido, bem como os critérios e a rigorosidade de preenchimentos, além da manipulação e do processo do emprego da música. Ressalta-se, contudo, que não foi esclarecido ao investigador sobre o objetivo e a hipótese da pesquisa.

Foi informado ao aluno que ele seria voluntário no desempenho desta atividade, beneficiando-se com o acréscimo de experiência na coleta de dados e conhecimento de métodos alternativos, além disso, receberia uma declaração de atividades desenvolvidas, o que vai ao encontro da proposta do COREN (nº 295/2004) no tocante ao desenvolvimento de atividades lúdicas do enfermeiro para com os pacientes pediátricos.<sup>(37)</sup>

### 7.4.2 Termo de consentimento livre esclarecido

A confirmação do interesse se deu pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).<sup>(97)</sup>

### 7.4.3 Comitê de ética em pesquisa com seres humanos

O estudo foi submetido a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com o Parecer nº 316/2009, e todas as crianças incluídas na pesquisa tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsável.

### 7.5 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo dos dados coletados na pesquisa envolveu dois tipos de procedimentos: descritivo e analítico. Em relação ao procedimento descritivo foi utilizada a estatística descritiva envolvendo medidas de posição e variabilidade, distribuição de frequência e gráficos. Quanto ao procedimento analítico, foi utilizada a técnica da análise da variância para o modelo de medidas repetidas em grupos independentes <sup>(97)</sup>, quando a variável for quantitativa, e teste de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinominais <sup>(98,99)</sup>, quando a variável for qualitativa.

Todas as discussões estatísticas foram realizadas no nível de significância 5%.

Os resultados da pesquisa serão apresentados à Instituição como possível proposta de mudança, de acordo com o resultado da pesquisa.



## *8 Apresentação dos Resultados*

Durante a coleta de dados houve a dificuldade em atingir o  $n=40$  proposto pelo cálculo amostral, devido à taxa de ocupação da unidade em investigação ser reduzida, por ser relativamente nova, inaugurada em novembro de 2008. Portanto, para análise dos dados constitui-se de 31 crianças.

Das 31 crianças participantes do estudo, 19 foram selecionadas em casos (com música) e 12 em controles (sem música). Salienta-se que não houve exclusões no estudo, porém verificou-se uma diminuição no número de crianças em observação ao longo das sessões, isso ocorreu devido à alta da unidade de terapia intensiva pediátrica e ao óbito da criança antes do término do número das sessões.

Em relação aos resultados séricos, apenas foi realizada a coleta sanguínea após as sessões, de acordo com a rotina da unidade e conforme a metodologia proposta.

Para a comparação das frequências de respostas das variáveis qualitativas nos dois grupos de estudo, em cada momento de avaliação, separadamente, utilizou-se o teste de homogeneidade de Goodman <sup>(98)</sup>, envolvendo contrastes entre populações multinominais, nos casos apresentados de populações binominais. Considerou-se nas comparações o nível de significância 5%.

Quanto à variável sexo, houve uma ligeira predominância do sexo masculino em ambos os grupos, mesmo com um  $n$  maior no grupo que recebeu as sessões de música, não foi significativa em  $p>0,05$  demonstrados na Tabela 1 (p. 51). Isso indica uma adequada alocação aleatória das crianças nos grupos em estudo, pois não prevê em qual grupo irá permanecer.

**Tabela 1** - Distribuição do sexo dos participantes, segundo grupo de estudo

Grupo	Sexo		Total	Valor de p
	Feminino	Masculino		
Com Música	6 (31,6)	13 (68,4)	19	<b><math>p&gt;0,05</math></b>
Sem Música	4 (33,3)	8 (66,7)	12	

**Fonte:** A autora

A Tabela 2 (p. 52) refere-se a medidas descritivas da idade das crianças em meses, segundo o grupo em estudo. Observou-se que as crianças com menores meses de vida concentram-se no grupo que recebeu as sessões de música, sendo assim, considerando a fase de lactência a menor idade foi de um mês de vida. No estudo, um maior percentual de crianças com mais meses de vida concentrou-se no grupo controle (sem música), porém não houve diferença entre os dois grupos estudados em  $p>0,05$ , conforme demonstrado abaixo.

**Tabela 2** - Medidas descritivas da idade (meses), segundo grupo e momento de avaliação

Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
	Com Música	Sem Música	
Valor Mínimo	01,00	02,00	<b>p&gt;0,05</b>
Mediana	07,00	11,50	
Valor Máximo	20,00	23,00	
Média	07,89	12,58	
Desvio-Padrão	06,42	07,90	

**Fonte:** A autora

Em relação aos resultados dos diagnósticos médicos, percebeu-se uma predominância das patologias do sistema respiratório no grupo com música representada em 57,89% em relação ao total de patologias, dados estes demonstrados na Tabela 3 (p. 55).

A distribuição da percepção do investigador em relação às respostas emocionais das crianças, segundo grupo e momento de avaliação – descritos na Tabela 4 (p. 56) – evidenciam uma diferença estatisticamente significativa de respostas emocionais positivas no grupo com música comparados aos que não receberam a música no M<sub>3</sub> e M<sub>4</sub> depois em  $p<0,01$ . Ressalta-se que nos outros momentos percebeu-se um maior número de respostas positivas em relação às negativas no grupo com música, porém sem significância estatística. Outro dado que nos chamou a atenção é em relação ao número de respostas positivas menor no grupo sem intervenção.

Os resultados relacionados à antibioticoterapia, por ocasião da aleatoriedade, as crianças sorteadas no grupo com música estavam em maior uso, porém percebeu-se que a maior parte concentrava-se no M<sub>0</sub> em ambos os grupos, sendo significativo  $p<0,05$  e ao longo do tempo seu uso foi sendo reduzido nos momentos M<sub>1</sub> Antes, M<sub>3</sub> Depois, M<sub>4</sub> Antes e Depois em  $p<0,05$ , demonstrados na Tabela 5 (p. 56).

Os dados descritos na Tabela 6 (p. 57) referem-se à distribuição do uso de oxigenioterapia, segundo grupo e momento de avaliação, no qual pôde-se perceber que no momento inicial da avaliação o grupo que mais fazia uso de oxigenioterapia, ocasionalmente, foi o que recebeu a intervenção música e no decorrer das sessões, e seu uso foi sendo reduzido significativamente nos M<sub>3</sub> e M<sub>4</sub> Depois em  $p<0,01$ .

Quanto à distribuição de dispositivo de acesso venoso, segundo grupo e momento de avaliação, foi observado um predomínio do uso de dispositivo de acesso

periférico, tipo abocath, em ambos os grupos, seguido dos que não tinham nenhum dispositivo, ainda notou-se o uso de flebotomia, aparecendo mais no grupo que recebeu a intervenção musical, enquanto o PICC no grupo controle, demonstrados na Tabela 7 (p. 58).

Na avaliação das crianças, em relação ao grau de severidade, segundo grupo e momento de avaliação, observou-se uma aleatoriedade de crianças em estado grave e moderado no grupo com música, bem como se pode dizer que de cada três crianças admitidas em estado grave, duas melhoraram ao receber música. Enquanto no grupo sem música, os dados não apresentaram grandes oscilações, mantendo-se em estado moderado, conforme Tabela 8 (p. 59).

Os dados em relação à escala de dor, segundo grupo e momento de avaliação, revelaram uma melhora da dor ao longo das sessões no grupo com música, conforme se observa nas Figuras 1, 2 e 3 (p. 60-61). Ressalta-se, ainda, uma melhora da dor após cada sessão de música enquanto o grupo sem música apresentou discretas oscilações apenas ao longo das sessões.

Todos esses achados vêm compor os resultados finais do escore de melhora clínica aplicado com o objetivo de pontuar numericamente esta melhora clínica caracterizada por diversas variáveis já relatadas. Apesar do escore não ter promovido a real representação de todos os benefícios já verificados, sugere-se ter sido por ocasião da música os comportamentos subjetivos e dos dados fisiológicos positivos que inferem uma melhora clínica nas crianças em estudo na unidade de terapia intensiva pediátrica, sendo demonstradas por meio das Figuras 4, 5 e 6 (p. 61-62).

Para comparação dos grupos com ou sem música, considerando-se cada momento separadamente, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney<sup>(104)</sup>. Excetua-se a variável temperatura, que mostrou-se aderente à distribuição normal de probabilidade, cuja comparação foi realizada no nível de significância 5%.

As Tabelas 9 a 18 (p. 63-71) mostram as características dos grupos quanto à análise das variáveis: PAS, PAD, FC, FR, Sat%O<sub>2</sub>, T, Lac, Na, K, Glicose, em todos os momentos de avaliação, ou seja, antes e depois da intervenção seja ela musical seja controle.

Vale ressaltar que, tanto os sinais fisiológicos, como a aferição externa (PAS, PAD, FC, FR, Sat%O<sub>2</sub>, T), quanto as coletas sanguíneas para dosagem de concentração sérica de Lac, Na, K, Glicose são importantes em conjunto para a análise das melhoras clínicas.

Nas medidas descritivas de PAS, observou-se uma redução da PAS ao longo das sessões, porém chama-se a atenção para um aumento da pressão no M<sub>2</sub>, apesar de não ter significância estatística, Tabela 9 (p. 63).

Nas medidas descritivas da PAD, observou-se que o grupo que utilizou a música apresentou uma mudança mostrando uma curva de variabilidade no M<sub>2</sub> e voltando a reduzir o desvio-padrão ao longo das sessões, porém, assim como na PAS, não houve significância estatística, conforme mostra a Tabela 10 (p. 64).

As medidas descritivas apresentadas na Tabela 11 (p. 65), com relação à FC, refletem uma oscilação durante as sessões dos dois grupos, entretanto o que chamou a atenção foi a verificação de um aumento discreto e imediato após as sessões de música e com uma redução ao longo das sessões, porém somente no M<sub>4</sub>. Antes é que este dado torna-se estatisticamente significativo em  $p < 0,05$ .

Os resultados da Tabela 12 (p. 66) apresentam a FR, cujas medidas descritivas mostram que em ambos os grupos houve aumento imediato após cada sessão, porém apenas o grupo que recebeu a intervenção musical apresentou redução ao longo das sessões.

Observou-se, nas medidas descritivas de Sat%O<sub>2</sub>, uma melhora da saturação de oxigênio ao longo das sessões e, imediatamente após cada momento, no grupo com música. Enquanto no grupo sem música houve discreta melhora após o M<sub>1</sub> e M<sub>2</sub> e uma piora após cada sessão, como se nota na Tabela 13 (p. 67).

Quanto à temperatura, as medidas descritivas apresentadas na Tabela 14 (p. 68) mostram maior proximidade da normalidade da temperatura do grupo com música, que apesar de não mostrar significância, houve um distanciamento da normalidade ao longo das sessões.

Os resultados da Tabela 15 (p. 69) evidenciam o lactato com uma redução do desvio-padrão significativamente em  $p < 0,01$ , de um momento para o outro e ao longo das sessões, no grupo que recebeu a intervenção da música, apresentando redução mesmo iniciando as sessões com crianças mais graves. Já o grupo sem música, mesmo iniciando as sessões com crianças com grau de gravidade menor, o desvio-padrão aumentou no decorrer das sessões, ou seja, o estado de saúde foi agravado, porém nestes outros momentos não houve diferença estatística.

A concentração sérica de Na no organismo dos lactentes oscilou, não trazendo resultados indicativos de piora ou melhora clínica, em ambos os grupos,



contudo, de um momento para o outro, houve redução do desvio-padrão nos dois grupos. Importante ressaltar que o grupo que não recebeu a música apresentou uma anormalidade da concentração sérica do Na, importante no  $M_1$ , porém nenhum destes significantes estatisticamente, como se pode notar na Tabela 16 (p. 70).

Os resultados da concentração sérica de K verificados na Tabela 17 (p. 71), neste estudo, demonstraram uma redução discreta do desvio-padrão ao longo das sessões no grupo com música, não apresentando significância estatística; já no grupo controle (sem música) houve redução, porém menor, com desvio-padrão ao longo das sessões e um aumento maior no  $M_1$  depois, não apresentando significância estatística.

A concentração sérica de glicose apresentada na Tabela 18 (p. 72), mostra uma redução, mas não estatisticamente significativa, porém é importante chamar a atenção para a redução do desvio-padrão da glicose, ao longo das sessões com música. O grupo controle se comportou de forma semelhante, contudo, em algum momento, como  $M_1$  e  $M_2$  depois, apresentou-se com aumento do desvio-padrão de anormalidades, que não ocorreram no grupo que recebeu a música.

**Tabela 3** - Distribuição de diagnóstico das crianças, segundo grupo de estudo

Diagnósticos	Grupo	
	Com Música n= 19	Sem Música n= 12
Acidente Vascular Cerebral, Encefalite Herpética	-	1
Anemia	-	1
Anóxia Aspirativa, Pós-operatório de Gastrectomia	-	1
Broncopneumonia, Asma	1	-
Broncopneumonia Aspirativa, Bronqueolite	1	-
Bronqueolite, Broncopneumonia, Anemia	1	-
Broncopneumonia, Bronqueolite, Síndrome Coqueluxoide	1	-
Crise Convulsiva	3	-
Correção de Fistula	1	-
Crise Convulsiva, Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	1	-
Correção de Hérnia pós gastroquise	1	-
Choque Séptico	-	1
Choque séptico, Meningite Bacteriana, Infecção do Trato Urinário	-	1
Diarreia Aguda	1	-
Hiper-reatividade Brônquica	1	-
Hiper-reatividade Brônquica, Comunicação Intra-atrial	1	-
Laringite	2	-
Pneumonia	2	-
Pneumonia Atípica, Coqueluche	-	1
Pneumonia Bilateral, H1N1	-	1
Pneumonia com Derrame Pleural	-	3
Síndrome Coqueluxoide	1	-
Varicela, Broncopneumonia, Refluxo	-	1
Varicela com Infecção secundária	1	-

**Fonte:** A autora

**Tabela 4** - Distribuição das respostas emocionais na percepção do investigador em relação às crianças, segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Grupo em Estudo						Valor de p
	Com Música			Sem Música			
M <sub>0</sub>	n=19	11/8	(57,89/42,11)	n=12	6/6	(50,00/50,00)	p>0,05
M <sub>1</sub> Antes	n=19	8/11	(42,11/57,89)	n=12	7/5	(58,33/41,67)	p>0,05
M <sub>1</sub> Depois	n=19	16/3	(84,21/15,79)	n=12	8/4	(66,67/33,33)	p>0,05
M <sub>2</sub> Antes	n=17	13/4	(76,47/23,53)	n=12	10/2	(83,33/16,67)	p>0,05
M <sub>2</sub> Depois	n=16	13/3	(81,25/18,75)	n=11	9/3	(75,00/25,00)	p>0,05
M <sub>3</sub> Antes	n=16	11/5	(68,75/31,25)	n=11	7/4	(63,64/36,36)	p>0,05
M <sub>3</sub> Depois	n=15	15/0	(100,00/0,00)	n=11	5/6	(45,45/54,55)	<b>p&lt;0,01</b>
M <sub>4</sub> Antes	n=14	13/1	(92,86/7,14)	n=11	9/2	(81,82/18,18)	p>0,05
M <sub>4</sub> Depois	n=14	14/1	(93,33/6,67)	n=11	7/4	(63,64/36,36)	<b>p&lt;0,01</b>

**Fonte:** A autora

(Respostas Positivas/Respostas Negativas)

Legenda:

M<sub>0</sub> - Momento Zero

M<sub>1</sub> - Momento Um

M<sub>2</sub> - Momento Dois

M<sub>3</sub> - Momento Três

M<sub>4</sub> - Momento Quatro

n – Número de crianças

**Tabela 5** - Distribuição do uso dos antibióticos, segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Grupo em Estudo						Valor de p
	Com Música			Sem Música			
M <sub>0</sub>	n=19	10/9	(52,63/47,36)	n=12	11/1	(91,66/8,33)	<b>p&lt;0,05</b>
M <sub>1</sub> Antes	n=19	11/8	(57,89/42,10)	n=12	11/1	(91,66/8,33)	<b>p&lt;0,05</b>
M <sub>1</sub> Depois	n=19	11/7	(57,89/36,84)	n=12	10/2	(83,33/16,66)	p>0,05
M <sub>2</sub> Antes	n=17	11/6	(64,70/35,29)	n=12	10/2	(83,33/16,66)	p>0,05
M <sub>2</sub> Depois	n=16	10/6	(62,50/37,50)	n=11	10/1	(90,90/9,09)	p>0,05
M <sub>3</sub> Antes	n=16	10/6	(62,50/37,50)	n=11	09/1	(81,81/9,09)	p>0,05
M <sub>3</sub> Depois	n=15	09/6	(60,00/40,00)	n=11	10/1	(90,00/10,00)	<b>p&lt;0,05</b>
M <sub>4</sub> Antes	n=14	08/5	(57,14/35,71)	n=11	10/1	(90,00/10,00)	<b>p&lt;0,05</b>
M <sub>4</sub> Depois	n=14	09/5	(64,29/35,71)	n=11	10/1	(90,00/10,00)	<b>p&lt;0,05</b>

**Fonte:** A autora

(Com antibioticoterapia/Sem antibioticoterapia)

Legenda:

M<sub>0</sub> - Momento Zero

M<sub>1</sub> - Momento Um

M<sub>2</sub> - Momento Dois

M<sub>3</sub> - Momento Três

M<sub>4</sub> - Momento Quatro

n - Número de crianças

**Tabela 6** - Distribuição do uso de O<sub>2</sub>, segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Grupo em Estudo						
		Com Música			Sem Música		
M <sub>0</sub>	n=19	12/7	(63,15/36,84)	n=12	3/9	(25,00/75,00)	<b>p&lt;0,05</b>
M <sub>1</sub> Antes	n=19	10/9	(52,63/47,36)	n=12	3/9	(25,00/75,00)	p>0,05
M <sub>1</sub> Depois	n=19	11/8	(57,89/42,10)	n=12	3/9	(25,00/75,00)	p>0,05
M <sub>2</sub> Antes	n=17	09/8	(52,94/47,05)	n=12	3/9	(25,00/75,00)	p>0,05
M <sub>2</sub> Depois	n=16	08/8	(50,00/50,00)	n=11	3/9	(27,27/81,81)	p>0,05
M <sub>3</sub> Antes	n=16	08/8	(50,00/50,00)	n=11	3/8	(27,27/72,72)	p>0,05
M <sub>3</sub> Depois	n=15	08/7	(53,33/46,66)	n=11	1/10	(9,09/90,90)	<b>p&lt;0,05</b>
M <sub>4</sub> Antes	n=14	06/8	(42,85/57,14)	n=11	2/9	(18,18/81,81)	p>0,05
M <sub>4</sub> Depois	n=14	05/9	(35,71/64,28)	n=11	2/9	(18,18/81,81)	p>0,05

**Fonte:** A autora

(Com oxigenioterapia/Sem oxigenioterapia)

Legenda:

M<sub>0</sub> - Momento Zero

M<sub>1</sub> - Momento Um

M<sub>2</sub> - Momento Dois

M<sub>3</sub> - Momento Três

M<sub>4</sub> - Momento Quatro

n - Número de crianças

**Tabela 7 - Distribuição do uso de dispositivo venoso segundo grupo e momento de avaliação**

Dispositivo	Com Música								Sem Música												
	M <sub>0</sub>		M <sub>1</sub>		M <sub>2</sub>		M <sub>3</sub>		M <sub>4</sub>		M <sub>0</sub>		M <sub>1</sub>		M <sub>2</sub>		M <sub>3</sub>		M <sub>4</sub>		
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	
	n=19	n=19	n=17	n=16	n=16	n=15	n=14	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12
PICC	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	(5,26)	(5,26)	(5,88)	(6,25)	(6,25)	(6,67)	(7,14)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)	(25,00)
Flebotomia	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	(10,53)	(10,53)	(11,76)	(6,25)	(6,25)	(6,67)	(7,14)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)
Intracath	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abocath	12	14	14	13	10	12	12	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	(63,16)	(73,68)	(73,68)	(76,47)	(75,00)	(75,00)	(78,57)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)	(58,33)
Sem acesso	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	(21,05)	(10,53)	(10,53)	(5,88)	(12,50)	(12,50)	(7,14)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)

**Fonte:** A autora

Legenda:

M<sub>0</sub> - Momento Zero

M<sub>1</sub> - Momento Um

M<sub>2</sub> - Momento Dois

M<sub>3</sub> - Momento Três

M<sub>4</sub> - Momento Quatro

A - Antes

D - Depois

n - Número de crianças

PICC - *Peripherally inserted central catheter*

**Tabela 8** - Distribuição do grau de severidade, segundo grupo em estudo e momento de avaliação

Severidade	Com Música												Sem Música											
	M <sub>0</sub>		M <sub>1</sub>		M <sub>2</sub>		M <sub>3</sub>		M <sub>4</sub>		M <sub>0</sub>		M <sub>1</sub>		M <sub>2</sub>		M <sub>3</sub>		M <sub>4</sub>					
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D				
	n=19	n=19	n=17	n=16	n=16	n=15	n=14	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12	n=12			
Grave	3	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	(15,79)	(5,26)	(5,26)	(5,88)	-	-	(7,14)	(7,14)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Moderado	14	16	16	15	15	12	12	8	8	11	11	11	11	11	10	10	9	9	9	9	9			
	(73,68)	(84,21)	(84,21)	(88,24)	(93,75)	(80,00)	(80,00)	(57,14)	(57,14)	(91,67)	(91,67)	(91,67)	(91,67)	(83,33)	(83,33)	(81,82)	(81,82)	(81,82)	(81,82)	(81,82)	(81,82)			
Leve	2	2	2	1	1	3	3	5	5	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2			
	(10,53)	(10,53)	(10,53)	(5,88)	(6,25)	(20,00)	(20,00)	(35,71)	(35,71)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(8,33)	(16,67)	(16,67)	(18,18)	(18,18)	(18,18)	(18,18)	(18,18)	(18,18)			

**Fonte:** A autora

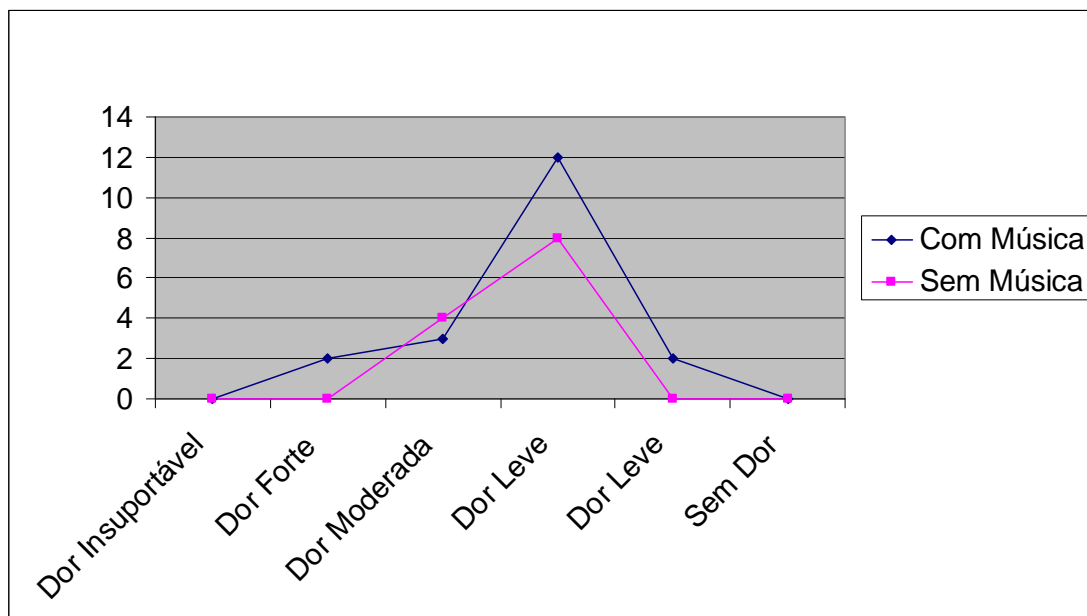
Legenda:

M<sub>0</sub> - Momento ZeroM<sub>1</sub> - Momento UmM<sub>2</sub> - Momento DoisM<sub>3</sub> - Momento TrêsM<sub>4</sub> - Momento Quatro

A - Antes

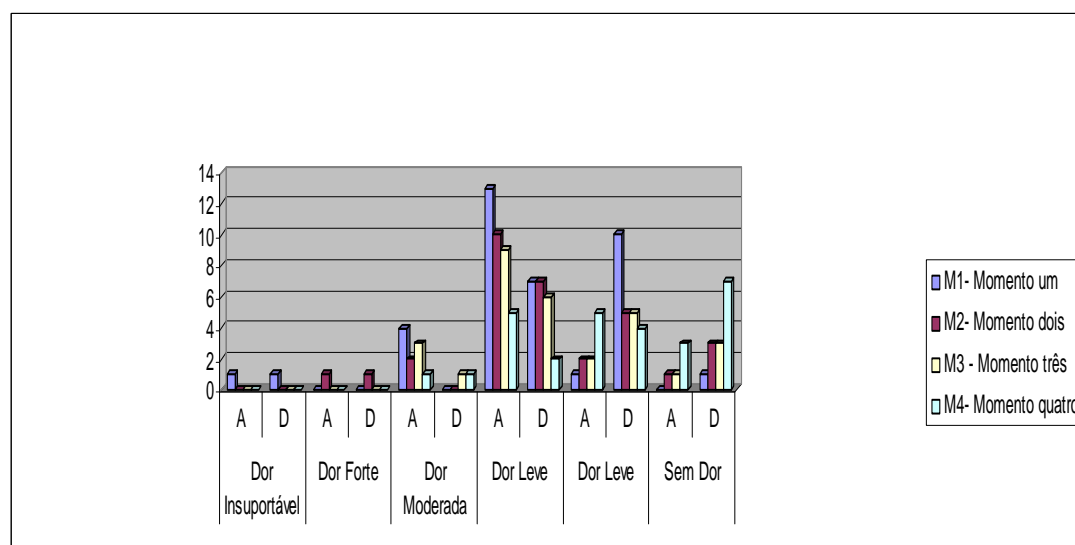
D - Depois

n - Número de crianças



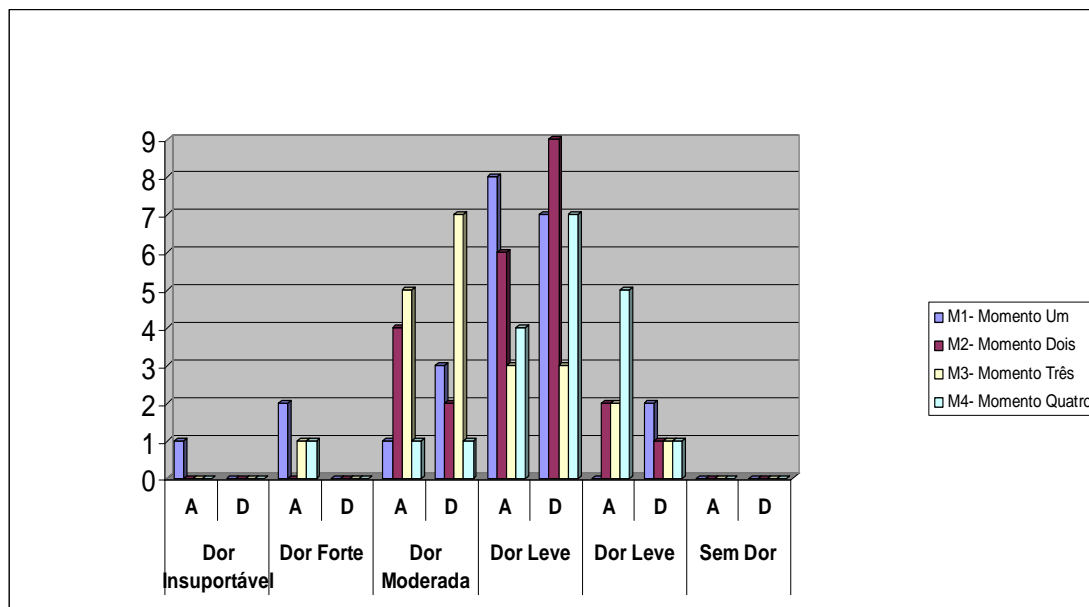
**Figura 1** - Gráfico do modelo inicial, com relação à escala de dor

Fonte: A autora



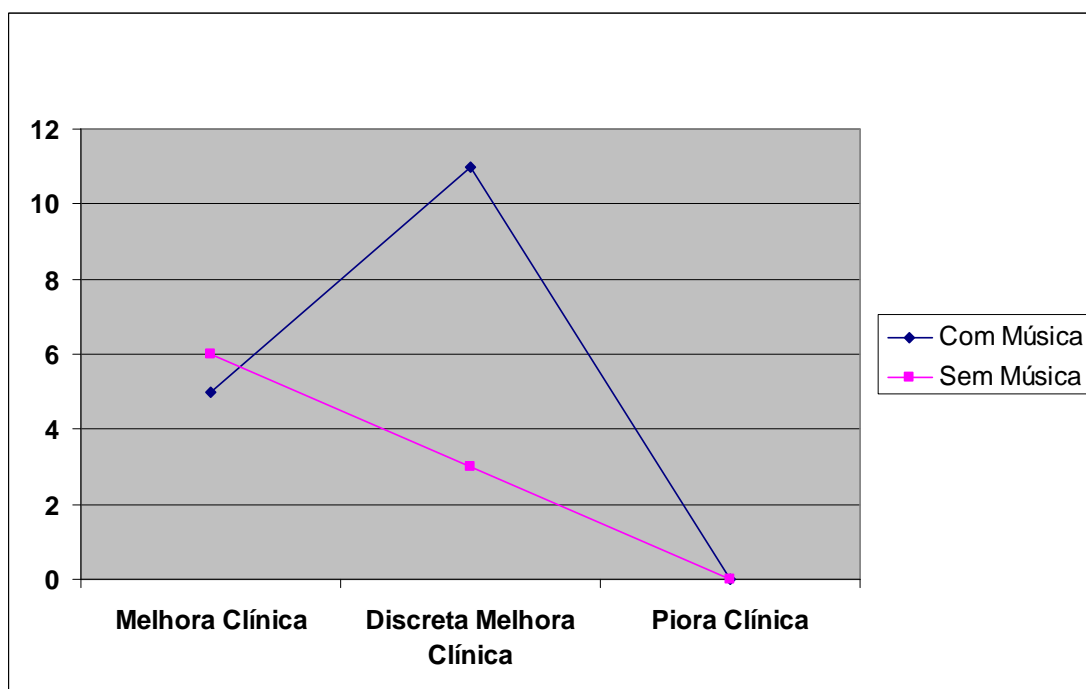
**Figura 2** - Gráfico da distribuição da escala de dor, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – com música

