



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA BEZERRA DO AMARAL

**A MÚSICA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NA PALIAÇÃO DA
DOR EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: À LUZ DA TEORIA DE JEAN
WATSON**

**SALVADOR
2013**

JULIANA BEZERRA DO AMARAL

**A MÚSICA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NA PALIAÇÃO DA
DOR EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: À LUZ DA TEORIA DE JEAN
WATSON**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem, área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa: Cuidar no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Rosário de Menezes

**SALVADOR
2013**

A683

Amaral, Juliana Bezerra do. A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson / Juliana Bezerra do Amaral, 2013-262 pg

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. Musicoterapia-Idoso. 3. Dor - Tratamento. I. Menezes, Maria do Rosário. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU-616-083:615.85

JULIANA BEZERRA DO AMARAL

**A MÚSICA COMO TERAPIA COMPLEMENTAR NA PALIAÇÃO DA DOR EM
IDOSOS HOSPITALIZADOS: À LUZ DA TEORIA DE JEAN WATSON**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Doutora em Enfermagem. Área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 14/12/2012.

BANCA EXAMINADORA

Maria do Rosário de Menezes *Maria do Rosário de Menezes*
Orientadora. Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Antonia Martorell Poveda *Maria Antonia Martorell Poveda*
Doutora em Antropologia e Professora da Universidad Rovira i Virgili, Tarragona - Espanha

Flávio José Gomes de Queiroz *Flávio José Gomes de Queiroz*
Doutor em Música e Professor da Universidade Federal da Bahia

Normélia Maria Freire Diniz *Normélia Maria Freire Diniz*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Álvaro Pereira *Álvaro Pereira*
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Therezinha Teixeira Vieira *Therezinha T. Vieira*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Fernanda Carneiro Mussi *Fernanda Carneiro Mussi*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida...*

(Maria, Maria – Milton Nascimento).

Dedico à minha mãe (*Marlene*) e ao meu pai (*Amaral*),
pelo amor incondicional, que transpõe a fisicalidade e o tempo.

É TEMPO DE AGRADECER

Ao Universo, fonte de energia que permite a realidade dos meus sonhos no tempo certo.

À minha irmã, **Ana**, e a minha sobrinha, **Ana Lícia**, pelo amor que compreende e apóia.

À **Simone, Gui e Leo** pelo reencontro.

À toda a minha família, **Amaral e Bezerra**, pela torcida e vibração.

À minha orientadora, professora **Maria do Rosário de Menezes**, por acreditar, compartilhar seus conhecimentos e experiências no processo da pesquisa e pela sensibilidade crítica e reflexiva transformadora.

À professora **Maria Antonia Martorell Poveda** por ter colaborado ativamente na construção desse estudo, por ampliar meus horizontes na arte da investigação, pelo carinho, acolhimento e cuidado e pela oportunidade de conviver com sua família (**Jaume e Joel**).

Aos professores, **Flávio José Gomes de Queiroz, Fernanda Carneiro Mussi, Álvaro Pereira, Normélia Diniz e Therezinha Vieira**, pela disponibilidade e auxílio na construção desse estudo.

Aos professores do **Programa de Pós Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal da Bahia

À **Fundación Carolina** e a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES), pela bolsa concebida para realização do estágio sanduíche.

Aos membros do Núcleo de Estudo para a Valorização do Envelhecimento (NEVE), **Andrea, Cíntia, Eduardo, professora Fátima Bonfim, Luciene, Manuela, Valdenir**.

À **Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**, em especial à professora **Maria de Lourdes**, coordenadora do Curso de Enfermagem, pela compreensão, incentivo e auxílio durante a concretização deste estudo.

À **Prefeitura de Salvador** e a **Secretaria Municipal de Saúde** por compreenderem a importância do meu aprimoramento profissional favorecendo o aperfeiçoamento do meu trabalho na atenção básica.

Ao **Hospital Roberto Santos** pelo consentimento para o desenvolvimento deste estudo, fornecendo o espaço e as condições para o mesmo.

Às professoras da Universidad Rovira i Virgili, Tarragona – Espanha, **Maria Dolors Burjales Martí, Maria Jesús Montes Muñoz, Virtudes Roderó Sanchez, Carmen Vives Ralats, Genoveva Pizà Godall, Maria Rosa Tamarit Sumalla** pela receptividade e ensinamentos compartilhados.

Aos amigos do doutorado, **Rosana Silva, Cláudia Geovana, Elaine Guedes, Mary Gomes, Maria Rivemales, Rudval Souza**, por dividir além dos espaços de ensino-aprendizagem, as expectativas da trajetória do curso.

À *Elisabete Schindler* e *Lorena Gomes* pelo apoio e compromisso na coleta de dados e pelas reflexões durante a vivência no campo.

Às minhas amigas, *Carol, Oswaldira, Rosângela, Ana Shirley, Michelle e Cíntia*, que compreenderam o quão importante esta fase era para minha vida e souberam respeitar sem nunca esquecer a amizade, que nos une e fortalece, sem vocês a caminhada seria mais difícil.

A todas as pessoas idosas participantes deste estudo, por vivenciar a escuta musical e por compartilharem suas emoções, sentimentos e sensações evocadas com a música.

AMARAL, Juliana Bezerra do. A **música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados**: à luz da Teoria de Jean Watson. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. 2012.

RESUMO

Estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa fundamentado nos princípios filosóficos e científicos do Modelo do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que em sua essência, entre outros fatores, valoriza a dimensão humana em primeiro lugar. O objetivo geral foi analisar a influência da música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados em unidades de clínica-médica e cirúrgica de um hospital público de grande porte, da cidade do Salvador-Bahia. Participaram do estudo 22 pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos que foram submetidos a três sessões musicais, composta por três músicas instrumentais de gênero diferente, durante o período de 1º de março a 15 de julho de 2011. A pesquisa utilizou um questionário abrangendo variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, aspectos relacionados à saúde auto-referida e clínica, Escala Verbal Numérica (EVN) para dor (0-10), a *Palliative Performance Scale* (PPS), a Escala de Barthel, um roteiro para a observação direta e entrevista contendo questões referentes aos objetivos da pesquisa. A coleta de dados foi desenvolvida em cinco etapas: aproximação do contexto; identificação dos participantes; caracterização dos participantes; aplicação da música; e observação e entrevista. Foram realizadas análises descritivas para caracterizar o perfil dos participantes através de distribuições de frequências uni e bivariadas e medidas descritivas (média, desvio padrão e mediana). As diferenças entre as proporções das características clínicas e da saúde auto-referida e o sexo foram verificadas através do Teste Qui-quadrado Exato de Fischer, ao nível de 5% de significância estatística. Na análise dos dados empregou-se o Software STATA versão 8.0. Para análise das percepções e observações geradas durante as sessões musicais utilizou-se a análise temática de Minayo com base na Teoria Transpessoal de Jean Watson. Os resultados revelaram homogeneidade nas características sociodemográficas, socioeconômicas, à saúde autorreferida e clínica dos idosos investigados. Dos depoimentos e observações emergiram três categorias: O corpo sentido e o corpo falado, descrita por alívio da dor, relaxamento e sensações agradáveis e de bem estar; Recordações evocadas com a música, marcadas por emoções de um tempo vivido e de experiências espirituais e religiosas; Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada, em que a presença consciente e intencional foi apontada por expressões e falas de agradecimentos, como também pela sensibilidade ao reconhecer as necessidades do momento das pessoas idosas. Os resultados apontaram, por fim, que a música como terapia complementar influencia na palição da dor de pessoas idosas hospitalizadas ao evocar emoções e sentimentos de bem estar e ao permitir a recordação de tempos vividos, alcança a complexidade e subjetividade da pessoa, possibilitando a reintegração do corpo-mente-alma, na perspectiva da Teoria Transpessoal de Jean Watson que valora a relação interpessoal entre a (o) enfermeira (o) e o ser cuidado.

Palavras-chave: enfermagem; idoso; dor; Música; cuidados paliativos.

AMARAL, Juliana Bezerra do. **La música como terapia complementar en la paliación del dolor en ancianos hospitalizados:** de acuerdo a la Teoría de Jean Watson. Tesis (Doctorado en Enfermería). Universidad Federal de Bahía. 2012.

RESUMEN

Estudio de naturaleza exploratoria y descriptiva con abordaje cualitativo y cuantitativo fundamentado en los principios filosóficos y científicos del Modelo del Cuidado Transpersonal de Jean Watson, que en su esencia, entre otros factores, valoriza la dimensión humana en primero lugar. El objetivo general fue analizar la influencia de la música como terapia complementar en la paliación del dolor en ancianos hospitalizados en unidades de clínica-médica y quirúrgica de un hospital público de grande porte, de la ciudad de Salvador-Bahia. Participaron en el estudio 22 personas ancianas con edad igual o superior a 60 años que fueron sometidos a tres sesiones musicales compuestas por tres músicas instrumentales de género diferente, durante el periodo de 1 de marzo a 15 de julio de 2011. La pesquisa utilizó un cuestionario abarcando variables sociodemográficas, aspectos relacionados a la salud auto-referida y clínica, Escala Verbal Numérica (EVN) para dolor (0-10), la “Palliative Performance Scale” (PPS), la Escala de Barthel, un guion para la observación directa y entrevista conteniendo cuestiones referentes a los objetivos de la pesquisa. La coleta de datos fue desarrollada en cinco etapas aproximación del contexto; identificación de los participantes; caracterización de los participantes; aplicación de la música; y observación y entrevista. Fueron realizadas análisis descriptivas para caracterizar el perfil de los participantes a través de distribuciones de frecuencias uni y bivariadas y medidas descriptivas (media, desvío padrón y mediana). Las diferencias entre las proporciones de las características clínicas y de la salud auto-referida y el sexo fueron verificadas a través del teste Qui-cuadrado Exacto de Fischer, al nivel de 5% de significancia estadística. En el análisis de los datos se empleó el Software STATA versión 8.0. Para análisis de las percepciones y observaciones generadas durante las sesiones musicales se utilizó el análisis temático de Minayo con base en la Teoría Transpersonal de Jean Watson. Los resultados revelaron homogeneidad en las características sociodemográficas, socioeconómicas, a la salud auto-referida y clínica de los ancianos investigados. De los testimonios y observaciones emergieron tres categorías: El cuerpo sentido y el cuerpo hablado, descrito por alivio del dolor, relajamiento y sensaciones agradables y de bienestar; Recordaciones evocadas con la música, marcadas por emociones de un tiempo vivido y de experiencias espirituales y religiosas; Relación intersubjetiva entre la Enfermera-pesquisadora y la persona anciana hospitalizada, en que la presencia consciente e intencional fue apuntada por expresiones y palabras de agradecimientos, así como por la sensibilidad al reconocer las necesidades del momento de los ancianos. Los resultados apuntaron, por fin, que la música como terapia complementar influencia en la paliación del dolor de ancianos hospitalizadas al evocar emociones y sentimientos de bienestar y al permitir la recordación de tiempos vividos, alcanza la complejidad y subjetividad de la persona, permitiendo la reintegración del cuerpo-mente-alma dentro de la perspectiva de la Teoría Transpersonal de Jean Watson que valoriza la relación interpersonal entre el(a) enfermero(a) y el ser cuidado.

Palabras-clave: enfermería; anciano; dolor; Música; cuidados paliativos.

AMARAL, Juliana Bezerra do. **Music as complementary therapy in the palliation of pain in hospitalized elderly patients:** based on the Jean Watson Theory. Thesis (PhD in Nursing). Federal University of Bahia. 2012.

ABSTRACT

A study of an exploratory and descriptive nature with a qualitative and quantitative approach based on the philosophical and scientific principles of the Jean Watson Transpersonal Caring Theory, which in its essence, among other factors, values the human dimension in first place. The general objective was to analyze the influence of music as complementary therapy in the palliation of pain in hospitalized elderly patients in medical and surgical clinics of a large sized public hospital in the city of Salvador -Bahia. Twenty-two elderly patients participated in the study with ages equal or above 60 years, who were submitted to three musical sessions composed of three kinds of instrumental music, during the period from March 1 to July 15, 2011. The research used a questionnaire comprising socio-demographic, socio-economic variables, aspects related to self-rated and clinical health, Verbal Numeric Pain Scale (0-10), the Palliative Performance Scale (PPS), the Barthel Scale, a guide for direct observation and interviews containing questions related to the purpose of the research. The collection of information was developed in five stages: context approach; identification of participants; characterization of the participants; application of music; and observation and interviews. Descriptive analyses were performed to characterize the profile of the participants through the distribution of uni and bivariates and descriptive measures (average, standard deviation and median). The differences between the proportions of the clinical and self-rated characteristics and sex were verified by means of the Fischer's Exact Qui-square Test, at the level of 5% of statistical significance. In the data analysis the STATA version 8.0 Software was used. For analysis of perceptions and observations generated during the musical sessions the Minayo thematic analysis was used based on the Jean Watson Transpersonal Theory. The results reveal homogeneity in socio-demographic and socioeconomic characteristics, in self-rated and clinical health of the investigated elderly patients. From the testimonies and observations three categories emerged: The sensed body and the spoken body, described as relief of pain, relaxation and agreeable sensations and of wellbeing; Memories evoked with music, marked by emotions of a period shared and spiritual and religious experiences; intersubjective interchange between the research-nurse and the hospitalized elderly patient, where the conscious and intentional presence was indicated through expressions and words of gratitude, as well as sensitivity in the recognition of the necessities of the moment for the elderly. The results point out, finally, that music as a complementary therapy influences in the palliation of pain for elderly hospitalized patients by evoking emotions and feelings of wellbeing and permitting memories of past experiences, reaching the complexity and subjectivity of the person, permitting the reintegration of the body-mind-soul within the perspective of the Jean Watson Transpersonal Theory which values the interpersonal relationship between the nurse and the patient being cared for.

Key-words: nursing; elderly; pain; music; palliative care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características demográficas dos participantes do estudo. HGRS. Salvador-BA, março -julho de 2011. (n=22).....	150
Tabela 2. Características socioeconômicas dos participantes de estudo. HGRS. Salvador-BA, março- julho de 2011. (n=22).....	152
Tabela 3. Características da saúde autorreferida dos participantes de estudo. HGRS. Salvador, BA, março – julho de 2011. (n=22).....	155
Tabela 4. Características clínicas dos participantes de estudo. HGRS, Salvador-BA, março - julho de 2011. (n=22).....	160

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação do conceito de dor total.....	64
Figura 2 Modelo de dor aguda versus adaptação.....	66
Figura 3 Escala Numérica verbal.....	69
Figura 4 Escala de Descritor Verbal.....	69
Figura 7 Escala de copos de Waley e Wong.....	70
Figura 8 Esquema Analgésico para Dor.....	73
Figura 9 Estrutura anatômica do ouvido.....	103
Figura 10 Diagrama de Constituição dos Participantes do Estudo, HGRS, março a julho de 2011.....	126
Figura 11 Esquema geral da Coleta de dados.....	132
Figura 12 Esquema da 4ª ETAPA da Coleta de dados.....	134
Figura 13 Esquema da observação participante em cada sessão musical.....	134
Figura 14 Ilustração da relação das categorias do estudo com o <i>Caritas Processes</i> da Teoria Transpessoal de Jean Watson.....	163
Figura 15 Esquema da influência da música como estímulo emocional.....	180

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Sinais e sintomas presentes nas pessoas idosas em cuidados paliativos e os principais instrumentos de avaliação conforme área de valorização e classe.....	56
Quadro 2 Aspectos da dor crônica não oncológica e a depressão.....	67
Quadro 3 Modalidades de Terapias Complementares passíveis de usar em Cuidados Paliativos.....	85
Quadro 4 Principais pressupostos da Teoria de Jean Watson.....	112
Quadro 5 Necessidades humanas, segundo a Teoria Transpessoal de Jean Watson.....	115
Quadro 6 <i>Carative Factors e Caritas Processes</i>	118
Quadro 7 Relação das categorias do estudo com o <i>Caritas Processes</i> da Teoria Transpessoal de Jean Watson.....	162
Quadro 8 Categorização geral da análise temática.....	164
Quadro 9 O corpo sentido e o corpo falado: percepções da primeira sessão.....	166
Quadro 10 O corpo sentido e o corpo falado: percepções da segunda sessão.....	168
Quadro 11 O corpo sentido e o corpo falado: percepções da terceira sessão.....	169
Quadro 12 Subcategorização da categoria o corpo sentido e o corpo falado.....	170
Quadro 13 Relação das Subcategorias com o <i>Caritas Processes</i> da Teoria Transpessoal.....	170
Quadro 14 Recordações e imagens evocadas com a música: percepções da primeira sessão.....	189
Quadro 15 Recordações e imagens evocadas com a música: percepções da segunda sessão.....	190
Quadro 16- Recordações e imagens evocadas com a música: percepções da terceira sessão.....	192
Quadro 17 Relação das Subcategorias da segunda Categoria com o <i>Caritas Processes</i> da Teoria Transpessoal de Jean Watson.....	192
Quadro 18 Relação intersubjetiva entre a Enfermeira e a pessoa idosa hospitalizada...	207
Quadro 19- Relação da terceira Categoria com o <i>Caritas Processes</i> , da Teoria Transpessoal de Jean Watson.....	209

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVDs	Atividades Instrumentais Vida Diárias
ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
ANSNP	Australian National Sub-acute and Non-acute Patient
AVDs	Atividades de Vida Diárias
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doença Crônica e Não Transmissíveis
DNT'S	Doenças não transmissíveis
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Verbal Numérica
EVN	Escala Verbal Numérica
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MT	Medicina tradicional chinesa
MTC	Programa de Medicina Tradicional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROSI	Programa Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SECPAL	Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	29
1 CAPÍTULO I – A ENFERMAGEM NO CUIDAR FRENTE AO ENVELHECIMENTO.....	39
1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	39
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA.....	43
1.3 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CUIDAR.....	47
1.4 CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA.....	52
1.5 TERAPIAS COMPLEMENTARES NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	75
2 CAPÍTULO II - A MÚSICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO COMPLEMENTAR.....	89
2.1 SILÊNCIO E RUÍDO.....	89
2.2 MÚSICA: CULTURA ARTE E CIÊNCIA.....	90
2.3 A MÚSICA E A CURA.....	95
2.4 A RESSONÂNCIA DA MÚSICA NA PESSOA HUMANA.....	102
2.5 O EFEITO TERAPÊUTICO DA MÚSICA.....	104
3 CAPÍTULO III - MODALIDADES TRANSPessoAIS DE CUIDAR-CURAR:	109
a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.....	
4 CAPÍTULO IV– INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA A METODOLOGIA.....	121
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	121
4.2 ESCOLHA DO LOCAL DE ESTUDO.....	122
4.3 LOCAL DO ESTUDO: HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS.....	123
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	124
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	127
4.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados.....	128
4.5.2 Coleta dos Dados.....	132
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	146
4.6.1 Análise Qualitativa.....	146

4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	141
5 CAPÍTULO V- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	147
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CONDIÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES.....	147
5.2 PERCEPÇÕES E OBSERVAÇÕES GERADAS DURANTE AS SESSÕES MUSICAIS.....	161
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	215
REFERÊNCIAS.....	221
APÊNDICE A - FORMULARIO 1.....	250
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	253
APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA.....	255
ANEXO A - MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL.....	257
ANEXO B - PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS).....	259
ANEXO C - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	261

INTRODUÇÃO

A música tem-se destacado como recurso terapêutico, no campo da saúde. Muitos estudos têm demonstrado os benefícios dessa técnica, em especial para pacientes em condições crônicas de saúde e que realizaram variados procedimentos cirúrgicos. Cientificamente, a resposta terapêutica à música tem sido identificada quando aplicada, sistematicamente, a um grupo de indivíduos, submetidos a uma condição ou a um procedimento que, de alguma forma, provoque desconforto, e após a aplicação da música pode-se perceber a diminuição dessa sensação. (LEÃO; SILVA, 2004; HATEM, 2006; TODRES, 2006; PUGGINA, 2006; FRANCO; RODRIGUES, 2009; TABARRO *et al*, 2010).

A música é, principalmente, percebida pela audição, órgão do sentido, pertencente à divisão do sistema nervoso periférico. Mas, também, pode ser sentida pela reverberação das ondas sonoras, através das estruturas corporais. Desse modo, após ser captada, estimula o sistema nervoso autônomo (SNA), provocando efeitos, inicialmente, na esfera física, e posteriormente disseminada para os campos cognitivos, psicoemocionais, sociais e espirituais. (WEINBERGER, 2005).

Pesquisas demonstraram que, na esfera física, a música provoca modificações de sinais e sintomas, a exemplo de redução da dor crônica; diminuição da dor aguda, no pós-operatório; relaxamento muscular; diminuição dos incômodos nas sessões de hemodiálise; redução dos batimentos cardíacos; diminuição da pressão arterial e da frequência respiratória. (LEÃO; SILVA, 2004; HATEM, 2006; TODRES, 2006).

No que tange à esfera cognitiva, autores como Clark *et al* (1998); Brotons e Koger (2000) e Kydd (2001) relataram em suas pesquisas que, através da terapia da música, ocorreu melhora na comunicação verbal, na confusão mental e na cooperação de idosos com demência, durante o banho. Esses mesmos autores, somados as contribuições de Todres (2006); Silva *et al* (2008) e Flores-Gutiérrez e Diaz (2009), evidenciaram os benefícios da música na esfera psicoemocional, através da redução da ansiedade e da agitação psicomotora, melhora do comportamento agressivo, promoção da sensação de bem-estar, de alegria e de felicidade.

Dessa forma, a música, como recurso terapêutico, tem-se apresentado como mais uma intervenção importante em situação de saúde e doença, uma vez que atinge diversos “níveis corporais”, favorecendo o estado de bem-estar e possibilitando melhor interação do indivíduo com o mundo ao seu redor, com o outro e consigo mesmo.

Assim, ao se conectar com a música, a pessoa pode expressar melhor seus sentimentos como medo, raiva, felicidade e alegria, o que possibilita uma ressignificação desses sentimentos e da própria existência, melhorando o contato com familiares e amigos, reduzindo a possibilidade de solidão.

Priorizar a promoção do conforto às pessoas com doenças incuráveis data desde a Idade Média, quando os recursos curativos eram poucos e as terapêuticas ditas, atualmente, como complementares eram a única possibilidade para alcançar alívio das dores e de servir de acalanto para seus familiares que, naquela época e ainda hoje, pouco podem fazer para abrandar o sofrimento dos seus moribundos. Desse modo, essa preocupação com a promoção do conforto era, e ainda é, uma realidade de familiares de pessoas gravemente enfermas, assim como dos profissionais que cuidam.

Segundo a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL), o paciente sem possibilidade terapêutica de cura apresenta numerosos e intensos sintomas multifatoriais, que provocam desconforto e, como exemplo desses eventos, pode-se listar: dor, dispneia; incontinência; anorexia; ansiedade; entre outros. Essa condição provoca forte impacto emocional para o doente, família e equipe terapêutica, tornando-se mais evidente quando esse doente é uma pessoa idosa, pois se percebe que o processo fisiológico e funcional do envelhecimento contribui para maior fragilidade do indivíduo, ocasionando um maior grau de dependência. (SECPAL, 2012).

A escolha por estudar os cuidados paliativos em idosos deve-se às minhas inquietações, vivenciadas no desenvolvimento das atividades teóricas e práticas do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), resultando ao final do Curso na construção do estudo intitulado: “Atuação da Enfermagem frente à dor e as dores do paciente oncológico”. Durante o Curso de Especialização sob a forma de Residência, com área de concentração em Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, também nessa mesma instituição, desenvolvi pesquisa sobre a percepção do paciente frente às reações desencadeadas pelo tratamento quimioterápico.

Ainda, na minha prática profissional, como enfermeira assistencial em uma unidade de terapia intensiva e transplante de medula óssea, tive oportunidade de cuidar de pacientes que se encontravam em condições que indicavam a necessidade de cuidados paliativos. Todavia, nessa unidade, ainda não era instituído os princípios desses cuidados.

Desse modo, foi durante o cotidiano das atividades de docência, como professora substituta, no nível Auxiliar I, da Disciplina Enfermagem Clínico-Cirúrgico I da EEUFBA que os questionamentos e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre cuidados

paliativos intensificaram-se, contribuindo para a construção da minha dissertação de mestrado¹, em 2006. Esta teve como objetivo principal compreender o significado atribuído por enfermeiras ao cuidar/cuidado paliativo ao idoso hospitalizado, através da história oral desses profissionais. (AMARAL, 2006).

A experiência de coorientar um trabalho de conclusão de curso de Graduação em Enfermagem da EEUFBA, o qual buscou analisar, através de revisão de literatura, o uso da música como possibilidade de intervenção paliativa na dor oncológica, possibilitou-me a aproximação com a resumida produção científica sobre esse objeto, o que promoveu reflexões acerca dos resultados dessas produções e da importância de colocar em prática tal experiência no cenário do cuidado em saúde². (AMARAL; MENEZES; ROCHA, 2008).

Nessa trajetória, impulsionada pela constante busca do conhecimento sobre a enfermagem na atenção ao paciente em cuidado paliativo, este estudo tem como objeto: a influência da música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados.

Assim, surge a seguinte questão problema: a música como terapia complementar influencia na palição da dor em idosos hospitalizados?

Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo geral analisar a influência da música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados, à luz da teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Os objetivos específicos consistiram em: descrever as características sócio-demográficas e a condição clínica dos idosos com dor sob cuidados paliativos; descrever

¹ O estudo teve por objetivo compreender o significado atribuído por enfermeiras ao cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados, tendo como eixo referencial a antropologia cultural e a história oral temática. Pesquisa de natureza exploratório-descritiva com abordagem qualitativa na análise de seus dados, tendo como campo de investigação um Centro Geriátrico de referência do Ministério de Saúde para o atendimento de idosos de uma Instituição Hospitalar filantrópica da Cidade do Salvador - Bahia. Os depoimentos dos participantes, dez enfermeiras, foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, gravadas. Dos depoimentos das colaboradoras emergiram cinco temas: significado do cuidado paliativo para as enfermeiras; participação da família dos idosos nos cuidados paliativos; o domicílio é o melhor local para os idosos em condições terminais passarem o final de suas vidas; sentimentos que emergem durante o cuidado; dilemas éticos e bioéticos dos cuidados paliativos. Os resultados desta pesquisa demonstram que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, os profissionais ainda estão em busca do conhecimento e aperfeiçoamento necessário para cuidar de idosos em condições terminais, sendo necessária a prática da abordagem holística na assistência do indivíduo, contemplando a família nesse contexto, no intuito de proporcionar aos idosos, dignidade enquanto existir vida e no processo de morte.

² O trabalho intitulado *O uso de música como possibilidade de intervenção paliativa na dor oncológica* recebeu o Prêmio Cicely Saunders de melhor trabalho científico durante o IV Congresso Latino-americano de Cuidados Paliativos, promovido pela Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos na cidade de Lima, no Peru, entre os dias 26 e 29 de março de 2008.

as percepções e reações geradas com a escuta musical dos idosos com dor sob cuidados paliativos.

O pressuposto deste estudo é de que a música, como terapia complementar, influencia na palição da dor em idosos hospitalizados.

Destaca-se que a escolha por investigar a dor, como sintomatologia, deve-se a sua alta prevalência em pessoas que estão sob cuidados paliativos, conforme os estudos de Cebrián e Jiménez (2000); Burlá (2002) e Solano (2009).

Dessa maneira, registra-se que o uso da música, como recurso terapêutico, para indivíduos com patologias mentais, déficits auditivos, visuais, cognitivos e em pacientes em estado de coma, já vem sendo estudado há algumas décadas (GAYNOR, 1999). Entretanto, na atualidade, há pouca produção científica sobre o efeito da música em pacientes idosos com dor e em cuidados paliativos; em uma busca sistemática na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), identificaram-se apenas 22 artigos internacionais, publicados na base de dados *Medline*, no idioma inglês, nos últimos 10 anos. Nessa pesquisa, foram utilizados como descritores: música; idosos; enfermagem; musicoterapia. Desses 22 artigos, apenas dois (9,1%) avaliaram o efeito da música em idosos com dor crônica por osteoartrose e dor aguda, após procedimento cirúrgico. As demais, 20 (90,9%) verificaram o efeito da música sobre a ansiedade, qualidade de vida e depressão, alteração do comportamento e sono em idosos, na sua maioria com demência. Diante disso, foram identificados artigos que abordassem o uso da música em idosos com dor, sob cuidados paliativos.

Assim, este estudo justifica-se, porque os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde colaboraram para a transição demográfica mundial e, por conseguinte, com a mudança do perfil epidemiológico de morbimortalidade da população. Com o envelhecimento populacional identifica-se um aumento das doenças crônicas, não transmissíveis (DCNT)³, que favorecem a uma condição incurável, sendo necessárias intervenções que promovam o conforto.

Nesse sentido, depois de conquistados os progressos tecnológicos da medicina da era moderna, a enfermagem precisa redescobrir a sua essência e devolver às suas práticas a "arte

³ Refere-se a um subgrupo de entidades nosológicas, em que o processo causal se constitui pela interação de diversos fatores de natureza biológica, social, entre outras. Ao contrário como ocorre com as doenças transmissíveis em que a mesma está relacionada a mecanismos de transmissão de agentes etiológicos. As Doenças Crônicas e Não Transmissíveis (DCNT) antes denominadas Crônico-Degenerativas pertencem, portanto, ao grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) as quais possuem etiologia multifatorial, e compartilham vários fatores comportamentais de risco modificáveis. (COUTINHO et al, 2004).

de cuidar". "É preciso interromper o atual padrão de funcionamento da enfermagem. É preciso encontrar novas formas de cuidar. É preciso criar novo ambiente de cura"⁴.

Justifica-se, ainda, no que diz respeito ao cuidado de enfermagem, como destaca Watson em uma entrevista concedida em Portugal à Revista Visão, em junho de 2007: "A enfermagem pós-moderna terá que retomar o espírito de Florence Nightingale" e na mesma entrevista complementou:

A enfermagem moderna virou-se muito para o tratamento médico e a cura, o que a tornou muito industrial e institucional. A pós-moderna conserva esta parte, mas tem uma visão ampla. Traz de volta o humano. No meu trabalho identifiquei dez fatores essenciais na enfermagem, em que falo de coisas menos habituais, como ajudar as pessoas a preservar a sua fé e esperança quando estão sofrendo e, trabalhar dentro do seu sistema crenças. É preciso dar-lhes a oportunidade de contarem a sua história e de expressarem sentimentos positivos e negativos. E os enfermeiros têm de ser criativos, mesmo quebrando regras, para que a pessoa se sinta bem, seja pondo música ou outra coisa. Os doentes precisam saber que, além de receberem tratamento tecnológico, tem alguém sempre a seu lado, que fará o que for preciso pelo seu bem-estar. Reservo sempre também uma parte ao mistério, ao desconhecido (WATSON, 2007, p.24).

Nesse cenário, percebe-se a necessidade emergente de promover conforto às pessoas com doenças crônicas e não transmissíveis, através do cuidado científico, criativo e sensível, que pode ser alcançado ao se incorporar os princípios e filosofia dos cuidados paliativos.

Esses cuidados, apesar de terem sua origem nas ordens religiosas, na Europa, durante as cruzadas, na Idade Média, passaram por transformações/renovações com o avanço da medicina, tornando-os reconhecidos mundialmente como uma especialidade médica que vem proporcionar científicidade e conforto a pacientes sem possibilidade terapêutica de cura (PESSINI, 2004).

Assim, a definição de cuidados paliativos sofreu ajustes e modificações desde sua origem, sendo atualmente definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

[...] medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2002, p.84).

Com base nessa definição, vê-se que seus princípios visam o conforto nas esferas biopsicossocial e espiritual de pacientes, com qualquer tipo de enfermidade terminal, não estando mais relacionada apenas ao câncer em sua fase final, mas a qualquer doença crônica e não transmissível.

⁴ Diário do Campus de Angra do Heroísmo da Universidade de Açores - Aula na Escola superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo da Universidade de Açores, Campos de Angra do Heroísmo, Portugal, 2007. Disponível em http://desertosedesertificacao.blogspot.com.br/2007_06_01_archive.html. Acesso em 15.10.2012

Compreendendo que algumas doenças incuráveis oncológicas e não oncológicas podem estar presentes por muitos anos na vida dos pacientes, sem manifestar graves problemas, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP (2006) menciona que a *Australian National Sub-acute and Non-acute Patient* (ANSNP), estabelece quatro fases paliativas, em função ao estágio da doença e aos níveis de complexidade: fase aguda – refere-se a uma fase de desenvolvimento inesperado de um problema ou em que há um aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes; em deterioração – fase em que ocorre desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja necessidade de uma alteração súbita no manejo da situação; terminal – que diz respeito à fase onde a morte está iminente, em uma previsão de horas ou dias (agonia), e não se prevêem intervenções agudas; e estável – incluem-se as que não estão em nenhuma das fases anteriores.

Dessa forma, estudiosos como Gaynor (1999) e Johnson (2002) informam que é importante utilizar diversas estratégias terapêuticas, no intuito de aliviar os sintomas e o sofrimento daqueles que possuem uma doença incurável, sendo o uso da música uma terapêutica complementar, abordada como possível recurso para alcançar o conforto desses doentes.

Aproximando essa temática da área da Enfermagem, e considerando a música como arte e ciência, Benezon (1991) destaca a teoria Transpessoal de Jean Watson que, repensando os fundamentos no trabalho *Notas de Enfermagem*, de Florence Nightingale, reconsidera as artes de cuidar- curar, como sendo integrantes da prática transpessoal. Desse modo, a utilização da arte em Enfermagem, para essa teórica, contempla o indivíduo em sua totalidade (corpo-mente-espírito), pois essas são modalidades não invasivas, que promovem, por exemplo, no campo da Tanatologia⁵, da música, o relaxamento, o alívio da dor e aumentam a transição pacífica entre a vida e a morte. (WATSON, 2002b).

Nesse contexto, acredita-se que as possíveis contribuições desta pesquisa serão: aplicação da audição de música em idosos hospitalizados, sob cuidados paliativos, com queixas álgicas, em virtude da pouca atenção na palição do sofrimento da doença, como também, “encontrar novas formas de cuidar e criar novo ambiente de cura”, e ainda, contribuir com uma produção científica sobre o tema, diante da inexpressividade de publicações, que abordam o tema de pessoas com esse perfil, no âmbito nacional, destacando a influência da música, como recurso terapêutico complementar, na promoção da palição da

⁵ Tanatologia é uma palavra de origem grega: Tanathos - o deus da morte e logia – ciência. Portanto, tanatologia significa a ciência que estuda o fenômeno da morte e os processos emocionais / psicológicos que envolvem a relação com a morte, incluindo a morte e a perda.

dor em pessoas idosas hospitalizadas, uma vez que se trata de assunto controverso, em termos dos prováveis benefícios obtidos com sua implementação, apesar desse recurso estar sendo frequentemente utilizado. Além disso, espera-se provocar reflexões sobre o tema entre profissionais de saúde e gestores, considerando a sua utilização prática, possibilitando a introdução de novas estratégias, que possam contribuir para humanização do cuidado aos idosos, em especial para aqueles que necessitam de cuidados paliativos.



Pintura: An old woman of Arles, 1888; Vincent van Gogh (1853-1890)
Oil on Canvas, 58 X 42.5 cm, Van Gogh Museum, Amsterdam - Holanda.

1 A ENFERMAGEM NO CUIDAR FRENTE AO ENVELHECIMENTO

Convém não dissociar a velhice da vida em si— a velhice é, em suma, a cena final desta peça, que é a existência.

Cícero (106 - 43 aC)

1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Brasil, em 2010, tinha uma população recenseada e estimada, nas grandes regiões e unidades federativas de 190. 755. 799 habitantes, desses 53 081 590 encontram-se na região nordeste e 14 milhões, na Bahia (IBGE, 2010). Esses dados caracterizam o Estado como um dos de maior índice populacional do Nordeste. Salvador, a sua capital, foi considerada como a terceira cidade mais populosa do País, com 2.675.656 habitantes. Todavia, apesar do Brasil estar entre os países mais populosos do mundo, como: a China; Índia; Estados Unidos da América e Indonésia, a taxa de crescimento vem reduzindo paulatinamente de 3,04% ao ano, no período de 1950-1960 para 1,17% ao ano e em 2010, podendo chegar ao índice negativo de -0,291%, em 2050. Isso se deve aos fatores de grande impacto no desenvolvimento populacional, como a queda da taxa de fecundidade e a redução da mortalidade. (IBGE, 2010).