Fonte: A autora



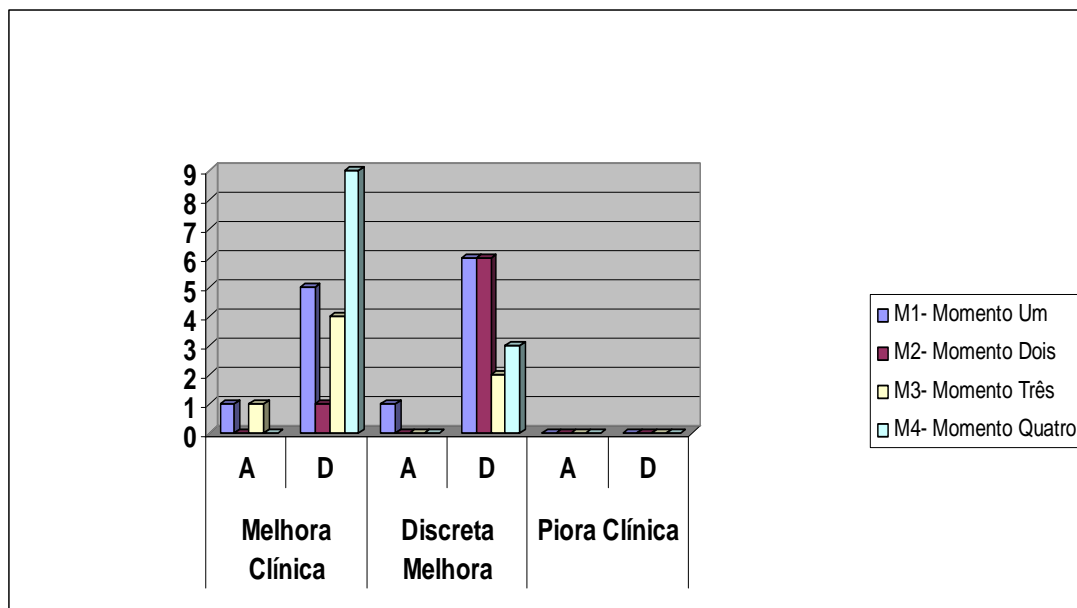
**Figura 3** - Gráfico da distribuição da escala de dor, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – sem música

Fonte: A autora



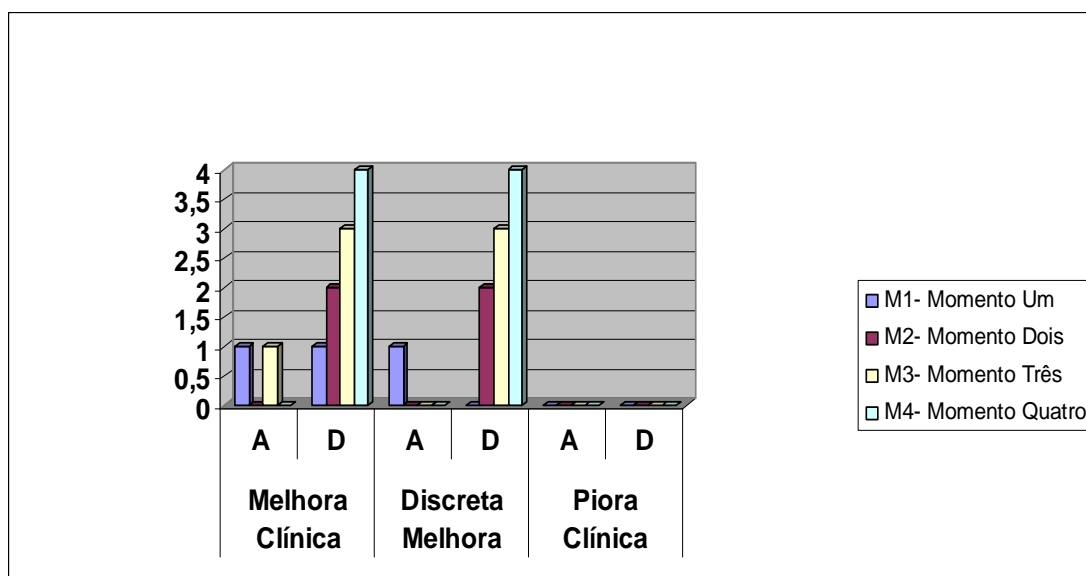
**Figura 4** - Gráfico do modelo inicial, com relação à melhora clínica

Fonte: A autora



**Figura 5** - Gráfico da distribuição do escore de melhora clínica, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – com música

Fonte: A autora



**Figura 6** - Gráfico da distribuição do escore de melhora clínica, segundo grupo em estudo e momento de avaliação – sem música

Fonte: A autora



**Tabela 9** - Medidas descritivas da pressão arterial sistólica (PAS/mmHg), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	080,00	065,00	p>0,05
	Mediana	090,00	097,00	
	Valor Máximo	129,00	110,00	
	Média	095,70	094,40	
	Desvio-Padrão	012,40	012,80	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo	095,00	065,00	p>0,05
	Mediana	090,00	095,00	
	Valor Máximo	110,00	110,00	
	Média	093,60	092,75	
	Desvio-Padrão	010,10	014,94	
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	080,00	065,00	p>0,05
	Mediana	090,00	091,00	
	Valor Máximo	110,00	110,00	
	Média	092,05	092,66	
	Desvio-Padrão	010,27	014,67	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo	070,00	077,00	p>0,05
	Mediana	090,00	100,00	
	Valor Máximo	150,00	126,00	
	Média	096,57	099,41	
	Desvio-Padrão	022,30	013,93	
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	080,00	070,00	p>0,05
	Mediana	090,00	097,50	
	Valor Máximo	150,00	124,00	
	Média	096,37	097,75	
	Desvio-Padrão	020,20	014,32	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo	070,00	070,00	p>0,05
	Mediana	090,00	090,00	
	Valor Máximo	109,00	137,00	
	Média	091,00	093,90	
	Desvio-Padrão	012,69	019,33	
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	080,00	070,00	p>0,05
	Mediana	090,00	100,00	
	Valor Máximo	116,00	137,00	
	Média	094,93	097,90	
	Desvio-Padrão	011,93	019,29	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo	058,00	060,00	p>0,05
	Mediana	090,00	090,00	
	Valor Máximo	100,00	100,00	
	Média	084,84	094,00	
	Desvio-Padrão	010,01	017,78	
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	077,00	070,00	p>0,05
	Mediana	090,00	090,00	
	Valor Máximo	109,00	122,00	
	Média	088,76	096,36	
	Desvio-Padrão	008,72	015,69	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 10** - Medidas descritivas da pressão arterial diastólica (PAD/mmHg), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	50,00	35,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	81,00	82,00	
	Média	62,63	60,00	
	Desvio-Padrão	08,51	13,08	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo	45,00	35,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	80,00	92,00	
	Média	59,83	59,58	
	Desvio-Padrão	08,86	15,65	
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	46,00	35,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	80,00	90,00	
	Média	59,68	59,75	
	Desvio-Padrão	07,91	13,44	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo	30,00	40,00	p>0,05
	Mediana	55,00	60,00	
	Valor Máximo	100,00	86,00	
	Média	58,50	60,66	
	Desvio-Padrão	17,65	10,76	
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	30,00	40,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	100,0	86,00	
	Média	59,56	59,25	
	Desvio-Padrão	15,46	10,62	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo	45,00	37,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	70,00	94,00	
	Média	56,76	59,18	
	Desvio-Padrão	07,03	15,09	
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	48,00	40,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	86,00	94,00	
	Média	59,80	60,90	
	Desvio-Padrão	11,54	13,27	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo	40,00	40,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	70,00	80,00	
	Média	55,15	62,20	
	Desvio-Padrão	09,31	10,51	
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	40,00	50,00	p>0,05
	Mediana	60,00	60,00	
	Valor Máximo	70,00	80,00	
	Média	56,38	65,63	
	Desvio-Padrão	09,43	09,45	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 11** - Medidas descritivas da frequência cardíaca (FC/bpm), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	077,00	098,00	p>0,05
	Mediana	147,00	131,50	
	Valor Máximo	188,00	192,00	
	Média	147,31	135,00	
	Desvio-Padrão	025,44	026,48	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo	089,00	100,00	p>0,05
	Mediana	138,00	126,50	
	Valor Máximo	181,00	168,00	
	Média	141,15	127,50	
	Desvio-Padrão	022,79	020,24	
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	110,00	059,00	p>0,05
	Mediana	138,00	129,00	
	Valor Máximo	177,00	173,00	
	Média	137,63	125,83	
	Desvio-Padrão	016,56	032,93	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo	114,00	106,00	p>0,05
	Mediana	132,00	126,00	
	Valor Máximo	160,00	170,00	
	Média	133,50	127,50	
	Desvio-Padrão	013,74	017,08	
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	112,00	095,00	p>0,05
	Mediana	136,50	127,50	
	Valor Máximo	163,00	164,00	
	Média	138,12	129,08	
	Desvio-Padrão	014,34	022,68	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo	110,00	117,00	p>0,05
	Mediana	132,00	136,00	
	Valor Máximo	168,00	159,00	
	Média	134,33	135,72	
	Desvio-Padrão	014,95	015,16	
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	116,00	107,00	p>0,05
	Mediana	136,00	132,00	
	Valor Máximo	177,00	169,00	
	Média	140,00	131,36	
	Desvio-Padrão	016,21	017,67	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo	129,00	109,00	<b>p&lt;0,05</b>
	Mediana	137,50	126,00	
	Valor Máximo	173,00	156,00	
	Média	143,57	128,36	
	Desvio-Padrão	013,93	014,26	
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	118,00	097,00	p>0,05
	Mediana	144,00	128,00	
	Valor Máximo	155,00	163,00	
	Média	142,30	129,63	
	Desvio-Padrão	011,07	019,13	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 12** - Medidas descritivas da frequência respiratória (FR/mpm), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	24,00	35,00	p>0,05
	Mediana	48,00	46,00	
	Valor Máximo	67,00	63,00	
	Média	45,21	47,25	
	Desvio-Padrão	13,68	09,66	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo	24,00	28,00	p>0,05
	Mediana	44,00	55,50	
	Valor Máximo	67,00	60,00	
	Média	43,26	49,00	
	Desvio-Padrão	11,72	12,00	
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	25,00	25,00	p>0,05
	Mediana	40,00	40,00	
	Valor Máximo	68,00	95,00	
	Média	42,31	50,33	
	Desvio-Padrão	12,18	17,45	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo	24,00	30,00	p>0,05
	Mediana	39,00	46,00	
	Valor Máximo	58,00	61,00	
	Média	38,81	45,08	
	Desvio-Padrão	09,48	10,82	
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	23,00	25,00	p>0,05
	Mediana	39,50	44,00	
	Valor Máximo	65,00	93,00	
	Média	39,62	48,75	
	Desvio-Padrão	11,90	17,17	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo	28,00	30,00	p>0,05
	Mediana	40,00	40,00	
	Valor Máximo	58,00	50,00	
	Média	40,20	40,36	
	Desvio-Padrão	07,82	05,48	
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	25,00	33,00	p>0,05
	Mediana	40,00	46,00	
	Valor Máximo	48,00	66,00	
	Média	37,93	44,90	
	Desvio-Padrão	07,82	08,83	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo	32,00	34,00	p>0,05
	Mediana	42,00	40,00	
	Valor Máximo	60,00	46,00	
	Média	42,21	39,45	
	Desvio-Padrão	06,95	03,83	
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	30,00	32,00	p>0,05
	Mediana	41,00	41,00	
	Valor Máximo	60,00	68,00	
	Média	42,38	43,09	
	Desvio-Padrão	08,43	09,74	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 13** - Medidas descritivas da saturação (Sat%O<sub>2</sub>), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	70,00	91,00	p>0,05
	Mediana	97,00	96,00	
	Valor Máximo	99,00	99,00	
	Média	94,52	95,58	
	Desvio-Padrão	06,66	02,61	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo	79,00	92,00	p>0,05
	Mediana	97,00	96,00	
	Valor Máximo	99,00	100,0	
	Média	95,57	96,16	
	Desvio-Padrão	04,55	02,16	
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	92,00	35,50	p>0,05
	Mediana	95,00	96,50	
	Valor Máximo	99,00	100,0	
	Média	95,73	90,37	
	Desvio-Padrão	02,42	17,58	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo	87,00	91,00	p>0,05
	Mediana	96,50	97,00	
	Valor Máximo	99,00	99,00	
	Média	95,31	96,16	
	Desvio-Padrão	03,51	02,44	
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	90,00	35,90	p>0,05
	Mediana	97,00	92,50	
	Valor Máximo	99,00	99,00	
	Média	95,43	89,15	
	Desvio-Padrão	03,07	17,01	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo	94,00	91,00	p>0,05
	Mediana	97,00	96,00	
	Valor Máximo	98,00	99,00	
	Média	97,00	94,81	
	Desvio-Padrão	01,13	02,78	
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	90,00	90,00	p>0,05
	Mediana	96,00	95,00	
	Valor Máximo	100,0	99,00	
	Média	95,66	94,27	
	Desvio-Padrão	02,66	02,83	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo	92,00	90,00	p>0,05
	Mediana	96,50	97,00	
	Valor Máximo	99,00	99,00	
	Média	96,00	95,90	
	Desvio-Padrão	02,11	02,66	
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	91,00	91,00	p>0,05
	Mediana	95,00	96,00	
	Valor Máximo	98,00	100,0	
	Média	95,38	95,45	
	Desvio-Padrão	01,98	02,42	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 14** - Medidas descritivas da temperatura (t/C°), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	35,10	35,80	p>0,05
	Mediana	36,40	36,05	
	Valor Máximo	37,80	36,80	
	Média	36,54	36,20	
	Desvio-Padrão	00,79	00,33	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo	35,50	35,40	p>0,05
	Mediana	36,20	36,25	
	Valor Máximo	37,60	36,80	
	Média	36,34	36,20	
	Desvio-Padrão	00,52	00,43	
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	35,50	18,00	p>0,05
	Mediana	36,30	36,20	
	Valor Máximo	37,60	36,90	
	Média	36,33	34,60	
	Desvio-Padrão	00,56	05,26	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo	35,80	36,00	p>0,05
	Mediana	36,35	36,30	
	Valor Máximo	37,20	36,80	
	Média	36,36	36,37	
	Desvio-Padrão	00,45	00,37	
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	35,80	36,00	p>0,05
	Mediana	36,30	36,20	
	Valor Máximo	36,70	37,90	
	Média	36,27	36,42	
	Desvio-Padrão	00,27	00,53	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo	35,60	36,00	p>0,05
	Mediana	36,15	36,30	
	Valor Máximo	37,80	36,80	
	Média	36,41	36,31	
	Desvio-Padrão	00,69	00,23	
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	35,20	35,40	p>0,05
	Mediana	36,30	36,50	
	Valor Máximo	37,00	36,80	
	Média	36,21	36,40	
	Desvio-Padrão	00,60	00,40	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo	36,00	35,80	p>0,05
	Mediana	36,20	36,50	
	Valor Máximo	37,30	37,10	
	Média	36,30	36,44	
	Desvio-Padrão	00,32	00,42	
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	35,00	35,40	p>0,05
	Mediana	36,30	36,10	
	Valor Máximo	37,90	37,90	
	Média	36,38	36,24	
	Desvio-Padrão	00,52	00,48	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 15** - Medidas descritivas de lactato (Lac mg/dl), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	014,00	11,00	<b>p&lt;0,01</b>
	Mediana	030,00	16,00	
	Valor Máximo	653,00	20,00	
	Média	072,62	15,22	
	Desvio-Padrão	155,52	03,52	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	014,00	011,00	
	Mediana	025,00	073,00	
	Valor Máximo	086,00	135,00	
	Média	031,63	073,00	
	Desvio-Padrão	020,91	087,68	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	008,00	10,00	
	Mediana	019,00	13,50	
	Valor Máximo	032,00	23,00	
	Média	020,14	15,00	
	Desvio-Padrão	009,33	06,27	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	016,00	15,00	
	Mediana	022,50	18,00	
	Valor Máximo	038,00	22,00	
	Média	023,83	18,60	
	Desvio-Padrão	008,08	03,28	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	014,00	11,00	<b>p&gt;0,05</b>
	Mediana	023,50	19,50	
	Valor Máximo	036,00	57,00	
	Média	023,16	26,75	
	Desvio-Padrão	006,68	15,47	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 16** - Medidas descritivas de sódio (Na mEq ou mmol/l), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	127,00	132,00	p>0,05
	Mediana	137,50	137,00	
	Valor Máximo	147,00	139,00	
	Média	137,43	136,66	
	Desvio-Padrão	003,98	002,87	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	129,00	004,20	
	Mediana	138,00	070,60	
	Valor Máximo	139,00	137,00	
	Média	137,09	070,60	
	Desvio-Padrão	002,84	093,90	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	118,00	133,00	
	Mediana	135,00	134,00	
	Valor Máximo	138,00	136,00	
	Média	133,14	134,25	
	Desvio-Padrão	007,03	001,50	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	135,00	133,00	
	Mediana	137,00	139,00	
	Valor Máximo	140,00	142,00	
	Média	137,12	137,80	
	Desvio-Padrão	001,45	003,42	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	120,00	134,00	p>0,05
	Mediana	136,50	137,50	
	Valor Máximo	141,00	141,00	
	Média	135,58	137,62	
	Desvio-Padrão	005,41	002,72	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento



**Tabela 17** - Medidas descritivas de potássio (K mEq ou mmol/l), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	2,70	2,60	p>0,05
	Mediana	4,30	4,20	
	Valor Máximo	5,60	5,40	
	Média	4,31	4,00	
	Desvio-Padrão	0,74	0,84	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	3,80	004,90	
	Mediana	4,60	077,45	
	Valor Máximo	5,50	150,00	
	Média	4,59	077,45	
	Desvio-Padrão	0,54	102,60	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	3,70	3,80	
	Mediana	4,80	4,45	
	Valor Máximo	6,90	4,70	
	Média	4,84	4,35	
	Desvio-Padrão	1,06	0,43	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	3,80	4,00	
	Mediana	4,30	4,30	
	Valor Máximo	5,70	4,80	
	Média	4,50	4,42	
	Desvio-Padrão	0,65	0,32	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	3,90	3,90	p>0,05
	Mediana	4,35	4,60	
	Valor Máximo	5,00	6,50	
	Média	4,30	4,83	
	Desvio-Padrão	0,46	0,78	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento

**Tabela 18** - Medidas descritivas de glicose (mg/dl), segundo grupo e momento de avaliação

Momento de Avaliação	Medidas Descritivas	Grupo		Valor p
		Com Música	Sem Música	
M <sub>0</sub>	Valor Mínimo	068,00	070,00	p>0,05
	Mediana	098,00	099,00	
	Valor Máximo	178,00	114,00	
	Média	103,87	096,22	
	Desvio-Padrão	027,04	015,04	
M <sub>1</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>1</sub> Depois	Valor Mínimo	036,00	011,00	
	Mediana	084,00	049,00	
	Valor Máximo	160,00	087,00	
	Média	095,00	049,00	
	Desvio-Padrão	030,67	055,74	
M <sub>2</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>2</sub> Depois	Valor Mínimo	090,00	102,00	
	Mediana	104,00	141,50	
	Valor Máximo	179,00	257,00	
	Média	119,14	160,50	
	Desvio-Padrão	034,60	071,17	
M <sub>3</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>3</sub> Depois	Valor Mínimo	087,00	079,00	
	Mediana	097,50	105,00	
	Valor Máximo	129,00	117,00	
	Média	102,12	101,20	
	Desvio-Padrão	013,54	016,76	
M <sub>4</sub> Antes	Valor Mínimo			
	Mediana			
	Valor Máximo			
	Média			
	Desvio-Padrão			
M <sub>4</sub> Depois	Valor Mínimo	007,40	080,00	p>0,05
	Mediana	094,00	091,00	
	Valor Máximo	104,00	112,00	
	Média	086,11	094,87	
	Desvio-Padrão	026,31	012,51	

**Fonte:** A autora

Legenda:

M - Momento



*9 Discussão*

No capítulo da apresentação dos resultados, no tocante aos diagnósticos encontrados, percebe-se uma predominância das patologias do sistema respiratório no grupo com música, representadas em 57,89% em relação ao total de patologias nesse grupo, isso leva o grupo a apresentar uma maior vulnerabilidade a complicações diante da gravidade de patologias do sistema respiratório, que normalmente fazem parte das unidades de terapia intensiva pediátrica, ainda que o período de coleta foi coincidente ao período de predomínio de doenças respiratórias, ou seja, está relacionado ao período sazonal, o que reforça os dados existentes na literatura, como descreve um estudo realizado sobre o uso de oxigenioterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário, que ao buscar se as prescrições de oxigenioterapia estavam corretas verificou uma frequência de patologias respiratórias em 84% das crianças admitidas no hospital estudado, sendo elas correspondentes ao período de maior coleta – o sazonal. <sup>(105)</sup>

Os dados desta dissertação também vêm corroborar com os dados do Ministério da Saúde, que apresenta em seu relatório de março de 2010, dados de 2008 em relação às causas definidas de mortalidade infantil, em que a malformação congênita representa a segunda principal causa para praticamente todas as crianças, exceto para as indígenas, para as quais representam a quarta causa. O relatório em questão ressalta, ainda, que em crianças brancas, a participação das afecções perinatais foi 13 vezes maior do que nas doenças infecciosas, entre as pretas 17 vezes, entre as asiáticas 5,6 vezes, entre as pardas 10 vezes e as indígenas 2,4 vezes. De forma similar, a razão entre as afecções perinatais e as doenças do aparelho respiratório foi de 11 vezes entre as crianças brancas, 7 vezes nas pretas, 13 entre as asiáticas, 11 nas pardas e 1,6 nas indígenas. <sup>(106)</sup>

Ao analisar o aumento estatisticamente significativo  $p < 0,01$  nos  $M_3$  e  $M_4$  depois de respostas emocionais positivas nas crianças que receberam a terapia musical, reforça-se os dados da literatura, quando esta retrata em um dos vários estudos encontrados o efeito benéfico de uma visita musical a crianças hospitalizadas em unidade de clínica pediátrica, onde a música promoveu expressões de emoção retratando alegria, prazer, fortalecimento da comunicação e interação entre os participantes reduzindo sentimentos considerados negativos, como medo, raiva e tristeza. Além disso, os resultados nos chamam a atenção para as análises das respostas emocionais negativas que foram reduzindo ao longo das sessões de música,

evidenciando mais uma vez o efeito benéfico da música sobre aspectos emocionais e de desenvolvimento. Esses dados vêm, portanto, corroborar com os já descritos na literatura, na qual um trabalho que aplica a música como terapêutica no cuidado e no ensino traz como resultado o benefício desta prática, tanto para as crianças como para a equipe.<sup>(107)</sup>

Nos resultados deste estudo verificou-se a evidência da utilização da antibioticoterapia em  $p < 0,05$  nos  $M_0$ ,  $M_1$ ,  $M_3$  e  $M_4$  o que é esperado, tratando-se de unidade de terapia intensiva, pois a literatura confirma que neste ambiente existe uma administração ainda maior deste tipo de terapia por tratar de pacientes gravemente enfermos e que necessitam de um tratamento mais invasivo e agressivo; porém, o mesmo estudo ressalta o risco da utilização da antibioticoterapia previamente para a aquisição de bactérias multirresistentes.<sup>(108)</sup>

Outro trabalho também traz a dificuldade da indicação correta dos antibióticos, que acabam sendo administrados de forma empírica,<sup>(83)</sup> ou mesmo o uso profilático dos antibióticos pelos familiares acaba prejudicando o tratamento correto, isso muitas vezes ocorre por falta de controle da venda de fármacos entre outros aspectos que colaboram para o uso indiscriminado dos antibióticos.<sup>(84)</sup> Ainda outros autores ressaltam os medicamentos de uso não licenciado.<sup>(87)</sup>

Estes dados contribuem para uma reflexão do que foi encontrado no campo de pesquisa deste estudo, no que diz respeito ao maior número de crianças em uso de antibioticoterapia. Assim, foi utilizada terapia inovadora na tentativa de mudança de cenário no uso da antibioticoterapia.

Relacionando o alto uso de antibioticoterapia na atualidade conforme apontam os artigos acima, encontra-se na literatura uma discussão considerada recente (30 anos) na psicologia, sobre conceito de resiliência, proposta em um trabalho,<sup>(109)</sup> o qual identifica que fatores emocionais, sociais, econômicos e relacionais interferem na resiliência das pessoas, principalmente em crianças, ou seja, estas situações podem levar ao desequilíbrio saúde-doença, de acordo com sua capacidade de resiliência.

Ao analisar o uso da oxigenioterapia, evidenciou-se que a maior parte das crianças utilizou a oxigenioterapia  $p < 0,05$  nos  $M_0$  e  $M_3$ , este dado reforça os encontrados na literatura quando se utilizou da oxigenioterapia (64%) em um estudo de pacientes pediátricos internados em hospital universitário, cuja população em

estudo era composta de crianças mais novas do público pediátrico, ou seja, como neste estudo que diz respeito à fase de desenvolvimento latência.<sup>(105)</sup>

Ao analisar o dispositivo utilizado nesta unidade em estudo, para as crianças em uso de terapia venosa, vale ressaltar, considerando os dois grupos, que apesar de pouco utilizado o PICC ou CCIP (*Peripherally Inserted Central Catheter* ou Cateter Central de Inserção Periférica) foi utilizado seis vezes mais que a flebotomia. Pode-se discutir que, por se tratar de crianças críticas, este dispositivo poderia ter sido mais indicado por ser um dispositivo que oferece como vantagem a longa permanência em pacientes críticos e com menor risco de infecção, trazendo benefícios para o paciente e a instituição, além de ser realizado pelo profissional enfermeiro capacitado. Este dado vem corroborar com dos dados que a literatura traz sobre as vantagens de se utilizar um dispositivo como PICC/CCIP oferecendo maior segurança ao paciente, principalmente à criança com menor risco de iatrogenia, com possibilidade de biocompatibilidade, reduzindo infecções, além de um recurso para tratamento ambulatorial de longa permanência, adquirido por meio de um procedimento relativamente simples de inserção periférica realizado por enfermeiros capacitados.<sup>(110,111)</sup>

Importante salientar que a escolha do dispositivo não teve relação com os grupos, sendo eles os que receberam a terapia ou o controle, tratando-se, então, de um dado de caracterização das crianças dentro dos grupos.

Em relação à severidade dos casos estudados, pode-se afirmar que, de cada três crianças que são admitidas em estado grave, duas apresentam melhoras ao serem submetidas à música. É sabido que nesta unidade concentram-se as crianças mais graves e, por isso, os dados registrados vão de encontro aos da literatura, que enfatiza as disfunções fisiológicas, falências orgânicas associadas ao alto índice de gravidade e mortalidade nestas unidades.<sup>(112,113)</sup>

Quanto aos achados da melhora do grau de severidade, neste estudo, os índices corroboram com os dados da literatura, que aborda sobre a ação benéfica da música em crianças graves, quando estuda seus efeitos em crianças de pós-operatório de cirurgia cardíaca e encontra os efeitos benéficos da ação da música em diversos aspectos.<sup>(33)</sup>

Ao analisar os dados referentes à avaliação da dor, percebeu-se sua redução após o uso da música, tanto de imediato quanto ao longo das sessões, estes dados vêm confirmar os achados na literatura ao descrever os efeitos da música em crianças

graves e identificar que a música traz redução da dor, melhora dos sinais vitais, tornando-se benéfica a estas crianças.<sup>(33)</sup>

Outro estudo traz constatações deste efeito benéfico na população oncológica acima de 20 anos que sofre dor crônica, utilizando-se a escala analógica de dor para avaliação após as sessões de música, a pesquisa identificou a influência da música na intensidade da dor, sendo ela reduzida.<sup>(114)</sup>

Este estudo também corrobora com uma revisão sobre publicações do uso da música na assistência de enfermagem no Brasil, publicada em 2008, que traz 12 trabalhos selecionados, dos quais 11 mostram o efeito benéfico da música como melhora do estado emocional e redução da dor.<sup>(55)</sup>

Outro trabalho verifica a música como intervenção, ou seja, um recurso de cuidado à criança hospitalizada na redução da dor. A pesquisa identificou os benefícios da música em crianças hospitalizadas, seus familiares e equipe de saúde, constatando que este recurso pode ser utilizado no espaço hospitalar como uma intervenção de baixo custo.<sup>(21)</sup>

Apesar dos trabalhos sobre avaliação da dor serem realizados em ambientes diferentes, os dados do presente estudo vêm contribuir com os da literatura quanto à utilização da escala facial de dor<sup>(91)</sup>, em se tratando da fase de lactência<sup>(115)</sup>, escolhendo uma metodologia que assegurasse uma aferição confiável.

A pontuação apresentada nos resultados do escore de melhora clínica não proporciona dados suficientes para uma avaliação mais específica, porém, pode-se dizer que do grupo que utilizou a música na última sessão (M<sub>4</sub>), de 14 crianças, 6 apresentaram melhora clínica, enquanto o grupo que não recebeu a música, não houve diferença numérica entre melhora ou piora. Este dado reforça e corrobora com os trabalhos citados acima sobre os efeitos da música na mudança clínica, especialmente sobre os aspectos dos sinais vitais, como no alívio da dor, sugerindo ter sido por ocasião da música os comportamentos subjetivos e dados fisiológicos positivos que inferem na melhora clínicas das crianças em estudo na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Diante dos resultados apresentados sobre as variáveis fisiológicas PAS, PAD, FC, FR, SatO<sub>2</sub>, T, Lac, Na, K, Glicose, que em alguns momentos, durante as sessões, aumentaram seu valor na FC, Na, Lac, K, FR, PAS/PAD e ao final das sessões voltaram a normalizar, este achado tem significado positivo uma vez que

confrontando com a literatura verificou-se que alterações metabólicas são encontradas na produção de lactato sanguíneo, aumento dos níveis plasmáticos de adrenalina, cortisol, potássio por alguma exposição emocional <sup>(116)</sup>

Estudos consideram o estresse uma reação desencadeada por qualquer evento, que confunda, amedronte, emocione de forma marcante. Estes eventos reais ou imaginários produzem respostas, as quais podem ser emocionais, fisiológicas ou comportamentais. <sup>(117)</sup>

Diante dos achados, pode-se dizer que as crianças submetidas à música apresentaram, em alguns momentos, situações de eustress, uma vez que considera-se este um sinal quando o indivíduo passa por situações excitantes do cotidiano, geralmente situações inesperadas, que são percebidas como um desafio, que o indivíduo é capaz de resolver e que incorre em um menor risco de adoecer e é considerável até saudável ao organismo. <sup>(117)</sup>

Portanto, as crianças deste estudo, quando apresentaram estas oscilações dos valores de FC, Na, Lac, K, FR, PAS/PAD, seu organismo desencadeava sinais eletroquímicos no Sistema Nervoso Central (SNC) que levam à ativação fisiológica cuja finalidade é preparar o organismo para reagir, sendo este um mecanismo de defesa do ser humano, que age de forma a garantir a sobrevivência, e é ocasionado por situações que alteram a homeostasia metabólica. Quando o organismo está em equilíbrio homeostático, indicadores fisiológicos tais como temperatura, níveis de glicose, entre outros, encontram-se o mais próximo possível do ideal. Diante dessas considerações percebe-se que a música, considerada uma alteração ambiental, alterou a homeostasia desencadeando uma série de adaptações fisiológicas que culminam no restabelecimento da homeostasia, e esta resposta envolve principalmente a secreção dos hormônios adrenalina, noradrenalina e cortisol pelas glândulas adrenais. <sup>(117)</sup>

Assim, quando a criança percebeu uma situação que demandasse um estado de alerta, o eixo neural foi imediatamente ativado, implicando na ativação do SNC, modulando as respostas como aumento da FC, que foi um achado identificado neste estudo, entre outros sinais que podem ocorrer. <sup>(117)</sup>

Assegurando este benefício de alterações fisiológicas encontradas neste estudo, verifica-se que certo nível de estresse, como o eustress das crianças neste estudo, torna-se importante para o sistema de defesa do organismo, porém quando a ativação do eixo hipotalâmico-hipófise-adrenal se torna crônico e repetitivo o



organismo pode sofrer conseqüências, pois começam a surgir alterações patológicas causadas pelo elevado nível de cortisol <sup>(117)</sup>, além de outras alterações metabólicas, por isso a necessidade de respeitar a metodologia proposta como assegurar o dB, tempo das sessões, fone adequado.