Desse modo, com as projeções da taxa de crescimento populacional negativa, a tendência do Brasil é apresentar características de um país envelhecido, porque, em 2008, as crianças de 0 a 14 anos representavam 26,47% da população total, enquanto que o contingente com 65 anos ou mais era de 6,53%. Em 2010, de acordo com a sinopse do IBGE, a participação relativa da população idosa alcançou o percentual de 7,3% e, as previsões para 2050 são de que essa população superará os 22,71% da população total, ao passo que as crianças de 0 a 14 anos, corresponderão a 13,15%. Na região nordeste, a proporção de idosos passou de 5,1%, em 1991 para 5,8%, em 2000 e de 7,2%, em 2010. (IBGE, 2010, 2008).

As principais variáveis responsáveis pela rápida transformação no perfil demográfico do Brasil se devem, conforme referido, à queda na taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, levando a redução do crescimento populacional. Os fatores que contribuíram para as mudanças dessas variáveis compreenderam: aumento da escolaridade feminina, inserção da mulher no mercado de trabalho, saneamento básico adequado nos domicílios, maior acesso

aos serviços de saúde, vacinação em massa, promovendo controle das doenças transmissíveis e os avanços da medicina, como a descoberta de novos antibióticos. (IBGE, 2010).

Registra-se que, apresentar os dados históricos das taxas de fecundidade e mortalidade infantil permitirá visualizarmos as transformações, ao longo do tempo, das estatísticas da população brasileira e mundial, provocando reflexões iniciais sobre as suas repercussões, bem como, a possibilidade da criação de ações e serviços, que proporcionem dignidade e a manutenção dos direitos humanos.

A taxa de fecundidade total, no Brasil, em 1980, era de 4,06 filhos e, a cada década, esse valor foi-se reduzindo progressivamente ao ponto de, em 1990 ter sido de 2,79; em 2000 2,39; já em 2010, a projeção era de chegar a 1,76. Esse valor tende a manter seu decréscimo, até atingir uma média de 1,5 filhos por mulher e se estabilizar. (IBGE, 2008).

No estado da Bahia, a exemplo de outras unidades federativas, o declínio do número de filhos por mulher em idade fértil no período de 1970 a 2009 representou 73,8%. Assim, a taxa de fecundidade em 1970, que era de 7,2; passou para 1,87, em 2009. (BAHIA, 2011).

Quanto à taxa da mortalidade infantil no Brasil, esta, também, vem apresentando declínio sendo estimada em 21,64, por mil nascidos vivos, indicando redução de 28,03% ao longo da década. (IBGE, 2010). Todavia, ainda é elevada em comparação com outros países da América Latina (13,40 por mil, na Argentina; 7,20 por mil, no Chile e 13,10 por mil, no Uruguai). Na Europa tem-se: (3,20 por mil, na Suécia; 3,00 por mil, na Noruega; 2,90 por mil, na Islândia), e na Ásia (3,00 por mil, em Singapura; e 3,20 por mil, no Japão). Mas, em relação a Serra Leoa, que se tem (160,30 por mil); Afeganistão (157,00 por mil) e Angola (131,90 por mil), o Brasil apresenta valor bastante reduzido. (IBGE, 2008).

Considerando os índices acima, a pirâmide etária do Brasil, assim como no resto do mundo, vem modificando seu formato triangular, para um formato característico de uma sociedade com aumento crescente da população idosa. A base, cada vez mais estreita e o ápice mais largo, mostram o comportamento evolutivo da esperança de vida ao nascer, por sexo, o que, em 1980 foi de 62,7 anos, para ambos os sexos; em 1990, de 66,6 anos, para ambos os sexos; em 2000, de 70,4 anos, para ambos os sexos; em 2010, de 73,5 anos, para ambos os sexos, havendo projeção, para 2050, de 81,29 anos, para ambos os sexos. (IBGE, 2010, 2008).

A Bahia vem apresentando, também, uma ampliação da esperança de vida ao nascer, em mais de 32 anos de vida, passando de uma média de vida de 40 anos, para 73 anos, segundo a Rede Interagencial de informações para saúde, Ripsa-Bahia. (BAHIA, 2011).

Registra-se que, no Japão, Islândia, Hong Kong, China e Espanha a expectativa de vida atual já se encontra acima do nível das projeções brasileiras para 2050, sendo essa

realidade, reflexo das ações de promoção e prevenção da saúde, existentes nesses países. O Japão, por exemplo, criou o ambulatório de Geriatria Pediátrica, visando a prevenção, desde a infância, de agravos comumente manifestados, com o passar do tempo.

Acredita-se que o Brasil, como um país envelhescente⁶, também seguirá a mesma tendência de modificação da pirâmide etária, porém isso ainda caminha em passos lentos, em virtude das contradições entre os indicadores econômicos e os indicadores sociais. O Brasil apresenta indicadores econômicos semelhantes aos países mais desenvolvidos e indicadores sociais iguais aos países menos desenvolvidos. (IBGE, 2010).

Desse modo, como consequência das transformações demográficas, sociais e econômicas, o Brasil depara-se com a transição epidemiológica, a qual é caracterizada pela substituição das causas de morte, como das doenças transmissíveis para as não transmissíveis e ainda por causas externas, além disso, encontra-se o deslocamento da maior carga da morbimortalidade entre a população mais jovem do que para a mais idosa, e pelo predomínio da morbidade, ao invés da mortalidade.

Assim, o cenário atual da saúde, no Brasil, apresenta um perfil de enfermidades complexas e onerosas, em resposta ao contingente do grupo de idosos. As doenças transmissíveis, que eram responsáveis por mais de 40% das morbimortalidades, na década de 50 do século passado, hoje, representam menos de 10%. Ao contrário, as doenças cardiovasculares (doenças não transmissíveis), que em 1950 eram a causa de 12% das morbimortalidade, atualmente, representam mais 40%. (IBGE, 2009).

De uma forma intrigante, a quantidade de idosos com doenças não transmissíveis (DNT'S) vem reduzindo. Segundo o IBGE (2009), em 1998, 78,7% dos idosos informou ter apenas uma doença; em 2003, essa porcentagem reduziu-se para 75,5%. Porém, a preocupação concentra-se para os idosos, com múltiplas enfermidades, uma vez que, dos que declararam possuir alguma doença, 64,4% tinham mais do que uma. (IBGE, 2009).

As DNT'S podem corroborar para incapacidade funcional, envolvendo a mobilidade física dos idosos, entretanto, elas nem sempre impedem a realização das atividades diárias (AVDs) e das atividades instrumentais (AIVDs), dos gerontes. Contudo, o declínio da capacidade funcional é um processo contínuo, que sempre terá relação com a carga da enfermidade, a faixa etária da pessoa idosa e dos componentes intrínsecos do envelhecimento. (IBGE, 2009).

⁶ A palavra envelhescente foi utilizada para referir-se às modificações, ocasionadas pelo processo de envelhecimento, que o Brasil se encontra.

A relação entre o declínio da capacidade funcional e a faixa etária foi percebida em decorrência da desigualdade da prevalência de incapacidade funcional em pessoas com 60 anos ou mais de idade, nas diversas Regiões do Brasil, em 2000. A região nordeste apresenta, entre a maioria dos estados, uma taxa de 28, 51% a 35, 50% pessoas/milhão, enquanto que as demais regiões apresentam valores diferenciados, o que as privilegiam. (IBGE, 2009).

As repercussões do aumento das morbidades progressivas e incapacitantes são incremento nos indicadores do uso dos serviços de saúde como: maior número de consultas médicas, taxa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e do custo médio por habitantes com as hospitalizações, no âmbito do SUS.

Nesse contexto, é possível constatar que as patologias não transmissíveis estão entre as principais causas de internação hospitalar de idosos, e algumas causas destacadas, compreendem: insuficiência cardíaca, como a mais frequente com 12,1%, para as mulheres e 14,7% para os homens; seguida de pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral. (IBGE, 2009).

Na Bahia, em 2010, os principais grupos de causas de internação, em indivíduos com 60 anos e mais, assemelham-se aos dados nacionais, apresentando incremento nos percentuais. Portanto, conforme a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), as doenças do aparelho circulatório representaram 24,9% das internações, seguida de 15,6%, das doenças do aparelho respiratório, (SESAB/SIH-SUS, 2010).

O informe epidemiológico do SUS, em 2000, demonstrou que o atendimento da população com mais de 60 anos de idade, já respondia por 23% dos gastos públicos, com internações hospitalares do tipo 1⁷. Assim, diante dessa realidade percebe-se a importância da reestruturação e da implantação das políticas públicas do idoso, principalmente no setor da saúde, pois é preciso garantir maior acesso aos serviços e oferecer atendimento especializado e humanizado a essa faixa crescente da população.

Deve ser registrado que, as características do processo saúde-doença, no idoso, são decorrentes das polipatologias, levando ao uso de vários medicamentos; da deterioração rápida das condições agudas, quando não tratadas imediatamente; frequentes complicações secundárias às doenças e tratamentos e dos fatores sociais e ambientais, comumente envolvidos no desenvolvimento, descompensação e recuperação dos problemas de saúde. (COELHO FILHO, 2000).

⁷ As autorizações de internações hospitalares (AIH) são classificadas em tipo 1 e tipo 5. A do tipo 1 é emitida no início da internação pelo SUS, e quando a internação se prolonga além do limite estabelecido para a especialidade ou procedimento, é emitido a AIH do tipo 5, a qual corresponde às internações de longa duração de pacientes crônicos ou fora de possibilidade terapêutica.

Além disso, ressalta-se que o processo fisiológico do envelhecimento, também, contribui para as particularidades descritas, uma vez que, ele é caracterizado por um declínio geral na habilidade de responder aos danos impostos ao organismo, e por maior demora na sua recuperação, permitindo, assim, a presença de uma doença. (PETROIANU; PIMENTA, 1999).

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA

As repercussões do envelhecimento inexorável da população mundial atingem todos os âmbitos da sociedade, uma vez que a presença crescente de pessoas com idade avançada e a mudança do perfil de morbimortalidade demandam modificações e adaptações no sistema econômico, social e na saúde (HUENCHUAN e RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

No Brasil, até a década de 90, do século XX, a conjuntura do envelhecimento populacional esteve associada à desorganização do Sistema Social e Sanitário. A desestruturação da rede de saúde apresentava gasto crescente nos serviços oferecidos; aumento da violência ao idoso; ausência de políticas de atenção e de rede de proteção, como também, a ausência de uma cultura de respeito, reconhecimento e valorização da pessoa idosa, entre outros, que eram evidentes nesse período. (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010).

A partir de movimentos políticos e sociais, dessa época, surgiu a Política Nacional do Idoso (PNI), decretada e sancionada como Lei de número 8.842, em janeiro de 1994, sendo regulamentada pelo Decreto de número 1.948, em 1996. O objetivo da PNI compreende: “assegurar os direitos sociais da pessoa com idade superior aos sessenta anos, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994).

Os princípios que norteiam a aplicação desta Lei são de que:

A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito a vida; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política; as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral. (BRASIL, 1994, p.1).

Dentre as diretrizes postas na PNI, o “apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento” encontra-se presente, fazendo com que esta pesquisa esteja em consonância a essas diretrizes.

A PNI envolve, também, algumas ações Governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer, no intuito de que ela seja implementada pelos órgãos e entidades públicas. (BRASIL, 1994).

Na área de saúde, destacam-se as competências para sua execução, como:

Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994, p.3).

Ainda, no contexto da Saúde, em 1999, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial de número 1.395 criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual assume que “o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional”. (BRASIL, 2006, p. 2). Em 2006, essa Política foi reformulada, e tiveram como eixos norteadores as medidas preventivas, como destaque para a promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar, quando foi publicado o Caderno de Atenção a Pessoa Idosa, com o intuito de nortear a equipe de saúde no atendimento a esse segmento da população. (BRASIL, 2006).

Na diretriz da PNSPI, Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, considera-se que “a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional”, devendo contemplar “grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido”. Assim, entende-se que as terapias complementares, por levar em conta a integralidade da pessoa humana, estão em conformidade a essa diretiva, sendo, portanto, excelente recurso, que deve ser oferecido a toda população idosa e, em especial àquela que se encontra em condições de fragilidade⁸. (BRASIL, 2006).

⁸ A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que idoso frágil ou em situação de fragilidade é aquele que: vive em Instituição de Longa Permanência (Abrigos), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente

Ao considerar e definir pessoas idosas frágeis, a PNSPI alinha-se às características das pessoas que requerem atenção paliativa, havendo, por conseguinte, uma forte ligação entre esses cuidados, às terapias complementares e a PNSPI.

Outro destaque da PNSPI, o qual pactua com a PNI e retoma a contribuição das pesquisas é a diretriz “Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas”, que visa:

Fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional; identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa; priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira. (BRASIL, 2006, p.11).

Retomando os aspectos legais e políticos, direcionados a pessoa idosa, em 2002 o Ministério da Saúde propôs a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, por meio da Portaria de número 702. Para a operacionalização dessas redes, foram criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, através da Portaria de número 249, de 2002. (BRASIL, 2006).

Na Bahia, o Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso (CREASI) foi criado em 1994, em virtude das propostas do Programa Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (PROSI), atual Área Técnica da Saúde do Idoso. Entretanto, somente em 1999, o Centro inaugurou a sua primeira sede. (BAHIA, 2012).

Também, em concordância a PNI e com a finalidade de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, instituindo penas severas para quem desprezitar ou abandonar cidadãos idosos, foi criado, em 2003, o Estatuto do Idoso, como lei de número 10.741. (BRASIL, 2003).

Nesse Estatuto estão presentes políticas de “proteção dos direitos básicos do idoso, como saúde, educação, trabalho, justiça; de proteção à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. (BRASIL, 2003). Assim, como na PNI e visando ampliar o direito do idoso, o Estatuto dispõe de títulos e capítulos, relacionados à

causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico; síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, como: etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também seja frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais. (BRASIL, 2006, p.10).

saúde e à capacitação dos profissionais de saúde, relativa ao atendimento a pessoa idosa. (BRASIL, 2003).

Entretanto, apesar das Políticas públicas instituídas para garantir o direito desse grupo etário, no Brasil, assim como em outros países da América Latina, percebe-se, ainda, débil movimento de coesão social, direitos humanos e do papel do Estado na prevenção e manutenção da dignidade da pessoa idosa. Desse modo, as discussões e acordos internacionais em torno do desenvolvimento social e dos direitos humanos das pessoas idosas têm sido, nas últimas décadas, assunto da agenda das Nações Unidas. (CELADE, 2011).

Desse modo, segundo o *Centro Latino-americano y Caribeño de Demografía*, desde a adoção do Plano de Ação Internacional de Madrid, sobre o envelhecimento, em 2002, deram-se passos importantes, a fim de fornecer visibilidade às pessoas de idade, como sujeitos que requerem proteção especial dos seus direitos. Os órgãos derivados dos tratados das Nações Unidas e os mecanismos regionais de direitos humanos têm dado suporte nesse processo, e a Declaração de Brasília ⁹, em 2007, foi um passo decisivo ao consensuar, em nível regional, a necessidade de impulsionar a aprovação de instrumentos específicos nessa matéria. (CELADE, 2011).

Assim, dentre as propostas, reafirmações, apoio, reconhecimento e resoluções, presentes na Declaração de Brasília, destaca-se a recomendação sobre os cuidados paliativos às pessoas idosas:

Recomendamos que se prestem cuidados paliativos às pessoas idosas, que padeçam de enfermidades em fase terminal, bem como apoio a seus familiares, e que os profissionais sejam bastante sensíveis e competentes para perceber o sofrimento e aliviá-lo mediante intervenções de controle de sintomas físicos e psicossociais, em consonância com a assistência espiritual requerida pela pessoa idosa. (CEPAL, 2007, p.4).

Nesse sentido, vê-se a preocupação crescente com a manutenção dos direitos humanos dos idosos, que se encontra com enfermidades crônicas e progressivas e que requerem cuidado ativo e sensível.

⁹A Declaração de Brasília foi formulada durante a segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos. A mesma foi realizada em Brasília, Brasil, em dezembro de 2007 com o propósito de identificar as prioridades futuras de aplicação da Estratégia regional de implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento. Além disso, a conferência buscou responder às oportunidades e aos desafios que o envelhecimento populacional vem a suscitar nas próximas décadas, promovendo, por conseguinte, uma sociedade para todas as idades (CEPAL, 2007).

1.3 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O CUIDAR

O envelhecimento é um processo comum e natural a todo ser humano, que se inicia desde o momento da concepção e continua até a morte; sendo entendido pela progressão de mudanças dos processos bioquímicos, que determinam alterações funcionais e estruturais, com a idade, das células e da sustentabilidade funcional dos tecidos, assim como em todo o organismo. (GIL, 1994, p. 18).

Para Berger (1995, p.123), o envelhecimento é heterogêneo e, portanto, cada indivíduo envelhece de forma e ritmo diferentes, tendo como influência a herança genética, o estilo de vida, o ambiente, entre outros aspectos. Dessa forma, as mudanças impostas pelo envelhecimento: “trata-se de um processo normal, e não de sinais de doença”.

O processo de envelhecimento, segundo Gil (1994, p.18) apresenta cinco características fundamentais: 1) alterações estruturais do DNA ao longo do tempo, que produzem deficiências no RNA; 2) reações dos radicais livres, provocando deterioração dos lipídios, colágeno, elastina e outras substâncias como os ácidos graxos poli-insaturado, o que levará a formação dos produtos de peroxidação; 3) redução do metabolismo celular, que se reflete nas mudanças nutricionais nos idosos; 4) modificação da composição química do organismo, através da diminuição de água no espaço intracelular, da massa celular ativa e do aumento da gordura corporal e 5) diminuição da tolerância a glicose, devido a carência de um componente do fator nutricional, chamada de *glucose tolerance factor* (GTF).

Essas características, descritas por Gil (1994), ocasionarão mudanças estruturais nas células, tecidos, músculos, ossos, articulações, pele, tecido subcutâneo e tegumento; e funcionais: sistemas cardiovasculares; respiratório; renal e urinário; gastrointestinal; nervoso e sensorial; endócrino e metabólico; reprodutor e imunitário, que começam a se manifestar progressivamente, a partir dos 40 anos de idade. (BERGER, 1995).

No entanto, o envelhecimento, por sua vez, não é marcado apenas por alterações biológicas, porque diante da multidimensionalidade do ser humano, ele é representado, também, por modificações psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, as quais são impulsionadas pelo enfrentamento da aposentadoria, diminuição dos rendimentos, frequentes perdas por morte do cônjuge, familiares e amigos; pelo próprio declínio da capacidade funcional e pelas mudanças ocorridas nos papéis sociais. (ELIOPOULOS, 2011).

Para Eliopoulos (2011, p.61), a adaptação ou não a essas múltiplas mudanças, impostas pelo curso da vida, vão influenciar no comportamento, atitudes, valores, *status* e a integridade psicológica do indivíduo idoso.

Assim, a velhice como última fase do ciclo da vida, é percebida pela redução da eficiência dos sistemas reguladores do organismo de manter o equilíbrio, diante de agentes estressores, podendo, por conseguinte, levar ao aumento da morbidade. A morbidade, apesar de ser mais bem tolerada pelos idosos do que pelos jovens, é marcada pela presença de grande fragilidade, com redução significativa da funcionalidade laboral, familiar e comunitária, o que vai acarretar, possivelmente, perda da autonomia.

Gil (1994, p. 22), enfermeira espanhola, comenta que, os estudos sobre morbidade, na geriatria, mostram que 75% dos idosos apresentam algum sintoma; 25% precisam de cuidado pessoal ou médico permanentemente; 13% possuem dificuldade em sair sozinho de casa; 4% estão confinados em seus domicílios e 2% encontram-se acamados. Além disso, aproximadamente 35% dos anciãos ocupam leitos de agudos e a maioria de crônicos. Essas porcentagens, apresentadas pela autora, demonstram o quadro de vulnerabilidade em que esses enfermos se encontram. Desse modo, os profissionais de saúde na atenção ao idoso devem prioritariamente modificar suas atitudes e construir ações concretas que visam satisfazer as necessidades reais (alimentação, higiene, sono e repouso), desses indivíduos, com base nas suas especificidades.

Compreendendo que o cuidado da enfermagem não deve estar centrado apenas na doença e nas necessidades físicas, Santos (2001) ressalta:

Para que os enfermeiros desenvolvam, de forma adequada, cuidados ao ser humano idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais quais: manutenção do bem-estar e vida autônoma, sempre que possível, no ambiente domiciliar e onde tais cuidados centrem-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença; desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, procurando partilhar responsabilidades, defendendo os direitos dos idosos/família/comunidade; ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área gerontogeriatrica, considerando que tudo está relacionado. (SANTOS, 2001, p.88).

Referindo-se ao cuidar, no dicionário Michaellis (2008), cuidar significa cogitar, imaginar, meditar, julgar, supor, preocupar-se com alguém, ainda expressa precaução, cautela, diligência, desvelo e inquietação de espírito.

Collière (1999, p. 29) define cuidar como “prestar cuidados, tomar conta e, primeiro que tudo, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.

Assim, a manutenção da vida, através do cuidar, está inserida no cotidiano dos homens, durante toda a história da evolução da espécie humana, pois a espécie, para sobreviver, e diante da possibilidade de morrer, utilizava-se do instinto. Posteriormente, esses

se tornaram conscientes, permitindo comportamentos afetivos, aproximando-se da atual concepção de cuidado. (CARVALHO, 2003; WALDOW, 1998).

Considera-se, por conseguinte, que o ser humano progrediu diante das novas necessidades que surgiam, a partir da evolução de habilidades e capacidades, consideradas não só na esfera biológica, mas, também, nas esferas psicológicas e sociais. Do mesmo modo, foi observado, no movimento *hospice*¹⁰ moderno ou cuidados paliativos que, historicamente, cuidavam-se dos enfermos, em fase terminal, visando apenas o alívio do sofrimento devido à lacuna da cientificidade da época. Entretanto, uma mudança ocorreu posteriormente, tornando-se um cuidado especializado, objetivando, também, o controle da dor e dos sintomas.

Esse cuidado especializado no movimento *hospice* moderno deu-se a partir da sensibilidade da Dr^a Cicely Saunders, que, dentro da sua trajetória profissional, possibilitou melhoria no atendimento a esses pacientes.

Resgatando a história da mulher nas práticas de cuidado, Waldow (1998) relata que os cuidados aos incapacitados e idosos; a dedicação à educação dos filhos, a manutenção da casa, o preparo de alimentos e, em muitas culturas e épocas, o preparo de medicamentos caseiros foram cuidados específicos das mulheres. Ainda, nesse sentido, Collière (1999) salienta que as atividades das mulheres eram especificamente tomar conta, cuidar e tratar nos extremos da vida, ou seja, do nascimento à morte.

Na época das Cruzadas, as ordens religiosas da Europa, que abrigavam os peregrinos debilitados e doentes, muitos dos quais morriam posteriormente nessas casas, o cuidado era prestado por irmãs de caridade e consistia, unicamente, em zelar materialmente e espiritualmente por aqueles que contraíam enfermidades próprias da época e onde a morte era inevitável. (PESSINI, 2004).

Dessa forma, o cuidado como parte integrante da vida, principalmente do homem, por ser o único animal a precisar de cuidados para sobreviver quando nasce, passa a ter um perfil não só de instinto de sobrevivência, mas, também, como cuidado humano, em que a compaixão, a misericórdia, a humildade, o amor eram e continuam sendo fundamentais.

Posteriormente, muitos *hospices* foram abertos, utilizando a mesma modalidade de serviço oferecidos nas hospedarias de descanso, dos viajantes na Idade Média, inclusive o *Our Lady's Hospice*, que era uma casa para alojar pacientes em fase terminal de doença e foi

¹⁰ A palavra *hospice* é uma palavra inglesa que deriva do latim “*hospes*” que procede da expressão “*hospitum*”, a qual significa casa que acolhe os peregrinos medievais.

fundado em 1846, por madre Mary Aikenhead, contemporânea de Florence Nightingale. (PESSINI, 2004).

Nesse contexto, Florence Nightingale tornou-se precursora da enfermagem moderna, após seu trabalho junto com 38 enfermeiras no hospital militar, durante a guerra da Criméia (1853-1856), na Turquia, ficando desde então, conhecida como a “Dama da Lâmpada”, (PESSINI, 2004; WALDOW, 1998).

Por esse período, o cuidar de Enfermagem já havia se tornado profissional. Conforme Waldow (1998, p. 35), a essência da Enfermagem pode ser definida como “ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem estar ou o *status* de saúde dos indivíduos, famílias grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental”.

Com o advento do capitalismo e, após a primeira e a segunda guerras mundiais, as transformações do papel da mulher na sociedade foram importantes, propiciando mudanças na forma de cuidar. Isso permitiu a Cicely Saunders levar adiante seu sonho de ser enfermeira, apesar dos seus pais já terem sido contra essa escolha, fazendo com que ela fosse estudar política, filosofia e economia. (PESSINI, 2004).

Desse modo, embora tenha estudado e se formado na Escola de St. Thomas Hospital, Nightingale School em Londres, Saunders, apesar de formada, não pode dar continuidade ao seu trabalho profissional, devido a problemas de saúde. Então, seguiu novamente para a faculdade e estudou teoria política e administração pública e social, demonstrando, entretanto, sua necessidade de estar próxima dos enfermos, sentimento comum naquela época.

Diante dos trabalhos voluntários como assistente social, com enfermos em fase terminal, Saunders percebia que esses pacientes precisavam de muito mais do que era propiciado pelos *hospices*, o que foi comprovado após sua convivência no ano de 1948, com David Tasma, judeu portador de um câncer incurável, que lhe deixou algumas libras, o que possibilitou “comprar a janela” do futuro empreendimento de Cicely.

Durante essa convivência, Tasma relatava que seus desejos eram: aliviar a dor causada pela doença de base e ter uma pessoa para lhe ouvir e atender suas necessidades. A partir desse momento, Cicely já sabia o que deveria ser feito. Assim, foi estudar medicina, no intuito de se tornar autônoma e, em 1967, fundou na Inglaterra o *St. Christopher's Hospice* (SANCHO, 1988; PESSINI, 2004).

Desse modo, essa extraordinária mulher foi responsável pela modificação no tratamento da dor e dos sintomas nos pacientes sem possibilidade de cura, unindo os recursos farmacológicos aos de apoio sociopsicológico e espiritual.

Percebe-se que, a multiprofissionalização de Cicely Saunders e sua sensibilidade ou talvez, sua religiosidade, propiciou-lhe uma visão holística no cuidado desses pacientes, porque o cuidado, conforme Waldow (1998) compreende o sentido de afeição, preocupação, assim como o de responsabilidade pelas pessoas necessitadas. Ele é humanizado e holístico, por compreender o indivíduo na sua esfera biopsicosocioespiritual. Nesse sentido, a sensibilidade de Saunders pode ser percebida nessa mensagem: “No cuidado no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, e faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte”. (PESSINI, 1994, p. 99).

Registra-se que, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), flagelo que surgiu nos anos 80, do século passado, acompanhado de discriminação e preconceito por estar relacionada ao tabu do sexo, passou a ser assistida conforme a filosofia dos cuidados paliativos, considerando-se a inexistência de uma terapêutica sem possibilidade de cura. Até então, o cuidado paliativo estava voltado exclusivamente para as doenças oncológicas.

Contudo, apesar dos preconceitos que ainda permeiam o paciente portador do vírus HIV, o cuidado humano, como uma atitude ética inclui a percepção e o reconhecimento dos direitos uns dos outros. Segundo Noddings (citada por WALDOW, 1998), o cuidado ético é a ação realizada “no sentido de fazer o que é moralmente correto”, ou seja, nem sempre o cuidado é realizado naturalmente e de forma desejável. Assim, Waldow (1998) refere que o cuidado humano como atitude ética “é entendido como uma forma de viver em que seres humanos tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio, em relação a seus próprios atos, em função do bem-estar dos outros”. A Enfermagem como profissão do cuidar, deve ser exercida de forma integral e ética, promovendo ações, diante das necessidades do indivíduo e da família, não permitindo, que os fatores ideológicos e culturais interfiram nesse cuidado.

Juntamente com o surgimento da AIDS, todo o mundo passou por uma modificação progressiva do perfil demográfico da população e, conseqüentemente, epidemiológico. Essa modificação deveu-se à evolução da saúde mundial, a partir da melhoria na infraestrutura sanitária dos países em desenvolvimento e do desenvolvimento da tecnologia científica, colaborando com diagnósticos e tratamentos de doenças, temidas no passado, tais como às infecciosas e parasitárias que, no ano de 1980, já ocupavam o sexto lugar entre as causas de morbimortalidade da população brasileira. (BRASIL, 2000).

Nesse contexto, de mudança no perfil da população, o Brasil que, em 2008, já contava 21 milhões de idosos, vem experienciando deficiência importante nos serviços de saúde, para atender ao perfil de pacientes, acometidos por doenças não transmissíveis e progressivas que,

em sua maioria são idosos e tendem a precisar de cuidados paliativos, conforme já relatado. (IBGE, 2009).

É, nesse sentido, que o movimento *hospices* moderno, vem sendo implantando em todo o mundo, sendo amparado legalmente nos EUA, e apoiado desde 1980 pela OMS, que vem incentivando o desenvolvimento de programas de controle dessas doenças, destacando-se o câncer, que incluem prevenção, detecção precoce, tratamento curativo, alívio da dor e cuidados paliativos.

Assim, a filosofia dos cuidados paliativos afirma a vida e encara o processo de morrer como um processo normal; não apressa nem adia a morte; procura aliviar a dor e outros sintomas desconfortáveis; integra os aspectos psicossociais e espirituais; oferece um sistema de apoio e ajuda aos pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até a morte; disponibiliza um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com essa situação, durante a doença e no processo de luto. (MCCOUGHLAN, 2004; ORTIZ, 1993).

Tais princípios objetivam melhorar a qualidade de vida, envolvendo os fatores físicos, sociais, emocionais, psicológicos e religiosos, devendo o paciente e a família constituir uma unidade de trabalho; dar suporte e conforto, potencializando autonomia e respeitando os direitos e as decisões do paciente, a partir de informações objetivas e verdadeiras; oferecer serviço de assistência nas 24 horas do dia e sete dias por semana, oferecendo cuidados continuados até o final de todo processo, com a participação de uma equipe multidisciplinar.

Dessa maneira, os cuidados paliativos vêm abolir a visão de que o cuidado tem como foco apenas a cura do corpo doente que, por sua vez, é visto de forma fragmentada, como objeto ou máquina, destituindo-o do ser, da riqueza e diversidade das suas experiências subjetivas, isolando-o de seu meio e negando-lhe seu próprio viver e saber. (SILVA, 1997).

Essa autora mostra novo paradigma, emergente, chamado de cuidado transdimensional, que “amplia a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde-doença, tendo como ênfase a vida em suas diversificadas formas de expressão”. Assim, pode-se dizer: “O cuidado transdimensional extrapola o processo saúde-doença e tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, de qualidade de vida no planeta”. (p 18).

1.4 CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA

A maior presença de enfermidades não transmissíveis, progressivas e incapacitantes, em virtude da crescente longevidade, tem promovido mudanças nas prioridades pessoais

sobre a vida. De tal modo, que não importa mais a quantidade de anos vividos, mas, sim, a qualidade com que eles são vividos. (ASTUDILLO *et al*, 2000).

O envelhecimento atual da população leva-nos a crer que, não mais em um futuro, mas na conjuntura atual, o profissional de enfermagem, atenderá um número elevado de pessoas idosas, no processo de finitude. Pacientes geriátricos constituem, atualmente, o maior grupo de pessoas que necessitam dos cuidados paliativos e, isso se deve a presença de pluripatologias, que atingem os diversos sistemas, e que não respondem mais aos tratamentos curativos e de reabilitação.

Por isso, há interesse crescente em incorporar atitudes e terapêuticas dos cuidados paliativos, voltadas para o grupo etário que mais cresce em todo mundo, destacando que os cuidados de conforto oferecidos aos enfermos com câncer podem proporcionar os mesmos benefícios aos idosos. Sendo assim, Astudillo *et al* (2000, p.12) afirmam que a geriatria é um campo fértil para o desenvolvimento dos cuidados paliativos (CP), pois dispõe de conhecimentos específicos sobre o manejo e evolução das fases das doenças irreversíveis, em estágio avançado; conhece os recursos socio sanitários, direcionadas a atenção a pessoa idosa e possui experiência na assistência domiciliar, atuando com visão integral do enfermo, valorizando a multi e interdisciplinaridade.

Conforme Gil (1994) e Colell-Brunet (2008), existem algumas diferenças na atenção aos idosos em cuidados paliativos, a nível físico, emocional, social, espiritual e ético. De modo geral, a presença de estados confusionais, demência, acidente vascular cerebral, dificuldade de comunicação, alto nível de dependência, ocasionam baixa qualidade de vida e ambiente afetivo inapropriado, requerendo atuação peculiar dos profissionais que trabalham com esses pacientes. (COLELL-BRUNET, 2008).

Em relação ao nível físico destaca-se, também, que a presença de pluripatologias e seus múltiplos sintomas dificultam o diagnóstico da enfermidade incurável e o tratamento específico, levando esses idosos a uma debilidade e desgaste lento e com morte rápida. Outro aspecto importante a ser destacado, é que as alterações fisiológicas, próprias do envelhecimento, contribuem para uma farmacocinética e farmacodinâmica específica dessa idade, tornando-se risco diferenciado, pela maior presença de efeitos indesejados. (ASTUDILLO; MENDINUETA, 2000).

Ressalta-se que, devido às muitas perdas, como: trabalho, funcional, independência econômica, amigos e familiares, vivenciadas pelos idosos, Gil (1994) afirma que eles aceitam melhor a morte, preocupando-se muito mais com a qualidade de vida, do que com a quantidade, caracterizando a diferença a nível emocional.

No que diz respeito às perdas sociais, os muitos problemas encontrados incluem: solidão, econômico, conflitos intergeracionais e presença de cuidadores familiares, com idade muito avançada. Por isso, os problemas a nível espiritual apresentam-se em diferentes dimensões, requerendo, portanto, maior apoio. Além disso, o nível espiritual é marcado pelo vazio de experiências entre o idoso e as pessoas que dele cuidam. Nos múltiplos dilemas que caracterizam o nível ético, destacam-se aos subtratamentos que os idosos são submetidos, devido a crença de que os procedimentos são agressivos para esses pacientes, de organismo dito incompetente. Assim, os investimentos são restritos e insuficientes, causando maior sofrimento. (GIL, 1994).

Portanto, é imprescindível a compreensão de que o cuidado paliativo, oferecido aos idosos, não deve se limitar a retirada dos tratamentos agressivos, mas, sim, oferecer medidas para melhorar a qualidade de vida através de: 1) controle dos sintomas físicos e emocionais; 2) manutenção da funcionalidade e autonomia do paciente; 3) planejamento dos cuidados; 4) oferecer informação adequada ao enfermo, para que ele possa decidir, com respeito a sua autonomia; 5) reconsiderar a necessidade de cuidados agressivos diante da terminalidade; 6) buscar conforto para o paciente e sua família; 7) valorização global da qualidade de vida; 8) apoio a sobrecarga familiar; 9) proporcionar a continuidade dos cuidados por profissionais capacitados para responder as múltiplas necessidades físicas e emocionais do paciente e 9) prover-se de protocolos de luto para a atenção aos familiares, especialmente cônjuges, os quais têm maior risco de sofrer problemas associados, como depressão, isolamento social e deterioração funcional. (ASTUDILLO *et al*, 2000).

Os idosos candidatos aos cuidados paliativos não são relacionados apenas pela existência de patologias incuráveis, mas, também, pelo tipo, grau e curso das alterações concomitantes, assim como pelas atitudes que a pessoa adota frente a elas, podendo, ainda, ser devido às complicações inesperadas da terapêutica.