Os resultados de medidas descritivas apresentados no capítulo de resultados sobre as variáveis PAS, PAD, FC, FR, SatO<sub>2</sub>, T, Lac, Na, K, Glicose, também mostram outros aspectos a serem discutidos.

No estudo pode-se observar uma redução na PAS ao longo das sessões, o mesmo aconteceu com a FR e a temperatura, já em relação à saturação de oxigênio obteve melhora, porém sem significância estatística, mas apresenta-se resultados significantes estatisticamente nas variáveis FC  $p < 0,05$  no M<sub>4</sub> antes e lactato  $p < 0,01$  no M<sub>0</sub>.

Os achados deste estudo, quanto aos aspectos fisiológicos da FC, PAS e PAD, FR, SatO<sub>2</sub> e T são similares com outras investigações que também mostram a diminuição e a contribuição da música na melhora destas variáveis em UTI. Um estudo <sup>(88)</sup> utiliza a terapia de música em unidade coronariana para pacientes adultos admitidos com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Neste caso foi realizado um estudo experimental com 80 pacientes randomizados em grupo e controle que participaram de três sessões de música e foram avaliadas a FC, a T, as complicações cardíacas e a qualidade dos dados de avaliação. A pesquisa obteve como resultado a diminuição da FC e a redução do estresse, que vai ao encontro do achado deste estudo, e quanto ao aumento da temperatura, este item difere dos resultados aqui encontrados, que registraram uma redução da temperatura das crianças em estudo.

Outro estudo experimental <sup>(89)</sup> mostra que pacientes com IAM foram submetidos à música como indutor ao relaxamento, na busca de evitar efeitos deletérios do estresse nestes pacientes. O experimento avaliou 45 pacientes distribuídos em 15 por grupo, aleatoriamente, e foram medidos níveis de ansiedade e indicadores fisiológicos, obtendo como resposta uma redução da FC e FR ao longo do tempo. Os dados do estudo experimental <sup>(89)</sup> vão ao encontro dos achados da presente pesquisa, enquanto em relação à PAS, os resultados diferem dos encontrados na presente pesquisa, pois não foram constatadas alterações pressóricas.

Observaram, ainda, redução da ansiedade na primeira hora pós-terapia de música, concluindo que pacientes com IAM podem beneficiar-se desta terapia.

Os resultados deste estudo também corroboram para o trabalho de Chaln<sup>(118)</sup> que em estudo experimental observou pacientes em ventilação mecânica em um grupo que recebeu a terapia de música com fones e um de controle, obtendo como resultado a redução da FC, FR e a melhora do estado de humor, o que vai ao encontro dos resultados desta dissertação. Em relação a PAS, PAD e Sat%O<sub>2</sub>, houve diferença dos achados, pois a pesquisa de Chaln não constatou mudança, talvez pelo fato de serem participantes adultos e de se tratar de um momento de dor em uso de ventilação mecânica.

Os achados deste estudo mostraram que a música provocou alterações nos sinais vitais, resultando em efeitos benéficos à criança, porém foi verificado na literatura<sup>(119)</sup> que em alguns pontos são encontrados os mesmos resultados, como na melhora dos sinais emocionais; e em outros não obtiveram sucesso. Entretanto, na observação dos sinais vitais; vale ressaltar que neste estudo não foi controlada a realização de procedimentos nas crianças em investigação. Importante salientar, também, que o trabalho de Evans<sup>(119)</sup> traz como resultados a música tocada por meio de fones de ouvido como um recurso para redução da ansiedade dos pacientes durante o atendimento, mas não tem impacto sobre a ansiedade dos pacientes submetidos a procedimentos como a sigmoidoscopia, a broncoscopia ou a cirurgia com anestesia espinal, que indica que a música produz uma pequena redução na frequência respiratória durante o atendimento normal, contudo, parece ter pouco efeito sobre outros parâmetros de sinais vitais. Não houve nenhum impacto sobre os sinais vitais de pacientes submetidos a procedimentos, porém parece melhorar o humor e a tolerância dos pacientes. Assim, o estudo<sup>(119)</sup> demonstra a eficácia da música para a redução da ansiedade durante o atendimento normal, recomendando esta prática no cuidado.

Os resultados apresentados sobre o lactato no grupo que recebeu a intervenção musical evidenciam a redução do desvio-padrão significativa em  $p < 0,01$  no  $M_0$ , percebeu-se uma redução também ao longo das sessões que não foram estatisticamente relevantes, mas é importante considerar, uma vez que o lactato é marcador de gravidade do qual está sendo discutido e condizente com a severidade já debatida anteriormente. Então, esta significância é importante para este estudo, uma

vez que, observando o grupo controle, verificou-se que mesmo iniciando a terapia com pacientes menos graves demonstrada pelo menor desvio-padrão do lactato e a severidade do caso entre moderado e leve, o desvio-padrão aumentou no decorrer das sessões, sendo assim, agravado o estado de doença da criança. Talvez as sessões de música possam ter efeitos de redução do lactato.

O ácido láctico (lactato) é um resultado importante para verificar o efeito da música nas mudanças clínicas das crianças desta unidade, por ser considerado um intermediário do metabolismo dos carboidratos, é derivado predominantemente do músculo esqueléticos, cérebro e eritrócitos. Sua concentração sanguínea é dependente da taxa de produção e metabolismo do fígado e rins. No estado de choque, a acidose ocorre devido à má oxigenação tecidual. A acidose láctica não é incomum e pode levar a taxa de mortalidade para um nível superior a 60%, podendo chegar a 100% quando combinada com outros fatores. Por esta razão, o lactato sérico é considerado como marcador de prognóstico em crianças gravemente doentes, sendo marcador de hipoperfusão tecidual (metabolismo anaeróbico), portanto a escolha do lactato como variável de evidência de melhora clínica traz relevância.<sup>(120,121)</sup>

Os resultados do sódio no organismo dos lactentes tanto no grupo com música quanto no sem música mostram que sua concentração não alterou a ponto de identificar piora ou melhora clínica nos dois grupos, porém, salienta-se a importância da observação do sódio, uma vez que é o cátion que em maior concentração no meio extracelular e é responsável por quase a metade da osmolaridade plasmática. Por ser um mecanismo de transporte o sódio é chamado de bomba de sódio, e uma das funções mais importantes desta bomba é impedir o intumescimento contínuo das células nos pacientes graves, pois, a partir do momento que a célula deixa de receber seu suprimento normal de oxigênio, ocorre alteração do metabolismo aeróbico normal da célula para a forma anaeróbica, causando redução do número de moléculas de ATP (Adenosina Trifosfato) necessária para o acionamento normal da bomba de sódio; assim sendo, o não acionamento da bomba permite que o sódio fique dentro da célula, levando à séria alteração do potencial de membrana e ao ingresso da água para o interior da célula (edema celular), sendo deletério ao organismo.<sup>(120)</sup> Portanto, verificou-se a necessidade de um estudo que acompanhe melhor a concentração sérica do sódio.

Já o resultado da concentração sérica de potássio, verificada neste estudo, demonstrou uma redução discreta do desvio-padrão ao longo das sessões no grupo com música, não sendo significativamente relevante com apenas um aumento no momento 2 depois; já no grupo controle o comportamento foi o mesmo com uma redução menor do desvio-padrão ao longo das sessões e um pico maior no momento 1 depois. Este fato pode ter ocorrido uma vez que se verifica, na literatura, o potássio como um importante cátion que está em maior concentração no meio intracelular e o baixo teor no líquido extracelular se deve à atividade da bomba de sódio, que expulsa o sódio das células, enquanto promove a captação ativa do potássio. As crianças da unidade em estudo, por serem graves, constantemente apresentam acidose metabólica, que leva ao aumento da concentração sérica do potássio, resultante do movimento de potássio do meio intra para o extracelular. Alterações importantes do potássio tornam-se um potente arritmogênico, podendo causar arritmias cardíacas letais, bem como outras alterações. <sup>(120)</sup>

Diante dos resultados encontrados, a música parece não ter interferido na concentração de potássio, porém foram identificados dois picos de concentrações anormais que podem ser deletérias ao organismo das crianças se não controladas.

Os resultados apresentados sobre a concentração da glicose neste trabalho demonstraram uma redução não significativa  $p > 0,05$ , mas é importante citar que houve uma redução do desvio-padrão e média da glicose ao longo das sessões com música, já o grupo controle se comportou de forma semelhante porém em alguns momentos (momento 1 depois e momento 2 depois) houve desvios grandes de anormalidades, os quais não ocorreram no grupo que recebeu a terapia. Portanto, vale dizer que a música parece não exercer influência sobre a concentração de glicose, porém, configurou-se um fornecedor central de energia do metabolismo humano; a sua concentração é determinada, por um lado, pelo gasto de glicose, por outro lado, por sua reposição. Os níveis séricos de glicose estão aumentados em pacientes graves devido à gliconeogênese hepática (principalmente a partir de proteínas), a qual ocorre em função da insuficiência de oxigênio. Os níveis elevados de glicose agem sobre o processo inflamatório levando a uma adicional liberação de mediadores pró-inflamatórios e disfunção endotelial e neutrófila. <sup>(120)</sup> Contudo, vale salientar que se faz necessário um estudo mais aprofundado na mensuração da concentração de

glicose em indivíduos que recebem a terapia musical uma vez que era esperada uma significância nesta variável.

Os achados do presente estudo vêm corroborar com pesquisas anteriores que demonstraram alterações de marcadores séricos e sinais fisiológicos como resultados positivos à saúde, pois foram realizadas aferições destas variáveis no momento antes durante e após o salto de paraquedas, considerado este um esporte que gera um estresse saudável ao organismo; assim, foi verificado o comportamento destas variáveis de forma benéfica ao organismo com alterações de pico retornando à normalidade em FC, Lac, glicose, potássio, entre outras verificadas. <sup>(117)</sup>

Analisando os resultados desta dissertação, um dado que chama a atenção é que durante a coleta não houve necessidade de uso de sedativos, assim, sem necessidade de exclusão de crianças, mas o que vale discutir é que em unidades como essa de terapia intensiva existe um uso considerado abusivo deste tipo de medicação, como relata um estudo <sup>(121)</sup> realizado em UTI Pediátrica que descreve o perfil do uso de analgésicos e sedativos em crianças submetidas à ventilação mecânica durante 12 meses, avaliando o tempo de uso da droga, doses diárias utilizadas e a incidência de síndrome de abstinência. O estudo <sup>(121)</sup> constatou que a infusão contínua de sedativos e analgésicos em crianças submetidas à ventilação mecânica é utilizada de forma liberal (média de 1,7 drogas por paciente/dia) e os pacientes clínicos utilizam essas drogas por um período ainda maior, o que explica a elevada prevalência de síndrome de abstinência. Diante desta realidade, pode-se dizer que neste estudo, ao utilizar o recurso de sessões de música, não houve necessidade do uso de sedativos.



*10 Conclusão*

A música sugere ser um método alternativo para:

- desencadear reações emocionais positivas em crianças hospitalizadas em UTIP;
- estabelecer a comunicação;
- redução do uso de oxigenioterapia e antibioticoterapia;
- redução da dor, FC e Lactato;
- provocar o eustress que é benéfico ao organismo humano.

Foi possível concluir que a música, enquanto terapia, favorece mudanças clínicas benéficas em crianças hospitalizadas em UTIP uma vez que foram identificadas alterações clínicas favoráveis a esta resposta.

Ressalta-se que há necessidade de maiores investigações a respeito da ação da música em crianças graves hospitalizadas em unidade de terapia intensiva, por ainda existirem algumas lacunas a serem preenchidas nessa área com estudos mais aprofundados e específicos sobre respostas fisiológicas aos estímulos da música, bem como uma coleta de exames laboratoriais mais sistemática.



## *11 Considerações Finais*



Durante o desenvolvimento deste estudo, verificou-se que a música possui força e poder de ação sobre o ser humano e, ao longo do século, a música passou a ser observada em laboratório, dando origem a diversas especialidades, tais como: acústica (ciência do som); psicoacústica (estudo de como as mentes percebem o som), psicoacústica musical (examina todos os aspectos da percepção e do desempenho musicais).<sup>(122)</sup>

Nesse contexto, concorda-se com Ribas<sup>(56)</sup>, quando destaca que a música é “a arte que mais se aproxima da criança”, pois durante o processo do adoecer influenciou positivamente, por meio de estímulos sonoros, e pode ser considerada como “a linguagem do sentido”, e ainda sendo um dos meios mais eficazes de educação, compaixão e a receptividade, bem como auxiliar na comunicação e no processo de socialização.

Percebe-se que a ciência-arte se fortalece a cada dia, sobretudo no que se refere à busca de alternativas para melhorar a qualidade de vida das pessoas, em particular das crianças.

Os avanços científicos têm permitido responder perguntas que outrora ficavam no campo especulativo. Assim, a interação entre fisiologia, biologia, psicologia, pediatria, aproxima os profissionais de diversas áreas, na busca da compreensão dos problemas e do encontro de alternativas de tratamento.

É nessa perspectiva que a música agrega seus elementos básicos (altura, intensidade, timbre, ritmo) com a finalidade de apoio à criança acometida pelo adoecer e pelo processo de hospitalização. A música se mostrou um dos caminhos para promover o equilíbrio de estados fisiológicos e emocionais envolvidos no processo de adoecimento da criança grave.

Portanto, o aumento do número de pesquisas relacionadas à utilização da música no campo terapêutico na área da saúde tem demonstrado que a música apresenta-se como uma importante aliada às alternativas terapêuticas, especialmente quando utilizada como instrumento de intervenção do cuidado de enfermagem na busca de melhoras clínicas em crianças.

Este trabalho reforça a utilização da música de forma benéfica à criança hospitalizada em unidade de terapia intensiva pediátrica, mediante alguns sinais como melhora da gravidade do caso, redução da dor, percepções emocionais positivas, verificadas pelo investigador após cada sessão e ao longo da mesma.

A música deve ser utilizada em ambientes hospitalares inclusive em unidades de terapia intensiva pediátrica como um facilitador de comunicação entre a equipe, a família e a criança, como recurso no cuidado para relaxamento, alívio da dor, melhora da condição clínica e como um fator desencadeante de respostas emocionais positivas. Podendo ser utilizada de maneira simples com fones de ouvido, no caso de terapia intensiva, e até em uma sala de música, no caso de unidades abertas. Contudo, o profissional de enfermagem deve conscientizar-se do uso de medidas terapêuticas alternativas, visto que o COREN legalizou e o Ministério da Saúde já recomenda, uma vez que a música é o primeiro som da criança.



*12 Referências*

1. Sarmiento MJ, Pinto M. As crianças, contexto e identidade. Braga (Portugal): Universidade do Minho Centro de estudo da criança; 1997. p.33.
2. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13/07/1990. Brasília; 1995. p.120.
3. Borges ALA. A criança, o brincar e a interação entre pais e filhos. Rev Popular. 2008 jan/dez;7:120-6.
4. Freitas MLLU, Assis OZM. Os aspectos cognitivo e afetivo da criança avaliados por meio das manifestações da função simbólica. Ciência e Cognição. 2007;11(4):91-109.
5. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica: Pediatria Geral e Neonatal. 9ªed. São Paulo: Sarvier; 2002. Tomo I.
6. Azevedo MF. Enfermagem Pediátrica: distúrbios, intervenções, procedimentos, exames complementares, recursos clínicos. Trad. de Ivan Lourenço; Revisão Técnica Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.299.
7. Murahovschi J. Pediatria: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1987. p.101-48.
8. Campestrini S. Súmula Pediátrica. Curitiba: Educa; 1991.
9. Armelin MVAL, Minayo MC. A importância do apoio emocional às pessoas hospitalizadas: o discurso da literatura. Rev Nursing. 2000 dez; 3(31):22-5.
10. Morais A, Leite T. Como promover o desenvolvimento das habilidades de reflexão fonológica dos alfabetizando. In: Morais A, Albuquerque E, Ferraz T. Alfabetização: apropriação do sistema de escrita alfabética. Belo Horizonte: Autêntica; 2005. p.71-88.
11. Valladares ACF. Manejo arteterapêutico no pré-operatório em pediatria. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2004. [citado 2009 05];6(1):[aproximadamente 2 p.]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_3/pdf/14\\_Resumo1.pdf](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_3/pdf/14_Resumo1.pdf).
12. Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda FAN, Simpson CA. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. Rev Eletrônica Enferm. 2008;10(1):137-44.