Os CPs geriátricos podem ser oferecidos aos portadores de enfermidades oncológicas e não oncológicas incuráveis. De acordo com o tempo estimado de vida, se assim é possível fazer, as doenças oncológicas susceptíveis aos cuidados paliativos apresentam seis meses de vida, já as não oncológicas é difícil determinar o tempo, pois são enfermidades não transmissíveis avançadas de um órgão, tais como: respiratório, cardíaco, renal, hepático, entre outros. Além de demência, enfermidades degenerativas do Sistema Nervoso Central (Esclerose Lateral Amiotrófica, Parkinson), idosos frágeis¹¹, psicopatias crônicas e comas

¹¹ Maiores de 80 anos de idade, que apresentam ou tem maior risco de apresentar os cinco I'S Geriátricos (imobilidade, instabilidade postural, insuficiência cerebral, incontinência e iatrogenia).

irreversíveis. (ORTEGA, 2000; ASTUDILLO; MENDINUETA, 2000; CEBRIÁN; JIMÉNEZ, 2000).

Diante do perfil e da evolução dos agravos dos idosos em cuidados paliativos, a presença de sintomas físicos e emocionais são de difícil manejo em decorrência de comorbidades, incapacidades, problemas econômicos e mudanças que vão intervir no suporte social. Gil (1994) relata que, no estágio final da doença, a confusão mental é comum em 40% dos casos; a agitação (10%) e a incontinência e as úlceras são mais frequentes nesse grupo, podendo apresentar, também, outros como insônia, dispneia e dor, todavia, com uma frequência menor, em relação às doenças oncológicas.

Fadiga, náuseas e vômitos, constipação, anorexia, ansiedade, convulsão, diarreia, disfagia, aftas bucais, obstrução intestinal, produção de secreção, dentre outros sintomas, também estão presentes em idosos com doenças progressivas e avançadas (BURLÁ, 2002; CEBRIÁN; JIMÉNEZ, 2000).

Estudos mais recentes como o de Solano (2009), sobre a frequência, gravidade e duração dos sintomas, no último ano de vida de idosos, identificou que os mais frequentes foram: dor (78%); fadiga (68%) e dispneia (60%), sendo a dor, fadiga e dispneia os mais intensos. Os sintomas que duraram 06 meses ou mais foram: dor, fadiga e depressão e, já na última semana de vida, a fadiga, incontinência urinária, anorexia, dispneia e dor foram os mais frequentes. Identificou, ainda, que a causa de óbito mais frequente, entre os 81 idosos investigados, foram neoplasia, pneumonia, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva.

Nesse cenário, a Enfermagem deverá traçar sua assistência com base na identificação precoce e avaliação sistematizada da resposta do enfermo, frente ao cuidado oferecido, sendo imprescindível a utilização de instrumentos que permitam realizar diagnósticos e avaliar globalmente a situação. Os aspectos físicos, funcionais, as necessidades básicas, os sintomas e os aspectos psíquicos, referidos diante do sofrimento, podem ser avaliados por meio de escalas objetivas, as quais facilitarão a gestão do cuidado, conforme explicitado no quadro abaixo.

Quadro 1. Sinais e sintomas presentes nas pessoas idosas em cuidados paliativos e os principais instrumentos de avaliação conforme área de valorização e classe.

Áreas de Valorização	Classe	Sinais e Sintomas	Instrumentos de Avaliação
1.Domínio Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade/exercício; • Conforto; • Nutrição; • Autocuidado; • Sono/Repouso; • Valores/crenças; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga • Náuseas/vômito • Dor • Anorexia/caquexia • Insônia • Transtorno do padrão do sono • Sofrimento • Medo da morte 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas analógicas visuais; • Escalas Numéricas; • <i>Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)</i>; • Índice de Katz;
2.Domínio Fisiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminação • Líquidos/Eletrólitos • Neurocognição • Função respiratória • Função cardíaca • Função farmacológica • Integridade tissular 	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária e fecal; • Obstipação intestinal; • Diarreia; • Retenção urinária; • Desidratação; • Confusão mental; • Dispneia; • Tosse; • Mucosite; • Úlcera por pressão; • Polifarmacoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de <i>Barthel</i> • Índice de <i>Norton</i> de Risco de Úlcera por pressão • Mini exame do Estado Mental (MEEM); • <i>Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)</i>;
3.Domínio Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação • Afrontamento • Emocional • Relações 	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientação; • Estados confusionais; • <i>Déficit</i> cognitivo; • Ansiedade; • Depressão • Medo; • Companhia, apoio familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Geriátrica de Depressão (<i>Yessavage</i>); • <i>Apgar Familiar</i>;

Fonte: AMARAL, J. B.; POVEDA-MARTORELL, M. A.; MENEZES, M. R. A enfermagem e os cuidados paliativos a pessoa idosa. In: SILVA, R.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. (org). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo (SP): Martinari, 2012.

A hospitalização, em algumas situações de cuidados paliativos, é imprescindível e ela ocorre diante da dificuldade do controle dos principais sintomas, em domicílio, e ainda a partir do esgotamento físico e mental da família, perante a rotina do cuidado. Para Oliveira (1983), a hospitalização é uma condição traumatizante em qualquer faixa etária, porém, na velhice ela repercute no equilíbrio de vida, nos hábitos gerais e específicos e, no sistema de adaptação, o qual é precariamente mantido. Destaca, ainda, que a hospitalização pode representar para o idoso a proximidade da morte, a expectativa de que não regressará mais ao

local de origem, determinando, também, instabilidade emocional quanto ao abandono pelos familiares.

Quando a hospitalização é permeada pela presença explícita da morte, e tomada pelas sintomatologias mais frequentes como: dor, fadiga, dispneia, náuseas e vômitos, constipação, confusão mental, ansiedade, medo, entre outros, compreendemos que, os cuidados prestados a esses pacientes, não visam medidas heroicas nem agressivas, conhecidas pela expressão “obstinação terapêutica”¹², mas sim, terapêuticas paliativistas, que visam confortar o idoso e família, nos aspectos biopsicossociais e espirituais. (BURLÁ, 2002; CEBRIÁN; JIMÉNEZ, 2000).

O profissional de saúde, paliativista, deve estar preparado para promover corretamente tais cuidados, tornando-se fundamental o cuidado humano e a preocupação com os sentimentos. Carvalho (2003) cita que o papel do enfermeiro no processo do cuidar pode promover uma qualidade de vida mais satisfatória para estes pacientes, através das ações do cuidar.

A seguir, discutir-se-á a dor como sintoma mais frequente em cuidados paliativos conforme Solano (2009), sendo ela escolhida, na pesquisa, para avaliar a sua ressonância, através do uso da música.

1.4.1 Dor

Conceito

A Dor é conceituada, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1994), como “uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal comprometimento”.

A IASP, através desse conceito, propõe que os aspectos subjetivos da sensação álgica sejam considerados pelos profissionais, pois o protagonista das definições anteriores era o estímulo agressivo. Todavia, nem todas as agressões podem ser detectadas mediante a tecnologia ao nosso alcance, assim como as mudanças ocorridas no sistema nervoso central

¹² Segundo Pessini (1994), *L'acharnement thérapeutique* (obstinação terapêutica) foi uma expressão introduzida na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray, no início dos anos 1950 e definida por Pohier como: comportamento médico, que consiste em utilizar processos terapêuticos, cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a ser curado, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis.

que, com o passar do tempo, demonstram a plasticidade desse sistema. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992).

Portanto, as interconexões neurológicas, possíveis no organismo humano, não assumem relação fixa de estímulo-resposta, que as definições anteriores traziam para a dor, permitindo, dessa forma, que o conceito de dor total evoque os vários componentes indissociáveis dessa sensação e contemple o indivíduo em sua plenitude. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992; PAEILE; BILBENY, 1997).

Nesse sentido, o conceito de dor total foi formulado por Cecily Saunders, em 1960, para assegurar aos enfermos com dor, a abordagem multidisciplinar, contemplando uma equipe multiprofissional, por considerar, também, os elementos emocionais, psicológicos, sociais e espirituais dessa dor. (PESSINI, 2004).

Esse evento, é a causa mais frequente de sofrimento e incapacidades que afeta milhares de pessoas, em todo mundo, sendo um dos fatores principais, que afetaram o curso dos acontecimentos humanos. Isso é vislumbrado no cotidiano do cuidado a pessoas com doenças progressivas e não curáveis, porque elas se deparam com o processo de enfermidade, de despedida dos entes queridos, de resolução de problemas econômicos, do medo da morte em uma cultura que nega essa certeza, e de compreender o real sentido da sua vida. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992).

Assim, diante dos fenômenos mentais e físicos que acompanham a sensação dolorosa, os profissionais de saúde se deparam com questionamentos significativos, sobre como e o que fazer para ajudar essas pessoas, com diferentes tipos de dor, a se sentirem confortáveis. Porém, apesar dos avanços tecnológicos e científicos da neurobiologia e da química da dor, após a introdução da teoria da comporta, por Melzck e Wall em 1965, ainda se faz urgente que o controle da dor deva ser reconhecido como prioridade. (MCCAFFERY; BEEBE, 1992).

A dor como o quinto sinal vital

A dor como “quinto sinal vital”, segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), foi reconhecida e citada pela primeira vez, em 1996, por James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor). Essa é uma proposta que visa conscientizar e sensibilizar os profissionais de saúde para a identificação, avaliação e tratamento adequado da dor no âmbito hospitalar, o qual está repleto de ações e situações causadoras de dor. Para James Campbell (1996), citado pela SBED: se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo dado aos outros sinais vitais haveria melhor chance de se promover tratamento adequado.

Nesse contexto, muitas instituições criaram estratégias, voltadas para implantação da dor como quinto sinal vital através da educação continuada, utilizando impressos de fácil utilização, nas diversas categorias, e de adereços, que pudessem ressaltar a responsabilidade profissional, perante o alívio da dor.

Entretanto, os profissionais de enfermagem ainda se deparam com rotinas e sistemas de saúde que dificultam o desejo de atender a essa necessidade humana. Somando-se a essa realidade, muitas instituições ainda carecem de registro adequado e de método sistematizado, para se anotar todas as medidas de dor para o paciente e se elas são seguras e efetivas.

Teorias da dor

Apesar de não se conhecer o mecanismo exato da transmissão e percepção da dor, as investigações neurofisiológicas, psicológicas, sociológicas e antropológicas contribuíram, significativamente, para a construção de teorias sobre dor ao longo do tempo.

No entanto, uma teoria nem sempre representa um feito real, todavia estimula o pensamento e proporciona as bases para a investigação. Watson (2002a, p.8), afirma que a teoria “é um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenômeno”. Também, para a enfermagem, as teorias sobre a dor oferecem um marco conceitual, para investigações e métodos específicos para o seu alívio.

Neste estudo, escolheu-se a teoria de controle da comporta de Melzack-Wall por ela possuir relação direta com o mecanismo neurofisiológico da música, no corpo humano.

A teoria original de Melzack-Wall, datada de 1965, é conhecida como *gate-control theory of pain*, e presumiu que os impulsos nervosos provocados por estímulos periféricos eram transmitidos a três sistemas: células da substância gelatinosa; vias das colunas dorsais, que são conduzidas ao cérebro e células transmissoras da medula espinhal, que mediam a transmissão da informação aos centros cerebrais. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992).

Posteriormente, Melzack e Casey, em 1968, ampliaram essa teoria, incluindo os sistemas de projeção neoespino-talâmico e paleoespino-talâmico, como também os processos neocorticais. Os autores sugeriram que o sistema neoespino-talâmico processa informações discriminativas sensoriais, quanto à localização, intensidade e duração do estímulo. Enquanto que os estímulos que se encaminham para o segundo sistema ativam a estrutura reticular e límbica, condicionando forte componente emocional e de aversão, que envolvem a reação do organismo a dor. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992).

Novamente, em 1982, os autores voltaram a atualizar a teoria, denominando-a de central *gate-control theory*, a qual integra fenômenos facilitadores e inibidores desde a substância gelatinosa aos neurônios transmissores medulares, assim como mecanismos inibitórios, que descendem desde os centros trococerebrais. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992).

De modo geral, as teorias propuseram-se explicar os mecanismos da dor, causada por um dano tissular, dos nervos periféricos ou do sistema nervoso central. Entretanto, as pessoas com dor crônica necessariamente não apresentam lesão, mas, conforme García-Barreno *et al* (1992, p.32), elas sentem e se referem a dor, com os mesmos termos de uma pessoa com enfermidade visível, sendo sua dor psicológica, real.

Fisiopatologia: envelhecimento e dor

A dor em uma perspectiva fisiológica é, segundo Barón e López (2007, p.297), uma modalidade sensorial específica, por consistir de receptores específicos, denominados de nociceptores de vias aferentes específicas e substratos morfofuncionais, também, específicos. A informação nociceptora direta (térmica ou mecânica), ou indireta (inflamação, patologia específica), provoca ativação imediata ou através de mediadores químicos, de receptores especiais (nociceptores), que correspondem a terminações nervosas periféricas de fibras aferentes primárias do tipo A delta e C. Assim, essas fibras agem como transdutoras ao converter o estímulo inicial em impulsos nociceptivos e, em seguida, os transmitem ao sistema nervoso central. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992).

As fibras A delta são terminações sensoriais, mielinizadas de pequeno diâmetro e, por isso, possuem características em função dessa estrutura. Elas conduzem estímulos nocivos do tipo mecânico, em uma velocidade de 5 e 30 metros, por segundos, estando, portanto, relacionadas as conduções rápidas dos estímulos dolorosos mecânicos. Já as fibras C, são terminações nervosas não mielinizadas, com velocidade de condução inferior a 1,5 metros por segundos. Elas respondem a estímulos mecânicos, térmicos e químicos, porém respondem também as substâncias liberadas durante o dano tissular (bradicinina, histamina, acetilcolina e íons de potássio). Essas substâncias ativam os receptores, provocando a liberação da substância P, de histamina, pelos mastócitos e de serotonina, pelas plaquetas. Esses mediadores químicos permitem a instauração de reação inflamatória no foco da lesão, traduzindo-se, entre outros, por hiperalgesia e sensibilização de nociceptores vizinhos. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992; BARÓN; LÓPEZ, 2007).

O estímulo doloroso, ao ser conduzido pelas fibras A delta e C para medula lombar, espinhal e dorsal, provoca sinapses com neurônios motores e simpáticos, produzindo, por conseguinte, respostas reflexas para o SNC. Por isso, García-Barreno *et al* (1992, p.37) referem que os fenômenos ocorridos na região da lesão não é unicamente um efeito periférico, mas um comprometimento dos mecanismos centrais de facilitação sináptica.

Posteriormente, a transmissão da dor alcança o trato espinotalâmico e espinoreticular, configurando os aspectos senso-discriminativos, que transmitem a qualidade, intensidade e localização do estímulo e, os aspectos emotivo-afetivos. Por fim, a informação é conduzida para a percepção nas áreas difusas corticais, subcorticais e do sistema límbico, o qual organiza o componente afetivo desagradável da resposta dolorosa. (GARCÍA-BARRENO *et al*, 1992; BARÓN; LÓPEZ, 2007; CALASANS; AMARAL; CARVALHO, 2011).

Ainda, Barón e López (2007, p.298) relatam que se tem descrito uma série de mecanismos endógenos, inibitórios da informação nociceptiva, todavia os mais conhecidos se localizam a nível espinhal.

Calasans, Amaral e Carvalho (2011), descrevem a fisiologia da supressão da dor:

A supressão da atividade das unidades nociceptivas da medula espinhal é resultante da ativação das células reticulares do tronco encefálico e dependem da integridade das vias descendentes que trafegam pelos quadrantes postero-laterais da medula espinhal e se projetam na substância cinzenta da mesma. Esse complexo sistema supressor de dor é continuamente ativado por estímulos discriminativos que constantemente alcançam o Sistema Nervoso Central (SNC) durante as atividades da vida diária (CALASANS; AMARAL; CARVALHO, 2011 p.11).

Registra-se que, os sistemas serotoninérgico e catecolaminérgico compõem o sistema de modulação da transmissão do estímulo doloroso e, ao serem ativados, liberam substâncias endógenas de caráter peptídico, que exercem ações analgésicas, atuando sobre receptores opiáceos específicos.

Algumas mudanças fisiológicas, impostas pelo processo de envelhecimento, segundo Flores (2007), podem explicar as alterações do processamento das percepções e diminuição da analgesia endógena. São elas: diminuição de até 50% dos corpúsculos de Pancini; redução de até 30% dos discos de Meissner e Merkle; atenuação da densidade e velocidade de condução das vias mielinizadas e aumento das fibras anormais por degeneração; diminuição do número de vias desmielinizadas; perda de neurônios na porção dorsal da medula espinhal; transtorno dos potenciais evocados e diminuição de vários neurotransmissores, como endorfinas e neuropeptídeos.

Dor Total

Reitera-se que o conceito de dor total, foi instituído por Dame Cicely Saunders, durante sua atuação com pessoas enfermas com câncer avançado, que relatavam sensação álgica. Nesse contexto, ela evidenciou, através da sua prática e investigações, que a dor possui aspectos físicos e não físicos, sendo definida por sofrimento, que engloba estímulos físicos, aspectos psicológicos, emocionais, sociais e espirituais das pessoas, ao seu contexto e significado. (HERNANDÉZ, 2005).

Dor física

Geralmente, os especialistas em dor classificam-na, fisicamente, em relação ao tempo e ao mecanismo desencadeante. Em relação ao tempo, a dor é classificada em duas grandes categorias, aguda e crônica. Essa classificação é útil, para avaliação e cuidado ao enfermo e, conseqüentemente, proporciona maior compreensão das diferenças entre elas, levando a um enfoque integral e multidisciplinar da pessoa com dor. (MCCAFFERY; BEEBE, 1992; FLORES, 2007). Segundo o mecanismo desencadeante ou fisiopatológico, a dor pode ser classificada em nociceptiva e neurogênica.

Classificação da dor conforme o tempo ou duração

A dor aguda é considerada como um sinal de alerta, de início súbito e lento, de intensidade de leve a intensa, ao se tratar a causa base, essa dor é resolvida. Deve ter duração curta, inferior a 6 meses e está associada às respostas autonômicas, podendo estar presentes sintomas como sudorese, palpitação, taquicardia, hipertensão arterial, expressão facial, agitação psicomotora e ansiedade.

A dor crônica: dor prolongada, com duração superior a 6 meses, não tem sinal de alerta, a dor permanece com o tratamento da causa básica e provoca repercussões sociais, econômicas e emocionais à pessoas e aos seus familiares.

Classificação da dor conforme a causa desencadeante ou fisiopatológica

A dor nociceptiva subdivide-se em duas classes, somática e visceral. A dor nociceptiva somática apresenta as seguintes características: lesão tissular, que provoca estimulação das

terminações nervosas aferentes; está relacionada a lesões nos sistemas ósseos (fraturas e metástase óssea), articulações ou tecido conjuntivo (distensão muscular); normalmente o paciente pode localizá-la, sendo capaz de indicar o local e descrevê-la como surda, fixa e contínua e pulsátil. (MAUK, 2008).

A dor nociceptiva visceral, também, compreende algumas particularidades, como: ativação dos nociceptores; afecção de órgãos internos; o paciente pode apresentar dificuldade de localizar a dor, por ser difusa. É descrita como intensa, fixa e contínua, do tipo cólica ou como uma sensação de pressão. (MAUK, 2008).

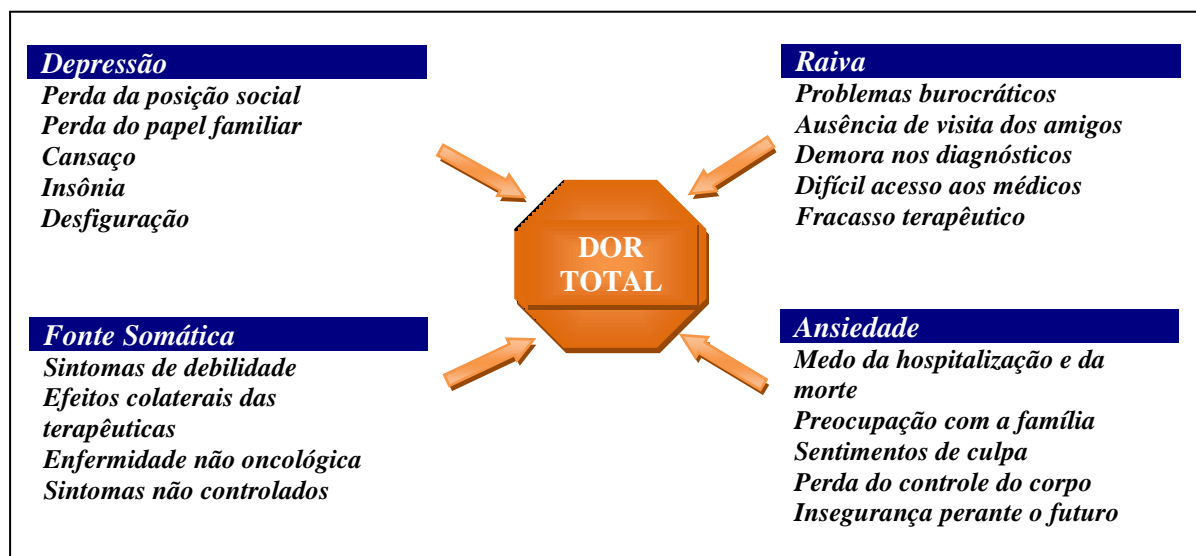
Em relação à dor neuropática, ela é caracterizada por lesão completa ou não dos nervos periféricos ou de estruturas do SNC; pode ser descrita como queimação, torsão, arrancamento ou prurido doloroso; pode ser constante ou intermitente, a exemplo da herpes zoster e da neuropatia periférica. (BARÓN; LÓPEZ, 2007; MAUK, 2008).

Dworkin, Ginsberg e Cohen (2004, p.3) asseveram que pode ser muito difícil ter certeza do tipo exato de dor, experienciada pela pessoa, principalmente porque pessoas com enfermidades não transmissíveis e progressivas apresentam dores mistas, como os idosos.

Dor psicogênica

Barón e López (2007, p. 304), baseados em vários critérios, trazem o conceito de dor psicogênica como de origem meramente psicológica, a qual se apresenta através de um diagnóstico minucioso e eliminatório, uma semiologia atípica, exame clínico normal e de resultados de exames complementares também normais. Entretanto, com base no conceito de dor total, pode-se afirmar que não há dissociação entre os aspectos que permeiam a sensação dolorosa. Ou seja, a dor resulta da combinação de fenômenos físicos e mentais.

Segundo Henandéz (2005, p. 16) e Mccaffery e Beebe (1992, p.14), o contexto das pessoas com enfermidades avançadas com dor, sofre a influência de fatores como medo, angústia, isolamento, conflitos familiares, espirituais, sociais ou econômicos, resultando em uma síndrome dolorosa, de difícil manejo, chamada de dor psicossocial. Para tanto, é imprescindível uma abordagem multiprofissional com implementação de terapêuticas farmacológicas e de suporte. (Figura 6).

Figura 1. Representação do conceito de dor total

Fonte: HERNANDEZ, J.J.C. Etiologia y patogenia del dolor en el cancer. In: Villoria. C.M. **Dolor oncológico reunión de expertos**. Salamanca: Fundacion Grunenthal, 2005, 121p. Traduzido pela autora

Dor e envelhecimento: epidemiologia

Na geriatria, as considerações e necessidades especiais da pessoa idosa com dor, ainda costuma ser negligenciadas. Mesmo com o continuo crescimento desse segmento da população, em quase todo o mundo, as investigações sobre o efeito da idade nas diversas modalidades de controle da dor, também são escassas. (MCCAFFERY; BEEBE, 1992).

Dessa maneira, pessoas idosas sofrem, frequentemente, de dor aguda e crônica, devido à presença de múltiplas patologias, ocasionando utilização de numerosos fármacos. Apesar de este conhecimento já ser de ordem pública, principalmente com o envelhecimento populacional, também as investigações sobre a dor, no idoso, são insuficientes no contexto brasileiro, o que é surpreendente, porque segundo Herr e Garand (2001) e Flores (2007), a prevalência da dor nessa população, costuma ser duas vezes maior, em comparação com pessoas de idade inferior a 60 anos.

Além disso, as estimativas de prevalência sugerem que, aproximadamente, 60% dos idosos, que vivem na comunidade, apresentam quadros algicos, enquanto que 80% dos indivíduos frágeis e residentes em instituições de longa permanência manifestam dor, mesmo com a suposta facilidade e continuidade do cuidado. (HERR; GARAND, 2001; FLORES, 2007). Nas enfermidades avançadas, a dor está presente em mais de 65% dos pacientes idosos, sendo 2/3 no câncer avançado e 1/3 nos demais agravos. (GIL, 1994; LLORENTE; ERRANDONEA, 2000; SOLANO, 2009; ASTUDILLO; MENDINUETA, 2000).

Dor e envelhecimento: conceitos errôneos

Faz-se necessário discutir as crenças errôneas sobre a dor nas pessoas idosas, uma vez que elas podem ser empecilhos para visão ativa de profissionais e pesquisadores do tema. Bricola (2005, p. 219) destaca, em porcentagens, os fatores que contribuem para o manejo inadequado da dor no idoso, a exemplo de: avaliação inadequada da dor, em 76% dos casos; receio de prescrever opióides, 61%, e conhecimento insuficiente da equipe sobre o manejo da dor, 39 %.

Dessa maneira, o primeiro aspecto errôneo, presente no senso comum, é de que a dor é um processo natural do envelhecimento. Na verdade, o idoso tem maior risco de sofrer numerosos transtornos que produzem dor como, artrite, doenças cardiovasculares, osteoporose e câncer, além de ocorrências frequentes de quedas e fraturas, não sendo a dor, nesses casos, naturais do envelhecimento.

O segundo é aquele, onde a percepção dolorosa ou a sensibilidade diminuem com a idade. Esse juízo é inseguro e generalizado, em virtude de alguns casos de apresentação atípicos, de dor nas pessoas idosas, como por exemplo, no infarto agudo do miocárdio, que pode causar sofrimento intenso e desnecessário, como também, conduzir ao tratamento insuficiente da dor e das suas causas.

Nesse sentido, as consequências do não tratamento da dor, no idoso, afetam consideravelmente sua qualidade de vida, pois além dos riscos fisiológicos associados, como por exemplo, supressão da tosse, com retenção de secreção pulmonar, identifica-se, também, presença de depressão, alteração da função cognitiva, distúrbio do sono, habilidades funcionais prejudicadas, socialização diminuída, seguidos do aumento do uso dos serviços de saúde, acarretando maior custo pelas intervenções exigidas. (MCCAFFERY; BEEBE, 1992; HERR; GARAND, 2001; MAUK, 2008).

Portanto, em relação ao segundo senso errôneo, cabe destacar que a falta de informação da dor, pelo idoso, não deve ser interpretada pelos profissionais como a ausência da mesma, como também, a utilização de palavras suaves pelos idosos, para caracterizar sua dor, não deve ser subestimada. (MCCAFFERY; BEEBE, 1992; MAUK, 2008).

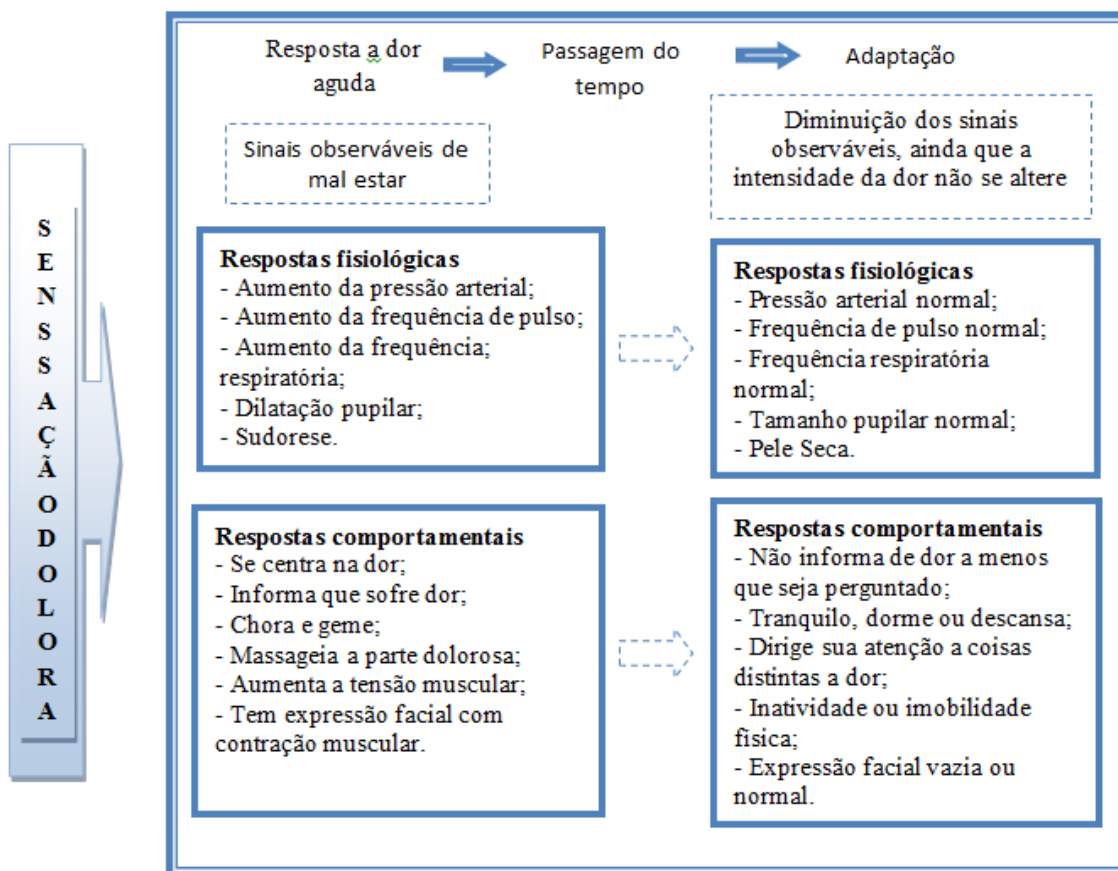
O terceiro senso comum, errôneo, é o de que, os efeitos secundários dos opióides são perigosos para analgesia, no idoso. A ausência de controle e evolução da sua resposta, frente à utilização dos opióides, é o grande problema para a manutenção dessa crença, pois as alterações na farmacocinética e na farmacodinâmica, ocasionadas pelo processo fisiológico do envelhecimento, não são suficientes para impedir a utilização desse fármaco.

Mccaffery e Beebe (1992, p.328) corroboram que o ajuste das doses e dos intervalos entre as doses desses fármacos, além da disponibilização de antídotos, que evitam a depressão respiratória, é imprescindível para impedir os possíveis efeitos indesejados.

O quarto senso comum errôneo retrata que, se o paciente geriátrico está distraído, ocupado ou dormindo, ele não está sentindo dor. A presença ou ausência da dor não está pautada unicamente no comportamento do indivíduo, porque muitos fatores podem minimizar a expressão de dor, como por exemplo, a percepção da pessoa idosa de não poder expressá-la.

Desse modo, o comportamento frente à dor pode sofrer adaptações com o passar do tempo. Mccaffery e Beebe (1992, p.14) apresentam um modelo modificado de dor aguda *versus* adaptação (Figura 7), no qual revela essa adaptação das respostas fisiológicas e comportamentais do indivíduo, com a continuidade da sensação álgica em segundos ou minutos, significando que os sinais, observáveis, de resposta fisiológica e comportamental à dor aguda diminuem, mesmo com o prolongamento e a manutenção da intensidade dor.

Figura 2. Modelo de dor aguda *versus* adaptação



O quinto senso comum, errôneo, sobre dor em pessoas idosas é o de que tal sensação é um sintoma da depressão e, com o tratamento dessa enfermidade ocorrerá o alívio da dor. Mccaffery e Beebe (1992, p.252) referem que, na verdade, a dor crônica causa depressão e, que alguns tipos dessa doença, podem estar presentes no início dos quadros álgicos. Além disso, a preexistência da depressão pode dificultar o controle da dor, sendo importante diferenciar os sintomas de depressão e da dor, porque há semelhanças entre eles. (Tabela 1).

Quadro 2. Aspectos da dor crônica não oncológica e a depressão

<i>Depressão sem dor</i>	<i>Resposta da dor crônica não oncológica</i>
Os cinco primeiros sintomas não são apenas aspectos da depressão, mas também respostas habituais a dor crônica independente da depressão ou ausência desta.	
1. Perda ou aumento do sono	1. Geralmente o aumento do peso, com frequência devido a redução da atividade física ou a um excesso de ingestão devido ao aborrecimento e a incapacidade para dedicar-se a outras atividades desejadas
2. Insônia ou hipersonia	2. Insônia devido a falta de alívio da dor ou hipersonia em virtude ao uso das medicações ou a fadiga extrema por dor de intensidade forte e prolongada ou por gasto de energia necessário para realização de algumas atividades
3. Diminuição das atividades sociais, sexuais e laborais.	3. O mesmo, porém geralmente não se deve a falta de interesse, mas a diminuição da habilidade física ou o aumento da dor no desenvolvimento das atividades.
4. Fadiga e falta de energia	4. O mesmo. Pode estar relacionado com o aumento da energia requerida para se adaptar a dor, como por exemplo, mudança do estilo de vida para manter o controle da dor, ou devido a falta de condições físicas geradas pela inatividade ou causa de medicações sedativas.
5. Dificuldade de concentração	5. O mesmo. Devido a dor não aliviada ou uso de medicação sedativa.
Estes dois últimos não são característicos de qualquer tipo de depressão, mas são também características da depressão causada pela dor crônica	
6. Sentimentos de inutilidade	6. O mesmo. Devido à perda de habilidade funcional, em decorrência das ações e posturas negativas dos profissionais em relação as suas queixas e expressões perante a dor.
7. Ideias e tentativas de suicídio	7. O mesmo. Devido a ideia de que a falta de controle atua sobre a dor e/ou a incapacidade para desenvolver as atividades ou culpar-se pela situação.

Fonte: MCCAFFERY, M, BEEBE, 1992. Traduzido pela autora.

Deve ser destacado que, a falta de adaptação em relação às mudanças físicas, sociais, econômicas e familiares, impostas pela velhice, pode contribuir para o aparecimento de apatia, de isolamento, baixa autoestima e de ilusão, repercutindo, conseqüentemente, na saúde física e mental dessas pessoas. (GARCÍA; MUNTAMÉ, 2011). Segundo OMS, os transtornos mentais costumam estarem presentes em 25% da população idosa, sendo a depressão a mais frequente, contribuindo para uma visão restrita de profissionais, relativas à presença e causa da dor, nos idosos. (MARTI; MORA, 2011).

Diante dessas considerações, fica evidente que as queixas álgicas devem ser identificadas e valoradas pelos profissionais, a fim de que a terapêutica implementada possa oferecer alívio, inclusive, na depressão. Para tanto, é importante desmistificar os preconceitos em relação à dor na pessoa idosa, e oferecer-lhes dignidade, com uma abordagem técnica, científica e humana. Ressalta-se, ainda que, segundo Astudillo e Mendinueta (2000), com o tratamento adequado a dor no idoso, ela é corrigida em 75 a 90% dos casos.

Dor e envelhecimento: avaliação da dor no idoso

Para Burlá e Py (2004, p. 128), “é mais difícil controlar um episódio de dor do que prevenir sua recorrência”. Portanto, para que haja o seu controle adequado, é importante um processo de valorização por parte do (a) enfermeiro (a), que deve reunir informações suficientes, do paciente, para que lhe permita compreender tal experiência e os efeitos da dor, sobre sua vida. Com base nesses dados, o profissional de Enfermagem deverá planejar e avaliar os cuidados a serem prestados, de forma dinâmica e individualizada, uma vez que, a dor é raramente estática.

Assim, avaliar a dor no idoso requer, na maioria das vezes, utilização de instrumentos, que possibilitem ajudar a pessoa enferma a descrever a sua dor. As escalas, habitualmente utilizadas para o dimensionamento da dor, apresentam aspectos unidimensionais e multidimensionais. Os instrumentos unidimensionais quantificam a intensidade da dor, enquanto os multidimensionais quantificam-na nas suas múltiplas dimensões. Porém, ressalta-se que nenhum dos instrumentos apresentados foi formulado intencionalmente para os idosos, mas se adequam às especificidades desse grupo etário.

Dessa maneira, as escalas unidimensionais, que visam quantificar a intensidade da dor são: 1) numéricas (EVN), graduadas de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor imaginável (Figura 8); 2) categorias de palavras, que através de descritores verbais o paciente informa se está sem dor, dor leve; moderada, intensa e insuportável. (Figura 9); 3)

visual analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, com dez centímetros de comprimento não numeradas, cujas extremidades indicam as expressões sem dor e pior dor imaginável (Figura 10). As três primeiras escalas são confiáveis e validadas, porém apresentam duas limitações: nem todos os pacientes as compreendem e não valorizam a natureza complexa e multidimensional da experiência dolorosa.

As escalas de faces e de copos são escalas visuais, bastante utilizadas em pediatria e nos pacientes que não compreendem a linguagem escrita, como idosos com baixo grau de escolaridade, ou que apresentam déficit cognitivo, (Figura 11 e 12). A escala de faces pode, também, estar correlacionada com a escala visual analógica, e apresenta cinco desenhos de rosto, que expressam desde felicidade até tristeza e choro. Enquanto que a escala de copos, possui o desenho de cinco copos, contendo líquido em quantidades diferentes, desde vazio até o cheio.

Figura 3. Escala Numérica verbal



Figura 4. Escala de Descritor Verbal

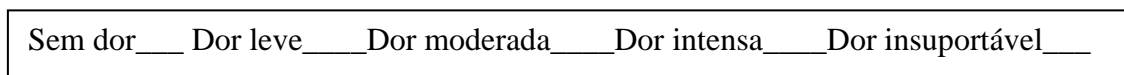
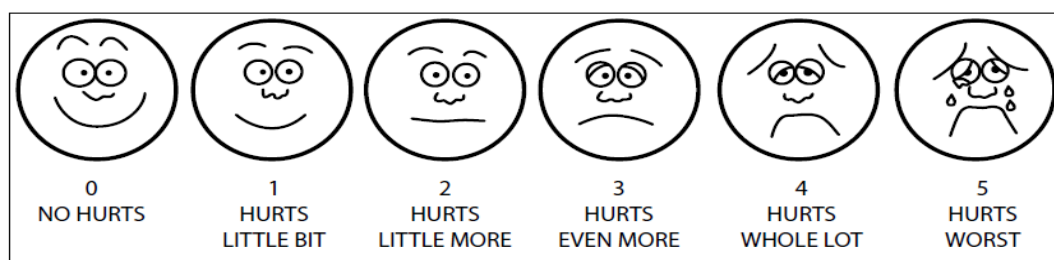


Figura 5. Escala Visual Analógica

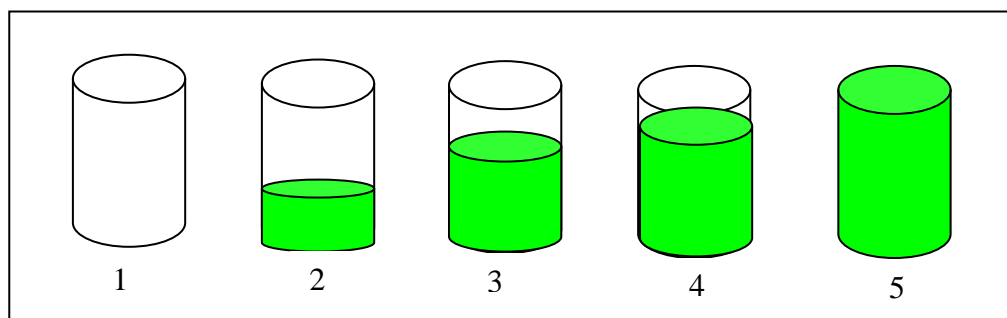


Fonte: ZANON, R. G.; BRASIL, A.K.; IMAMURA, 2006.

Figura 6. Escala de faces de Wong-Baker



Classificação da dor: 0 – sem dor; 1 a 2 – dor leve; 3 – dor moderada; 4 – dor forte; 5 – dor insuportável

Figura 7. Escala de copos de Waley e Wong (1987)

Registra-se que, as vantagens de se utilizar uma escala numérica para descrever a intensidade da dor, incluem: consistência na interpretação e comunicação de qualificação da dor; compreensão mais clara da experiência do paciente; um método para avaliar a eficácia das intervenções realizadas. Em relação às desvantagens do uso das escalas unidimensionais, estudos de Andrade, Pereira e Sousa (2006) e de Ciena *et al* (2008), por exemplo, apresentam que a EVA não deve ser um instrumento de escolha para verificação da intensidade da dor em idosos com declínio cognitivo e baixo grau de escolaridade. Todavia, Andrade, Pereira e Sousa (2006) informam, com base em outros estudos, que a EVA e a Escala de Fácies são as de melhor aplicabilidade, para se verificar a intensidade da dor no idoso, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas moderadas.

Outra desvantagem, apontada por alguns autores, está relacionada à subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa. Entretanto, apesar dessas escalas não permitirem a avaliação da dor nas suas múltiplas dimensões, as escalas unidimensionais ainda são as mais utilizadas em idosos, devido às dificuldades encontradas na interpretação dos escalonamentos, gerados pelo Questionário de McGill, por exemplo. (AUGUSTO *et al*, 2004; ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006; CIENA *et al*, 2008).

Dentre as escalas multidimensionais, comumente usadas, destaca-se "o inventário para dor McGill" ¹³, que possibilita mensurar as diferentes qualidades de dor. Compreende 78 palavras (descritores), organizadas em 4 grandes grupos, com 20 subgrupos, que descrevem os seguintes componentes: subgrupo de 1 a 10 (sensoriais); subgrupos de 11 a 15 (afetivos) e subgrupo 16 (avaliativos da dor). Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens diversos. (PIMENTA, 1994).

¹³ O Questionário de McGill, proposto por Melzack e McGill em 1975, foi adaptado para língua portuguesa e validado por Pimenta e Teixeira em 1996. É um dos instrumentos multidimensionais mais utilizados e difundidos para verificar a dor em pacientes adultos. Nele são registrados, a localização, a intensidade e o comportamento da dor.

O Questionário de McGill apresenta grande evidência da validade, confiabilidade e habilidade, quando usado com adultos jovens, devendo, para Santos *et al* (2006), ser mais bem avaliada a sua aplicabilidade na pessoa idosa. No entanto, estudo longitudinal realizado com idosos, com prejuízo cognitivo grave e que se encontravam institucionalizados em casas de longa permanência, com intuito de verificar a utilidade de quatro escalas de intensidade da dor (Escala de Faces, escala verbal, EVA e Escala de presença e intensidade da dor de McGill – PPI), evidenciou os seguintes resultados: 73% dos idosos conseguiram responder a escala de McGill, seguida da Escala de Faces (61%), EVA (57%) e a Escala Verbal (51%). (WYNNE; LING; REMSBURG, 2000). Mesmo assim, a escala de McGill vem sendo aplicada apenas em pessoas com dor crônica, ao longo do seu tratamento, como apresentado na pesquisa de Ferrel *et al* (1995), que utilizou a escala em 217 idosos com dor neuromuscular e neuropática.

Mccaffery e Beebe (1992, p.252) propuseram um instrumento para valoração inicial da dor, o qual consta de dez itens relacionados, são eles: I. Localização, contendo figuras vista de frente, de costas e de lado que deverá ser sinalizada pelo paciente; II. Intensidade, descrição da intensidade em número ou palavras; III. Qualidade, descrição da dor através de palavras; IV. Início, duração, variação e ritmos; V. Forma de expressar a dor, expressões faciais e postura corporal, descritas pelo paciente, quando a comunicação verbal está preservada, podendo também ser descrita pelos familiares e profissionais; VI. O que alivia a dor, questionamento feito ao paciente, sobre os métodos utilizados em domicílio; VII. Que causa o aumento da sua dor, pergunta realizada para identificar o que provoca aumento da dor, visando, assim, evitá-la durante a hospitalização; VIII. Efeito da dor sobre algumas funções do indivíduo como sono, emoção, apetite, atividade física entre outras; IX. Outros comentários, que não foram abordados durante a entrevista e X. Plano, proposta do plano inicial para o controle da dor.

Nesse contexto, a escolha da escala de avaliação da dor, em cada serviço, deve estar pautada no perfil etário e clínico dos pacientes e na dinâmica da unidade. Porém, para que seja implantada é fundamental que a escolha do instrumento seja discutida com todos os profissionais, de modo a se conseguir maior aderência. A seleção deve ser por uma escala de fácil e rápida aplicação, como também estar fixada em um impresso de acesso a todos os profissionais, a fim de que possam visualizar e analisar as mudanças apresentadas pela pessoa com sensação algica.

Vale ressaltar que, na pessoa idosa, a avaliação mediante uma observação minuciosa das manifestações não verbais como: expressão facial, agitação, mudança de comportamento usual, entre outros, deve ser respeitada e utilizada para evitar julgamentos errôneos, comuns no cotidiano da assistência geriátrica. (FLORES, 2007).

Dor e envelhecimento: estratégias terapêuticas

As estratégias terapêuticas, propostas para o manejo da dor, envolvem processos sequenciais, que devem ser adaptados às necessidades de cada paciente, tais como: aumentar as horas de sono, sem dor; amenizar a dor quando em repouso; aliviá-la durante as atividades ou quando acordado. Flores (2007, p.259) informa que os princípios gerais de controle da dor são aplicáveis ao paciente geriátrico, sendo importante reconhecer todos os componentes e a forma de como se interrelacionam, no intuito de propor medidas lógicas e em múltiplas modalidades, não visando apenas o sintomático.

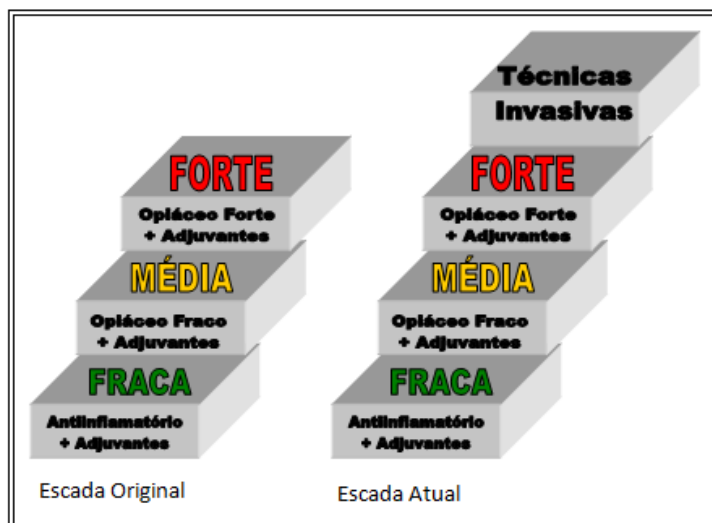
Atualmente, encontra-se disponível ampla gama de recursos, apropriados para o alívio da dor. O emprego de drogas analgésicas é parte dessa estratégia, seguindo-se de procedimentos neurocirúrgicos e de intervenções complementares.

Terapêutica Farmacológica e Neurocirúrgica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou para terapêutica farmacológica, voltada para o alívio da dor, o uso de drogas analgésicas, escaladas em degraus, de acordo com a sua intensidade (Figura 13). Assim, a potência dos analgésicos é aumentada, de acordo com o aumento da amplitude da dor, sendo denominada de escada analgésica. No primeiro degrau, encontram-se os analgésicos não-opioides (analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides), que devem ser prescritos para dor descrita como fraca. No segundo degrau, estão os analgésicos opioides fracos (codeína, tramadol), recomendados para dor moderada e, por fim, no terceiro estão os analgésicos opioides fortes (morfina, buprenorfina, metadona, fentanil), destinados ao alívio da dor forte. A associação ou não a medicamentos adjuvantes, como antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, dentre outros, pode ser adicionada ao tratamento. A via de administração oral é preferida, por ser natural, propiciar menor dependência e de menor custo. (PAVANI, 2000; CHAVES, 2004).

Barón e López (2007, p.316) expuseram que, alguns autores sugeriram uma atualização da escada clássica de analgesia, proposta pela OMS, pois diante dos avanços científicos e investigações realizadas, desde a sua criação, já se faz necessário a colocação de mais um andar. Na figura 13, que representa o esquema de escada analgésica original e a possível escada atual, observa-se a colocação de um quarto patamar, contendo as técnicas invasivas.

Figura 8. Esquema Analgésico para Dor.



Fonte: Barón e López (2007, p.316). Modificado e traduzido pela autora

Destaca-se que, grande porcentagem dos quadros álgicos pode ser controlada com analgesia por via oral, transdérmica, venosa e subcutânea. Entretanto, as técnicas invasivas são comumente utilizadas nas situações, onde não se alcança o alívio da sensação álgica, na tentativa de reduzir os efeitos secundários dos fármacos empregados por via sistêmica. Oliveira e Torres (2003) afirmam que as técnicas invasivas são complementares a terapêutica álgica, empregada com base na escada da OMS, e para que sejam úteis e eficazes é importante além da indicação e inserção no momento correto, a participação ativa do profissional médico. Nesta investigação, nos deteremos apenas citá-las.

Assim, dentre as técnicas invasivas, Monteiro (2005, p.89) classificam-nas em Técnicas neuromoduladoras (morfina por via espinhal, através de bombas ou reservatórios e neuroestimulação de cordões posteriores); Técnicas neuroablativas ou lesivas (vertebroplastia, bloqueios analgésicos/neurolíticos, radiofrequência pulsada) e Técnicas neurocirúrgicas (neurectomia, rizotomia, cordotomia, mielotomia e hipofisectomia).

Na pessoa idosa, o tratamento farmacológico implementado para o alívio da dor segue, igualmente, as prerrogativas estabelecidas para o adulto jovem. Todavia, as alterações fisiológicas marcadas pelo envelhecimento alteram a farmacocinética de muitas drogas, incluindo os analgésicos. Nessa perspectiva, o idoso está sobre risco aumentado de efeitos adversos, acarretados, pelo manejo ineficaz de profissionais médicos, voltados para esse segmento da população.

As condições associadas ao envelhecimento podem provocar alterações na absorção dos fármacos, na eliminação, no metabolismo e na sua distribuição. Portanto, vale destacar alguns pontos sobre tais peculiaridades.

Em relação à distribuição, as mudanças na composição da massa corporal no idoso levam a modificações do volume e distribuição das drogas. Dworkin, Ginsberg e Cohen (2004) explicam que o volume de distribuição de drogas hidrofílicas (morfina) diminui, enquanto que as lipofílicas aumentam. Assim, a infusão em bolus de morfina pode causar um efeito clínico maior, quando comparados com as pessoas mais jovens. O declínio de albumina (proteína plasmática), em virtude da má nutrição ou da presença de enfermidades não transmissíveis e progressivas, pode ocasionar maior presença de fármacos livres, aumentando, por conseguinte, a potência de determinada dose de medicação.

Outra condição, destacada por autores, como Mccaffery e Beebe (1992); Dworkin, Ginsberg e Cohen (2004) e Mauk (2008), é a redução da função hepática e renal pela diminuição do quantitativo celular, promovendo maior concentração da droga, bem como redução do metabolismo e da excreção.

Também, a Polifarmacoterapia, comumente presente nesse grupo populacional, devido às polipatologias, aumenta consideravelmente o risco de interações medicamentosas. Em um estudo longitudinal, com 332 residentes de uma instituição de longa permanência, citado por Dworkin, Ginsberg e Cohen (2004), encontra-se que, em um período de quatro anos, 67% dos idosos sofreram uma ou mais reações adversas de repercussões cardiovascular, neurológica e gastrointestinal. Assim, diante desses aspectos, fica evidente que o profissional de saúde deve atuar considerando as particularidades de cada grupo etário, administrar terapêuticas farmacológicas adequadas, visando o bem estar e a qualidade de vida desses indivíduos.

As terapêuticas não farmacológicas e complementares

Os primeiros métodos de alívio da dor utilizados pelos homens primitivos foram o calor do sol, a massagem manual e o gelo. Entretanto, com o avanço da ciência e da tecnologia esses métodos não são utilizados em todas as situações e localizações dolorosas.

Dessa maneira, no tópico a seguir serão discutidas com maior profundidade as terapias complementares, como recurso para o cuidado paliativo de pessoas idosas hospitalizadas, pois são terapêuticas cada vez mais valorizadas pela população, como também, pelos profissionais de saúde, devido ao seu baixo custo, fácil utilização, diante da compreensão dos aspectos subjetivos que envolvem a sensação dolorosa.

1.5 TERAPIAS COMPLEMENTARES NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Quando se faz referência aos cuidados complementares ou naturais, geralmente observam-se reações diversas e divergentes, que vão desde o descrédito até a crença de que os aspectos psicológicos são os principais fatores para a promoção do efeito benéfico dessas terapias. (DIOS, 2007).

Neste capítulo, não há intenção de se apresentar dados que convençam os leitores a acreditarem nas terapias complementárias, pois elas já se encontram consolidadas, uma vez que a origem está nos cuidados ancestrais, que nunca deveriam ter sido esquecidos, tanto por sua eficácia, amplamente demonstrada ao longo dos anos (séculos!), como por sua simplicidade e vasto recurso que permite, em muitos momentos, promover paz, conforto e relaxamento, conduzindo à tranquilidade, inclusive no ambiente e conseguindo, portanto, melhorar a qualidade de vida das pessoas que a elas se submetem.

Espera-se, ao final deste capítulo, promover reflexões acerca das terapias complementares na saúde, assim como entusiasmar os profissionais de Enfermagem para conhecerem novos campos de desenvolvimento profissional, possibilitando formas de intervenções diferentes dos procedimentos ortodoxos, nos ensinados durante a Graduação.

Assim, apresentam-se alguns caminhos necessários para a utilização dos recursos complementares e os diferentes enfoques concebidos, até o momento, sobre eles.

Desse modo, no cuidado a pessoa com enfermidade não transmissível e progressiva, a presença de sintomas de difícil controle e de múltiplas etiologias acarretam grande sofrimento físico e emocional. O emprego das terapias tradicionais naturais, complementares ou alternativas, nesse contexto, não deve ser nem exclusivo nem excludente, mas integrador, por ser compatível com os princípios dos cuidados paliativos, e por estarem relacionadas à autonomia da pessoa. (DIOS, 2007).

Os objetivos da assistência oferecida a esses enfermos e aos seus familiares incluem: a otimização do bem estar e qualidade de vida; alívio dos sintomas; tomada de decisões documentada; apoio aos cuidadores e um final de vida livre de sofrimento, auxiliando-os para que a vida e a morte tenham sentido. (MARCHAND, 2009).

Em estudo sobre a utilização das terapias complementares, pelos *hospices*, nos Estados Unidos, 60% dos serviços, que responderam ao inquérito, afirmaram que ofereciam alguma modalidade desse tipo de tratamento. Entretanto, menos de 25% dos pacientes o recebiam, devido às limitações registradas, como: falta de recursos, de tempo da equipe, de profissionais

qualificados, conhecimento inadequado sobre as terapias e resistência dos pacientes e da equipe, em aceitá-las. (DEMMER, 2004).

Corroborando com a pesquisa citada acima, outro estudo recente que, também, avaliou a disponibilidade e o uso das terapias complementares, em 30 *hospices* italianos, revelou que todas as instituições pesquisadas ofereciam, pelo menos, uma modalidade de terapia complementar. (BELLETTI, 2011).

Para o profissional de Enfermagem que vivencia, no seu cotidiano, os cuidados ao final da vida, o uso das terapias complementares vem produzindo aumento na satisfação profissional e pessoal, por que permite que o desejo de oferecer uma atenção integral e individualizada, promova benefícios aos enfermos e seus familiares.

A Enfermagem, definida como ciência e humanidade, é a arte de oferecer a cada indivíduo, cuidados direcionados a sua totalidade, o que é diferente da soma de todas as suas partes. Assim, a visão holística dos cuidados complementares integra de forma clara algumas teorias da profissão e, dentre elas, destaca-se o modelo teórico de Henderson, com as 14 necessidades básicas do ser humano; a Teoria de Peplau, com as relações Interpessoais; Rogers, com a importância do campo energético do ser humano, como sistema de energia; Roy, com a observação contínua da pessoa, como ser constante em um ambiente com mudanças; Leininger, com a Teoria da Diversidade e da Universalidade dos cuidados Culturais, quando enfatiza a importância dos cuidados congruentes e culturalmente competentes, às pessoas de culturas diversas e a teoria de Watson, com o cuidado Transpessoal. (DIOS, 2007; TOMEY; ALLIGOOD, 2010).

Breve histórico das terapias complementares

A distinção entre corpo e mente teria surgido a partir do século XVII, a par da episódica distinção platônica e pitagórica, entre alma e corpo. Até o início da modernidade, a definição da pessoa era operada na relação indistinta entre esses termos. Uma comprovação disso é a concepção Hilemórfica, desenvolvida por Aristóteles (383–322 aC), na antiguidade, que perdurou até o fim da Idade Média. Nessa concepção, alma e corpo unem-se indissociavelmente, como forma e matéria. O cristianismo medieval, além de diretamente influenciado por Aristóteles, desenvolveu uma série de conceitos e práticas, que atuavam em oposição da divisão entre alma e corpo. Por exemplo, a noção de carne apontava para uma região indistinta entre o corpo e a alma, onde os desejos eram forjados. (FERREIRA, 2007).

Não obstante, o debate sobre o tema da ressurreição, apontado pelo cristianismo de Santo Agostinho (354-430) até Samuel Butler (1612-1680), passando por pensadores como São Tomás de Aquino (1225-1274), foi a prova mais contundente da ausência de distinção entre esses dois domínios (alma e corpo). Para esses teólogos, o momento do Juízo Final não seria marcado apenas pela presença de nossas almas, mas, também, do nosso corpo. Nessa perspectiva, surgiram discussões importantíssimas sobre a associação indistinta entre alma e corpo, a saber: se os nossos cabelos e unhas cortados, bem como membros mutilados, corpos canibalizados e fetos abortados, compareceriam também perante Deus, no Juízo Final. (FERREIRA, 2007).

A partir do século XVII, o filósofo René Descartes (1596 - 1650) propôs a separação entre esses domínios apreendidos naquelas circunstâncias como substâncias distintas. Descartes concebia a possibilidade de encontrar um método para resolver todos os problemas que o espírito humano pode colocar-se. Gilson (2011, p.43), ao analisar as razões que provam a existência de Deus e da alma humana ou, ainda, o fundamento da metafísica para Descartes, esclarece:

Para estar certo de nada admitir senão o claro e o distinto, começa a colocar tudo em dúvida. Mas se apercebe que, para poder pensar que tudo é falso, é preciso que ele pense, e que ele, que o pensa, seja algo. *Penso, logo existo* é, portanto, o primeiro princípio da metafísica. Sabendo que existe, Descartes examina o que ele é, apreendendo sua existência enquanto pensa; ele é portanto, um pensamento, que existe independente de toda matéria e é por conseguinte distinto do corpo.

Ressalta-se que, como esse processo de expurgo e purificação da verdade ocorre no cerne da interioridade, com a proposição *eu sou, eu existo*, essa intuição imediata do próprio eu pensante, impõe novo ponto de partida para o pensamento ocidental, que se torna predominantemente voltado para o tema do conhecimento: para saber da verdade dos objetos conhecidos, passa a ser necessário saber, antes, da verdade do sujeito. (FERREIRA, 2007; WATSON, 2002b).

Ainda, Ferreira (2007) retrata ainda que, para Descartes, foi estabelecida distinção entre a razão de origem divina, como centro de toda inteligibilidade e consciência, que *o eu* fez a sua morada, e uma região fronteira desse espírito, situada na interseção com o corpo: as paixões. Se na primeira região foi encontrada a fonte do conhecimento, na segunda encontrou-se a raiz de todos os equívocos, de todas as ilusões, produzidas pelos sentimentos. Nesse mesmo movimento, foi estabelecida uma cisão fundamental entre alma e corpo. Nessa perspectiva, espírito e corpo são compreendidos como duas substâncias de natureza distintas

e, a princípio, o corpo se constituiu objeto de exame, retificação e controle, por parte do espírito. (FERREIRA, 2007).

Com John Locke (1624-1704), filósofo empirista, surgiu nova proposta, sobre as questões do conhecimento, dissonantes das soluções racionalistas. Para esse filósofo, o saber não viria de outra fonte, senão das paixões, dos sentidos, porque nada haveria no espírito que já não fosse da sua constituição. Sendo assim, os pensamentos são conjunções de impressões sensoriais, responsáveis pelas ilusões. (FERREIRA, 2007).

Também, para o autor, nos séculos XVII e XVIII ocorrem debates importantes sobre qual região do espírito é responsável pela verdade, “qual é culpável pelo erro”. Já no século XIX, as epistemologias passaram a ser herdeiras da abordagem com a razão, responsável pelo conhecimento verdadeiro, oferecendo, ao campo da psicologia, a ocupação da sensibilidade, região da incerteza.

Ainda, no século XIX, a visão do “universo como uma máquina composta por uma infinidade de objetos” é revista, e uma nova descrição é contemplada. O universo volta a ser entendido “como um todo dinâmico, indivisível, cujas partes estão essencialmente inter-relacionadas e só podem ser compreendidas como modelo de um processo cósmico”. Com as descobertas revolucionárias da física quântica sob os domínios dos átomos e das partículas subatômicas, afirmou-se que não há partes, pois os sistemas vivos são totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas a partes menores; (CAPRA, 2001; 2006).

As teorias de Einstein, também, colaboraram para uma nova visão, na qual a matéria é considerada como manifestação de energia. “Os homens, formados de matéria, passaram a ser contemplados como seres energéticos, constituídos de vários sistemas, que interagem entre si e com o meio, formando um todo, que deve sempre estar harmonioso”, (TROVO *et al*, 2003).

Quanto à reversão da cisão entre razão e sensibilidade é encontrada, no pensamento de Immanuel Kant (1781), que se fundamenta no “sujeito transcendental”, o qual recebe essa denominação, segundo Ferreira (2007, p. 21):

Não porque possua qualquer componente místico, mas porque é a condição necessária para qualquer conhecimento, sendo estas condições as formas a priori que permitem a experiência dos objetos no espaço e no tempo, assim como as categorias a priori, que permitem a reflexão destes objetos a partir de noções como substâncias, causalidade, qualidade, quantidade entre outras.

Para Kant, separados e colocados isoladamente, a razão pura, e o puro sensível levaria a um equívoco. A primeira conduziria às conclusões incoerentes, como ocorreu com a metafísica e, o segundo não produziria, sem a razão, nenhum conhecimento. Portanto, não há mais a divisão entre razão e paixões. Estabelece-se, desse modo, um novo interesse do sujeito

transcendental, que legitima o conhecimento dos objetos, contudo é limitado quanto ao conhecimento de si mesmo. (FERREIRA, 2007).

Nesse resgate histórico, o campo da medicina, por sua vez, passou a se preocupar apenas com o alívio dos sintomas físicos e, diante dos avanços na tecnociência, a preocupação com a cura tornou a morte, das pessoas com enfermidades incuráveis e progressivas, repleta de sofrimento e dor, uma vez que a preocupação estava centrada na enfermidade e não na pessoa enferma. (SILVA; BENKO, 1998).

Para Rakel e Weil (2009), o reducionismo cartesiano promoveu grandes descobrimentos que permitiram ao ser humano controlar seu ambiente, modificar o ensino médico, por meio dos “informes” de Flexner (1866-1950), e criar a tríade: pesquisa, educação e clínica. Todavia, o sistema que foi construído, com o passar dos anos, por meio dessa visão, provocou, nas pessoas enfermas, a crença de que as ferramentas tecnológicas e especializadas são a resposta para os seus males físicos, abnegando a atenção na interação mente e espírito.

Com a limitação do modelo biomédico, frente às necessidades do enfermo, como também com o desgaste da relação médico e paciente e o emprego excessivo da tecnologia, para buscar a apreensão do fenômeno objetivo, as práticas não convencionais vêm sendo incorporadas pelos profissionais de saúde, as quais, até então, se desenvolviam no ambiente doméstico e sendo implementadas por pessoas leigas. (RAKEL; WEIL, 2009).

Em inquérito realizado sobre a utilização da Medicina Complementar e Alternativa (MCA) por pessoas adultas não institucionalizadas nos Estados Unidos, no ano de 1999, constatou-se que dos 30.801 entrevistados, com idade superior a 18 anos, 28,9% já haviam utilizado algum tipo de MCA, no último ano, (NI *et al*, 2002).

Em outro estudo, posterior, com base, também, na Entrevista Nacional de Saúde, feito em 2002, pelo Centro Estadístico Sanitário dos *Centers for Disease Control and Prevention*, observou-se aumento significativo da utilização das MCA, por parte da população adulta não institucionalizada dos Estados Unidos, onde 62%, dos 31.044 entrevistados, com idade igual e superior a 18 anos, utilizaram um tipo de MCA nos últimos 12 meses. (BARNES *et al*, 2004).

Em 2007, esse estudo foi estendido para crianças com idade entre 0 a 17 anos, sendo concluído que o quantitativo daquelas que consomem as MCA mantém-se estável, porém ocorreu variação da utilização de outros tipos de terapias. Constatou-se, ao mesmo tempo, que as crianças são mais propensas a usar as MCA, quando um dos pais as utiliza. (BARNES *et al*, 2008).

Nessa perspectiva, esses estudos revelaram o crescente aumento da utilização das MCA pela população, comprovando, por conseguinte, o interesse do público em obter

tratamentos cada vez menos invasivos, com redução do uso de fármacos, controle dos efeitos dos tratamentos convencionais e, principalmente, obter o controle sobre a própria saúde, pautados nos seus próprios valores e crenças, perante a saúde e vida. As pessoas vão buscar, por meio das MCA, tratar além do físico suas necessidades emocionais, sociais e espirituais, em meio das quais a doença surge. (MARCHAND, 2009).

Aspectos legais das terapias complementares

A OMS, no final da década de 1970, no intuito de estimular a formulação de políticas direcionadas para as práticas complementares, criou o Programa de Medicina Tradicional (MTC). A partir dessa criação, a OMS, por meio de informes e resoluções, divulgou seu compromisso de “incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso racional e integrado da MT/MCA, nos sistemas nacionais de atenção à saúde”. Além disso, impulsionou o desenvolvimento de estudos científicos, para melhorar o conhecimento, sua segurança, eficácia e qualidade, bem como garantir o acesso a toda população, (BRASIL, 2006).

A "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma esses princípios, expondo que o seu papel, frente ao crescimento da utilização das MT/MCA no mundo, é o de “ajudar a salvar vidas e melhorar a saúde”, minimizando o grande abismo existente entre o potencial da medicina essencial e a realidade, onde milhões de pessoas, em especial os desfavorecidos, não a têm disponível e acessível. (OMS, 2005; BRASIL, 2006).

O Brasil, frente a essas perspectivas, promoveu eventos e organizou documentos para construção da política, que são destacados, cronologicamente, conforme consta na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS)– (PNPIC), aprovada através da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. (BRASIL, 2006).

- 1985 - celebração do convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fiocruz, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemanniano do Brasil, com o objetivo de institucionalizar a assistência homeopática, na rede pública de saúde;
- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária deliberou, em seu relatório final, pela "introdução de práticas alternativas de assistência, no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de poder escolher a terapêutica preferida";

- 1988 - Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), de números 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;
- 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde aprovou, no relatório final, a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares";
- 1999 - inclusões das consultas médicas em homeopatia e acupuntura, na tabela de procedimentos do SIA/SUS. (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);
- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde, que recomenda: "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica, como acupuntura e homeopatia";
- 2003 - Composição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS, atual PNPIC;
- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares);
- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde a MNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa, na da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;
- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005 criou o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e dos Fitoterápicos;
- 2006 - Aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.

Nesse contexto, para a Enfermagem, o Conselho Federal (COFEN), em 19 de março de 1997, por meio da Resolução 197/97, estabeleceu e reconheceu as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. Para tanto, o profissional “deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas”. (COFEN, 2001).

Em consonância com a legislação vigente, e a necessidade de vincular e congregar os profissionais de Enfermagem especialistas em Terapias Alternativas, em 1999, foi fundado a

Associação Brasileira de Terapias Naturais e Complementares na Enfermagem, que é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega especialistas na área da Saúde, visando prestar uma assistência, que prioriza o entendimento dos fenômenos dos quais os indivíduos são constituídos. (ABNTE, 2012).

Definição das terapias complementares

Os últimos conselhos e normas da OMS (2005) elucidam conceitos, às vezes errôneos, sobre a Medicina tradicional chinesa (MT) e a Medicina complementar e/ou alternativa (MCA). A Medicina Tradicional, originada há milhares de anos na China, é definida como prática, enfoque, conhecimento e crenças sanitárias diversas, que incorporam modalidades de tratamento, baseadas em plantas, animais e/ou minerais, em terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou combinados, após a realização de anamnese, palpação do pulso e observação da face e língua. Para tanto, fundamenta-se na teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças, que interpreta todos os fenômenos em opostos complementares, tendo como objetivo a manutenção do bem estar, assim como, do tratamento, diagnóstico e prevenção de enfermidades. (OMS, 2005; BRASIL, 2006).

Quanto a MCA, a OMS (2005) compreende que os termos: “complementar” e “alternativa”, às vezes, denominada de não convencional ou paralela, é intercalável com a medicina de tradição, em alguns países, pois se refere a amplo grupo de práticas sanitárias, as quais não formam parte da tradição de determinado país ou não, e está integrada ao sistema de saúde prevalente. Por exemplo, a acupuntura, em muitos países, é considerada medicina tradicional, entretanto em outros países, como os europeus e o Brasil, consideram-na como alternativa, por não fazer parte da tradição sanitária, apesar de, no Brasil, já ser vislumbrado atualmente a utilização dessas terapias, no contexto dos cuidados paliativos, ainda que de forma insipiente, conforme consta no trabalho de Caíres e Amaral (2012) ¹⁴. Assim, ressalta-se que o que é intitulado de “complementar” ou “alternativo” em um país, pode ser considerado “tradicional” ou “convencional” em outro.

O *United State Department of Health and Human Services*, em parceria com o *National Institutes of Health*, o *National Cancer Intitute* e o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (2012) publicaram um guia que aborda, de forma

¹⁴ CAIRES, J; AMARAL, J. O cenário brasileiro da utilização de terapias complementares nos cuidados paliativos. Projeto de Iniciação Científica (PIBIC)/ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, 2012.

clara e objetiva, voltadas para pessoas com enfermidades oncológicas, as diferenças dos conceitos de medicina complementar, alternativa e integrativa. Entretanto, as definições postas por esse Guia diferem da OMS (2005), demonstrando, a necessidade de relacionar a denominação (alternativa, complementar e integrativa) aos seus conceitos, como também, apresentar os avanços nessa área.

Desse modo, esse guia registra que a medicina complementar é usada em conjunto com a medicina alopática, especificando a acupuntura como uma técnica complementar para tratar os efeitos colaterais do tratamento do câncer. No entanto, a medicina alternativa exclui o tratamento médico padrão, como por exemplo, a utilização de uma dieta especial para tratar o câncer, sendo banido o tratamento médico de um especialista na área. Por fim, a medicina integrativa é uma abordagem global para cuidar, a qual envolve mente, corpo e espírito, que pode estar em combinação com a medicina alopática. Assim, o emprego da técnica de relaxamento é exemplificado como terapia adequada para redução do estresse, durante sessões de quimioterapia.

No Brasil, como já referido, ao iniciar a composição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde, em 2003, visando a formulação da política das praticas alternativas, ela foi denominada de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Todavia, quando deliberada, passou a ser chamada de Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política contempla, apenas, alguns tipos de M/MCA como: acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia; termalismo social e crenoterapia e medicina Antropofásica. Entretanto, Neste capítulo, serão abordadas outras práticas, no intuito de oferecer uma visão ampla, para o contexto da Enfermagem paliativista. (BRASIL, 2006).

Modalidades das terapias complementares

A medicalização durante o processo de morte pode levar a intervenções dolorosas e dispensáveis, prolongando o morrer e causando sofrimento desnecessário para os enfermos. No entanto, a dor não controlada, por exemplo, aterroriza muito mais os enfermos, do que a própria morte. (MARCHAND, 2009).