13. Resck ZMR, Terra FS, Stella FM, Rios TEB, Silva VR. Práticas lúdicas, humanização e orientações de autocuidado como minimizadores das tensões no ambiente hospitalar: uma atividade extensionista. In: Anais do VIII Congresso Ibero-Americano de Extensão Universitária; 2005; Rio Janeiro, BR. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005. 2735-40. [citado 2009 jun 06]. Disponível em: [http://www.pr5.ufrj.br/cd\\_iberobiblioteca\\_pdf/saude/84\\_particas\\_lucidas.pdf](http://www.pr5.ufrj.br/cd_iberobiblioteca_pdf/saude/84_particas_lucidas.pdf).
14. Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol Est.* 2004; 9(1):19-28.
15. Pita AMF. Hospital dor e morte como ofício. 3ªed. São Paulo: Hucitec; 1999.
16. Azevedo DM, Santos JJS, Justino MAR, Miranda FAN, Simpson CA. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. *Cienc Cuid Saúde.* 2007 jul/set; 6(3):335-41.
17. Chiattonne, HBC. A Psicologia hospitalar e a pediatria do Hospital Brigadeiro - INAMPS - SP. *Bol Psiquiatr São Paulo.* 1987; 20(1/2):1-40.
18. Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
19. Andrade M. Namoros com a medicina: terapêutica musical e a medicina dos excretos. Porto Alegre: Edições Globo; 1939.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência à saúde. Brasília; 2000.
21. Ferreira CCM, Remedi PP, Lima RAG. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? *Rev Bras Enferm.* 2006 set/out; 59(5):689-93.
22. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.
23. Barton PH. The relationship between fantasy and overt street reaction on children to hospitalization. Flórida(US): University of Flórida; 1964.
24. Marlow DR, Redding BA. Enfermería pediátrica, El pré-escolar, El escolar, pubertad y adolescencia. 6ªed. Buenos Aires: Panamericana; 1991.v. 3. In: Martins MR, Ribeiro CA, Borba RIH, Silva CV. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev. Latino-am Enferm.* 2001 mar; 9(2):76-85.

25. Brasil. Política Nacional de proteção aos direitos da criança e do adolescente, lei nº 8.069/1990. Estatuto da criança e do adolescente e proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
26. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enferm*. 2005 mar/abr; 13(2):145-50.
27. Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Latino-am Enferm*. 2003 maio/jun; 11(3):280-6.
28. Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: Reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latino-am Enferm*. 1999 abr; 7(2):33-9.
29. Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apóiam a permanência de mães acompanhantes em unidades de pediatria hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(3):270-5.
30. Oliveira RR, Oliveira ICS. Doutores da alegria e enfermagem no hospital. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 jun; 12(2):230-6.
31. Rañna W. Aspectos psicossociais da assistência à criança hospitalizada: vivência com grupo de crianças e pais. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1987.
32. Angerani VA, organizador. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira; 1996.
33. Hatem TP, Mattos SS. O efeito da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *J Pediatr Rio de Janeiro*. 2006; 82(3):186-92.
34. Leite TMC, Shimo AKK. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando? *Rev Esc Enferm*. 2008; 42(2):389-95.
35. Faleiros F, Sadala MLA, Rocha EM. Relacionamento terapêutico com a criança no período perioperatório: utilizando do brinquedo e da dramatização. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(1):58-65.
36. Kiche MT, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):125-30.

37. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n.295/2004, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização de técnicas do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência prestada à criança hospitalizada [legislação na internet]. Brasília; 2004 [citado 2009 Jul 12]. Disponível em: <http://corensp.org.br/legislacoes>.
38. Revista Cultura. Blog da cultura. Professor Hélder Pinheiro [consulta na internet] [citado 2010 set 24]. Disponível em: <http://cultura.updateordie.com/2010/09/09/rimas-musicas-e-adivinhas-revelam-rico-e-ludico-universo-da-poesia-infantil>.
39. Rocha PK, Prado ML, Kusahara DM. O brinquedo terapêutico como um modo de cuidar de crianças vítimas de violência. Cienc Cuid Saúde. 2005 maio/ago; 4(2):171-6.
40. Martins MR, Ribeiro CA, Borba RIH, Silva CV. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. Rev Latino-am Enferm. 2001 mar; 9(2):76-85.
41. Françani GM, Zilioli D, Silva PRF, Sant'ana RPM, Lima RAG. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. Rev Latino-am Enferm. 1998 dez; 6(5):27-33.
42. Santos LMCN, Borba RIH, Sabatés AL. A importância do preparo da criança pré-escolar para injeção intramuscular com o uso do brinquedo. Acta Paul Enf. 2000; 13(2):52-8.
43. 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.
44. Armstrong TSH, Aitken HL. The developing role of play preparation in paediatric anaesthesia. Paediatrc Anaesthesia. 2000; 10:1-4.
45. Almeida FA, Ângelo M. Brinquedo terapêutico: comportamentos manifestados por crianças em unidades de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca. Rev Paul Enferm. 2001 jan/abr; 20(1):5-11.
46. Maia EBS, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e a família. Rev Gaúcha Enferm. 2008 mar; 29(1):39-46.
47. Associação Serpiá – Serviço e Programas para a infância e adolescência. [homepage na Internet]. Curitiba: Serpiá; 2009 [citado 2009 jun 12]. Disponível em: <http://www.serpia.org.br/noticias/releasebrincarelei.html/>.

48. Magalhães CMC, Pontes FAR. Criação e manutenção de brinquedotecas: reflexões acerca do desenvolvimento de parcerias. *Psicol Reflex Crit.* 2002; 15(1):235-42.
49. Dietz KG, Oliveira VB. Brinquedotecas hospitalares, sua análise em função de critérios de qualidade. *Acad Paul Psicol.* 2008 jun; 28(1):100-10.
50. Paula EMAT, Foltran EP. Brinquedoteca hospitalar: direito das crianças e adolescentes hospitalizados. *Rev Conexão UEPG.* 2007; 3(1):20-3.
51. Mitre RA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Cienc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):147-54.
52. Ravelli APX, Motta MGC. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005 set-out; 58(5):611-3.
53. Sekeff ML. Da música, seus usos e recursos. São Paulo: Unesp; 2002.
54. Graciano R. A música na prática terapêutica. *Rev Curso Prat Canto.* 2003; 2:44-5.
55. Gonzalez DFC, Nogueira AT, Puggina ACG. O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: revisão bibliográfica. *Cogitare Enferm.* 2008 out/dez; 13(4):591-6.
56. Ribas JC. Música e Medicina. São Paulo: Edgraf; 1957.
57. Ferreira CCM, Remedi PP, Lima RAG. A música como recurso no cuidado da criança hospitalizada: uma intervenção possível? *Rev Bras Enferm.* 2006 set/out; 59(5): 689-93.
58. Rodrigues A. Musicoterapia: graduação e especialização. [homepage na Internet]. São Paulo; 2005. [citado 2009 Jul 12]. Disponível em: <http://www.movimento.com/>.
59. Mateus LAS. A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
60. Dobbro EL, Lopes M, Ferreira I. O som e a cura. *Rev Medicis.* 2000; 3:8-11.
61. Sydenstricker T. Musicoterapia: uma alternativa para psicóticos. *J Bras Psiquiatr.* 1991; 40(10):509-13.
62. Leão ER, Bassotti EA, Aquino CR, Canesia AC, Brito RF. Uma canção no cuidar: a experiência de intervir com música no hospital. *Nursing.* 2005; 82(8):129-34.



63. Fonseca KC, Barbosa MA, Silva DG, Fonseca KV, Siqueira KM, Souza MA. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Rev Eletrônica Enf.* 2006; 8(3):398-403.
64. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. *Rev Latino-am Enferm.* 2005 set/out; 13(5):737-42.
65. Corrêa I, Blasi DG. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 2009 mar; 27(1):46-53.
66. White JM. Music as intervention: a notable endeavor to improve patient outcomes. *Nus Clin North AM.* 2001; 36(1):83-91.
67. Wong HLC, Lopes NV, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart & Lung.* 2001; 30(5):376-87.
68. Pinheiro MCD, Brito MF, Jorge JS, Lopes MM, Rodrigues FAC. Música e saúde mental: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. *Rev Técnico-Cient Enferm.* 2003; 1(1):14-7.
69. Bergold LB, Alvim NAT, Cabral IE. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Texto & Contexto.* 2006 abr/jun; 15(2):262-9.
70. Mochuiute T, Lobato V. Lula sanciona a lei que obriga o ensino de música na educação básica. [homepage na Internet] São Paulo: Associação Cidade Escola Aprendiz; 2009. [citado 2009 Jul 12]. Disponível em: <http://www.aprendiz.uol.com.br/>.
71. Padilha KG, Kimura M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Sobeti em Revista.* 2000 mar; 1(1):8-11.
72. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enferm.* 2004 mar/abr; 12(2): 250-7.
73. Lorençon M. Auto-percepção de aluna de enfermagem ao desenvolver relação de ajuda a familiares de crianças em fase terminal. *Rev Latino-am Enferm.* 1998 out; 6(4): 57-65.
74. Vila VSA, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev Latino-am Enferm.* 2002 mar/abr; 10(2):137-44.

75. Goodman DM, Wilde RA, Green TP. Oncology patients in the pediatric intensive care unit: room for optimism? *Crit Care Med.* 2000; 28:3768-9.
76. Hallahan AR, Shaw PJ, Rowell G, O'Connell A, Schell D, Gillis J. Improved outcomes of children with malignancy admitted to a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med.* 2000; 28:3718-21.
77. Tiford JM, Simpson PM, Yeh TS, Lensing S, Aitken ME, Green JW et al. Variation in therapy and outcome for pediatric head trauma patients. *Crit Care Med.* 2001; 29:1056-61.
78. Garduno EJ, Campos LME, Fajardo GA. A factores prognósticos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Bol Med Hosp Infant.* 1991; 48:800-6.
79. Gemke RJ, Bonsel GJ, Van Vught AJ. Effectiveness and efficiency of a dutch pediatric intensive care unit: validity and application of the pediatric risk of mortality score. *Crit Care Med.* 1994; 22:1477-84.
80. Alves MJF, Alves MVMFF, Bastos HD. Validação do uso de escores preditivos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica do Brasil. *Rev Bras Terap Intens.* 2000; 1:36-43.
81. Jyh JH, Nóbrega RF, Souza RL. Atualizações em Terapia Intensiva Pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2007. p.43-8.
82. Benseñor FEM, Cicarelli DD. Sedação e Analgesia em Terapia Intensiva. *Rev Bras Anestes.* 2003; 53(5):680-93.
83. Meiners MMMA et al. Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade? *Rev Ass Med Brasil.* 2001; 47(4):332-7.
84. Bricks LF. Uso judicioso de medicamentos em crianças. *J. Ped.* 2003; 79(supl.1): 107-14.
85. Benguigui Y. Investigações operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas (IRA). Washington, D.C.: OPAS; 1997. p. 101-08.
86. Gadomski AMk. Potential interventions for preventing pneumonia among Young children: lack of effect of antibiotic treatment for upper respiratory infections. *Pediatr Infect Dis.* 1993; 12:115-20.
87. Costa PQ, Rey LC, Coelho HLL. Carência de preparações medicamentosas para uso em crianças no Brasil. *J. Ped.* 2009; 85(3):229-35.

88. Guzzeta C. Effects of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit with presumptive acute myocardial infarction. *Heart Lung*. 1989; 18:609-16.
89. White JM. Music therapy helps reduce anxiety in the myocardial infarction patients. *Clin Nurse Spec*. 1992; 6:58-63.
90. Vieira S. *Introdução a Bioestatística*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
91. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. Avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva. *Rev Ped. SP*. 2006; 28(4):251-61.
92. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas de higiene ocupacional (NHO-01): Avaliação da exposição ocupacional ao ruído. Fundacentro. Brasília; 1999.
93. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR-10152: Níveis de ruído para conforto acústico procedimento. Rio de Janeiro: ABNT; 1987.
94. Apontamentos da cadeira de PCIT III. Deficiência auditiva; 2004/2005. [citado 2009 jul 10]. Disponível em: <http://www.vouserterapeuta.blospot.com/20051001archive.htm>.
95. Noise. A hazard for the fetus and newborn. American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health Pediatrics. 1997; 100(4):724-7.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 196/1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Legislação na internet]. Brasília; 1996. [citado 2009 jul 12]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.
97. Zar JH. *Bioestatistical Analysis*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall; 1994. p.663.
98. Goodman LA. Simultaneous Confidence Intervals for Contrasts Among Multinomial Population. *Annals of Mathematical Statistics*. 1964; 35(2):716-25.
99. Goodman LA. On Simultaneous Confidence Intervals for Multinomial Proportion. *Technometrics*. 1965; 7(2):247-54.
100. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Programa de Atualização em Terapia Intensiva – Proami. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2004. c.4, m.4, p. 09-41.
101. Carvalho WB, Souza N, Souza RL. *Emergência em Terapia Intensiva Pediátrica*. 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 873-98.

102. Massuia DR, Mendes JDV, Cecílio MAM. Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS/SP. São Paulo: Centro de Produção e Divulgação Científica - Secretaria do Estado de São Paulo; 2010.
103. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Protocolos Médicos; 2009. [citado 2010 jul 12]. Disponível em: [www.amib.org.br](http://www.amib.org.br).
104. Norman GR, Streiner DL. Biostatistics – The bare Essentials. 3<sup>rd</sup> ed., St. Louis: Mosby Year Book; 2008. 393p.
105. Camargo PAB de, Pinheiro AT, Hercos ACR, Ferrari GF. Oxigenioterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário. Rev Paul Pediatr. 2008; 26(1):43-7.
106. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Nacional de Acompanhamento – Reduz mortalidade na infância. Março de 2010. [citado 2011 Jan 18]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatório\\_nacional\\_acompanhamento\\_220910.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatório_nacional_acompanhamento_220910.pdf).
107. Bergold LB, Alvim NAT. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jul-set; 13(3):537-42.
108. Tresoldi AT, Barison EM, Pereira RM, Padoveze MC, Trabasso P. Fatores de risco relacionados à aquisição de bactérias multirresistente em unidade de internação Padiátrica J Pediatr. 2000; 76(4):275-80.
109. Pinheiro DPN. A Resiliência em Discussão. Psicologia em Estudo. 2004;9(1):67-75.
110. Câmara SMCC, Tavares T de JL, Camelo EM. Cateter Venoso Central de inserção periferia: análise do uso em recém nascido de uma unidade neonatal publica em Fortaleza. Rev Rene. 2007 jan/abr; 8(1):32-7.
111. Vendramim P, Pedreira M da LC, Peterlini MAS. Cateteres Centrais de Inserção Periférica em Crianças de Hospitais do Município de São Paulo. Rev Gaúcha de Enfermagem. 2007; 28(3):331-39.
112. Einloft PR, Garcia PC, Piva JP, Bruno F, Kipper DJ, Fiori RM. Perfil Epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Saúde Publica. 2002; 136(6).
113. Sapolnik R. Tratamento de Choque em Pediatria: um desafio a ser resolvido. Jornal de Pediatria. 2002; 78(6):143-44.