Desse modo, nos cuidados paliativos, o mal estar físico, emocional e espiritual, quando não aliviados, deve ser cuidados como uma emergência, sendo imprescindível avaliação sistematizada e medidas paliativas. Os sintomas quando não controlados geram, em muitas situações, o desejo antecipado da morte.

Dessa forma, a utilização dos princípios dos Cuidados Paliativos, em conjunto com as TC, promove resultados favoráveis conforme encontrado nos dados preliminares de uma pesquisa realizada em *San Diego Hospice*. (LEWIS *et al*, 2003).

Registra-se que, algumas modalidades de TC podem oferecer conforto e contribuir para o alívio dos principais sintomas, como: dor, náuseas, vômito, obstipação, dispneia, *delirium*, depressão e ansiedade, presentes nas pessoas idosas, com doenças não transmissíveis e avançadas. Na investigação de Demmer (2004), as terapias mais utilizadas no contexto dos cuidados paliativos foram: massagem (83%), terapia musical ou musicoterapia (50%), terapia manual (49%), terapia com animal doméstico (48%), imagens dirigidas (45%), Reik (36%), aroma terapia (30%), reflexologia (20%), arte terapia (20%), hipnoterapia (4%), yoga (3%), acupuntura (1%) e terapia do humor (1%).

Há muitas classificações para as TC, e neste capítulo, serão abordadas aquelas baseadas na classificação do *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (2012), que compreendem: prática baseada na manipulação do corpo (física), prática de base biológica, prática, baseada na mente e prática baseada na energia. Para melhor situar espacialmente os leitores, apresentam-se, por meio de tabela, os tipos de terapia conforme a sua classificação. Vale ressaltar, que se fará referência apenas às TCs possíveis de serem utilizadas no cuidado as pessoas em final da vida, assim como aquelas possíveis de serem utilizadas pela Enfermagem no espaço hospitalar e domiciliar. (Quadro 2).

Prática baseada na manipulação do corpo (física): se concentram principalmente nas estruturas e sistemas do corpo, incluindo os ossos e articulações, tecidos moles e sistemas circulatório e linfático.

Prática de base biológica: inclui o uso de uma variedade de ervas medicinais, também conhecida como botânica, a exemplo de vitaminas, minerais, e outros "produtos naturais". Estes últimos incluem os pro bióticos: iogurtes ou suplementos dietético; microrganismos vivos (normalmente bactérias), que são semelhantes aos microrganismos, normalmente encontrados no trato digestivo humano, e que podem oferecer efeitos benéficos.

Prática baseada na mente (cognitivas e psicológicas): têm como foco a interação entre o cérebro, mente, corpo e comportamento, com a finalidade de alterar o funcionamento físico, por meio da utilização da mente e, assim, promover saúde.

Prática baseada na energia: envolve a crença de que o corpo tem campos de energia que podem ser usadas para a cura e bem estar.

Quadro 3. Modalidades de Terapias Complementares passíveis de se utilizadas nos Cuidados Paliativos.

<i>Prática baseada na manipulação do corpo (física)</i>	Calor e frio Acupuntura Massagem Quiropraxia Reflexologia
<i>Prática de base Biológica</i>	Terapia nutricional Fitoterapia Aromaterapia
<i>Prática baseada na mente (cognitivas e psicológicas)</i>	Meditação Yoga Biofeedback Imaginação guiada Musicoterapia Arteterapia Atividade assistida com animais
<i>Prática baseada na energia</i>	Reiki Toque terapêutico Terapia floral

Fonte: AMARAL, J.B.; SILVA, M.J.P. Práticas complementares e os cuidados paliativos. In: SILVA, R; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (org). Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo (SP): Martinari, 2013. Com base na *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (2012).

Assim, ressalta-se que, as práticas baseadas na mente, serão abordadas em um capítulo distinto, com destaque para a terapia musical, uma vez que, ela é objeto desta investigação. Portanto, será feito um percurso, pautado nos aspectos fundamentais, culturais e históricos do som e da música, ancorando essa abordagem, como recurso terapêutico na saúde.



Pintura: As Musas: Clío, Euterpe e Thalia, 1652; Eustache Le Sueur (1617-1655)
Oil, 130x130cm, Musée du Louvre, Paris-France.

2 A MÚSICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO COMPLEMENTAR

A música é celeste, de natureza divina e de tal beleza que encanta a alma e a eleva acima da sua condição.
Aristóteles(384-322a.C.)

2.1 SILÊNCIO, SOM E RUÍDO

Pode-se definir o silêncio como a ausência de som, entretanto o silêncio absoluto não existe, porque estamos rodeados de vibrações que produzem som, como por exemplo, os ritmos vitais (circulação) promovidos pelo nosso corpo. (LÓPEZ, 1999).

Benezon¹⁵ (1991, p.12) relata que:

Fenômenos acústicos, sonoros, vibracionais e de movimento se encontram desde o preciso momento que o óvulo se une ao espermatozoide para formar o princípio de um novo ser. Neste instante há infinitos processos que rodeiam esse ovo que se aninha no útero e que estão produzindo, por sua própria dinâmica, movimentos, vibrações e som. Exemplos destes processos são: oscilação das artérias uterinas, fluxo sanguíneo das veias e artérias, ruídos intestinais, som do murmurar da voz da mãe, sons e movimentos de inspiração e expiração, movimentos mecânicos e de roce tanto viscerais, articulares, musculares, processos químicos e enzimáticos e muitos outros. (BENEZON, 1991, p.12).

Todavia, não se pode esquecer que, mesmo diante da impossibilidade do silêncio absoluto, o ser humano, na atualidade, busca espaços silenciosos ou talvez acusticamente harmoniosos para o equilíbrio espiritual, psicológico e emocional e, por consequência, biológico.

Fisicamente, o som é uma vibração que se propaga em diversos meios (ar, líquido ou sólido), capazes de manter e difundir tais vibrações e, que produzem sensações auditivas (BARRETO, 2008). Trata-se de movimentos vibratórios que se propagam em um meio elástico, com frequências que oscilam entre 16 e 20.000Hz¹⁶, limiar inferior e superior da audição humana. Desse modo, a propagação do som no ar é exclusivamente longitudinal, sofrendo interferências da forma, do espaço e de várias barreiras ambientais, como a

¹⁵ *Rolando Benenzon, graduado em Medicina e Psiquiatria, nasceu em Buenos Aires no ano de 1939 e representa a máxima autoridade no campo da Musicoterapia e sua aplicação no Autismo, pacientes em coma, pessoas com Alzheimer e na capacitação profissional. Tem publicado mais de 10 livros em vários idiomas e é responsável pela Fundación Benenzon de Musicoterapia que tem dentre os diversos projetos em desenvolvimento o de “Melhorar a qualidade de vida nas salas de espera de hospitais nacionais e municipais”*
(<http://www.rolandobenenzonartist.com/>, 2012; <http://www.fundacionbenenzon.org/inicio>, 2012).

¹⁶ Hz significa ciclos por segundo

temperatura. Por exemplo, em uma temperatura de 20° C, a velocidade de propagação chega a uma média de 340 mov./seg., porém nas baixas temperaturas como 0° C a velocidade reduz, descendo até os 331 mov./seg. Em materiais sólidos, a propagação do som pode ser transversal e é sempre inferior a longitudinal. Isso decorre das forças elásticas, presentes no material sólido. (LÓPEZ, 1999).

O ruído, por sua vez, é definido como sons, cujas vibrações são irregulares, podendo produzir no indivíduo alterações nas estruturas dos ouvidos e levar a um impacto negativo ao bem estar físico e psicológico, através da interrupção das atividades laborais e do descanso, da alteração na atenção e no humor, entre outros. Porém, a nocividade do ruído depende principalmente da sua intensidade, sendo acerbada com a sua duração. (BLASCO, 1999).

Portanto, o ruído é um tipo de som definido como desagradável ou indesejado. Para Blasco (1999), um nível de ruído de 80 dB¹⁷ já é considerado deletério se ocorrer por várias horas seguidas, a curto período e muito repetido. Assim sendo, a maioria das pessoas dos grandes centros urbanos suporta uma agressão sonora grave, porque estão sob o acúmulo diversas fontes ruídos, como o trânsito e aqueles gerados pela vizinhança. (BARRETO, 2008; BLASCO, 1999).

2.2 MÚSICA: CULTURA, ARTE E CIÊNCIA

A cultura, segundo Greetz (1999, p.8), “é composta de estruturas psicológicas por meio das quais os indivíduos ou grupos de indivíduos guiam seu comportamento”. Em relação ao som e a música, em muitas culturas há mitos que afirmam ter sido o universo criado por meio do som. No Egito, por exemplo, acreditava-se que o deus Tot havia completado o trabalho de criação, com a sua voz. (DAVIS; GFELLER, 2000).

A história revela que o achado mais antigo sobre a presença concreta da música entre os homens foi descoberta em 2009:

Uma flauta quase completa, feita de osso de ave (provavelmente algum tipo de abutre) e fragmentos de outras três flautas feitas de marfim foram encontrados em cavernas no sudoeste da Alemanha. Datam do período aurignaciano inicial, entre 30.000 e 32.000 anos atrás. (QUEIROZ, 2012, p. 22).

¹⁷ Decibel (dB) é a unidade logarítmica usada para valorar o nível de ruído como o é percebido através do ouvido humano, sendo um decibel a mínima intensidade perceptível pelo ouvido humano. O nome foi uma homenagem ao cientista Alexandre Graham Bell, o inventor do telefone. Os limites compreendidos entre o limiar auditivo e o limiar da dor para o ouvido humano são 0dB e 130dB, respectivamente (BARRETO, 2008).

Portanto, nota-se que ao encontrar instrumentos musicais que datam da pré-história, evidencia-se, por conseguinte, “quão antiga” é a presença e influência da música na vida da humanidade. (QUEIROZ, 2012, p. 20).

Nessa perspectiva, retomando-se a mitologia, podem-se identificar algumas outras informações sobre o surgimento do primeiro instrumento musical, e a presença da música. Na mitologia grega, o deus do comércio e dos negociantes, Hermes, filho de Zeus e Maia, era venerado, também, por ter sido responsável pela criação do primeiro instrumento musical, a lira. Hermes foi mandado para o mar Mediterrâneo, a fim de encontrar uma concha de tartaruga, na qual foi colocada cordas de tripa. (HERZFELD, 1954).

No mito nórdico, também denominado de mitologia germânica, viking ou escandinava, há registro do aparecimento dos deuses da guerra, da música, dos ofícios e das deusas da fertilidade, no período posterior a morte do gigante andrógino Ymir¹⁸. (WILLIS, 2007).

Já entre os mitos mais antigos da China, dentre as histórias sobre a deusa criadora, Nü Gua e o deus criador, Fu Xi, há relatos de que este último foi declarado o primeiro imperador e considerado um dos "Cinco Imperadores da Alta Antiguidade". Seu reino foi fixado de 2852 até 2737 a. C. e fizeram dele um herói da cultura, a quem se atribuiu o ensino da pesca com rede, a criação de animais domésticos, a invenção de instrumentos musicais e a primeira escrita chinesa, que substituiu as fileiras emaranhadas como meio de comunicação. (CHINNERY, 2007).

Na mitologia grega, destaca-se a história de Apolo, que era filho de Leto e Zeus e irmão gêmeo da deusa Ártemis. Apolo tinha vastos atributos divinos, como: protetor da música e das artes, sendo frequentemente representado com uma lira; era protetor da arte do manejo do arco e flecha, as quais afastavam as pragas e doenças dos humanos. Era, também, padroeiro da medicina e pai de Asclépio, o maior dos médicos míticos. (GOLDHILL, 2007).

Apolo, por sua vez, ensinou ao seu filho, Orfeu, com Calíope, musa da poesia épica e da eloquência, o dom da música e o presenteou com uma lira. Orfeu ficou conhecido como o maior de todos os cantores, o qual encantava os seres vivos, ao tocar seu instrumento. Os pássaros paravam de voar, os animais selvagens tornavam-se mansos e as árvores reuniam-se ao redor de Orfeu, ao escutar a sua lira. Casado com Eurídice, Orfeu tentou resgatá-la do mundo subterrâneo, cantando e tocando após a sua morte. Entretanto, mesmo convencendo e

¹⁸ Ymir, primeira criatura vivente da tradição nórdica. Andrógono, pai dos demais gigantes surgiu do contato entre o frio e o calor.

emocionando os deuses da morte, por meio da música, para permitir que a sua amada voltasse a terra, Orfeu não cumpriu com a sua palavra de caminhar sem olhar para trás e, acabou por perdê-la novamente, para o mundo subterrâneo. (MATHEUS, 1998; BULFINCH, 2002; GOLDHILL, 2007).

Outro trecho importante da vida de Orfeu, na mitologia grega, é a sua participação na famosa expedição dos Argonautas¹⁹. O papel de Orfeu nessa aventura marítima era de apaziguar as ondas, estimular os remadores e anular o efeito hipnótico das sereias, também por meio da sua música. (BULFINCH, 2002; GOLDHILL, 2007).

Desse modo, as histórias que permeiam a vida de Orfeu revelam o poder da música ao transformar o comportamento dos seres vivos, uma vez que ela foi utilizada com o objetivo de seduzir, hipnotizar, estimular e principalmente como forma de expressão dos sentimentos, pois, mesmo decapitado, após a morte de Eurídice, Orfeu permaneceu cantando para sua amada.

Ainda, nos mitos de origem dos povos da floresta, também é relatado o poder da música. Os homens da tribo Kamiura, do rio Xingu, no Brasil, tocavam flautas em rituais sagrados, porque consideravam que a sua música traduzia-se em vozes dos espíritos. (SAUNDERS, 2007).

Dessa maneira, assim como na mitologia, há muitos outros registros da presença e da influência da música em diversas culturas e em cada período histórico da humanidade. Através dos numerosos grupos de pintura, como em tumbas e templos, na civilização do Egito, é encontrado o quanto a música era uma prática cultural, presente nas diversas civilizações, exercendo diferentes funções (arte, educação, militar, religiosa e terapêutica), despertando, por conseguinte, os mais variados tipos de respostas do ser humano como a expressão de sentimentos, a comunicação, o relacionamento e o estado de ânimo. (MATHEUS, 1998, QUEIROZ, 2012).

Nesse sentido, os gregos acreditavam, ainda, que certos ritmos e melodias tinham o poder sob o psiquismo do indivíduo, sendo denominado de “Ethos”, o qual se dividia em quatro tipos fundamentais, conhecidos e relacionados às quatro formas de temperamento humano: “Ethos frígio”, que excitava, gerava furor, promovia coragem; “Ethos cólico”, que promovia sentimentos profundos; “Ethos lídio”, que produzia sentimentos de arrependimento, constrição, compaixão e tristeza. “Ethos dórico”, que gerava estados mais profundos de recolhimento e concentração. (BARATELLA, 2008).

¹⁹ Os Argonautas na mitologia grega eram os tripulantes da nau Argo que foi até a Cólquida em busca do Velocíno de Ouro. (BULFINCH, 2002).

No oriente, os antigos Imperadores Chineses, por exemplo, governavam as suas cidades por meio da música. Como seus reinos eram por demasiado grandes, sendo difícil vigiá-los diretamente, os imperadores caminhavam pelas ruas das cidades escutando a música que era tocada e cantada pelos seus povos. Se a música era considerada sana, eles sabiam que os espíritos dos seus povos eram bons e, com isso, deixavam a vida da comunidade transcorrer tranquilamente naquele povoado. Caso contrário, ou seja, se a música era considerada inquietante, os imperadores sabiam que os espíritos estavam em discórdia e que o Estado corria perigo. Assim, eram enviados seus representantes para as cidades ditas “dissonantes”, para analisar e paliar as enfermidades daquela sociedade. (KREEFT, 1993, p.1).

Ressalta-se que a música, além de exercer diferentes funções, também está associada a diversos ritos, como a dança; momentos domésticos; funerários; nascimento; celebrações nupciais; para o trabalho, a cura, entre outras. (PALACIOS SANZ, 2004).

No Brasil, entre as manifestações espirituais, de matriz negro-africana, o Candomblé²⁰ utiliza a música para evocar e corporizar os Orixás²¹ pelos seus médiuns. (MARTINS, 2008). Segundo o autor, a cultura do Candomblé assimilou as matrizes estéticas de herança dos africanos, sendo observado, também, em outras manifestações artísticas dos negros e dos afrodescendentes, como o samba-de-roda, o maculelê, o afoxé, a capoeira, o samba-reggae, o maracatu, entre outras.

Na religião cristã, devido à influência do judaísmo, o uso do canto para implorar a Deus, está fixado em várias passagens da Bíblia, a exemplo de mandado de Deus, a Moisés, para construir trombetas de ouro, a fim de chamar os fieis (Número IV, 10) e na tomada de Jericó (Livro de Josué, capítulo III); no livro de Samuel, quando Davi toca a harpa para sentir o alívio do espírito maligno (Capítulo XXI). (BÍBLIA SAGRADA, 2001).

Diante de todos esses aspectos, identificar uma definição completa para a música é quase impossível, devido à complexidade dos seus significados, que sofrem influência do contexto cultural e social. Assim, na mitologia grega a música era definida como “artes das musas”; porque elas representavam os seres celestiais, divindades que inspiravam as artes e as ciências. (MATHEUS, 1998). No contexto filosófico, há duas definições fundamentais oferecidas para a música. “A primeira a considera como revelação de uma realidade privilegiada e divina ao homem: revelação que pode assumir a forma de conhecimento ou de

²⁰ O Candomblé se estabeleceu na Bahia por meio de diversos grupos étnicos de negros africanos que migraram à força para o Brasil, durante o período escravagista brasileiro (MARTINS, 2008).

²¹ Os Orixás são divindades ancestrais do Candomblé. A corporificação ocorre no momento em que se dá a ligação espiritual entre o religioso e o Orixá durante o ritual e a cerimônia em festa pública (MARTINS, 2008).

sentimento”. Na segunda, por sua vez, ela é considerada “como uma técnica ou um conjunto de técnicas expressivas, que concernem à sintaxe dos sons”. (ABBAGNANO, 2007, p. 689).

A primeira concepção, segundo o autor é, além de filosófica, “metafísica ou teolizante”, porque considera a música “como ciência ou arte privilegiada”, visto que, “seu objeto é a realidade suprema, divina ou alguma de suas características fundamentais”.

Destaca-se, também, que a arte constitui um elemento básico na vida do indivíduo, canalizando a vida dos sentidos, das emoções e dos sentimentos, com a esfera dos valores estéticos, religiosos, morais, sociais, entre outros. Filosoficamente, segundo Abbagnano (2007), a arte:

Em seu significado mais geral, todo conjunto de regras capazes de dirigir uma atividade humana qualquer. Era nesse sentido que Platão falava da Arte e, por isso, não estabeleceu distinção entre arte e ciência. Arte, para Platão, é a arte do raciocínio, como a própria filosofia no seu grau mais alto, isto é, a dialética; Arte é a poesia, embora lhe seja indispensável à inspiração delirante; Arte é a política e a guerra; Arte é a medicina e é respeito e justiça, sem os quais os homens não podem viver juntos nas cidades. (ABBAGNANO, 2007, p. 81).

Nessa perspectiva, López (1999), através da citação de O. Károly, autor do livro “Introdução a música”, reflete que a música sempre foi considerada uma arte, entretanto, pode-se afirmar que ela é uma ciência, por se constituir uma organização sistemática de conhecimentos, sujeita a teorias e métodos próprios. Desse modo, como qualquer outra ciência, está sujeita a mudanças e inovações na sua organização e nas suas técnicas.

Os grandes filósofos e cientistas da Antiguidade, como Pitágoras²² já haviam defendido a definição de música como ciência, bem como, apoiaram-se na teoria chamada de “teoria das esferas”, a qual afirmava que o uso das proporções musicais era à base do modelo da criação do universo, e que os corpos celestes produziam som, os quais, ao se combinarem, geravam a música. Pitágoras acreditava como matemático, que através dos números era possível expressar-se a essência da realidade, sendo essa a razão que lhe conferiu o descobrimento dos principais intervalos das escalas musicais. Concebia, ainda, a relação entre as notas musicais e os números, passando, assim, a aplicar a palavra “harmonia”, em virtude de que ela resultava de vibrações, em tempos iguais, e a desarmonia dava-se pelo inverso. (BULFINCH, 2002; REYES MARTI, 2006).

²² Pitágoras de Samos (580 – 500 a.C.), natural da Ilha de Samos, passou a maior parte de sua vida em Crotona, na Itália. É chamado, às vezes, "o Sâmio" e, outras vezes, "o filósofo de Crotona". Foi um filósofo e matemático grego, reconhecido pelas suas contribuições no avanço da matemática e da astronomia. Foi também fundador de uma escola de pensamento grego, chamada, em sua homenagem, de pitagórica. (BULFINCH, 2002; REYES MARTI, 2006).

Outros filósofos como Platão ²³ (427–347 a.C.) consideraram, em suas obras, a importância da música. Na série de discursos sobre a natureza e as qualidades do amor, Platão traz no primoroso diálogo, “O Banquete”, a relevância e o papel da música para a educação e a formação de homens de virtude. (REYES MARTI, 2006; ABBAGNANO, 2007).

O seu discípulo, o filósofo Aristóteles²⁴ (384–322 a.C.), também outorgava a grande importância da música na educação, indicando que ela fosse uma das disciplinas necessárias e fundamentais para formação do caráter dos jovens. (REYES MARTI, 2006).

Assim, compreendendo a imensidão de fatos, que revelam a história da música, bem como, a sua importância, presença e influência nas diversas culturas, não se pretendeu esgotar neste subtítulo, a música como arte, ciência e cultura, mas refletir sobre ela, através da apresentação de alguns exemplos encontrados na história.

2.3 A MÚSICA E A CURA

Acredita-se que sempre houve uma relação expressiva e inseparável entre a história do homem, da música e do cuidado. Em cada cultura, a natureza e emprego da música, no tratamento das enfermidades, estavam presentes diferenciando-se através dos seus elementos. (SCHNEIDER; UNKEFER; GASTON, 2009).

Dessa maneira, se tem atribuído, muitas vezes, poderes terapêuticos e místicos à música. Os homens, na antiguidade acreditavam que a música era capaz de curar as enfermidades por afastar os maus espíritos, absolvendo-os dos pecados mundanos, inserindo valores morais e éticos em suas vidas, apaziguando os deuses e equilibrando os humores que, supostamente, determinavam o temperamento humano.

No Egito antigo (5000 a.C.), os elementos da música (melódia, harmonia, ritmo, timbre e forma) existiam ao lado da medicina. Os curandeiros musicais do Egito desfrutavam de uma vida privilegiada, devido sua estreita relação com os sacerdotes e outros líderes importantes do governo, pois os médicos-sacerdotes, dessa época, consideravam a música como a medicina da alma e, algumas vezes, incluíam terapias de cantos como parte da sua prática. (DAVIS; GFELLER, 2000).

²³ Platão foi importante filósofo e matemático, do período clássico da Grécia Antiga. Fundador da Academia em Atenas, a qual foi a primeira instituição de educação superior do mundo ocidental. que ensinava sua filosofia baseada no método dialético. Autor de diversos diálogos filosóficos, Platão estudou com Sócrates e foi professor de Aristóteles. (BULFINCH, 2002; REYES MARTI, 2006).

²⁴ Aristóteles foi um filósofo grego, considerado como um dos mais importantes pensadores da humanidade. Fundador do Liceu e da chamada escola *peripatética*. Escreveu várias obras (Poética, Órganon, Física, Política, entre outras), que abrangiam diversos temas, como física, metafísica e lógica. (BULFINCH, 2002; REYES MARTI, 2006).

Esses autores referem, ainda, que durante o apogeu da cultura Babilônica (1850 a.C.), as doenças eram interpretadas do ponto de vista religioso. Considerava-se que os doentes estavam sofrendo penitência pelos pecados cometidos a um deus e, por isso, a sociedade os via como marginais. Os rituais religiosos e curativos eram oferecidos à divindade ofendida e, frequentemente, a música estava incluída. (DAVIS; GFELLER, 2000).

Outra evidência do uso da música, voltado para a cura de doenças, foi identificada nos papiros médicos egípcios, do ano de 1500 a.C., os quais apresentavam escritos sobre a utilização dela para resolver problemas, relacionados com a fertilidade feminina. (BLASCO *et al*, 2010).

Na Grécia antiga, a música era considerada como uma força especial sobre o pensamento, emoção e saúde física. No ano de 600 a.C., Tales ²⁵ recebeu méritos ao curar Esparta de uma praga, através dos poderes da música. Assim, muitos santuários e templos de cura tinham especialistas em hinos, e a música era receitada para as pessoas com transtorno das emoções. Também, o emprego da música para a cura de enfermidades mentais estava na crença de que ela poderia influenciar, de forma direta, as emoções e o desenvolvimento do caráter. Entre as personalidades notáveis da Grécia que se renderam ao poder da música, destacam-se: Aristóteles, que a valorizava como uma catarse emocional; Platão, que descobriu a música como medicina da alma e Caelius Aurelianus, que chamou atenção contra o uso indiscriminado da música, para combater a loucura. (DAVIS; GFELLER, 2000).

Em torno do século VI a.C., na Grécia, a medicina passou a se preocupar com investigações racionais do processo saúde-doença, afastando os aspectos religiosos e rituais mágicos do contexto das enfermidades. Assim, os estudos passaram a se basear em evidências empíricas. Um exemplo significativo foi o do médico Alexandrino Herófilo ²⁶ (335-280 a.C.), que regulava a pulsação arterial em consonância com as escalas musicais. (DAVIS; GFELLER, 2000; PALACIOS SANZ, 2004).

Durante a idade média, o Cristianismo influenciou as mudanças em relação à imagem que se tinha das pessoas enfermas, as quais passaram a ser vistas, não mais como indivíduos inferiores, nem castigados pelos seus pecados, sendo criados hospitais comunitários, destinados às pessoas com problemas físicos, mantendo, todavia, a falta de atenção para aquelas com enfermidades mentais. (DAVIS; GFELLER, 2000).

²⁵ Tales de Mileto foi considerado o primeiro filósofo ocidental e ponderava que a água era a origem de todas as coisas. Nasceu em Mileto, antiga colônia grega na Ásia Menor, atual Turquia (HAMLYN, 1990).

²⁶ Herófilo nasceu na Calcedônia na Ásia Menor e foi conhecido como o primeiro anatomista da história. Fundou a famosa Escola de Medicina de Alexandria junto com Erasítrato.

Os autores comentam, ainda, que o Renascimento foi marcado pelo princípio do enfoque científico da medicina, em virtude dos avanços da anatomia, fisiologia e da medicina clínica. Mesmo com a manutenção das teorias de Galeno e Hipócrates, nesse período, a música era utilizada em conjunto com a medicina e a arte, para o tratamento de enfermidades e, também, como medida preventiva contra os transtornos mentais e físicos; o mesmo aconteceu no período Barroco; entretanto, o uso da música destacou-se, principalmente, no tratamento da depressão.

Os autores também relatam que, durante o século XIX, dentre os vários autores que escreveram sobre o uso da música no tratamento de transtornos físicos e mentais, Edwin Atlee e Samuel Mathews, dois estudantes de medicina da Universidade da Pensilvânia, destacaram-se por suas teses de doutoramento, intituladas, respectivamente: *An Inaugural Essay on the Influence of Music in the Cure of Diseases*, em 1804 e *On the Effects of Music in Curing and Palliating Diseases*, em 1806. Essas teses foram orientadas pelo Professor Benjamin Rush e eram notavelmente similares em forma e conteúdo. Todavia, Samuel Mathews foi mais sofisticado no uso dos documentos e na quantidade de informações apresentadas, recomendando para o alívio da depressão, a utilização de música que se igualasse ao estado de ânimo do paciente, o que atualmente se chama de Princípio de ISO²⁷.

Muitas outras investigações foram sendo realizadas no campo da saúde e da educação, por médicos, psiquiatras, músicos e outras pessoas interessadas em comprovar os efeitos positivos da música no tratamento e cura de doenças. Porém, esses estudos foram desenvolvidos de forma independente, acarretando crescimento discreto na utilização da música para tal fim. Nos princípios do século XX, a terapia pela música continuou ganhando apoio e, algumas associações e organizações, promoveram programas de musicoterapia em hospitais, especialmente para os veteranos que retornaram da primeira e da segunda guerra mundial. (DAVIS; GFELLER, 2000).

²⁷ Benezon (1991, p.31) considera que cada ser humano tem dentro de si uma Identidade Sonora (ISO) que o caracteriza e o individualiza perante os demais. O termo ISOS vem do grego e quer dizer: igual. O princípio ISO é um conceito dinâmico, que resume a presença de um som ou de um conjunto de sons ou um fenômeno acústico e de movimentos internos, que caracterizam e individualizam cada ser humano. São classificados em: ISO Gestáltico (elementos particulares do período da gestação, como sons do corpo da mãe, sons que chegam pelo líquido amniótico e sons presentes no inconsciente. Em termos musicais, o ritmo binário, canções infantis, sonoridades e músicas particulares da cultura da mãe e da família); ISO Cultural (canções, melodias e movimentos, que caracterizam o meio sociocultural onde vive ou viveu o indivíduo); ISO Universal (som que identifica e caracteriza todo e qualquer ser humano, independente do contexto cultural, social, histórico e psicofisiológico. São os sons e ritmos produzidos pelos batimentos cardíacos, pela inspiração e expiração, os sons da natureza), ISO Complementar e ISO Grupal (identidade sonora de um grupo humano produzido pelas afinidades sonoras, ou seja, é adequação temporal do ISO Gestáltico, que compõe um número determinado de indivíduos reunidos por circunstâncias diversas, como raça, etnia, linguagem e espaço geográfico).

A primeira revista chamada de *Music and Health* foi criada por Eva Augusta Vescelius e teve curto período de publicações; nela incluíam-se poemas, artigos da autora e outros trabalhos sobre a aplicação terapêutica da música. Já o primeiro curso de musicoterapia oferecido por uma universidade, foi organizado e lecionado pela pianista inglesa, Margaret Anderton, que oferecia serviços de musicoterapia aos soldados canadenses que haviam sofrido de transtornos mentais e físicos após a Primeira Guerra Mundial. (DAVIS; GFELLER, 2000).

Na enfermagem, algumas investigações demonstraram que o uso da música nos cuidados, também foi iniciado durante a I e II Guerra Mundial, com Florence Nightingale, em parceria com músicos. Estes perceberam ao longo do tempo, que a música oferecida aos soldados feridos, para diversão, provocava benefícios significativos como: redução da depressão, maior socialização entre eles, aumento da expressão emocional e maior contato com a realidade. (GAYNOR, 1999; DAVIS; GFELLER, 2000; LEÃO, 2004).

Florence Nightingale descreveu que:

O efeito da música no doente tem sido dificilmente notado [...] os instrumentos de sopro, incluindo a voz humana, e os instrumentos de corda capazes de produzir sons contínuos, em geral; trazem efeito benéfico [...] isso, independentemente da associação com o sentido dessas melodias. (NIGHTINGALE, 1989 p.12).

Dessa forma, no cenário mundial, algumas enfermeiras como Isa Maud Ilsen e Harriet Seymour seguiram essa trajetória, estudando a repercussão da música sobre pacientes cirúrgicos e soldados no pós-guerra. Isa Maud Ilsen, além de enfermeira, diretora de um hospital, era musicista e fundou a *National Association for Music in Hospitals*, em 1926. Previamente, ela havia trabalhado como professora de musicoterapia na *University Columbia* com Margaret Anderton, em 1919. As várias atividades realizadas por 20 anos, como musicista, em hospitais, ajudaram-na a redefinir as teorias da musicoterapia e, como Eva Vescelius, Ilsen enxergava as pessoas saudáveis como pessoas em harmonia. Assim, Ilsen acreditava que certos estilos de música, como o *jazz*, não eram apropriados como recurso terapêutico, por isso, receitava primordialmente música clássica para o alívio de vários transtornos. Por fim, Isa Maud Ilsen foi considerada precursora do movimento de promoção da musicoterapia, nos hospitais americanos. (GAYNOR, 1999; DAVIS; GFELLER, 2000; LEÃO, 2004; BLASCO *et al*, 2010; COREN-SP, 2010).

Ainda, Harriet Ayer Seymour trabalhou como musicoterapeuta, com os veteranos da Primeira Guerra Mundial e, em 1920, publicou um guia para os aspirantes em musicoterapia, denominado de *What Music Can Do For You*. Foi responsável por vários programas de

música em hospitais e em prisões na cidade de Nova York, assim como realizou experimentos para determinar a efetividade de certos tipos de música, sobre os transtornos físicos e mentais. Em 1941, Seymour fundou a *National Foudation for Music Therapy* e, como presidente, apresentou conferências e aulas, enfatizando as técnicas de musicoterapias com os veteranos da Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, em 1944, publicou o texto *An Instruction Course in the Use of Practice of Musical Therapy*, que consistia no emprego de uma seleção de músicas, fundamentalmente músicas clássicas e canções folclóricas interpretadas por pequenos grupos musicais, para diversos grupos clínicos. Ela acreditava que era possível uma resposta terapêutica eficaz, por meio da combinação da música e pensamento positivo. Entretanto, Seymour não explicitava a sua compreensão de pensamento positivo, na subjetividade humana de um ser doente. (DAVIS; GFELLER, 2000).

Eliseth Ribeiro Leão, enfermeira brasileira e terapeuta floral que em suas diversas pesquisas, estudou a utilização da música instrumental erudita como intervenção de enfermagem no cuidado de mulheres com fibromialgia. Ao investigar parâmetros fisiológicos de relaxamento (frequência cardíaca e respiratória, eletromiografia dos músculos trapézio e frontal, pressão arterial sistólica e diastólica e temperatura cutânea); assim como redução da dor e percepção das pacientes sobre a experiência musical, ela evidenciou que, além da redução significativa da dor pós-sessão musical, houve melhora nos aspectos subjetivos, como alterações no estado de ânimo, facilitação da introspecção, visualização de imagens e sensações estéticas, dentre outras. (DOBBRO, 1998; LEÃO, 2002).

No cenário brasileiro, além da enfermeira Eliseth Leão, outras personalidades reconhecidas destacaram-se por dar início à terapia musical. Nos anos 1950, por exemplo, Liddy Mignone fundou um movimento de educação musical para os desfavorecidos, na cidade do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo em que, o Hospital Psiquiátrico Pínel iniciou o desenvolvimento de um programa de musicoterapia, coordenado pelo Médico e Músico Jacques Nirenberg, o qual, posteriormente (1968), foi Presidente da Associação Brasileira de Musicoterapia.

Assim, apesar das contribuições desses pioneiros e do aumento do número crescente de relatos sobre a utilização da música nas instituições hospitalares, a musicoterapia ainda não era reconhecida como profissão organizada. Apenas, em 1950, nos Estados Unidos, foi fundada a *National Association for Music Therapy*, que se diferenciava das demais associações constituídas anteriormente, pela presença de normas, regimentos, categoria de sócios e de um comitê ativo de investigação. (DAVIS; GFELLER, 2000).

Sequencialmente, muitas associações foram criadas, no intuito de regular e legitimar essa profissão, oferecendo definições simples e completas para a Musicoterapia. Desse modo, destacaram-se algumas definições de associações e autores, como:

Musicoterapia é a utilização clínica e baseada em evidências de intervenções de música para atingir as metas individualizadas dentro de uma relação terapêutica por um profissional credenciado que tenha completado um programa de terapia aprovada. (*AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION*, 2012).

A musicoterapia é a utilização profissional da música e seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que buscam otimizar sua qualidade de vida e melhorar sua saúde física, social, comunicativo, emocional, saúde intelectual e espiritual e bem-estar. Prática de pesquisa, educação e formação clínica em musicoterapia são baseadas em padrões profissionais, de acordo com contextos culturais, sociais e políticos. (*WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY*, 2011).

Baseando-se nessas definições, Pérez (2011) afirma que a utilização da disciplina musicoterapia envolve muitos aspectos e visões diferentes, por se fundamentar em âmbitos multi-interdisciplinares, podendo, assim, ser utilizada pelas ciências da saúde (psicologia, psiquiatria, medicina, enfermagem, fisioterapia, serviço social, entre outras), como também, no campo da pedagogia, da educação, da educação especial, na sociologia, antropologia, além de outros.

Desse modo, para a Enfermagem, a musicoterapia ou terapia musical é considerada uma intervenção autônoma da (o) enfermeira (o), que se centra, segundo a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC, 2008), na utilização da música para “ajudar a conseguir uma mudança específica de conduta, sentimentos ou parâmetros fisiológicos”.

As atividades propostas pela NIC (2008), para execução da musicoterapia, compreendem: definir a mudança de conduta específica e/ou fisiológico desejado (relaxamento, estimulação, concentração, diminuição da dor); determinar o interesse do indivíduo pela música; identificar as preferências musicais do indivíduo; informar ao indivíduo o propósito da experiência musical; eleger seleções de música particularmente representativas das preferências do indivíduo; ajudar o indivíduo a adotar uma posição confortável; limitar estímulos externos (por exemplo, luzes, sons, visitantes, chamadas telefônicas) durante a experiência da escuta; disponibilizar fitas/discos compactos de música e equipamentos para o indivíduo; assegurar que o material se encontre em bom estado; proporcionar fone de ouvido, se conveniente; assegurar o volume adequado; evitar deixar a

música posta durante um longo período; facilitar a participação ativa do indivíduo, se ele o deseja e se é possível e evitar música estimulante, depois de uma lesão aguda na cabeça.

Desse modo, pode-se entender que, no cuidado a pessoa idosa hospitalizada com queixas álgicas, a aplicação da musicoterapia é uma estratégia importante para o alívio e controle da dor, por conduzir a um bem estar físico, psíquico, social, espiritual e cognitivo. Para tanto, a (o) enfermeira (o) deverá escolher o método a ser empregado, considerando o perfil da pessoa idosa. Segundo Rodriguez-Castro (2005, 383p.), existem quatro métodos básicos para musicoterapia, a saber:

1. Musicoterapia passiva: onde a pessoa, geralmente, só escuta e a música persuade. Não há movimentos nem se utiliza instrumentos musicais. O termo “passivo” é conceituado pelo dicionário Aurélio como aquele “que sofre ou recebe uma ação sem reagir a ela” e “não atuante, inerte, que não participa”. Desse modo, é difícil de entender sua utilização na musicoterapia, por se compreender que todos os seres e a natureza são influenciados pelos sons.

2. Musicoterapia ativa: na qual ocorre à participação do paciente, através da criação de sons, composição de letras, dança, canto, sussurros, criação de instrumentos musicais, entre outros.

3. Musicoterapia receptiva: compreende o resultado da escuta do paciente. Nessa experiência, pode ocorrer influência da escuta da música, ao vivo ou gravada, que pode ser improvisada ou composta anteriormente pelo paciente, terapeuta ou outras pessoas.

4. Musicoterapia criativa: nela, a pessoa cria a música a partir de ritmos, podendo utilizar a voz ou instrumentos ou movimentos corporais. Permite que a pessoa expresse o que sente a respeito de algum tema.

Nos idosos em cuidados paliativos, a musicoterapia ativa e criativa está indicada para aqueles que apresentam condições físicas de participar da atividade e, diante da impossibilidade, a musicoterapia receptiva trará grandes benefícios. (RODRIGUEZ-CASTRO, 2005).

É importante considerar que, a (o) enfermeira (o) pode utilizar a musicoterapia não apenas nos cuidados diretos as pessoas enfermas, mas nos diversos contextos da Enfermagem, tais como na educação e na pesquisa, pois segundo Bruscia (1997, p.36), “a musicoterapia se distingue de outras terapias pela confiança e dependência da música, como método principal ou modalidade de tratamento, mais até do que pelos problemas clínicos que está preparada para tratar”.

2.4 A RESSONÂNCIA DA MÚSICA NA PESSOA HUMANA

Compreendendo que a música é a sucessão harmônica de som e silêncio e, que o som é a vibração de ondas, propagadas em um meio, é possível não só escutar música através do aparelho auditivo, mas, também, é possível senti-la, porque mais de um sentido é estimulado durante a audição musical. Em relação ao estímulo e a resposta multissensorial, provocados pela música, Bruscia (1997, 25p.) comenta que “a música engloba todos os sentidos. Ainda que tipicamente pensemos na música como forma de arte ‘auditiva’ ela também provê de estimulação visual, tátil e cinestésica e nos oferece oportunidades para responder através desses canais sensoriais”.

A pele, por exemplo, como maior Sistema Nervoso externo é capaz de perceber os sons, através dessas vibrações, como também, responde as sensações que a música evoca em cada pessoa.

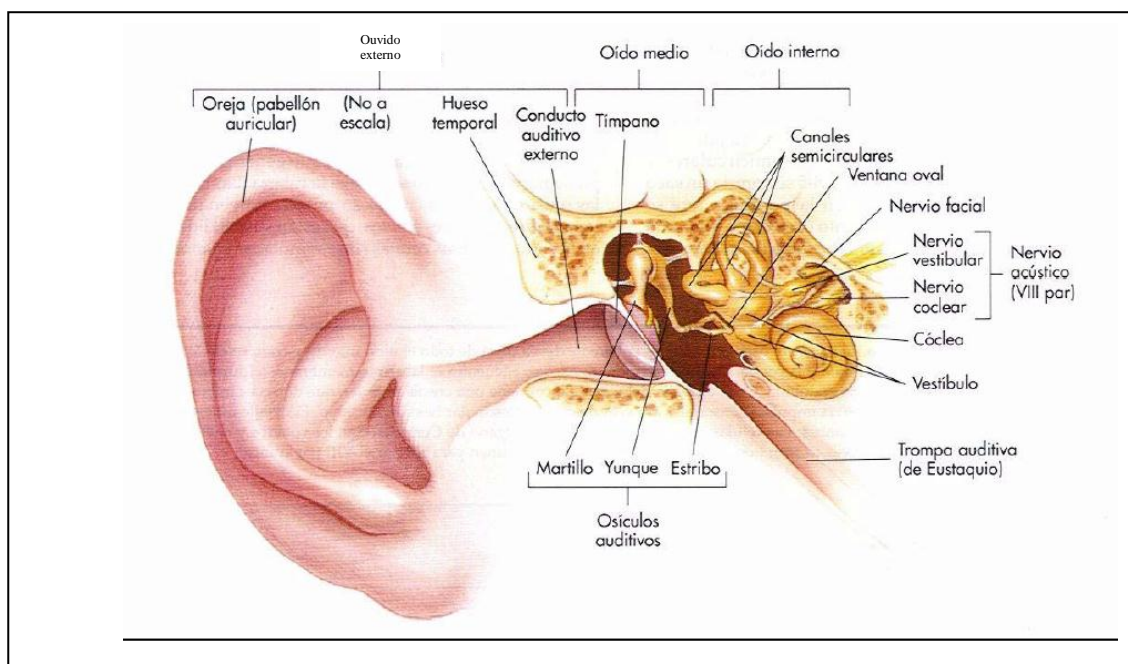
Sobre isso, Blasco (1999) refere que em uma investigação sobre o efeito fisiológico da música, através da condução elétrica da pele, os níveis de condução se habitua tanto com a música, como no ruído uniforme. A interrupção ou aceleração da condução está relacionada ao tempo, altura e aumento da complexidade dos componentes musicais de determinada composição. Portanto, a escolha das músicas, assim como, a emoção com que os indivíduos sentem irão interferir nessa condução. Por isso, é possível recordar que em vários momentos do cotidiano, quando se é escutada uma música, algumas pessoas verbalizam o quanto estão “arrepiadas” e emocionadas com aquela composição musical, enquanto outras demonstram total indiferença a essa mesma composição.

Dessa maneira, a audição musical, que não é a simples recepção de sons, tem a função de converter o som (ondas de pressão), em uma série de impulsos nervosos para o SNC, que irá codificar, analisar e responder a esse sinal, de acordo com os aspectos cognitivos e afetivos que o som representa para cada indivíduo.

De forma simples e objetiva, pode-se dizer que o processo auditivo consta de três etapas: 1) chegada das ondas sonoras do ambiente ao conduto auditivo externo, onde há a membrana timpânica, ao vibrar, transforma as flutuações de pressão sonora a pressão física e as transmite; 2) chegada ao ouvido médio, o qual se compõe de uma cadeia de ossículos (martelo, bigorna e estribo), responsáveis pela amplificação do som para o ouvido interno, pois a pressão inicial, em um meio aéreo (ouvido externo), ficaria muito reduzida ao passar para um meio aquoso (ouvido interno). 3) chegada do som ao ouvido interno, que está dividido, do ponto de vista anatômico, em vestíbulo, canais semicirculares e cóclea. Este

último é o órgão da percepção auditiva, pois dentro dele está o órgão de Corti, responsável pela conversão das ondas sonoras em impulsos nervosos. (THIBODEAU, 1998; LOPÉZ, 1999).

Figura 9. Estrutura anatômica do ouvido



Fonte: THIBODEAU, G. *Estructura y función del cuerpo humano*. Harcourt Brace, 1998, 180-183p

Destaca-se que, após a transformação da energia mecânica do som em energia elétrica, pela membrana ciliada do órgão de Corti, através de fibras nervosas aferentes, o impulso atinge por meio do tálamo o córtex auditivo primário, localizado no lobo temporal. Essa é a primeira etapa da percepção musical, a qual se ocupa dos elementos básicos como a frequência e a sequência das notas que definem uma melodia. (WEINBERGER, 2005; RUBIA, 2009).

Rubia (2009) informa que as células do córtex auditivo primário, além de provocarem uma excitação entre si, utilizam a inibição do som para simplificar a informação acústica, aumentar o contraste e suprimir os ruídos de fundo. Assim, um som igual e constante termina por não ser ouvido em virtude dos fenômenos de adaptação dos receptores e do processo inibitório chamado de habituação, pois o cérebro envia informação às células sensoriais do ouvido interno, controlado a sua sensibilidade.

Os músicos ao tocarem um instrumento ativam outras regiões cerebrais como o córtex motor e o cerebelo, por participarem do planejamento e interpretação dos movimentos específicos e precisos, no tempo. (WEINBERGER, 2005).

2.5 O EFEITO TERAPÊUTICO DA MÚSICA

O valor terapêutico da música deve-se a sua possibilidade de transcender as esferas biológicas, fisiológicas, intelectuais, sociais e espirituais. Todavia, com a comercialização da música, é fato que o seu efeito tenha decrescido, em razão de banalização pela presença constante e indiscriminada.

Desse modo, observa-se a todo o momento nas ruas das grandes cidades a escuta da música através de aparelhos eletrônicos modernos e que, em muitas situações, distanciam as pessoas do contato diário com o outro. Não é possível escutar mais mensagens de bom dia, de agradecimento, porque as pessoas estão isoladas pelos fones de ouvido para audição de músicas diversas. Parece-nos que não há mais local e momento para apreciação da música e o reflexo desse novo contexto, de repetição de estímulo, leva a redução do efeito e a dificuldade de separar a reação fisiológica da reação emocional, que a música provoca.

Assim, faz-se necessário apresentar alguns dos aspectos multidimensionais que podem ser influenciados pela música. Segundo Blasco (1999), a música pode atuar na bioquímica do organismo humano de forma positiva ou negativa, de acordo com o tipo de música, sendo descoberto que, notas musicais, afetam os aminoácidos de algumas proteínas e, como consequência, as plantas crescem com maior rapidez.

Gaynor (1999) relata, também, algumas investigações que demonstraram haver, pela música: aumento dos níveis de interleucina-1, quando as pessoas ouviam música do tipo “*New Age*”, *jazz* e também música clássica, durante períodos de quinze minutos; queda dos níveis do hormônio cortisol, durante procedimentos diagnósticos e cirúrgicos; e aumento da produção de opióides endógenos, durante a escuta de marchas militares, *spirituals* e trilhas sonoras de filmes. Quanto à influência da música nos parâmetros fisiológicos, o autor ainda refere, com base em algumas investigações, a ocorrência de redução da frequência cardíaca e respiratória, assim como na pressão arterial, em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio e em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Outro estudo, com resultados semelhantes, foi o de Hatem *et al.* (2005), que descreveu os efeitos terapêuticos da música após cirurgia cardíaca, revelando mudanças significativas na intensidade da dor, da ansiedade e na moderação de sinais vitais. Blasco (1999), também por

meio da pesquisa de Vincent e Thompson, estabelece que o tipo de música pode acarretar mudanças na pressão arterial. Entretanto, essas mudanças não ocorrem necessariamente se a música é sedativa ou estimulante, mas existem outras causas individuais. Então, em um grupo de músicos e não músicos, concluiu-se que a variável importante não era o tipo de música, mas o interesse que despertava em cada um dos sujeitos.

Spintge, anestesista e destacado pesquisador, no que diz respeito ao uso da música na medicina, segundo Gaynor (1999), resume seu impacto, da seguinte forma:

Parâmetros fisiológicos como frequência cardíaca, pressão arterial, salivação, umidade da pele e níveis sanguíneos de hormônio do stress – como adrenocorticotrófico (ACTH), a prolactina, o hormônio do crescimento humano, cortisol e as beta-endorfinas – apresentam significativa redução com o uso da música ansiolítica²⁸, comparável à que ocorre quando o paciente recebe a pré-medicação usual. Estudos com eletroencefalogramas demonstraram a indução do sono através da música na fase pré-operatória. As respostas subjetivas dos pacientes são nitidamente positivas em cerca de 97% (59.000) dos casos. Esses pacientes afirmam que a música os ajudou realmente a relaxar no período pré-operatório e durante cirurgias com anestesia local. (SPINTGE, 1992 citado por GAYNOR, 1999, p 54).

Relacionando o uso da música para aqueles que estão em proximidade da morte, Therese Schroeder-Shekerque, cantora, compositora e harpista, que fundou o *Chalice of Repose Project*, reitora da Escola de Música-Tanatologia no *Hospital St. Patrick*, em Missoula, Montana – EUA vem demonstrando, desde 1992, os benefícios na qualidade de vida de idosos em cuidados paliativos, institucionalizados em hospitais e casas de longa permanência. Shekerque acredita que a tanatologia musical²⁹ é uma extensão da medicina paliativa, pois em mais de 1.900 atendimentos prescritos, o uso da harpa na beira dos leitos de pacientes com câncer, AIDS, doenças degenerativas progressivas e de queimaduras graves, observou-se alívio dos sintomas físicos, emocionais e espirituais desses pacientes e dos seus familiares. (GAYNOR, 1999; JOHNSON, 2002).

Nessa perspectiva, compreende-se que ouvir música clássica ou ver/ouvir sua execução quando prescrita, sistematicamente, aos pacientes em cuidados paliativos, contribui para a melhora de alguns dos sintomas desagradáveis como: dor, fadiga, insônia, dispneia, náuseas e vômitos, confusão mental, ansiedade, anorexia, promovendo, conseqüentemente, conforto e possibilidade de aproximação dos familiares e amigos. (GIL, 1994; BURLÁ; PY, 2004).

²⁸ Com base nesse autor, entende-se por música ansiolítica, toda música que possibilita atuar no sistema nervoso central, levando a redução nos níveis de ansiedade, entendendo-se que os ansiolíticos são drogas sintéticas que agem sobre a ansiedade e tensão.

²⁹ Tanatologia é o estudo do processo de morrer.



Figura: The Red Cross of Comfort, by John Morton-Sale Photo courtesy of Donahue, M.P.
Nursing: The Finest Art-Master Prints. 1989, plate 27

3 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON: modalidades transpessoais de cuidar-curar

Antes de eu começar a trazer comigo para o hospital, a minha sala de estar, eu era apenas mais uma doença. Os enfermeiros entravam no quarto com frequência e nunca me olharam nos olhos. Após eu ter trazido obras de artes e música, estes começaram a notar as pinturas, e a fazer perguntas acerca da música. Tornei-me numa pessoa para eles em vez de ser outra doença.

Watson (2002b, p.194) apud McNiff (1992)

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (1940) é utilizada como base teórica para o entendimento dos dados qualitativos, deste estudo, por considerar que essa teoria propõe, com base também no Metaparadigma de Florence Nightingale, que as artes são modalidades transpessoais de cuidar-curar, sendo essenciais ao tratamento holístico. Essas modalidades, por sua vez, “são também medidas de conforto, que servem para controlar a dor, acalmar e relaxar, e para ajudar a criar um sentido de bem estar, através do qual a cura natural pode ocorrer e o processo natural de reparação pode ser facilitado”. (WATSON, 2002b, p. 201).

A autora também acredita que, ao incorporar a arte no ambiente diário, a ela ajudará os enfermos e profissionais a recordarem a alma e os anseios profundos, pelas mensagens que afirmam a vida, sendo, portanto, imprescindível para a humanização e revitalização dos cuidados de saúde oferecidos, principalmente, aos idosos em cuidados paliativos.

Dessa forma, as modalidades transpessoais de cuidar-curar, como as auditivas, visuais, olfativas, táteis e gustativas, entre outras, permitirão novas relações entre a arte e a cura, bem como, atenderão às “doenças da alma e do psíquico” e do corpo físico. (WATSON, 2002b, p. 195).

Margaret Jean Watson nasceu na Virgínia Ocidental nos Estados Unidos, em 1940, porém reside, atualmente, na cidade de Boulder, no Colorado, desde 1962. Obteve o diploma da Graduação em Enfermagem e Psicologia, pela Universidade do Colorado, bem como, o Grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Mental - Psiquiatria e o de doutorado em psicologia educacional e aconselhamento. (WATSON, 2002b).

Dessa maneira, Doutora e professora de Enfermagem, Watson foi Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade do Colorado, local onde é atualmente Professora Emérita de

Enfermagem e fundadora do *Center for Human Caring*³⁰, desde 1986. Escreveu seu primeiro livro, *Nursing: the philosophy and science of caring*, em 1979, o qual, segundo ela: "surgiu a partir de minha busca para trazer um novo significado e dignidade para o mundo da Enfermagem e da assistência ao paciente". (WATSON, 2007, p. 130).

Como membro da Academia Americana de Enfermagem, Watson recebeu vários prêmios nacionais e internacionais. Possui numerosos trabalhos publicados, que descrevem a sua filosofia e a Teoria do Cuidado Humano, os quais são estudados por enfermeiros (as) em várias partes do mundo. (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

No seu primeiro livro, *Nursing: the philosophy and science of caring*, a autora apresenta o núcleo original e a estrutura para a Teoria do Cuidado Humano, que segundo ela, a base nas ciências humanas aliadas às bases científicas pode auxiliar as (os) enfermeiras (os) a ampliar a visão e perspectivas do mundo, além de desenvolver habilidades do pensamento crítico, sendo este necessário à ciência do cuidado, que tem como foco a promoção da saúde e não a cura da doença. Para Watson (2002b), a cura é do domínio da medicina, enquanto a atitude do cuidado pertence à Enfermagem, estando esse cuidado ameaçado pelas tarefas e exigências tecnológicas.

Entende-se, desse modo, que a Teoria de Jean Watson direciona-se para a realidade dos idosos sob cuidados paliativos, os quais apresentam uma doença não transmissível e progressiva, que não responde mais às terapêuticas curativas.

Além disso, Watson (2005) traz que ao se trabalhar com pessoas em momentos de desespero e vulnerabilidade, como as (os) enfermeiras (os) que atuam com idosos sob cuidados paliativos, estas são desafiadas a aprender novamente e a reexaminar o próprio significado da vida e da morte. À medida que isso é efetivado, nos envolvemos em um processo autêntico, de modo a cultivar e sustentar práticas de cuidado de si e dos outros.

Nesse sentido, no momento atual, a Enfermagem parece estar respondendo às várias exigências do maquinário, com menor consideração às necessidades da pessoa, que está presa à máquina. Para a teórica em questão, o cuidado é a essência da Enfermagem e exprime sensibilidade entre a (o) enfermeira (o) e a pessoa, ou seja, a (o) enfermeira (o) coparticipa da relação de cuidar.

Para isso, Watson revela os 10 *Caring Factors*, onde o termo *caring* foi introduzido, no intuito de se opor a palavra "curativa", própria do modelo dominante e

³⁰ O *Center for Human Caring* foi o primeiro centro interdisciplinar com o compromisso global de desenvolver e propagar o conhecimento do cuidado humano e cura, como base para a transformação do sistema de saúde afirmando e sustentando atividades humanas que cuidam e a cura como base moral e científica da prática clínica.

tradicional da ciência médica. (WATSON, 2007). Neste estudo, bem como no de Santos (2012), optou-se por conservar o termo, *Carative*³¹ *Factors*, no seu idioma de origem, por acreditar que a tradução não expressaria o sentido real da palavra, em latim.

As referências dos humanistas existenciais foram utilizadas por teóricos como Maslow, Rogers, Heidegger, Merleau-Ponty e Erikson, assim como nas Teorias de Selye e Lazarus, quando delinea o estresse e o cuidado, somando-se as teorias de Leininger e Henderson, voltadas para o conhecimento em Enfermagem. (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Para ciência do cuidado na Enfermagem, Watson propõe sete premissas básicas as quais foram utilizadas para construção dos 10 *Carative Factors* e, são apresentadas a seguir: (1) O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal; (2) O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades básicas; (3) O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar; (3) As repostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser; (5) Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo; (6) A ciência do cuidado é complementar a ciência da cura. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde, e para propiciar auxílio àqueles que estão doentes e (7) A prática do cuidado é fundamental à Enfermagem.

Registra-se que, além disso, na perspectiva de Watson, os principais pressupostos são:

³¹ A palavra Caritas tem sua origem no latim e significa tratar com carinho, amar, estimar, dar atenção.

Quadro 4- Principais pressupostos da Teoria Transpessoal de Jean Watson

ENFERMAGEM	Ciência humana da pessoa e das experiências de saúde/doença, com foco na promoção e recuperação da saúde, bem como na prevenção e tratamento de doenças por intermédio do cuidado transpessoal humanístico.
PESSOA	Ser dotado de valor a ser atendido, respeitado, nutrido, compreendido e auxiliado, necessitando de valorização e respeitado na sua essência, objetivando um cuidado integral.
SAÚDE	Inter-relacionamento entre mente, corpo e alma, aliando a coerência entre o “eu percebido” e o “eu vivenciado”.
AMBIENTE	Espaço físico, onde habitam a pessoa, família e comunidade, influenciadas por fatores culturais e sociais.

Fonte: SILVA, R., SILVA, M.J.P. Enfermagem e os cuidados paliativos. In: SILVA, R., AMARAL, J.B., MALAGUTTI, W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

Assim, essa primeira obra de Jean Watson concentra-se na área do cuidado prestado às pessoas e perdas, direcionando o foco principal da Enfermagem para o *Caring Factors*, que derivam de uma perspectiva humanista, combinada com conhecimentos científicos. Os dez fatores básicos que formam a estrutura da teoria de Watson, compreendem:

FATOR 1 – Formação de um sistema de valores humanístico-altruístas:

- Consistem em valores compartilhados pelos pais, as próprias vivências, crenças, culturas e experiências, que são necessárias para o amadurecimento, os quais refletiram na prestação do cuidado e podem ser influenciadas pelas enfermeiras-educadoras. Por fim, esse fator pode ser definido como uma satisfação, através da qual pode se dar uma extensão do sentido de um mesmo.

FATOR 2 – A instalação de fé-esperança:

- Por incorporar valores humanísticos e altruístas, esse fator “facilita a promoção do cuidado de enfermagem holístico e do cuidado positivo, em uma população de pacientes”. Além disso, “descreve o papel da (o)

enfermeira (o) no desenvolvimento das inter-relações eficazes enfermeira-paciente e na hora de promover bem-estar, ajudando ao enfermo para que este adote condutas que buscam a saúde”. Entretanto, quando a ciência moderna nada mais puder oferecer à pessoa, a (o) enfermeira (o) poderá utilizar alternativas, como meditação e crença no *self* ou no espiritual, no intuito de oferecer sensação de bem-estar, através das crenças significativas para o indivíduo.

FATOR 3 – O cultivo da sensibilidade ao próprio *self* e ao das demais pessoas:

- A (o) enfermeira (o) começa a sentir emoção, quando ela se faz presente, e é apenas no desenvolvimento dos próprios sentimentos, que alguém pode realmente, e de modo sensível, interagir com os outros. Então, com o aumento da sensibilidade ocorre o aumento da autenticidade, e ao se tornar autêntico, o autocrescimento e a autorrealização é inevitável, permitindo, conseqüentemente, a interação da (o) enfermeira (o) com os outros.

FATOR 4 – Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança:

- Essa relação dá-se através do modo de comunicação, que estabelece harmonia e cuidado. Para tal, Watson utiliza os trabalhos de Rogers, Carkhuff e Gazda, a fim de definir as características da relação. Sendo essas características a compatibilidade (enfermeiras verdadeiras e sem fachadas), a empatia (sintonizar com os sentimentos de seus clientes – “andar com os sapatos do outro”) e a calidez, que implica na aceitação positiva do outro.

FATOR 5 – A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos:

- Os sentimentos são capazes de alterar os pensamentos e o comportamento humano, por isso, eles devem ser levados em consideração, bem como ser permitida as suas expressões, em uma relação de cuidado.

FATOR 6 – O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomada de decisões:

- O método científico da solução de problemas é o único método, que permite o controle e a previsão, e isso permite a autocorreção.

FATOR 7 – A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal:

- Proporciona às pessoas o máximo de controle sobre sua própria doença.

FATOR 8 – A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física, sociocultural e espiritual:

- Esse fator refere-se às funções rotineiras e diárias, que a (o) enfermeira (o) utiliza para promover a saúde, restaurá-la ou prevenir a doença. As variáveis externas, como os fatores físicos, de segurança e ambiental interferem juntamente com as variáveis internas, caracterizadas pelas atividades mentais, espirituais ou culturais. Watson sugere que a (o) enfermeira (o) precisa também oferecer conforto, privacidade e segurança. Além disso, um ambiente estético (para melhorar a saúde através da promoção da autovalorização e da dignidade) e limpo (para melhorar o estado afetivo, facilitando as interações com os outros e promovendo um senso de satisfação com a vida).

FATOR 9 – Assistência com satisfação/gratificação das necessidades humanas:

- Fundamentam-se em uma hierarquia de necessidades, semelhantes às de Maslow, o que é relevante para a ciência do cuidado. O estabelecimento das necessidades hierárquicas não impede a necessidade de encarar cada pessoa em todo seu contexto.

FATOR 10 – A permissão de dimensões existenciais-fenomenológicas:

- A fenomenologia é uma forma de compreender as pessoas, do ponto de vista de como as coisas se parecem para elas, a partir de sua estrutura referencial. Para a (o) enfermeira (o), esse fator ajuda a conciliar e mediar a incongruência de

encarar a pessoa holisticamente, enquanto que, ao mesmo tempo, obedece a uma ordem hierárquica de necessidades

Quadro 5. Necessidades humanas, segundo a Teoria Transpessoal de Jean Watson.

Necessidades de Sobrevivência	Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Biofísicas) <ul style="list-style-type: none"> • Alimento e líquido; • Eliminação; • Ventilação
Necessidades Funcionais	Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Funcionais) <ul style="list-style-type: none"> • Repouso • Atividade-inatividade; • Sexualidade.
Necessidades Integradoras	Necessidade de Ordem Superior (Necessidades Psicossociais) <ul style="list-style-type: none"> • Realização; • Associação.
Necessidades de busca e crescimento	Necessidade de Ordem Superior (Necessidades Intrapessoal-Interpessoal) <ul style="list-style-type: none"> • Autorrealização

Fonte: WATSON J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(1):129-35

Assim, incorporação desses fatores à ciência da enfermagem ajuda a (o) enfermeira (o) a compreender o significado que a pessoa dá à sua vida ou a ajudar a pessoa a encontrar sentido nos acontecimentos difíceis da vida ou ambos. Os três primeiros fatores formam a base filosófica para a ciência do Cuidar, enquanto que os sete restantes são os fundamentos estabelecidos pelos três primeiros.

Posteriormente, Watson expandiu e complementou o sentido da sua teoria por meio da construção de outras obras como, *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*, em 1985, sendo reimpressa e republicada, em 1988 e 1999. Nessa segunda obra, houve ampliação dos aspectos filosóficos e transpessoais do momento de cuidado, como marco de referência, expondo de forma explícita, os aspectos éticos da arte e dos espirituais-metafísicos. Conforme Watson (2007, p. 130), esse trabalho aponta que “se a Enfermagem sobreviver a este milênio, então ela terá de sustentar e fazer alianças explícitas com o seu público, que inclui conhecimentos, valores, ética e práticas qualificadas de cuidar, curar, saúde e os fenômenos de experiência de vida”.

Assim, a maior ênfase para sua teoria, após esse livro, foi o reconhecimento das dimensões espirituais do cuidado e no processo de cura. Impregnada pelo pensamento pós-

moderno, Watson, em 1999, publica seu terceiro livro, *Postmodern nursing and beyond*, o qual se baseia na ontologia das relações e nos fundamentos ético-ontológicos, frente a uma epistemologia convencional da ciência e da tecnologia. Houve, nessa bibliografia, “a necessidade de esclarecer o fundamento ontológico do ser-em-relação dentro de um paradigma do Cuidar; unidade mente-corpo-espírito”, como também, desenvolver os aspectos espirituais e energéticos do cuidado consciente, intencional e presente, e da evolução humana das (os) praticantes, (WATSON, 2007, p.130).

No seu trabalho mais recente, *Caring science as sacred science*, de 2005, o qual foi premiado pelo *American Journal of Nursing Book*³², em 2006, na categoria pesquisa, Watson convida os leitores a refletir sobre o fundamento moral e metafísico da conduta profissional de Enfermagem. Nessa obra ela se apoia na filosofia da alteridade do francês Emmanuel Levinas (1906-1995) e na do dinamarquês Knud Logstrup (1905-1981), na busca de um modelo de ciência, que reintegre a metafísica com o domínio físico e, assim, reencontrar a transcendência do ser em um mundo, com os outros. (WATSON, 2007, p.131).

Nessa mesma obra, ela refere, ainda, que seu livro “traz uma dimensão decididamente sagrada para o trabalho de cuidar, tornando mais explícito, que as experiências humanas vividas são um fenômeno de dimensões espirituais e filosóficas-ética-moral”.

Desse modo, a teoria Transpessoal de Jean Watson centra-se na sua visão da pessoa como um corpo-sujeito e na Enfermagem como a arte e ciência do cuidar, que atua na busca por uma harmonia entre mente e corpo, aliado à incorporação da dimensão espiritual, tão negligenciada na prática cotidiana dos profissionais da saúde. Essa teoria corrobora, dessa forma, com as bases filosóficas dos cuidados paliativos, o qual considera valor imprescindível à dimensão espiritual no cuidado ao paciente em processo de terminalidade.

Diante da trajetória marcada por grande reflexão e produção do conhecimento, Watson passou a ser considerada pioneira no estudo da Enfermagem, como uma disciplina científica que une a racionalidade e a sensibilidade. (WATSON, 2002a; TOMEY; ALLIGOOD, 2004). Com a evolução dessa teoria, foi introduzido o conceito de *Caritas Processes*, que sobrepuseram e ampliaram os 10 fatores originais, *Carative Factors*. Estes, para Watson (2007, p.132), permanecem como núcleo atemporal e estrutural da teoria, mesmo permitindo sua evolução e o surgimento de aspectos mais fluídos do modelo capturado pelos 10 *Caritas Processes*. O objetivo dessa transição foi o de oferecer uma linguagem fluida para entender a

³² American Journal of Nursing (AJN) é um programa que, desde 1969, por meio de uma avaliação de experts, premia autores e editores de livros de Enfermagem, em 17 categorias, com o objetivo de colaborar na tomada de decisão da compra pelos leitores, professores e bibliotecas. (<http://journals.lww.com/ajnonline/pages/default.aspx>).

em nível profundo os fatores iniciais, oferecendo observação essencial à dimensão espiritual e uma conexão explícita entre carinho, amor, processos de viver e cuidado.

Assim, as intervenções de Enfermagem requerem, com essa teoria, uma intenção, uma vontade, uma relação e uma ação onde, por meio dos *Caritas Processes*, desenvolvem-se os cuidados de Enfermagem. No quadro 3, está a descrição e a relação entre *Caritas Processes* e *Carative Factors*. Ressalta-se que, cada elemento não segue uma ordem definida, sendo acionado na interação com o outro, porque compõem um todo integrado, centrado na recuperação da saúde do ser. (MATHIAS *et al*, 2006).

Quadro 6. Carative Factors e Caritas Processes

<i>Carative Factors</i>	<i>Caritas Processes (2002 – 2007)</i>
Formação de um sistema de valores humanísticos-altruístas	Prática do amor, bondade e equanimidade no contexto de um cuidado consciente.
A instalação de fé-esperança	Estar autenticamente presente; permitir/sustentar/respeitar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do self/outro.
O cultivo da sensibilidade ao próprio <i>self</i> e ao das demais pessoas	Cultivo livre suas próprias práticas espirituais; aprofundando a autoconsciência, para além do ego.
Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança	Desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança.
A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos	Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro.
O uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomada de decisões	Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado (engajando artisticamente a prática do cuidado).
A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal	Engajamento em uma experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo; tentando permanecer na estrutura referencial do outro.
A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física, sociocultural e espiritual	Criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz.
Assistência com satisfação/gratificação das necessidades humanas	Assistir com respeito as necessidades básicas, mantendo um cuidado intencional e consciente do espírito, enquanto unidade do ser.
A permissão de dimensões existenciais-fenomenológicas	Estar presente e aberto para as dimensões existenciais desconhecidas do sofrimento entre vida-morte.

Fonte: WATSON J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(1):129-35.



Pintura: Para mi vejez; Alexander Sredine

4 INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA -A METODOLOGIA

*A música é assim: não quer ser só ouvida.
Quer possuir os corpos, transformar-se em vida, tornar-se carne.
“... e a Música se fez carne...”.*

Rubem Alves (2008, p.24)

4.1 TIPO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, com o intuito de analisar a influência da música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados, sob cuidados paliativos, à luz da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.

Os estudos exploratórios são desenvolvidos quando o objeto a ser examinado é um tema ou problema de pesquisa pouco investigado, ou do qual se tem dúvidas ou até mesmo não tenha sido abordado anteriormente. (HERNÁNDEZ-SAMPIEIRI; FERNÁNDEZ-COLLADO; BAPTISTA-LUCIO, 2006).

Desse modo, conforme relatado no capítulo da revisão de literatura, ainda há escassez de trabalhos publicados sobre a utilização da música como ferramenta para o cuidado de pessoas idosas hospitalizadas, com dor, fazendo-se imprescindível o desenvolvimento de estudos exploratórios, visando à familiarização desse fenômeno, obtendo, por conseguinte, informações para futuras investigações.

Quanto à abordagem quantitativa, esta foi utilizada para caracterização dos participantes do estudo, atendendo a um dos objetivos específicos da pesquisa. Enquanto que o uso da abordagem qualitativa permitiu o aprofundamento da complexidade do fenômeno, colaborando para identificação dos aspectos subjetivos, que emergiram no estudo, os quais poderiam deixar de ser valorizados, pelo uso exclusivo do método quantitativo. (MINAYO; SANCHES, 1993).

Polit e Hungler (2004, p.270), destacam que a pesquisa qualitativa “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”. Por isso, optou-se, também, pela pesquisa qualitativa como uma abordagem adequada para compreensão da temática estudada, em virtude da sua complexidade.

4.2 ESCOLHA DO LOCAL DE ESTUDO

Ao definir o objeto de estudo, o problema e os objetivos, iniciou-se discussão com a orientadora sobre o local em que a investigação deveria ser realizada, principalmente porque os cuidados paliativos podem ser contemplados no contexto domiciliar e hospitalar. Entretanto, optou-se pelo âmbito hospitalar, por compreender que embora o domicílio fosse o local mais apropriado para promover os Cuidados Paliativos, por ser também, o ambiente desejado pela maioria dos enfermos, em virtude da permanência constante dos seus entes queridos e dos objetos que, em sua maioria, retratam sua história, no hospital, a aplicação sistematizada da música poderia ter maior abrangência, ao proporcionar maior interação do profissional com o paciente, além de: compartilhar, mobilizar, motivar e despertar o interesse dos profissionais da assistência, para conhecer os benefícios da música na palição da dor e do sofrimento dos pacientes idosos.