114. Franco M, Rodrigues AB. A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. *Einstein*. 2009; 7(2 Pt1):147-51.
115. Viana DL, Dupas G, Pedreira M da LG. Avaliação da dor pelas enfermeiras em unidade de terapia intensiva. *Jornal de Pediatria*. 2006; 28(4):251-61.
116. Zagatto A M, Papoti M, Caputo F, Mendes OC, Denadai BS, Baldissera V et al. Comparação entre a utilização de saliva e sangue para determinação do lactato mínimo em cicloergômetro e ergômetro de braço em mesa-tenistas. *Rev Bras Med Esporte*. 2004; 10:475-80.
117. Martin JM, Martin CA, Pimentel GG de A, Oliveira ERN de, Oliveira AB de. Alterações fisiológicas do Salto de Para-quedas: uma revisão. *Rev Bras Ciência e Movimento*. 2008; 16(3).1-21.
118. Chalm LL. Psychophysiologic responses of mechanically ventilated patients to music: a pilot study. *Am J Crit Care*. 1995; 4:233-8.
119. Evans D. The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2002; 37: 8-18.
120. Zavariz SMR, Leite CE, Pires MGS, Oliveira JR de, Nunes FB. Marcadores laboratoriais do choque séptico. *Scientia Medica*. 2006 jan/mar; 16(1): paginas.
121. Koliski A, Izrail C, Giraldo DJ, Cat ML. Lactato sérico como marcador prognóstico em crianças gravemente doentes. *Rev Chil Pediatr*. 2007 jun; 78(3):321-29.
122. Campos DC; Música; neuropsicologia; transtorno no déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): dialogo entre arte e saúde. In: Anais do XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM); 2006; Brasília, BR. Brasília.



*Apêndices*



<b>ESCORE</b>			
<b>Coleta Inicial : Somente Coleta</b>			
Sessão n. _____			
<b>ESCORE DE MELHORA CLÍNICA</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>Idades e Variações</b>	<b>Achados</b>	<b>Pontos</b>
	Lactentes		
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	<80		2
	80 - 90		1
	90 - 110		1
	130 - 160		2
	>160		2
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	45 - 55		1
	>85		2
Frequência Cardíaca (bpm)	<80		2
	80 - 160		1
	>160		1
Frequência Respiratória	>35		1
	23 - 35		2
Saturação Periférica (Sat%)	89 - 95		1
	<89		2
Temperatura C	<35		2
	36 - 37		1
	>37		2
Lactato	<4.0		2
	>20		2
	4.0 - 20		1
Sódio	<130		2
	135- 145		1
	>145		2
Potássio (mEq/L)	<3,0		2
	3,0 - 3,5		1
	6,5 - 7,5		2
	>7,5		2
Glicose (mg/dL)	<40		4
	40 - 60		2
	90 - 150		1
	250 - 400		2
	>400		4
<b>TOTAL DE PONTOS =</b>			
<b>DADOS CLÍNICOS RELEVANTES OBSERVADOS</b>			
Assinatura do Pesquisador			
<small>(100,101)</small> <b>LEGENDA:</b> < ou = 11 Pontos = Melhora Clínica 12- 19 Pontos = Discreta Melhora Clínica > ou = 20 Pontos ou mais= Piora do Estado Geral			





<b>ESCORE</b>			
<b>Coleta anterior à Terapia</b>			
Sessão n. _____			
<b>ESCORE DE MELHORA CLÍNICA</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>Idades e Variações</b>	<b>Achados</b>	<b>Pontos</b>
	Lactentes		
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	<80		2
	80 - 90		1
	90 - 110		1
	130 - 160		2
	>160		2
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	45 - 55		1
	>85		2
Frequência Cardíaca (bpm)	<80		2
	80 - 160		1
	>160		1
Frequência Respiratória	>35		1
	23 - 35		2
Saturação Periférica (Sat%)	89 - 95		1
	<89		2
Temperatura C	<35		2
	36 - 37		1
	>37		2
Lactato	<4.0		2
	>20		2
	4.0 - 20		1
Sódio	<130		2
	135- 145		1
	>145		2
Potássio (mEq/L)	<3,0		2
	3,0 - 3,5		1
	6,5 - 7,5		2
	>7,5		2
Glicose (mg/dL)	<40		4
	40 - 60		2
	90 - 150		1
	250 - 400		2
	>400		4
<b>TOTAL DE PONTOS =</b>			
<b>DADOS CLÍNICOS RELEVANTES OBSERVADOS</b>			
Assinatura do Pesquisador			



<b>ESCORE</b>			
<b>Coleta diária após Terapia</b>			
Sessão n. _____			
<b>ESCORE DE MELHORA CLÍNICA</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>Idades e Variações</b>	<b>Achados</b>	<b>Pontos</b>
	Lactentes		
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	<80		2
	80 - 90		1
	90 - 110		1
	130 - 160		2
	>160		2
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	45 - 55		1
	>85		2
Frequência Cardíaca (bpm)	<80		2
	80 - 160		1
	>160		1
Frequência Respiratória	>35		1
	23 - 35		2
Saturação Periférica (Sat%)	89 - 95		1
	<89		2
Temperatura C	<35		2
	36 - 37		1
	>37		2
Lactato	<4.0		2
	>20		2
	4.0 - 20		1
Sódio	<130		2
	135- 145		1
	>145		2
Potássio (mEq/L)	<3,0		2
	3,0 - 3,5		1
	6,5 - 7,5		2
	>7,5		2
Glicose (mg/dL)	<40		4
	40 - 60		2
	90 - 150		1
	250 - 400		2
	>400		4
<b>TOTAL DE PONTOS =</b>			
<b>DADOS CLÍNICOS RELEVANTES OBSERVADOS</b>			
Assinatura do Pesquisador			
(100,101) <b>LEGENDA:</b> < ou = 11 Pontos = Melhora Clínica 12- 19 Pontos = Discreta Melhora Clínica > ou = 20 Pontos ou mais= Piora do Estado Geral			

## APÊNDICE 4

### CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS EMOCIONAIS POSITIVAS E NEGATIVAS DAS CRIANÇAS EM ESTUDO

**Quadro 1** - Categorização das respostas emocionais positivas das crianças em estudo

<b>RESPOSTAS EMOCIONAIS POSITIVAS</b>
1- Calmo, hipocorado, olhos côncavos;
2- Olhos atentos, calmo, tranquilo, risos, procura som;
3- Calmo, tranquilo, sonolento, risos;
4- Tranquilo, bom humor, sorrisos, interage, resmunga quando termina;
5- Acordado, quando investigador se aproxima bate pernas e braços, sinal de alegria;
6- Movimentos com o corpo (dança), face feliz, solta a chupeta, balbucia (cantando), a presença do investigador não interfere, sonolência;
7- Dormindo, calmo, tranquilo, taquipneica;
8- Dormindo, calmo, tranquilo, resmunga ao desligar a música, melhora dificuldade respiratória;
9- Acordado, calmo, ativo;
10- Tranquilo, batendo braços e pernas, acompanha música, mostra irritabilidade brigando com o sono, não sofre alterações com ruídos do ambiente, chora quando desliga os fones;
11- Feliz, calmo, sorrindo, solta a chupeta, presta atenção, balbucia, movimentos de pernas e braços, brinca com a chupeta, interage com investigador;
12- Acordado, movimentos de braços e pernas, brinca com fone, tenta pegar objetos, alegria, balbucia, bocejou, atenção, resmungou ao término;
13- Acordado, calmo, balbuciando, bocejando, atento, movimentos de pernas, agitou, chorou;
14- Sonolento, resmungou, sorriu, balbuciou, bocejou, movimentos de braços e pernas, tenta pegar objetos, interage;
15- Dormindo, acorda quando colocam fones, sonolento, calmo, presta atenção, sorri, volta a dormir;
16- Acordado, movimentos de braços e pernas, isolamento de contato;
17- Acordado, movimentos de braços e pernas, leva a mão na boca;
18- Dormindo, desperta algumas vezes e chora;
19- Acordada, atenta, sonolenta, irritabilidade se tranquilizando ouvindo a música;
20- Dispneica, choro persistente, agita-se com o barulho da unidade e dorme;
21- Acordada, atenta, solta chupeta, resmunga, esfrega o rosto, dorme, acorda, resmunga;

- 22- Solta o dedo da luva, face atenta, busca com olhar, respiração profunda, mexe braços e corpo, relaxa, sonolência e adormece;
- 23- Dormindo com resmungo;
- 24- Acordado, sonolento, dormindo;
- 25- Acordado, irrita-se quando a chupeta cai, movimentada pernas e braços;
- 26- Calmo, movimentada pernas e braços, inspiração profunda, satisfação, interage com investigador e sonolência;
- 27- Não acorda, movimentos respiratórios intensos e com a boca, levanta sobrancelha, movimentos palpebrais, sonho, satisfação;
- 28- Relaxada, inspiração profunda, tentativa de abertura ocular, movimentos de abas de nariz, alterações importantes de exame;
- 29- Dormindo, transpirando, inspiração profunda;
- 30- Acordado, interagindo;
- 31- Ao colocar os fones fixa olhar no investigador, presta atenção no que ouve, acalmou, tirou sua meia e brinca esfregando no rosto;
- 32- Ao colocar o fone tenta tirar, quando começa ouvir a música para, atenção, balbucia, esfrega rosto, chupa chupeta e adormece;
- 33- Acordada, calma chupando chupeta, indiferente aos movimentos a sua volta, dorme;
- 34- Sonolenta, desperta na presença do investigador, não interage, gemidos, sonolenta;
- 35- Acordada, interage, acompanha com os olhos;
- 36- Acordada, interage com investigador, oferece mão e brinquedos, atenção a sua volta, face expressiva;
- 37- Dormindo, acorda quando tira foto, volta a dormir tranquila;
- 38- Acordada em uso de chupeta, olhar atento, geme ao colocar o fone;
- 39- Dormindo com a chupeta, relaxado;
- 40- Dormindo, despertou ao colocar o fone, observou movimentos, sorriu, foi administrado sulfato ferroso, chorou, dormiu sono tranquilo;
- 41- Acordada, dormiu, apresentou risos, abre os olhos, olha para o lado, expressão de suspiro e satisfação;
- 42- Acordada ao ouvir a música solta a chupeta, sonolenta, olhos entreabertos, suspirou, sorriu movimentos de pernas e braços;
- 43- Sonolento sorriu várias vezes, abriu e fechou os olhos, braços relaxados, movimentos de pernas;
- 44- Se acalmou, dormiu, chorou, sonolento, dormiu e apresentou fâcias como se estivesse sonhando tranquilo;
- 45- Calmo tranquilo, balbuciu, olha para um lado e para o outro procurando a música sorrindo, dorme;

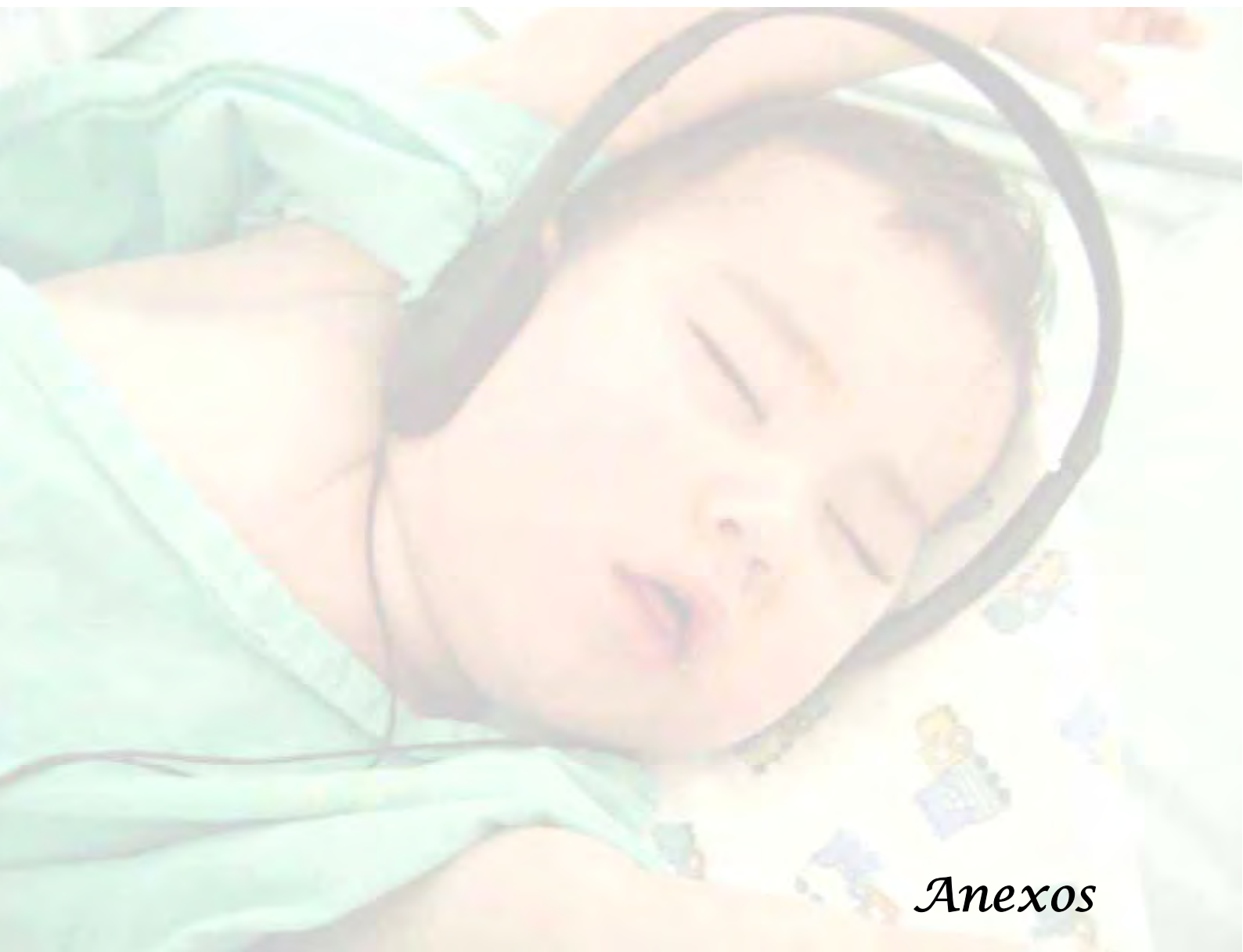
- 46- Sonolento, movimentos de braços e pernas abre e fecha os olhos, franzi a testa, sorri e dorme;
- 47- Olhar fixo no investigador, olha a sua volta, ignora a presença do investigador, dorme com sono tranquilo;
- 48- Dormindo movimentou algumas vezes, ruídos resmungos, acorda;
- 49- Chorosa, parece um pouco mais calma, colaborativa, presta atenção na música;
- 50- Relaxou os lábios ficando entreabertos, dormiu, tosse algumas vezes;
- 51- Acordada, chorosa, sonolenta, tosse produtiva, movimento com braços e pernas;
- 52- Resmunga quando coloca os fones, dormiu, bocejou, relaxou os lábios, ficando entreabertos, esfregou o rosto, acordou ficou com olhos atentos, dormiu e não despertou;
- 53- Largou a chupeta mesmo acordado, mantinha olhos fechados, adormeceu, relaxou os lábios, despertou, manteve olhos fechados, relaxou e dormiu;
- 54- Ao colocar o fone apresenta gestos descoordenados, não procura o som, fâcie de sorriso, tranquilidade, cochilos, abertura ocular esporádica, com uso de chupeta, sono;
- 55- Para de chorar, sussura o nome da mãe, senta, presta atenção na música, sorri, interage com investigadora, brinca, dança algumas vezes, quando percebe a fotografia brinca de esconder;
- 56- Chora resmunga chama o nome da mãe, presta atenção na TV, não tira o fone, não interage, continua chorando;
- 57- Acordada interagindo, prestando atenção na TV, sorrindo;
- 58- Acordada, interage, brinca com alguns brinquedos na cama, coloca a mão no ouvido como se estivesse prestando atenção e começa a balbuciar (tentativa de cantar), tirou fone, permanece calma;
- 59- Dormindo sono e repouso tranquilo;
- 60- Permaneceu quieta, imóvel durante toda a terapia, resmungou mas não chorou, os movimentos a sua volta não interferem;
- 61- Acordado com chupeta, calmo, brincando com objetos, permanece deitado, presta atenção na TV, interage com brincadeiras e sorrindo;
- 62- Dormindo, acorda, chora e resmunga;
- 63- Interagindo com investigador, observa todos os movimentos realizados, atenta com tudo que vai em sua direção. Alegra-se brincando com objetos na cama, dorme, segura o dedo do investigador, não acorda quando tira os fones;
- 64- Chora com a saída da mãe, coloca chupeta e se acalma;
- 65- Chorando, interage com investigador dando mãos e braços, acordada com períodos de cochilos, encerra a terapia dormindo tranquila;
- 66- Dormindo, abriu os olhos, fechou, elevou as sobrancelhas, bocejou, suspirou, voltou a dormir e não acordou;
- 67- Acordada, esfregando o rosto, bocejou várias vezes, gemeu, esticou-se e apresentou soluços;