Sobre esse aspecto, Watson (2002b, p.249), ao retratar a arquitetura de cuidar- curar com base no paradigma transpessoal pós-moderno, postula que os hospitais, nesse novo/velho modo de entender o ambiente, devem ser considerados como ambiente de cura, envolvidos com a “redução de ruído e com a introdução intencional de arte, música e mitologia como expressões de humanidade e cultura”. Desse modo, em concordância com a Teoria Transpessoal de Jean Watson, ao reconsiderar o metaparadigma da Enfermagem de Nightingale, considerou-se o hospital, como o ambiente físico propício para se iniciar reflexões sobre a possibilidade do uso intencional e consciente da música, pela Enfermagem.

Após essas considerações, fez-se um mapeamento das instituições hospitalares públicas, conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade do Salvador-Bahia, que atendessem a população idosa em cuidados paliativos. Nessa busca, foi escolhido, como ocorreu na pesquisa do Mestrado, a unidade de cuidados paliativos do Centro Geriátrico Julia Magalhães, das Obras Sociais de Irmã Dulce.

Assim, em dezembro de 2010, fez-se visita a esse local para avaliação do perfil cognitivo³³ dos idosos institucionalizados, considerando a exigência dos critérios de inclusão do estudo. Nessa unidade, juntamente com a coordenadora do Serviço, realizou-se avaliação dos prontuários de dezesseis idosos internados e, constatou-se com base no Mini Exame do

³³ Cognitivo deriva da palavra latina *cognitione* - *cognição*, termo que segundo Siegler e Poon (1999) inclui a esfera do funcionamento intelectual humano como, perceber, lembrar, raciocinar, tomar decisões, resolver problemas; formar estruturas complexas de conhecimento universal.

Estado Mental, anexados em seus prontuários, que todos os idosos (100%) apresentavam prejuízos cognitivos importantes, não sendo, portanto, elegíveis a participarem da pesquisa.

Diante da proposta de investigar a música para idosos com dor, sob cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos, não houve interesse nas duas outras unidades de cuidados paliativos da Instituição, uma vez que elas, em geral, atendem pacientes adultos com enfermidades oncológicas.

Assim, optou-se pelo Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), por ser de grande porte e de referência para o Município e o Estado da Bahia, que apesar de não possuir unidades específicas para o atendimento de pessoas idosas, em cuidados paliativos, presta assistência a elevado número de pacientes idosos, com enfermidades crônicas não transmissíveis, oncológicas, entre outras.

4.3 LOCAL DO ESTUDO: HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

A pesquisa foi realizada em duas unidades de clínica-médica e duas unidades de clínica-cirúrgica do HGRS. Esse hospital foi fundado em 1979 e recebeu o nome do médico, professor e ex-governador do estado da Bahia, no período de 1975 a 1979, Roberto Santos. Trata-se de um grande Complexo hospitalar, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), correspondendo a 11^a Região Administrativa de Saúde da capital, e dispensa atendimento à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em mais de 28 especialidades médicas, incluindo genética e atendimento de crianças com necessidades especiais. (CARVALHO, 2010).

Desde novembro de 2006, foi certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, como Hospital de Ensino, sendo considerado o maior complexo hospitalar do Estado da Bahia. Com sete andares, distribuídos em uma área aproximada de 32.080.94 m², com 107.327.75 m² de área construída. Está localizado no bairro do Cabula, na Estrada Velha do Saboeiro, e conta com os seguintes serviços: urgência e emergência, para adulto e criança; Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico; Unidade de internação (médica, cirúrgica, maternidade e pediatria); Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrica e neonatal; e Unidade ambulatorial na área de infectologia, cardiologia, urologia, ortopedia, neurologia e Centro de Tratamento de Feridas (CARVALHO, 2010). Ainda, sedia o Banco de Olhos e é o único na rede pública no Estado da Bahia, a realizar captação de córneas para transplante. (FRANCISCO, 2012).

Atualmente, o hospital conta com 640 leitos, dos quais 128 estão localizados nas unidades, aonde a pesquisa foi desenvolvida (32 leitos por unidade). Realiza uma média de 120 mil procedimentos ambulatoriais/mês e 1.310 internamentos/mês. (CARVALHO, 2010). As duas unidades de clínica-médica escolhidas para o desenvolvimento do estudo, atendem a especialidades de neurologia, nefrologia, gastroenterologia, cardiologia e endocrinologia. Enquanto que, as unidades cirúrgicas prestam atendimento, também, na área de oncologia e angiologia. Cada enfermaria tem capacidade para três leitos, que acolhem pacientes com seus respectivos acompanhantes, podendo, em algumas ocasiões, disponibilizar leito extra.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo pessoas idosas, do sexo masculino e feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, internadas em clínicas médicas e cirúrgicas do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador - Bahia, onde foram avaliados de forma sistemática, antes e após a utilização da música, durante o período de março a julho de 2011.

Durante o período de 01 de março a 15 de julho de 2011, quando foram transcorridas as sessões musicais e, de acordo com dados do Serviço de Arquivo Médico (SAME), o hospital admitiu nas unidades selecionadas 484 (quatrocentas e oitenta e quatro) pessoas idosas, através dos serviços de emergência e do ambulatório. Destas, 247 (51%) eram do sexo masculino e 237 (49%) do sexo feminino. Do total de idosos, 49 atendiam aos critérios de inclusão, contudo, vinte e sete (27) idosos foram excluídos durante as sessões pelos seguintes motivos: óbito, alta hospitalar, desorientação e recusa das sessões subsequentes. Finalmente, apenas 22 pessoas idosas finalizaram as sessões.(Figura 10).

Os critérios de inclusão adotados tiveram como base o diagnóstico médico de uma patologia avançada e progressiva; presença de dor; escore suficiente na avaliação cognitiva, que afastou possível quadro de demência conforme o Mini Exame do Estado Mental (> 24 pontos para idosos com segundo grau completo ou incompleto, > 18 pontos quando cursado primeiro grau completo ou incompleto e > 13 pontos quando não alfabetizadas); comunicação verbal e não verbal preservada, principalmente função auditiva autorreferida preservada; e condições físicas para a realização da sessão musical. Desse modo, foram excluídos do estudo, os participantes que apresentaram alterações cognitivas, impossibilidade de comunicação, pelo déficit importante da fala e audição, verificadas através do registro de prontuário e entrevista.

Registra-se que o idoso, diante do processo fisiológico do envelhecimento, somado as exposições do meio ambiente e ao curso de determinadas doenças, pode apresentar deficiência nos cinco sentidos: visão, audição, olfato, tato e paladar, incluindo a fala, prejudicando, por conseguinte, a comunicação.

A comunicação é um processo dinâmico, que envolve a troca de mensagens enviadas e recebidas às quais, segundo Machado e Brêtas (2006, p. 130) influenciam no comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazo, sendo subdividida em verbal, quando se refere às palavras expressas por meio da fala ou escrita, e não verbal, quando da presença de gestos, silêncio, expressões faciais ou alterações na postura corporal.

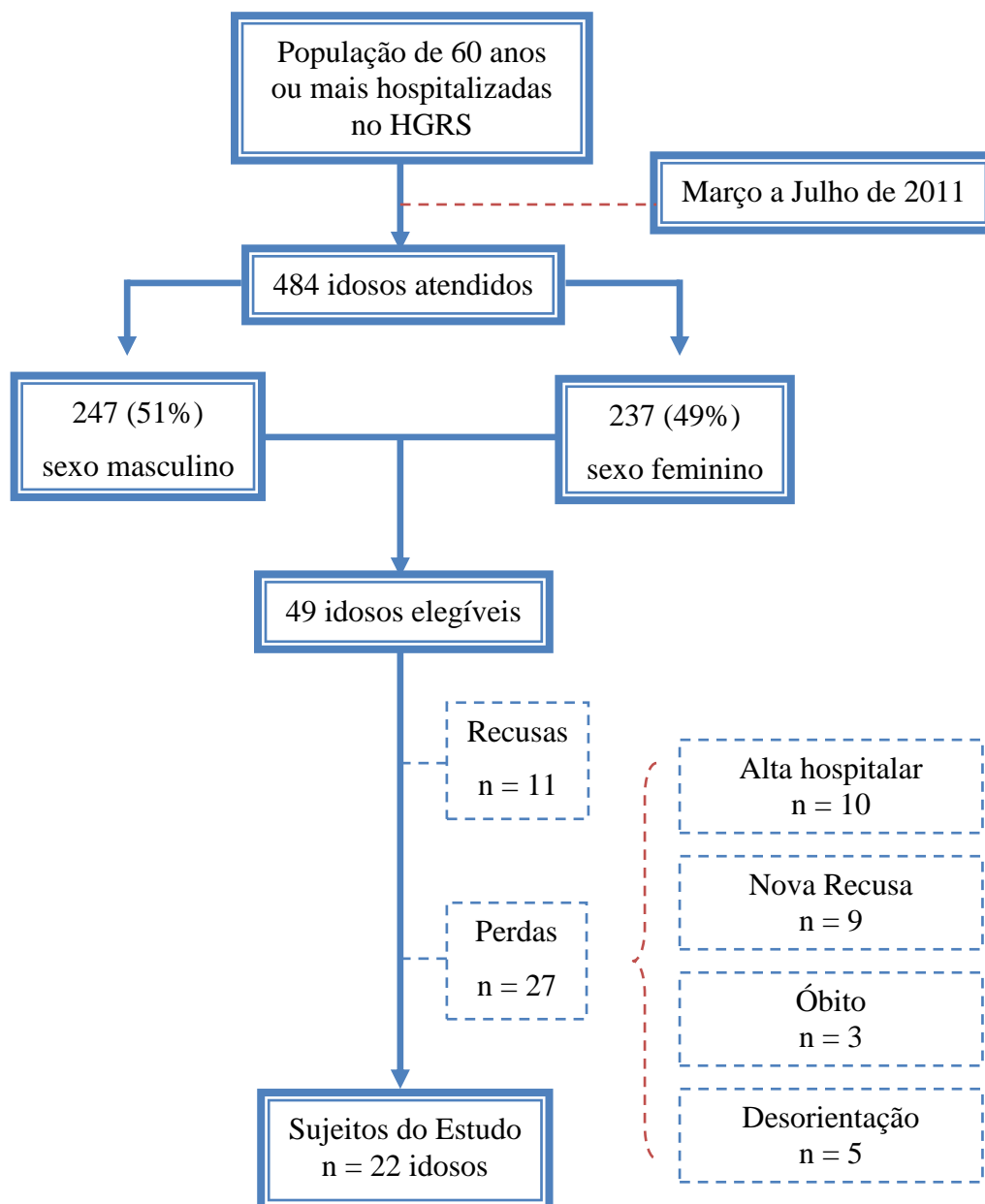
Quanto ao Estado mental, este compreende um conjunto de atividades cognitivas, emocionais e de conduta da pessoa, podendo ser avaliado clinicamente, por meio de testes, os quais, geralmente, são empregados frequentemente, por ser breve e por apresentar pontuações dos aspectos cognitivos do estado mental, sobretudo da capacidade cognitiva global que, frequentemente, deteriora-se nas enfermidades do sistema nervoso central. Segundo Torralba e Blanco (2011, p. 281), não se têm conhecimento exato da incidência e prevalência dos *déficits* cognitivos, associados às pessoas idosas, todavia, a prevalência desse problema simples ou subjetivo, oscila entre 20 e 40%, nessa faixa etária.

Para manter o anonimato dos participantes da investigação, estes foram identificados e denominados pelo título de músicas populares brasileiras, de cantores citados pelos idosos. Assim, para a escolha dos nomes dos participantes, optou-se por escolher músicas, cujos nomes eram de homens e de mulheres. Dessa maneira, as participantes do sexo feminino receberam o nome título das seguintes músicas: Iolanda, de Chico Buarque de Hollanda (1944-presente)- Entrevistada nº 16; Madalena, de Elis Regina (1945-1982)- Entrevistada nº 20; Conceição, de Cauby Peixoto (1931-presente) - Entrevistada nº 05; Lady Laura, de Roberto Carlos (1941-presente) - Entrevistada nº 15; Marina, de Dorival Caymmi (1914-2008) - Entrevistada nº 22; Maria Luiza, de Nelson Gonçalves (1919 – 1998) - Entrevistada nº 08; Iracema, de Adoniran Barbosa (1910-1982) - Entrevistada nº 04; Luísa, de Chico Buarque de Hollanda - Entrevistada nº 09; Rosinha, de Roberto Carlos - Entrevistada nº 21 e Perpétua, de Luiz Gonzaga (1912-1989) - Entrevistada nº 11.

Os participantes do sexo masculino foram denominados: Atônico, de Gal Costa (1945-presente) - Entrevistado nº 17; João Valentão, de Dorival Caymmi Dorival Caymmi (1914-2008) - Entrevistado nº 12; Pedro Pedreiro, de Nara Leão (1942-1989) - Entrevistado nº 19; Alexandre, de Caetano Veloso (1942-presente) - Entrevistado nº 02; O velho Chico, de Chico Buarque de Hollanda (1944-presente) - Entrevistado nº 10; João Ninguém, de Dalva de

Oliveira (1917-1972) - Entrevistado nº 18; Zé Baixinho, de Adoniran Barbosa (1910-1982) – Entrevistado nº 07; Mano Caetano, de Maria Bethânia (1946-presente) - Entrevistado nº 06; Paulo Afonso, de Luiz Gonzaga – Entrevistado nº 03; Januário, de Luiz Gonzaga (1912-1989) - Entrevistado nº 13; Joca, de Elizete Cardoso (1920-1990) - Entrevistado nº 14 e Zé Matuto, de Luiz Gonzaga (1912-1989) - Entrevistado nº 01.

Figura 10. Diagrama de Constituição dos Participantes do Estudo, HGRS, março a julho de 2011.



Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da Teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da instituição, na segunda quinzena do mês de fevereiro de 2011, deu-se o primeiro contato com a instituição selecionada para o estudo, através dos Recursos Humanos para confecção dos crachás de identificação e aquisição do ofício de apresentação para Coordenação de Enfermagem.

O projeto foi apresentado à coordenadora de Enfermagem do hospital, a qual determinou as unidades que poderiam ser adequadas para realização da pesquisa, bem como, o nome das profissionais responsáveis. Do mesmo modo, seguiu-se para o Serviço de psicologia no intuito de solicitar suporte e atenção dos profissionais (psicólogos), nas situações que demandassem a assistência dos mesmos.

Nas unidades de clínica médica e cirúrgica, apresentou-se o projeto as enfermeiras responsáveis, que informaram para toda equipe de Enfermagem e médicos residentes o desenvolvimento da pesquisa. Através do movimento diário de pacientes e com a colaboração das enfermeiras foi possível identificar alguns pacientes para iniciar a calibração dos instrumentos de coleta de dados, treinamento dos entrevistadores e identificação da escala de dor, que melhor se adequasse ao perfil dos idosos.

Para calibragem dos instrumentos de coleta de dados foi imprescindível a realização de um estudo piloto, onde foram identificadas 04 pessoas idosas que se adequavam aos critérios de inclusão da pesquisa. Esses idosos não compuseram a amostra do estudo, evitando justaposição de dados. O controle de qualidade da produção dos dados coletados foi realizado pela pesquisadora responsável pelo projeto, que participou, acompanhou e supervisionou as entrevistadoras no campo, verificando todos os instrumentos de coleta de dados.

A equipe executora do estudo constituiu-se de 01 pesquisadora, orientadora da pesquisa; 03 entrevistadoras; 01 estatística, sendo a digitadora e supervisora, a pesquisadora responsável pelo projeto. O grupo de entrevistadoras foi composto por estudantes de graduação em Enfermagem, que cursavam ou já haviam cursado disciplinas relacionadas a Atenção a Saúde da Pessoa Idosa da Universidade Federal da Bahia e da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Esses estudantes foram selecionados por meio de entrevista, realizada pela pesquisadora e pela orientadora do projeto. O treinamento desse grupo foi realizado com uma explanação do estudo, seguido de discussão dos questionários, a fim de garantir a padronização, com orientação sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, como também, a aproximação e a abordagem com os idosos e familiares, além da observação das entrevistadoras no desempenho das etapas do estudo.

4.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados

A pesquisa utilizou um questionário, contendo variáveis sócio-demográficas, socioeconômicas, aspectos relacionados à saúde autorreferida e clínica. (Apêndice A). Além do Mini Exame do Estado Mental (Anexo A); da Escala Verbal Numérica (EVN), para dor presente no Apêndice A; da *Palliative Performance Scale* (PPS), (Anexo B); da Escala de Barthel (Anexo C) e um roteiro para a observação direta e entrevista, contendo questões referentes aos objetivos da pesquisa, (Apêndice C).

Escala de Avaliação Cognitiva – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Para a avaliação cognitiva dos pacientes deste estudo, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido em 1975, por Folstein *et al* e publicada sua primeira versão, no Brasil, em 1994, por Bertolucci *et al*. (Anexo A). Trata-se de um instrumento para rastreio rápido, amplamente utilizado pela sua validade, confiabilidade e rendimento diagnóstico, em diversos meios. (PAREJA *et al*, 2008, p.138). Esse exame contém questões, que analisam: orientação temporal e espacial; memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso-espacial. Apresenta uma pontuação máxima de 30 pontos, entretanto, seu resultado deve ser interpretado de acordo com o grau de escolaridade do idoso, pois a presença de atividades como cálculo de subtração; escrita de uma frase e leitura de um comando reduz a chance de pessoas não alfabetizadas realizarem-no adequadamente.

Desse modo, foram incluídos no estudo, idosos que obtiveram, nesse exame, pontuação acima de 24 pontos, quando havia cursado o segundo grau completo ou incompleto; acima de 18 pontos, quando cursado o primeiro grau completo ou incompleto e acima de 13 pontos, quando não alfabetizadas. (BERTOLUCCI *et al*, 1994).

Escala de Avaliação de Intensidade da Dor

Para avaliação da dor, utilizou-se a Escala Verbal Numérica (EVN), que é um instrumento amplamente aceito na comunidade científica, e tem por objetivo mensurar unidimensionalmente a dor, em pacientes que estão com a comunicação preservada. Essa escala verifica apenas a intensidade da dor, usando números. Possui, geralmente, 11 pontos onde “0” (zero) indica ausência de dor e “10” (dez) a pior dor possível.

Assim como a EVN, outras escalas unidimensionais podem ser usualmente aplicadas a pessoas idosas para avaliação da dor, a exemplo da Escala Visual Analógica (EVA), a Escala de Descritor Verbal (EDV) e a Escala de Fácies (EF).

Durante o período de aproximação com o campo, realizou-se projeto piloto, com o objetivo de identificar a escala de dor que melhor se adequava ao perfil dos participantes da pesquisa. Assim, identificaram-se, inicialmente, quatro pacientes idosos que tinham o perfil estabelecido para os critérios de inclusão. Antes e após a realização de cada sessão musical foi aplicado a EVN, a EVA, a EDV e a EF e, antecipadamente a cada sessão, foi fornecida explicação sobre a utilização dessas escalas.

Cada sessão musical foi composta por três músicas clássicas, com tempo total de escuta de 11 minutos e 38 segundos. As músicas utilizadas foram: Primavera, das Quatro Estações, de Antônio Lucio Vivaldi³⁴ (1678-1741); Canon em Ré Maior, de Johann Christoph Pachelbel³⁵ (1653-1706), e Jesus, Alegria dos Homens, de Johann Sebastian Bach³⁶ (1685-1750).

Observou-se que dois dos pacientes não conseguiram marcar a EVA, por causa da redução da força muscular e edema dos membros superiores, elegendo a Escala Numérica e de Fácies, como aquelas mais acessíveis. Desse modo, a maioria dos pacientes conseguiu responder as três escalas (Escala Descritor Verbal; Escala Verbal Numérica e Escala de Fácies, demonstrando, contudo, dificuldade na Escala Descritor Verbal).

Ao final, escolheu-se a EVN para ser empregada na pesquisa, em concordância com os estudos de Herr e Garand (2011), que em estudo experimental, com 175 pessoas idosas e adultas, o qual teve por objetivo comparar a sensibilidade e utilidade de cinco escalas de avaliação da dor, concluíram que a EVN apresentou melhor resultado, porque obteve maior pontuação, em relação à preferência e sensibilidade à mudança na sensação da dor.

Assim, a EVN pode ser utilizada de forma confiável, tanto para comparar a intensidade da dor na mesma pessoa, ao longo do tratamento, quanto em grupos que receberam tratamento diferente. Ainda, diversos autores corroboram que a escala é de fácil aplicação, alta precisão e alta sensibilidade a pequenas variações de dor e, por isso, vem sendo bastante utilizada. (BACCI, 2004; HERR; GARAND, 2001).

³⁴ Antônio Lucio Vivaldi, compositor e talentoso violinista italiano do estilo barroco tardio.

³⁵ Johann Christoph Pachelbel, músico, organista, professor e compositor alemão do estilo barroco. A música Canon em Ré Maior foi uma das célebres composições deste músico.

³⁶ Johann Sebastian Bach, compositor alemão, cantor, maestro, professor, organista, cravista, violista e violinista do período barroco.

Os idosos em cuidados paliativos não manifestam apenas dor crônica, mas a dor aguda também está presente. Assim, a utilização da EVN permite a verificação da dor mista e, por isso, ela foi utilizada, nesta pesquisa.

Escala de Avaliação do Grau de Dependência

A Escala de *Performance* Paliativa (PPS), (Anexo B), costuma ser o instrumento escolhido para medir a condição clínica do paciente, ela foi desenvolvida em 1996, pelo *Victoria Hospice*, no Canadá, com base no Karnofsky³⁷ e adaptada aos Cuidados Paliativos. Em 2002, ocorreu o aperfeiçoamento da escala, quando foi adicionado texto de instruções e definições. A escala possui 11 níveis de *performance*, de 0 a 100, divididos em intervalos de 10 e sem valores intermediários. A PPS pode ser utilizada a nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar.

Quanto a Escala de Barthel, (Anexo C), ela foi outro instrumento construído para avaliar a capacidade funcional da pessoa idosa, por meio de dez Atividades de Vida Diária (AVD'S). Cada um desses dez elementos (alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas), encontrados na escala é observado pelo profissional, com a ajuda do cuidador principal, sendo pontuada, conforme o desempenho do idoso em desenvolver as atividades de forma independente, com ajuda ou de forma dependente. Ao final, é atribuída uma pontuação total, de acordo com somatória de cada tarefa realizada pela pessoa idosa, considerando o tempo de execução e a assistência necessária. (CABARCOS-CAZÓN, 2003).

Destaca-se que as condições ambientais interferem no Índice de Barthel, e os requisitos ambientais especiais devem acompanhar o índice de cada paciente, a exemplo de, barras para segurar, no banheiro; rampa, ao invés de escada; cadeira de rodas e cômodos no mesmo nível.

Roteiro de Entrevista e Observação Participante

A entrevista tem por objetivo conhecer a perspectiva dos colaboradores estudados, compreender sua categoria mental, suas interpretações, percepções e sentimentos e, os

³⁷ A escala de desempenho físico de Karnofsky foi inicialmente desenvolvida para avaliar a capacidade física em pacientes oncológicos. Atualmente, tem sido aplicada para a avaliação de outras doenças não transmissíveis e incapacitantes.

motivos dos seus atos. Corbetta (2007, p.344) afirma que a entrevista qualitativa é como uma conversa agendada, provocada e guiada pelo entrevistador, realizada com sujeitos selecionados, através de critérios de inclusão e exclusão, com número considerável, com representatividade substancial e capaz de cobrir as exigências de situações sociais de interesse para a pesquisa, devendo, também, os sujeitos apresentarem bom grau cognitivo, a fim de responder a um esquema de perguntas flexíveis.

Nesta investigação, optou-se pela entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, (Apêndice C), contendo temas determinados anteriormente e apresentados em forma de perguntas, de caráter geral. Todavia, elas foram expostas em uma conversa pessoal e no estilo próprio do investigador, após cada sessão musical.

A observação participante, que também foi utilizada, busca a intervenção direta do investigador ao objeto do estudo, devendo adentrar no contexto social, que se quer estudar, de forma direta, durante um tempo relativamente grande, no meio natural dos sujeitos, estabelecendo interação pessoal com os sujeitos, descrevendo suas ações e compreendendo, através de um processo de identificação, as motivações do grupo. (CORBETTA, 2007).

A observação participante é uma técnica difícil de codificar e explicar, já que se trata de uma experiência mais que um conjunto de procedimentos coordenados, cujo progresso depende basicamente da complexa interação que se estabelece entre o problema estudado, o sujeito que estuda e os sujeitos estudados. (CORBETTA, 2007 p. 307).

Para aplicação desse método, é relevante que haja um roteiro que possibilite a organização do que deve ser observado como, por exemplo, o contexto físico, o contexto social, as interações formais e informais, como também as interpretações dos atores sociais. (CORBETTA, 2007).

Desse modo, o roteiro utilizado nesta investigação contemplou a observação e impressão do comportamento do idoso, como faces; postura/posicionamento; sons emitidos e movimentos antes, durante e após cada sessão musical, como também, o ambiente físico e pessoal (acompanhante, visita, outros pacientes e profissionais), onde ocorreu a escuta musical.

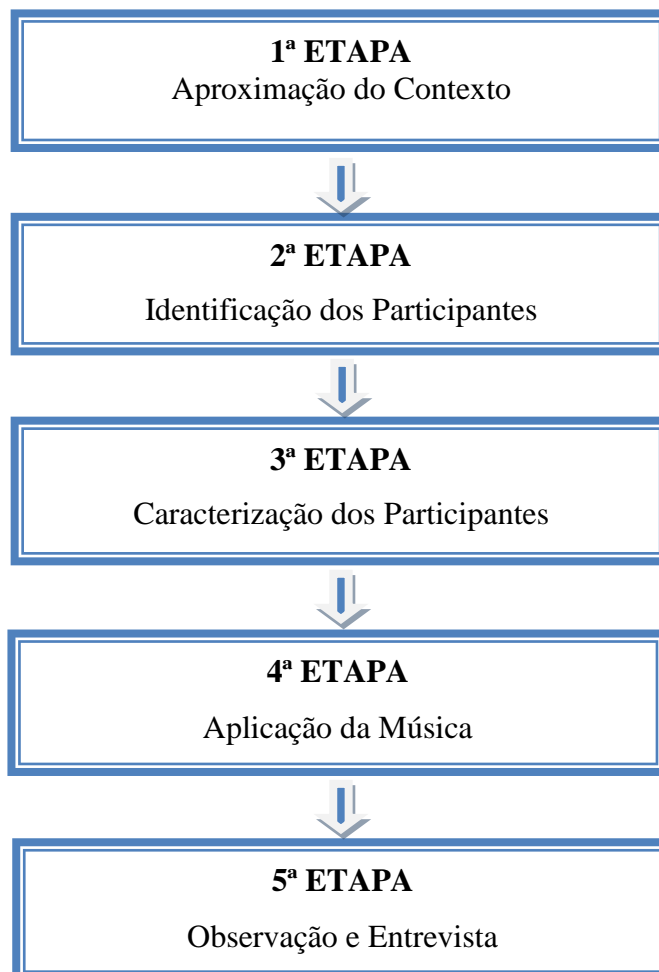
Nessa perspectiva, buscou-se utilizar as notas de campo. De modo a valorizar a interação entre o observador e a realidade a ser observada, através da descrição das ações, acontecimentos, lugares e pessoas, além da interpretação do pesquisador, registrando suas impressões, reflexões e ações.

4.5.2 Coleta dos Dados

Durante a coleta de dados, houve grande dificuldade na identificação dos sujeitos da pesquisa, em virtude da ausência de uma unidade específica para o perfil de pessoas idosas, previsto para o estudo, somado a inexpressividade do reconhecimento objetivo, pelos médicos e enfermeiros de uma doença incurável e progressiva, assim como, pela lacuna da não contemplação dos princípios dos cuidados paliativos, no cotidiano da assistência. Diante dessa dificuldade, que poderia ter prejudicado consideravelmente a coleta de dados, observou-se durante os seis meses na instituição, que houve reflexão e percepção desses profissionais acerca da possibilidade de estratégias terapêuticas complementares, que possibilitam conforto e bem-estar as pessoas hospitalizadas, com queixas álgicas, além de facilitar a abordagem, de forma direta, da finitude como processo presente e inerente a pessoa humana.

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas, explicitadas a seguir (Figura 11):

Figura 11. Esquema geral da Coleta de dados.



Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da Teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

1ª ETAPA – Aproximação do contexto

Nessa etapa, observou-se o contexto da pesquisa, no intuito de conhecer o ambiente aonde se encontravam os idosos, buscando-se, também, uma aproximação com os profissionais das unidades; ajustar os instrumentos de coleta de dados e a calibração dos bolsistas voluntários, incluídos na pesquisa, após a seleção destes pela pesquisadora e orientadora.

2ª ETAPA – Identificação dos participantes

Nessa oportunidade, os idosos foram identificados, com base nas informações contidas no movimento diário³⁸, sendo depois acessados os prontuários, para leitura e identificação precisa do diagnóstico, relato de dor e uso de analgésico e sedativo. Em seguida, buscaram-se informações com os profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem), sobre o quadro clínico, relato de dor, nível de consciência e possibilidade de comunicação pelos idosos. Posteriormente, efetivou-se o primeiro contato com os idosos e familiares, a fim de explicar os objetivos da pesquisa, assim como a manutenção do anonimato, participação voluntária, recusa ou retirada do consentimento a qualquer momento, se assim o desejassem e, que seriam minimizados os possíveis desconfortos e riscos, sendo-lhes garantido o esclarecimento a qualquer momento que fosse solicitado. Após essas orientações e explicações, obteve-se a aceitação da participação na pesquisa, com posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução 196/96. Aplicando-se, após aceitação da participação, o Mini Exame do Estado Mental, visando a inclusão dos sujeitos, na pesquisa.

3ª ETAPA – Caracterização dos participantes

Para essa etapa de caracterização dos participantes, foi realizada entrevista, guiada por um formulário para a identificação do perfil sócio, demográfico e econômico, como também, para avaliação do perfil clínico dos idosos. Dessa maneira, a fim de alimentar esse formulário

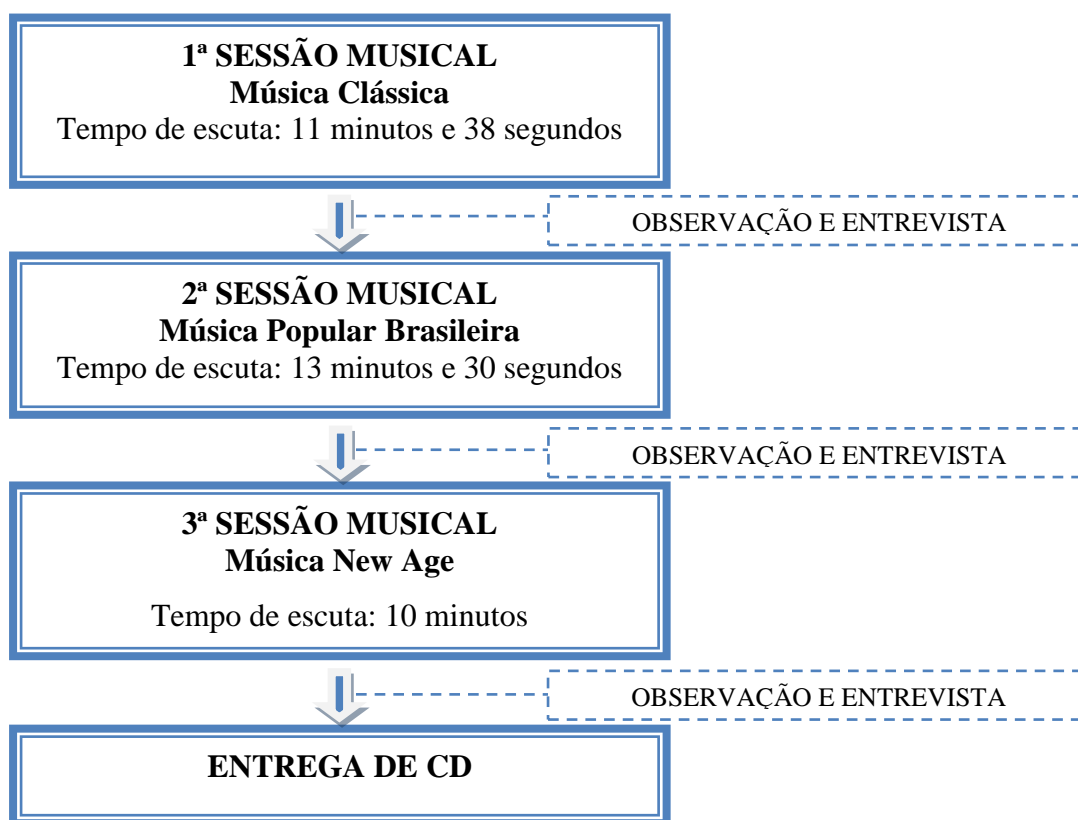
³⁸ O movimento diário é um impresso utilizado na instituição hospitalar, que tem por finalidade apresentar informações sucintas e objetivas de cada paciente, que se encontra internado na enfermaria, estando disponível no posto de enfermagem para todos os profissionais. As informações são: leito; data de admissão na unidade; nome completo do paciente; diagnóstico médico; número de atendimento que se refere ao número da Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), pelo Sistema Único de Saúde; número do laudo que é o número do registro do paciente na instituição; o Código Internacional de Doença (CID) e a idade.

realizou-se, também, pesquisa em prontuário. Posteriormente, aplicou-se a *Palliative Performance Scale* (PPS), e o Índice de Barthel, para averiguar o grau de dependência dos participantes, (Anexo B e C). Assim como a Escala Numérica (EVN), para avaliar a intensidade da dor.

4ª ETAPA – Aplicação da Música

Essa etapa foi caracterizada pela aplicação sistematizada da música, aos participantes, e aconteceu através de três sessões musicais, realizadas em dias consecutivos. Na última sessão houve a entrega de um CD, com as músicas que foram escutadas pelos idosos participantes. Cada sessão musical foi composta por três músicas instrumentais, de gêneros musical diferentes, escolhidos com base em estudos semelhantes, anteriormente publicados e considerando o perfil etário e a regionalidade dos participantes. (figura 12).

Figura 12. Esquema da 4ª ETAPA da Coleta de dados.



Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da Teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Registra-se que, a música popular brasileira foi contemplada neste estudo, por compreender que a cultura é uma característica humana e, segundo Franco *et al* (1996), o enfoque antropológico para prática da Enfermagem é importante, pois o cuidado cultural apoia ou capacita a pessoa ou grupos a manter o bem-estar, implementar condições humanas ou enfrentar a morte e incapacidades.

Assim, na primeira sessão foram escolhidas músicas do período barroco, de andamento lento, com pouca variação de dinâmica. Algumas pesquisas têm demonstrado que esse gênero musical proporciona alívio da dor, comportamento calmo e presença de bem-estar físico, espiritual, social e emocional em crianças prematuras; em profissionais que trabalham em unidade de emergência e em mulheres com fibromialgia. (DOBBRO, 1998; GATTI; SILVA, 2007; CAMPOS, 2008).

Ainda, a escolha da música deu-se através da busca de obras dos grandes compositores da música barroca, que após audição foram selecionadas algumas que atendiam os requisitos previstos. Essa seleção foi refinada com base nos estudos de Hatem *et al* (2006); Leão e Silva (2004) e de Gatti e Silva (2007), que corroboram com algumas das músicas eleitas. Desse modo, as músicas utilizadas neste trabalho foram: Primavera, das Quatro Estações, de Antonio Lucio Vivaldi (1678-1741); Concerto número 1 em Mi Maior, *Opus* 8, movimento 1: *Allegro*³⁹; *Canon* em Ré Maior, de Johann Christoph Pachelbel (1653-1706); e Jesus, Alegria dos Homens, de Johann Sebastian Bach (1685-1750). O tempo total de escuta musical nessa primeira sessão foi de 11 minutos e 38 segundos, conforme demonstra a figura 12, acima.

Entende-se que esse gênero musical não está nas preferências musicais da maioria da população brasileira, além do difícil acesso às principais obras clássicas, para população economicamente desprivilegiada. É possível que os sujeitos da pesquisa nunca tenham tido a oportunidade de escutá-las; entretanto, esse fato não descredencia a escolha, visto que, o desejo desta pesquisa é exatamente comprovar o efeito terapêutico da música, independentemente dos sujeitos terem escuta prévia ou não do gênero musical utilizado.