- 68- Dormindo com expressão de sorriso, mexeu os pés, franzi a testa, manteve-se dormindo;
- 69- Dormindo, tranquilo, acorda quando coloca os fones, em uso de chupeta, hipocorado;
- 70- Acordada, atenta, com chupeta, resmunga, chora, solta a chupeta, esfrega a mão no rosto e observa e sorri;
- 71- Dormindo, apresenta fâcies como se estivesse sonhando, sorri, com sinais de alegria, sem chupeta no final chora;
- 72- Dormindo, batimentos de asa de nariz, sorriu durante o sono;
- 73- Sonolenta, agitou na colocação do fone, mexe os pés, olha fixo para o teto, dorme mexe os lábios, balbucia de maneira discreta;
- 74- Abre os olhos, volta a dormir;
- 75- Sonolenta alguns momentos, agita mas não chora;
- 76- Acordada, com chupeta, sonolenta, movimentando o tempo todo com a mão esquerda com fralda, dormiu apresentou espasmos, mas continuou dormindo sono tranquilo;
- 77- Dormindo chupando os dedos, apresenta ruídos respiratórios, não largou os dedos;
- 78- Acordado, olhar vago, observa com desvio de olhar os ruídos do ambiente, chora;
- 79- Dormindo, sorri algumas vezes durante o sono, relaxou os lábios, dorme tranquilamente não acorda;
- 80- Acordada, apresentou uma crise de tosse, seguida de discreta cianose labial, tentou tirar os fones, logo após balbuciou, produziu sons com a boca mexendo os pés e mãos, expressa fâcie de riso discreto, termina acordado e ativo;
- 81- Acalmou-se e dormiu;
- 82- Acordado sonolento, tentou tirar os fones, manteve acordado, sorriu;
- 83- Acordada chorosa;
- 84- Manteve-se calmo e dormiu.
- 85- Não interage com pesquisador, esforço respiratório;
- 86- Acordado;
- 87- Dormindo;
- 88- Acordado, recebe alta;
- 89- Alta;
- 90- Dormindo, abdômen distendido, tenso, dispneico, opacidade de íris (cegueira) em um dos olhos;
- 91- Acorda, uso de chupeta;
- 92- Sem expressão facial, se mantém dormindo, chupando chupeta;
- 93- Acordado, movimento motor diminuído;
- 94- Dormindo sem chupeta.



**Quadro 2** - Categorização das respostas emocionais negativas das crianças em estudo

<b>RESPOSTAS EMOCIONAIS NEGATIVAS</b>
1. Choro, irritabilidade, fralda com diurese;
2. Agitado, choroso, retirou os fones, acalmou somente no colo, impossibilitado terapia;
3. Chorosa, agitada, dispneica;
4. Chorosa, agitada, dispneica, ao colocar o fone chora, solicitado plantonista evidenciou ezcantema em ouvido, iniciou tratamento, suspenso terapia;
5. Choro, dor, usa dedo de luva como chupeta, se incomoda com ruídos da unidade;
6. Dor ao toque, chora, dispneia, dorme;
7. Óbito;
8. Assustado, observando investigador, chora quando a chupeta cai, impaciente;
9. Chorosa, querendo colo, mexendo braços e pernas, manhosa;
10. Acordada, calma chupando chupeta, atenta a movimentos, expressão de dor, choro;
11. Chorosa, oferecido chupeta, dormindo;
12. Hipoativa, não responsiva, olhos fixos a D;
13. Dorme, desperta com a presença do investigador, faz manha, chora, só acalma com chupeta;
14. Chorosa, gemente, retração de fúrcula, dispneica;
15. Acorda chorosa, sonolenta;
16. Dormindo tranquilo, expressão de choro, bate pé e dorme;
17. Chora, aparência de dor, irritada, foi medicada com tramal e em uso de dreno de tórax;
18. Chora irritada, tenta tirar os fones, após tramal dorme;
19. Acordada com aproximação do investigador chora, tosse;
20. Acordada permite a colocação do fone, porém percebe a permanência do investigador chora e dorme;
21. Acordada, chora com a aproximação do investigador, permanece deitado, vira a cabeça para observar movimentos a sua volta, chora, mas não agita;
22. Dormindo, acorda, chora, resmunga, tenta tirar os fones;
23. Dormindo, ao colocar o fone chora, resmunga, tenta tirar, faz uso de chupeta, aumenta o choro, ergue o corpo, resmunga, chora permanece assim até o final;
24. Dormindo com chupeta e fralda, gemeu, olhos entreabertos, largou a chupeta, chorou e dormiu;
25. Acordado, chorando, bastante irritado, esfregando rosto, sudorese;
26. Acordado resmungando, agitado, mexendo braços e pernas;
27. Irritado, chorando bastante, acordado, tenta tirar os fones o tempo todo, irritou-se mais querendo a mãe, impossibilitando o término da terapia;
28. Fácie de choro, pouco mais calma, interage pouco com investigador, chupa chupeta se recusa a colocar o fone;
29. Dormindo, taquipneica, batimento de asa de nariz, interrompido terapia para aspiração, iniciado novamente, respiração ruidosa;
30. Irritada, escondendo rosto com a fralda, resmungando com a presença do investigador.



*Anexos*

## ANEXO 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO CIENTÍFICO

Projeto de Pesquisa: “A música enquanto instrumento terapêutico na resposta clínica da criança em unidade de terapia intensiva pediátrica”

O objetivo da presente pesquisa é de identificar as mudanças clínicas nas crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, utilizando-se a estratégia da música, na busca de melhoras clínicas com o uso deste entretenimento. A necessidade da realização da pesquisa visa melhorar o prognóstico diminuindo o uso de medicamentos, dores, traumas da hospitalização e inclusive dias de internação. Solicito seu consentimento para que a criança pela qual é responsável possa participar dessa pesquisa sendo submetida a cinco (5) avaliações e quatro (4) sessões de música; e para que possa ser fotografada e também sejam aproveitados seus exames de sangue já realizados na unidade de acordo com seu tratamento.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “A música enquanto instrumento terapêutico na resposta clínica da criança em unidade de terapia intensiva pediátrica”. Sob responsabilidade de Paula Chadi Tondatti, enfermeira com COREN nº 109808 e aluna do Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, orientada pela Professora Doutora Ione Correa, declaro que fui orientada e concordo com a participação de \_\_\_\_\_, pela qual sou responsável, aceitando que a criança seja submetida às etapas propostas pelo referido estudo.

Estou ciente de que as informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, preservando-se a confidencialidade; que a mesma está disponível para responder a quaisquer perguntas sobre este estudo a qualquer tempo e que terei liberdade de retirar este consentimento. Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora pelos telefones: (18) 3323 7145.

Assis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Criança Hospitalizada

\_\_\_\_\_  
Paula Chadi Tondatti  
Pesquisadora

## ANEXO 2

### CONSULTORIA A ESPECIALISTA

Oi, Paula

Obrigada pela participação na aula e elogios. Trabalhar com grupos que interagem comigo é sempre muito bom!

Sua pesquisa é interessantíssima, Paula.

Gostei muito do título.

Procure por canções de roda tradicionais e folclóricas. Há vários Cds com essas gravações. Também o selo Palavra Cantada é excelente no conteúdo. Use essas canções para crianças a partir de 1 ano.

Antes dessa idade o ideal é usar melodias gravadas tipo caixinha de música, que vc também encontra uma infinidade de títulos, hj em dia. Para o resultado ser absolutamente certo, grave as mães cantando pequenas melodias e coloque-as para os bebês.

Música erudita, dê preferência aos períodos barroco e clássico. Pode usar também canto gregoriano para todas as faixas etárias.

Use vozes de diferentes timbres e varie a intensidade do som, fazendo mudanças bruscas, às vezes, para “acordar” os pequenos.

Boa sorte, se precisar é só entrar em contato.

Abs

Cris

As canções de roda têm, em sua maioria, intervalos melódicos da escala pentatônica.

## ANEXO 3

### CONSULTORIA A ESPECIALISTA

Oi, Paula

Não use as valsas para ças tão pequenas, o ritmo ternário pode ser incômodo para algumas.

2010/1/13 Paula Chadi Tondatti <[pchaditondatti@hotmail.com](mailto:pchaditondatti@hotmail.com)>

Olá, Cristina como foi de passagem de ano...espero que muito bem.

Bom, lembra de mim sou Paula aluna da Profa. Eliane, para quem vc ministrou uma aula neste ano que passou. Estou fazendo aquele trabalho que utilizará música para bebês ...lembra!

Pois bem, vc havia sugerido temas do tipo caixinha de música. Consegui algumas, gostaria de saber o que acha...

São elas:

Danúbio Azul, Vozes da Primavera, Lendas do Bosque de Viena, Sangue Vienense, Rosa do Sul - Strauss, Jhann II

Não

Valsa das Flores de "O quebra Nozes", Concerto nº 1 Piano 1 Mvt - Tchaikovsky, Piotr Llich

Não  
Valsa nº 1 Opus 18 "Valsa Brilhante", Valsa do Minuto, Estudo Opus 10 nº 3, Noturno Opus 9 nº 2 - Chopin, Frederic

Não

Primavera de as quatro estações - Vivaldi, Antonio

Sim, mas somente a Primavera e o Verão

Sonata ao Luar - Beethoven, Ludwig van

Somente o segundo movimento

Ária da quarta corda - Bach, Johann Sebastian

Sim

Patética Sonata - Beethoven, Ludwig van

Somente segundo movimento

Libestraume nº 3 - Liszt, Franz

Sim

Reverie - Debussy, Claude

Sim

Canção de cuna - Disney

Sim

100 Children Songs Classic - Mozart for babies Salzburg Symphon

Sim

Canção de cuna - Richard Clayderman

Não conheço. Como pianista ELE É SOFRÍVEL.

Tem outras clássicas também como aquela do vinólia e outras, mas não sei se é indicado neste caso.

SIM. Mozart pode ser usado em todos os opus, assim como as canções infantis de roda.



Entre em contato sempre que precisar.

Bom ano e trabalho para vc.

Abs

Cris

**ANEXO 4****COREN-SP - FALE CONOSCO**

De:  nao-responda@webcorensp.org.br  
 Você pode não conhecer este remetente. [Marcar como confiável](#) | [Marcar como lixo](#)  
Enviada: quarta-feira, 14 de julho de 2010 17:58:06  
Para: [pchadifondatti@hotmail.com](mailto:pchadifondatti@hotmail.com)

Prezado(a),  
PAULA CHADI TONDATTI

Em resposta ao e-mail encaminhado por V. Sra., temos a informar que já existe um Parecer deste Conselho sobre o assunto, podendo consultá-lo ou imprimi-lo por meio do seguinte link: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/025\\_2010\\_musicoterapia.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/025_2010_musicoterapia.pdf). Certos do entendimento, reiteramos protestos de estima e consideração. Atenciosamente,

COREN-SP - Fale Conosco

Nota: Este e-mail foi gerado automaticamente.  
\*\*\*\* POR FAVOR NAO RESPONDA ESTA MENSAGEM \*\*\*\*  
||UUKVHSUFORUY=||T152146||E249086

---

**MENSAGEM ORIGINAL**

Olá, estou desenvolvendo um trabalho de mestrado sobre música em crianças, já tenho conhecimento sobre a resolução 295/2004 que dispõe sobre o uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem.

O que eu gostaria é de um auxílio sobre:

Qual é a competência do enfermeiro na utilização da música... pode se encaixar na mesma resolução.... E se quando usada pelo enfermeiro pode ser chamada de terapia...

Necessito desta resposta para que meu trabalho não fuja das competências da categoria e não incomode outros profissionais.

Agradeço, aguardo resposta.

**ANEXO 5****CONSULTORIA AO ORGÃO DE CLASSE**

Prezado(a),  
PAULA CHADI TONDATTI

Em resposta ao e-mail encaminhado por V. S<sup>a</sup>., temos a esclarecer que um Parecer sobre este assunto está em fase de elaboração.  
Tão logo esteja pronto, o enviaremos. Solicitamos aguardar.  
Atenciosamente,

COREN-SP - Fale Conosco

Nota: Este e-mail foi gerado automaticamente.  
\*\*\*\* POR FAVOR NÃO RESPONDA ESTA MENSAGEM \*\*\*\*  
||UUKVHSUFORUY=||T152146||E231221

## ANEXO 6

## CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO DE NÍVEL DE PRESSÃO SONORA



CENTRO ESPECIALIZADO EM  
SAÚDE OCUPACIONAL

### CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO

Certificamos que foi realizado avaliação de nível de pressão sonora (ruído), por profissional capacitado, com duração de **1:00 hora**. Situações simuladas com aparelho de MP3 marca M.O.X. modelo MO-58, com controle de **volume**:

<i>volume</i>	<i>dB</i>
40	80
20	58
10	50
08	45

Na medição dos níveis de Pressão Sonora, foi utilizado o Decibilímetro de marca, modelo RÁDIO SHACK Cat. Nº 3050, de 50 a 126 dB, curvas "A" e "C" nas análises de pressão sonora, de número de série 98100070, devidamente calibrado e operando no circuito de compensação "A" e de resposta lenta "Slow", para Ruído contínuo, sendo as medições efetuadas dentro de uma cabine audiométrica marca São Luiz modelo 1049 com isolamento acústico conforme NBR 10152 de 35 dB.

Cândido Mota 06 de março de 2010

  
 ANTONIO MARCELO DE ALMEIDA  
 TEC. SEG. II. MED. TRAB  
 MTE. 51/05522-4



CESO  
AVALIAÇÕES

RUA JOSÉ NERYS EVANGELISTA, 125 - PÇ. LORIVAL - (018) - 3341-2369 CEP 19.880.000 CÂNDIDO MOTA - S.P.  
Ceso33@hotmail.com



**ANEXO 7**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**EM SERES HUMANOS – HRA/SP**



**Hospital Regional de Assis**  
**Governo do Estado de São Paulo**  
**Faculdade de Medicina de Marília**  
**Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**  
 Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93  
 Renovado em 13/12/2007  
 Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP  
 Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 316/2009

Profª Doutora Ione Correa

Assis, 08 de dezembro de 2009.

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: “O efeito da música nas mudanças clínicas em UTI Pediátrica”, de autoria da aluna Paula Chadi Tondatti sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL**.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

*Enfª Helena Maria Felício*  
 Enfª Teresa Cristina Prochet  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
 Hospital Regional de Assis

**ANEXO 8**  
**JUSTIFICATIVA DA ALTERAÇÃO DO TÍTULO DA DISSERTAÇÃO**

Assis, 20 de janeiro de 2011.

Aos Cuidados

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis – Enfermeira Helena Maria Felício.

HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	
PROTOCOLO	
50/11	
20/01/11	
	1100h
VISTO	


**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o projeto de mestrado intitulado como “**O Efeito da Música nas Mudanças Clínicas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**” de autoria de Paula Chadi Tondatti, sob orientação de Profa. Dra. Ione Corrêa, obteve parecer favorável em oito (8) de dezembro de 2009, sob o nº316/2009.

Por sugestões da banca examinadora do projeto na UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu, o título foi modificado justificado pelo fato de melhor se adequar ao conteúdo do estudo.

Solicito, portanto, a alteração do título para “**A música enquanto instrumento terapêutico na resposta clínica da criança em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**”, onde os objetivos, métodos e cronograma serão mantidos.

Atenciosamente.

  
Paula Chadi Tondatti