Além disso, segundo Dobbro (1998), a música erudita ocidental confere algumas vantagens evidentes à pesquisa, como por exemplo:

É ocidental, portanto gerada no seio da tradição cultural da qual fazemos parte e da qual faz parte também nossos parâmetros... A música erudita ocidental não tem uma ligação direta com as leis de mercado e com os modismos. (DOBBRO, 1998, p.80).

³⁹ Allegro ou Alegro, andamento musical leve e ligeiro. O primeiro e/ou o último movimento de sonatas, sinfonias e concertos costumam ser neste andamento.

Nesse sentido, lembra-se que, na Idade Média, até o século XVIII (Período Barroco), os músicos eram funcionários dos nobres, governantes ou eclesiásticos, tendo a função de compor para grande número de acontecimentos aristocráticos, como por exemplo, quando do nascimento de um príncipe, compunham uma Missa em Ação de Graças. (ATHAYDE, 2007). O autor, ainda descreve as Quatro Estações, de Antônio Lucio Vivaldi, como tendo um tema simples, popular, dado que se refere à Terra e a todos os habitantes, mas, ao mesmo tempo, amplia-se, simbolicamente, de maneira rica e complexa, pois está ligada a tudo que se refere ao número 4, às quimeras, às visões bíblicas, aos elementos, aos evangelhos, às fases da lua e ao Tarô. O significado elementar desse símbolo refere-se às quatro fases de qualquer ciclo, sendo o ciclo das estações do ano, um exemplo repleto de sentidos.

A segunda sessão foi composta pela música popular brasileira, porque segundo Gefeller (2000), a pessoa idosa costuma ter interesse pelas músicas que foram populares durante seus anos de juventude. Por isso, para escolha das músicas dessa sessão, inicialmente, realizou-se uma pesquisa, na *internet*, sobre as músicas mais destacadas entre as décadas de 40 a 70 do século XX, uma vez que, os participantes da pesquisa estavam na faixa etária entre 60 a 90 anos e, por isso, consideraram-se essas décadas, nas quais eles se encontravam na faixa etária da juventude⁴⁰, a partir dos 20 anos de idade. Dessa maneira, essa seleção musical foi composta por 36 músicas e, destas, foram escolhidas apenas três, através de um inquérito com 12 idosas, na faixa etária entre 76 a 93 anos, de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) da cidade do Salvador-BA. Elas receberam uma relação nominal, com o título e autores das 36 músicas selecionadas, devendo escolher cinco músicas da sua preferência. Assim, foram eleitas as três músicas mais votadas, as quais estão descritas por ordem de classificação decrescente: Carinhoso, de Pixinguinha (1897–1973) e João de Barro⁴¹ (1907-2006); Na Baixa do Sapateiro, de Ary de Resende Barroso (1903–1964), interpretadas por Dilermando

⁴⁰ A Política Nacional de Juventude considera juventude como uma condição social, parametrizada por uma faixa etária, que no Brasil congrega cidadãos e cidadãs com idade compreendida entre os 15 e os 29 anos. (BRASIL, 2006).

⁴¹ Carlos Alberto Ferreira Braga, conhecido como Braguinha ou João de Barro, foi um compositor brasileiro reconhecido pelas marchas de carnaval. Ele adotou esses pseudônimos porque seu pai não aceitava o nome da família vinculado ao ambiente da música.

Reis ⁴² (1916-1977) e Asa Branca (1947) de Luiz Gonzaga do Nascimento ⁴³ (1912 – 1989) e Humberto Cavalcanti Teixeira ⁴⁴ (1915–1979), interpretada pela Rio Jazz Orquestra.

O interprete Dilermando Reis foi eleito por utilizar o violão, considerado um instrumento muito popular entre os brasileiros. Dilermando foi um músico de reconhecimento nacional pelas interpretações de canções famosas entre a década de 70 a 80, do século passado. O tempo total de escuta musical nessa segunda sessão foi de 13 minutos e 30 segundos, já mostrado pela figura 12.

Ainda, no século XVIII, a modinha e o lundu, tidos como as principais raízes da música brasileira, eram praticados em diversos centros do Brasil e de Portugal. O lundu surgiu como uma adaptação da coreografia do fandango ao “batuque dos negros”, sendo realizada por brancos. Assim, a modinha parece ter influenciado a música brasileira com seu lirismo melancólico. Esse lirismo está ligado ao seu caráter de canção de amor, que era tocada em duetos, com linhas melódicas em terças ou sextas paralelas e acompanhamento de viola. Funcionários públicos, por carência de eventos públicos, para seu lazer, faziam festas nas suas próprias casas ao som dos trios, formados pelos próprios funcionários e, assim, nasceu o choro. (BASTOS, 2008).

Na primeira metade do século XX, em 1946, foi gravada a música “Baião”, de Luís Gonzaga e Humberto Teixeira. O compositor e o letrista vieram do Nordeste para o Rio de Janeiro, a fim de introduzir um novo tipo de música dançante, com referências nordestinas, de modo a conquistar a grande população nordestina, que migrou para o Rio de Janeiro e São Paulo. (BASTOS, 2008).

Na terceira e última sessão, o estilo *New Age* foi adotado, em virtude de ser um estilo musical comumente utilizado nas terapias de relaxamento, sendo selecionadas três músicas (*Stars Sheperd Moons; Watermark e The Memory of Tress*) do *Compact Disc* (CD) de *Enya* intitulado por *Paint the Sky with: the Best Enya*. Nessa terceira sessão, o tempo total de escuta musical foi de 10 minutos, também registrado na figura 12, acima.

A música *New Age* ou Nova Era é de um gênero musical, caracterizado pela melodia suave, sons instrumentais ou com vozes etéreas, sendo incorporados, também, sons da natureza. Sua origem está relacionada à Sociedade Teosófica, que é a crença ou pretensão de

⁴² Dilermando Reis foi um violonista, compositor e professor brasileiro. Mestre do ex-presidente Juscelino Kubitschek. Dilermando gravou diversos discos de sucesso os quais tiveram como estilo musical o chorinho. Trabalhou na Rádio Clube do Brasil e na Rádio Nacional do Rio de Janeiro.

⁴³ Luiz Gonzaga do Nascimento foi compositor e cantor da música popular brasileira. Conhecido como “Rei do Baião”, Gonzaga tocava por meio da sua sanfona músicas do estilo baião, xote e xaxado.

⁴⁴ Humberto Cavalcanti Teixeira foi advogado, político, instrumentista, poeta, compositor e fundador da Academia Brasileira de Música Popular. Foi conhecido nacionalmente como grande parceiro de Luiz Gonzaga.

ter conhecimento místico direto da "divindade", mediante doutrinas e práticas secretas, esotéricas e ocultas. A música *New Age*, segundo Don Robertson, pioneiro desse estilo musical, é considerada, também, como "música positiva", por ser relaxante, revigorante e contribuir para a elevação espiritual ⁴⁵. Quanto à sequência das músicas, em cada sessão, esta foi aleatória. Já em relação à escolha das músicas instrumentais, esta se deu pela tentativa de evitar os possíveis efeitos conferidos ao texto da música vocal.

Para a aplicação da música, os idosos se encontravam livres de exames e de outros procedimentos, por pelo menos trinta minutos, sendo garantido junto à equipe de Enfermagem a não interferência durante a intervenção musical. No momento da aplicação da escuta musical, os pacientes encontrava-se em enfermarias de três leitos, em companhia de outros dois pacientes e dos seus respectivos acompanhantes. Destaca-se que, a instituição do estudo possuía algumas carências de materiais permanentes, não havendo disponibilidade de biombos para conferir maior privacidade e reduzir as interferências das demais pessoas presentes na enfermaria. Assim, músicas foram escutadas pelos idosos, de forma individual, em seus leitos, utilizando um aparelho MP3 YP-U3 Samsung®, com fone de ouvido e com um volume confortável para eles.

A escolha pela escuta musical individual, por meio de fone de ouvido, deu-se através de investigação, realizada com duas idosas com cognição preservada, em uma enfermaria de uma ILPI da cidade de Salvador- BA. Essas idosas submeteram-se, por três dias, à escuta de música clássica, utilizando recursos auditivos diferentes, ou seja, no primeiro dia elas escutaram a música através de som ambiente, com aparelho portátil; no segundo, com fones de ouvido intra-auricular e, no último, foram utilizados fones circoauriculares. Durante a escuta, as idosas foram observadas pela pesquisadora, em relação à atenção, bem como foram questionadas sobre preferência do uso e conforto. Com base na observação e relatos, o fone de ouvido, de modelo circo auricular, foi escolhido por apresentar conchas acústicas capazes de se acomodar à estrutura externa da orelha, de forma confortável, possibilitando a redução de ruídos e interferências externas, não impedindo a reprodução das músicas, além de encorpar os tons mais baixos facilmente e reforçar a presença de sons graves.

O modelo de fone circoauricular utilizado possui as seguintes características, segundo o fabricante Coby®: controle de volume independente para cada uma das conchas acústicas, almofada em pelica, conchas acústicas de 40 mm, cabo único do fone com entrada por um só

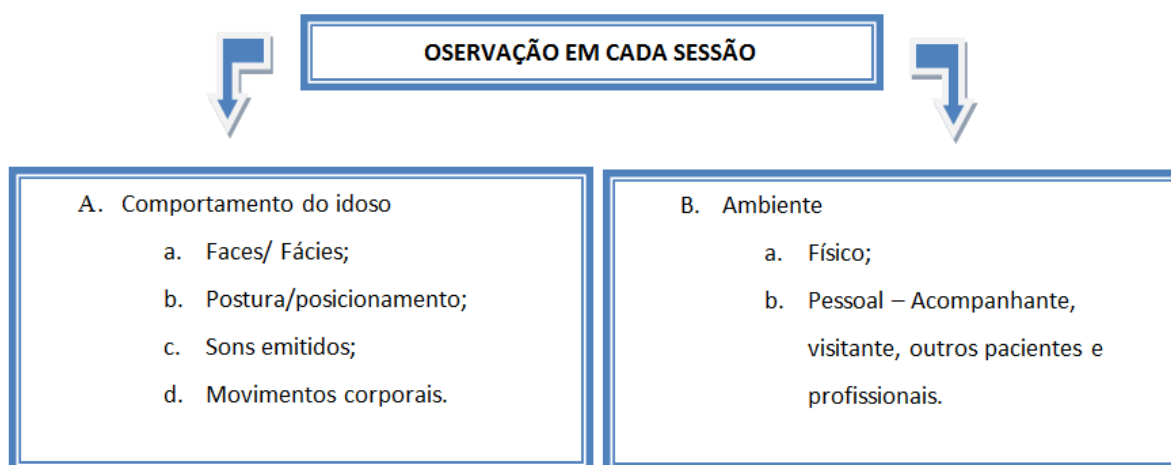
⁴⁵Informações extraídas de uma entrevista com Don Robertson, para revista Vida Simples publicada em 20.06.2007.

lado, potência máxima de 50 mW, frequência de 20-20.000Hz, impedância de 32 Ohms, sensibilidade de 117dB/ 1mW com variação de 2%/1mW@ 1 KHz, extensão do cabo de 1,60m. Assim, a utilização dos fones de ouvido possibilitou, dentro da realidade da instituição eleita, a redução dos sons e ruídos advindos do ambiente e dos outros pacientes internados.

5ª ETAPA – Observação e Entrevista

A observação participante aconteceu antes, durante e após cada sessão, sendo registrados, em caderno de anotações, seguindo um roteiro com informações sobre a conduta do idoso e de outras pessoas (acompanhante, visitantes, outros pacientes e profissionais), presentes na enfermaria. Desse modo, a observação participante permitiu a intervenção direta do investigador no objeto do estudo que, inserido no contexto social estudado, por um tempo relativamente grande, pode estabelecer uma interação pessoal com os sujeitos e descrever suas ações, no intuito de compreender as motivações do grupo, por meio de um processo de identificação. (Figura 13).

Figura 13. Esquema da observação participante em cada sessão musical



Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da Teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Quanto à entrevista, esta ocorreu 10 minutos após a escuta musical e continha as seguintes questões: Conte-me como foi para o Sr/ Sra. a escuta das músicas? Que sensações surgiram com a escuta das músicas? Quais os sentimentos que surgiram com a escuta das músicas? Ocorreu-lhe alguma lembrança ou recordação durante a escuta das músicas? Qual música o Sr./ Sra. gostou mais? Por quê?

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados no gerenciador de bases de dados *Microsoft Access*, versão 2002. Após a digitação, esses dados foram exportados para o pacote estatístico *STATA*, versão 8.0, para tratamento e geração dos resultados.

Dessa maneira, para caracterizar o perfil sociodemográfico, a saúde autorreferida e a condição clínica da população do estudo, foram realizadas análises descritivas, através de distribuições de frequências uni e bivariadas, além de medidas descritivas (média, desvio padrão e mediana). As diferenças entre as proporções das características clínicas e da saúde autorreferida e o sexo foram verificadas através do Teste Chi-quadrado Exato de Fischer, ao nível de 5%, de significância estatística.

4.6.1 Análise Qualitativa

Os pressupostos teóricos metodológicos da Análise de Temática de Minayo (1993) foram empregados para auxiliar na análise das falas das entrevistadas. A Análise Temática, segundo Minayo (2006), consiste em “descobrir os núcleos de sentido, que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Operacionalmente a Análise Temática desdobrou-se em três etapas, conforme Minayo (2006, p.316):

Primeira Etapa: Pré-análise, período de intuição, que visa tornar operacional e sistematizada as ideias iniciais, sendo imprescindível retomar a hipótese e objetivos de investigação. Isso ocorre através da leitura flutuante, para tornar mais claro o conteúdo; da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, que dependerá do objetivo e, portanto é importante regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos documentos; da formulação e reformulação das hipóteses e dos objetivos; determinação da unidade de registro, unidade de contexto, os recortes e as formas de categorização. (MINAYO, 2006).

Nesta investigação, a pré-análise consistiu na leitura dos dados. As vinte e duas entrevistas foram previamente transcritas, de forma absoluta. Essa atividade possibilitou, ainda que de forma incipiente, contemplar a riqueza dos discursos que, unidos às observações, puderam trazer a tona uma variedade de opiniões, sentimentos e expressões advindas da experiência da escuta musical pelos idosos.

Segunda Etapa: A Exploração do material é uma operação classificatória, que propõe obter o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, o investigador busca identificar as categorias, que é um processo de redução do texto, no qual as muitas palavras e expressões são transformadas em poucas categorias. (MINAYO, 2006).

Assim, após a organização e preparação dos dados brutos, buscou-se reconhecer os temas por meio da técnica de corte e colagem. A partir da técnica de “leitura flutuante” fez-se o agrupamento dos discursos de acordo com a frequência dos temas. Diante dos pontos de convergência e divergência identificados, construíram-se três grandes categorias analíticas, que refletem a síntese da interpretação dos temas que emergiram das falas das pessoas idosas. 1ª Categoria: O corpo sentido e o corpo falado; 2ª Categoria: Recordações e imagens evocadas com a escuta da música; 3ª Categoria: Relação intersubjetiva entre Enfermeira Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada.

Terceira Etapa: tratamento dos resultados obtidos e interpretação: submetem-se, inicialmente, os resultados brutos a uma operação estatística simples ou complexa, com a intenção de colocar em relevo as informações obtidas, a fim de que o investigador possa fazer inferências e realizar interpretações, “inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado”. (MINAYO, 2006).

Assim, nessa terceira etapa, com base nas categorias, realizou-se o tratamento dos resultados e as interpretações à luz da Teoria Transpessoal de Jean Watson. Desse modo, as fases ou etapas da análise temática permitiram a organização dos dados obtidos e, conseqüentemente, conduziram a um resultado, estruturalmente organizado.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Conselho Nacional de Saúde, junto ao Ministério de Saúde, em 1997, construiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, firmada com base na Resolução 196/96. Essa Resolução está fundamentada nos principais documentos internacionais e foi amplamente discutida com todos os setores interessados: sociedade civil organizada, comunidade científica, participantes da pesquisa e Estado, “incorporando sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”.

Nessa perspectiva, tais princípios éticos guiaram esta pesquisa, envolvendo seres humanos, com o intuito de explicitar a natureza e os objetivos do estudo, a voluntariedade de sua participação e a garantia do sigilo, através do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). (BRASIL, 1996).

Autonomia

Autonomia refere-se à liberdade de um indivíduo em agir conforme seus valores, prioridades, desejos e crenças próprias. Portanto, para que se possa exercer essa autonomia ou autodeterminação, é preciso que o paciente e a família sejam orientados quanto aos riscos e benefícios de cada alternativa terapêutica, assim como seja certificado de que eles tenham compreendido nitidamente todas as informações fornecidas e, conseqüentemente, seja respeitado sua decisão final. Assim, não se admite que o profissional adote condutas e comportamentos persuasivos, apelando e manipulando para que o paciente vá de encontro a sua razão e aos seus valores, induzindo-o a uma decisão direcionada ao desejo do profissional.

O paciente idoso que traz consigo rotulação acerca da sua impossibilidade de opinar, visto que “já não sabem o que pensam, o que dizem, o que querem e o que fazem”, muitas vezes, sofre com a atitude paternalista dos profissionais de saúde, que confundem sua fragilidade e vulnerabilidade física e emocional com a capacidade de decisão. (MENEZES *et al*, 1998).

Nesse sentido, para promover a autonomia do participante na pesquisa, ele deverá ser orientado quanto aos objetivos e procedimentos a serem realizados durante a pesquisa, garantindo o anonimato, participação voluntária, recusa ou retirada do consentimento a qualquer momento, se assim o desejar, sem prejuízos ao seu cuidado, sendo-lhe assegurado esclarecimentos, a qualquer momento, se solicitado.

Quanto à instituição, aonde a pesquisa foi realizada, após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o Hospital foi comunicado e feito os devidos esclarecimentos quanto à viabilidade do estudo e o compromisso de manter o anonimato, respeitando a autorização quanto ao acesso à unidade, aos participantes e aos profissionais que prestam o cuidado aos idosos. Assim, uma cópia do estudo será entregue a Diretoria do Hospital, após aprovação deste relatório final, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF\ UFBA). Esclarece-se que as informações coletadas ficarão sob a responsabilidade da Instituição de origem da pesquisa, as quais permanecerão arquivadas durante cinco anos, quando, transcorridos esse tempo, poderão ser descartadas.

Não maleficência

Villas-Bôas (2005, p. 118) relata que a não maleficência tem suas raízes no juramento hipocrático, que determina ser dever médico usar seus conhecimentos “para o bem dos doentes [...] e nunca para prejudicá-los”, ou seja, implica em não causar nenhum mal ou danos aos clientes.

No curso de uma doença, na qual nenhuma terapêutica seja capaz de curar o paciente nem restaurar a saúde, pois se encontra em fase de morte inevitável, os objetivos do cuidado concentram-se na não maleficência, que busca não fazer o mal e não agravar o sofrimento, mediante o uso exagerado e desnecessário de recursos tecnológicos, promovendo, dessa forma, medidas que proporcionem alívio do sofrimento.

Desse modo, os riscos da pesquisa compreenderam as possibilidades de constrangimento e desconforto, durante a entrevista para coleta dos dados sócios demográficos, e desconforto e mobilização das emoções com a audição musical. Nessa etapa, os pesquisadores se preparam para minimizar os riscos e dar suporte, caso necessário, aos colaboradores idosos.

Quanto aos riscos nas sessões musicais, os idosos poderiam apresentar emoções que provocassem desconforto. Dessa forma, esteve-se preparado, através de contato prévio com o serviço de psicologia, para o caso da necessidade de atendimento ao idoso, em virtude de mobilização de sentimentos que a música pudesse despertar. A equipe de enfermagem, assim como a de psicologia, foi sinalizada previamente para as possíveis mudanças comportamentais que o idoso pudesse vir a apresentar. Ressalta-se que, os protetores dos fones de ouvido, utilizados para escuta da música foram de uso individual e, por isso, descartáveis, evitando-se a possibilidade os riscos de infecções locais, como a otite.

Beneficência

Através desse princípio visa-se promover o bem-estar do outro, evitando ou aliviando o mal e o dano. É compreendido como obrigação dos profissionais de saúde, fazer o bem aos pacientes, através de atos positivos e da utilização de estratégias que ofereçam suporte e alívio ao sofrimento deles e dos familiares. Todavia, devem ser realizados, visando ao interesse do paciente e não ao que o profissional acredita ser melhor, pois, em algumas situações, a atitude bem intencionada do profissional pode infringir a vontade, os valores e os direitos dos pacientes. Por isso, são responsabilidades importantes da beneficência, segundo Silva (1998):

“(1) o respeito à autonomia dos pacientes, particularmente buscando descobrir como desejam ser auxiliados; (2) certificar-se que a terapêutica não causará danos; (3) levar em consideração as necessidades e os direitos dos pacientes”.

Reforça-se que, o uso da música como instrumento para melhoria da qualidade de vida de idosos na comunidade, em grupos de convivência e em universidades da terceira idade já está bastante comprovado, demonstrando ganhos objetivos no cotidiano da vida dessas pessoas. (MIRANDA, 2003; CHAN *et al*, 2009). Também pesquisas, realizadas com crianças, mulheres e adultos hospitalizados, que utilizaram a música como um recurso para o alívio da dor e conforto corrobora para os benefícios oferecidos aos idosos, em cuidados paliativos durante esta pesquisa.

Justiça

O termo justiça, conforme dicionário Michaelis (2008), é definido como “conformidade com o direito; virtude de dar, a cada um, o que é seu”. Portanto, justiça implica no direito das pessoas terem a oportunidade de acesso aos cuidados de saúde de que necessitam, de forma equitativa.

Esse princípio vem aconselhar que os pacientes idosos sem perspectiva de cura tenham também acesso garantido aos cuidados de saúde, não devendo ser encarados como uma prioridade menor, porque, quando não há recursos suficientes à necessidade da população, a prioridade de atendimento é para o jovem, sendo o idoso excluído, uma vez que já cumpriu sua missão e não produz mais socialmente.

A esse respeito, Menezes *et al.* (1999, p. 318) levantam que o papel da enfermagem é desafiador, pois terá que “fazer valer de fato o princípio de justiça na assistência a ser prestada aos idosos, não só sob o ponto de vista moral ou social, mas principalmente do agir e fazer”.

Assim, a pesquisa apresenta grande responsabilidade social, considerando que outros estudos dessa natureza, já demonstraram os benefícios da música em adultos e crianças com doenças não transmissíveis, embora não tenham sido evidenciadas muitas pesquisas, em nível nacional, voltadas para pessoas idosas. Os sujeitos, deste estudo, por sua vez, não tiveram nenhum ônus e despesas, nem receberam pagamento para participar da pesquisa, sendo desnecessárias indenizações por não haver danos dela decorrentes. Assim, destaca-se que, todos os gastos, inerentes à pesquisa, foram da responsabilidade exclusiva da pesquisadora.



Pintura: Velho guitarrista cego, 1903; Pablo Picasso (1881-1973).
Óleo sobre madeira, 121,3 cm x 82,5 cm, Instituto de Arte de Chicago - EUA

5 APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A música, sem uma única palavra, sem que a razão possa defender-se, entra dentro do corpo e vai ao fundo da alma. Ouvindo música fico indefeso. Minha consciência crítica está morta. A beleza não deixa lugar para o pensamento. Qualquer coisa que eu pense será um ruído que arruinará a beleza. Tenho dó dos críticos musicais. São obrigados, por profissão, a pensar enquanto ouvem. E o pensamento lhes rouba a possibilidade do transe. A música entrou em todas as partes do meu corpo. Estou em êxtase, esquecido de tudo mais. Nada desejo.

Rubem Alves (2008, p.22)

Inicia-se este capítulo, registrando que as pessoas idosas com dor sob cuidados paliativos, participantes deste estudo, ao vivenciarem a escuta da música, durante a hospitalização, revelaram, por meio dos seus discursos, a expressão de emoções, sensações e sentimentos, que foram influenciadas, em sua maioria, pelas recordações evocadas através dela. Ao se distanciarem do ambiente, onde estavam inseridas, essas pessoas declararam ter lembrado de um tempo vivido com pessoas significativas (família e amigos), assim como, aproximaram-se da espiritualidade/religiosidade, também por meio das lembranças evocadas.

Após essas considerações, são apresentadas as características sócio-demográficas e clínicas dos idosos da pesquisa, no intuito de nortear o leitor para o perfil desses participantes. Em seguida, são discutidas as percepções e observações, geradas durante as sessões musicais, analisando as categorias e subcategorias emergidas à luz da Teoria Transpessoal de Jean Watson, conforme os objetivos traçados para o estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CONDIÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

Quando da realização do estudo, durante a coleta de dados, foram identificados 60 idosos elegíveis, entretanto apenas 49 deles aceitaram participar da pesquisa. Destes, 22 (44,8%) participaram das três sessões musicais e responderam ao instrumento correspondendo a uma taxa de resposta de 52,4%.

Destaca-se que dos 49 sujeitos, que se dispuseram participar do estudo, 27 deles foram excluídos, em virtude de ter ocorrido: 03 óbitos; 10 altas hospitalares; 05 apresentaram desorientação e 09 deles, posteriormente, recusaram-se realizar as demais sessões previstas. Assim, os (22) idosos que integraram a pesquisa, na sua totalidade correspondem ao n= 100%.

Desse nodo, o sexo masculino foi predominante com 12 (55,6%), e eram relativamente mais velhos, quando comparados às mulheres (tabela 3). A média de idade entre as mulheres foi de $63,5 \pm 3,7$ anos, enquanto que entre os homens foi de $69,6 \pm 8,3$ anos.

Esses resultados revelaram que, ocorreu maior percentual de idosos do gênero masculino, mesmo havendo a razão de sexo de idosos, no Brasil, de 94,8 homens para cada 100 mulheres, demonstrando a “feminilização da velhice”, que representa o domínio do gênero feminino, em relação ao masculino, nessa população. Ainda, a hospitalização do homem idoso, por enfermidades não transmissíveis e crônicas, é uma realidade que expõe a dificuldade destes na manutenção e controle da saúde, bem como na prevenção de doenças quando comparados às mulheres.

Na investigação de Victor *et al* (2009), sobre o perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza-CE, os resultados revelaram que o gênero feminino foi predominante na busca dos serviços da atenção primária. Acredita-se que a consequência dessa frequente busca das mulheres pela unidade básica de saúde reduz a presença delas no nível terciário, o qual se destina assistir, por meio de serviços especializados e com alta tecnologia, pessoas com enfermidades não transmissíveis e suas complicações. Todavia, esse quantitativo de idosos, referidos no estudo, representava apenas um período de observação, o que pode ter relação sazonal, o que, de certa forma, poderia ser alvo de uma nova investigação.

Ressalta-se, ainda, que o processo de envelhecimento é heterogêneo e nele se considera a somatória de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo este último composto, também, por aspectos econômicos e sociais, os quais podem interferir no modo de envelhecer. Nessa perspectiva, Sales e Santos (2007) sugerem que a elevada porcentagem de idosos do gênero masculino, em seu estudo, deve-se às condições desiguais de vida e de trabalho, nas quais foram submetidas as pessoas idosas, integrantes do seu estudo.

No que se refere à idade, esta apresentou distribuição assimétrica, variando de 60 a 91 anos, com média de $67 \pm 6,7$ anos, e mediana de 65,5 anos. A maior concentração localizou-se entre 60 a 65 anos, 11 (50%) pessoas, seguida da faixa etária de 66 a 70 anos, com 06 (27,3%) e 71 anos e mais, com 05 (22,7%), dos idosos.

Registra-se que, a aglomeração de idosos, na faixa etária jovem, é uma particularidade do recente processo de envelhecimento brasileiro, distinguindo-se da realidade dos países desenvolvidos, aonde a concentração é maior no grupo de 80 anos ou mais. (SOUSA; SILVER, 2008; VIRTUOSO, 2012). A longevidade esteve presente no gênero masculino, que

apresentou idade média de $69,6 \pm 8,3$ anos, dado que está em descompasso com aqueles do último censo brasileiro, bem como os encontrados em outras investigações. (VICTOR *et al*, 2009; IBGE, 2010).

A cor preta e parda, autorreferidas, foram mais frequentes na amostra do estudo, com 09 (40,9%) e 08 (36,4%), respectivamente. Ressalta-se que o estudo foi realizado na cidade de Salvador, Bahia, região do nordeste do País, a qual concentra o maior número de negros. Esse dado está descrito, também, na investigação sobre cor ou raça do IBGE (2010), o qual revelou que mais da metade da população brasileira declarou-se parda ou preta, sendo que dos 21 estados em que esse percentual ficou acima da média nacional, 50,7%, destacou-se a Bahia, com 76,3%, dessas pessoas.

Quanto à situação conjugal, 11 (50%) das pessoas idosas eram casadas ou apresentavam união estável. Em virtude da maioria dos idosos da pesquisa situarem-se em uma faixa etária considerada jovem, nesta população, não houve presença de viúvos (as).

Na pesquisa de Alves (2004), esses resultados mostraram-se semelhantes, onde grande parte dos idosos era casada (a) ou estava em união consensual, sendo essa condição mais frequente, entre os homens. Outra informação importante foi a de que a viuvez esteve mais frequente entre as mulheres, e essa proporção aumentava com a idade.

No tocante a dimensão religiosa, a religião católica foi predominante, com (63,6%). Também o catolicismo, no último Censo de 2010, foi a religião majoritária de 65,1% da população baiana, embora se tenha observado redução, nas duas últimas décadas. Em relação aos idosos, sujeitos da pesquisa, a religião católica preponderante entre os idosos do estudo, vai ao encontro dos resultados de um inquérito sobre Saúde mental, qualidade de vida e religião, com idosos, de um Programa de Saúde da Família. (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007). Assim, mesmo com o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil e com a consolidação do crescimento da população evangélica, que passou de 15,4%, em 2000 para 22,2%, em 2010, ainda é esperado esse resultado, uma vez que, a Igreja Católica sempre esteve presente no País, desde a sua colonização. (IBGE, 2010).

Reitera-se que a religião, religiosidade e/ou espiritualidade tem-se mostrado útil como fonte de suporte psicológico e emocional para pessoas idosas, em diversas condições, porque facilita lidar com problemas, podendo oferecer alívio para as experiências emocionais negativas. Portanto, as necessidades espirituais das pessoas idosas devem ser consideradas e facilitadas pelos serviços de saúde e internação. (BARBOSA; FREITAS, 2009). Durante a investigação, observou-se forte presença de missionários religiosos na instituição estudada, no período vespertino, horário das visitas, os quais ofereciam orações aos pacientes e familiares.

Quanto à situação educacional, os baixos níveis de escolaridade, apresentados pelos sujeitos do estudo, convergem para o estudo de Tavares e Dias (2012), assim como para os índices de analfabetismo, apresentados pelo IBGE (2010), que apontam para uma concentração dessa realidade entre os idosos, os quais representavam, em 2009, 42,6% dos analfabetos brasileiros. Em relação à população idosa soteropolitana, em 2009, 17,97% dos idosos não eram alfabetizados.

Em relação à preferência musical, questionada aos idosos, estes informaram que: 05 (22,7%), não tinham preferência específica. A maior proporção, 11 (64,7%) elegeu apenas um estilo musical, destacando-se a Música popular brasileira, seguida da música sertaneja e religiosa. A tabela que se segue sintetiza as características demográficas, explicitadas.

Tabela 1. Características demográficas dos participantes do estudo. HGRS. Salvador-BA, março – julho de 2011. (n=22).

Característica	n	(%)
Sexo		
Masculino	12	55,6
Feminino	10	45,4
Grupo etário		
60 a 65 anos	11	50,0
66 a 70 anos	06	27,3
71 anos e mais	05	22,7
Cor		
Branca	02	9,1
Preta	09	40,9
Parda	08	36,4
Amarela	02	9,1
Não respondeu	01	4,5
Situação conjugal		
Casado (a) /união estável	11	50,0
Solteiro (a), com parceiro (a) fixo (a)	02	9,1
Solteiro (a), sem parceiro (a) fixo (a)	02	9,1
Separado (a)	05	22,7
Divorciado (a)	02	9,1
Religião		
Católica	14	63,6
Protestante	03	13,6
Espírita	01	4,5
Outros	04	18,2

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Conforme registro na **Tabela 2**, foram encontrados baixos níveis de escolaridade, com 06 (27,3%) pessoas idosas não alfabetizadas, enquanto 10 (45,4%) eram alfabetizadas ou alcançaram o 5º ano do ensino fundamental. As ocupações mais frequentes compreenderam: serviços gerais, com 06 (28,6%); acompanhado de 05 (23,8%), que informaram o ofício de lavrador/agricultor; 03 (14,3%) desenvolviam atividades de nível técnico, seguidas por donas de casa, domésticas, entre outras. Quanto ao rendimento mensal individual, 11 (50%) dos idosos apresentaram renda entre R\$ 500 a 700,00; 05 (22,7%), com ganho inferior a R\$ 500,00. Os rendimentos de 17 (77,3%) dos idosos eram advindos da aposentadoria. Dos 22 idosos participantes, 15 (68,2%) informaram que moravam com a família (parceiros e/ou filhos) e que estes, dependiam da sua renda mensal.

Devido ao baixo nível de escolaridade entre as pessoas idosas, participantes da pesquisa, identifica-se que a educação interfere na ocupação desempenhada por essas pessoas, bem como, na renda mensal individual. Resultados semelhantes foram encontrados em inquérito realizado com idosos, da zona urbana, do município de Uberaba-Minas Gerais. (TAVARES; DIAS, 2012).

Outra realidade apresentada nesta pesquisa, e que vai ao encontro dos dados do IBGE, em 2010, foi de que a maioria dos idosos possuía pessoas dependentes da sua renda, sendo esses cônjuges e familiares, a exemplo de filhos, netos e outros, como também, residiam em casa própria, com eles. Lembra-se que, a convivência intergeracional no interior das unidades domésticas é fato atual no País, assim como, pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos, que responsáveis pelas unidades domésticas, e representam uma proporção de 21,9%, segundo o IBGE (2010). No estudo de Victor *et al* (2009), percentuais superiores foram identificados, quanto a situação familiar dos idosos em relação a residências multigeracionais.

Tabela 2. Características socioeconômicas dos participantes do estudo. HGRS. Salvador-BA, março – julho de 2011. (n=22).

Característica	n	(%)
Escolaridade		
Não frequentou a escola	06	27,3
Alfabetizado	05	22,7
Até o 5º ano	05	22,7
Ensino fundamental	03	13,6
Ensino médio	02	9,1
Superior incompleto	01	4,5
Ocupação (n=21)		
Serviços gerais	06	28,6
Lavrador (a) /Agricultor	05	23,8
Nível técnico (refrigeração, manutenção e contabilidade)	03	14,3
Dona de casa	02	9,5
Doméstica/Lavadeira	02	9,5
Costureira	01	4,8
Agente de saúde	01	4,8
Manicure e depiladora	01	4,8
Renda Individual		
Inferior a R\$ 500,00	05	22,7
R\$ 500,00 a R\$ 700,00	11	50,0
R\$ 800,00 a R\$ 1.000,00	03	13,6
Superior a R\$ 1.000,00	02	9,1
Não informou	01	4,5
Origem da renda		
Aposentadoria	17	77,3
Pensão	01	4,5
Trabalho	01	4,5
Doações/auxílio do governo	02	9,1
Outras	01	4,5
Dependentes (n=15)		
Familiares	13	86,7
Esposa	02	13,3
Com quem reside		
Parceiro (a) /filhos	09	40,9
Sozinho (a)	06	27,3
Filhos	04	18,2
Parceiro (a)	02	9,1
Outros	01	4,5

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador - BA, 2012.

Quanto à presença de cuidador, 14 (63,3%) dos idosos confirmaram essa presença e, para a maioria, 12 (85,7%), esses cuidadores possuía relação de parentesco com eles, sendo que os filhos foram os mais frequentes, 08 (61,5%), seguido pelo conjuge, 02 (15,4%).

Descrição da saúde, autorreferida pelas pessoas idosas.

As características de saúde, referida pelos idosos, revelaram que a maioria dos homens (91,7%) e todas as mulheres tinham conhecimento sobre o próprio estado de saúde, sendo o médico o principal informante, seguido da família (dado não apresentado). Quanto a autopercepção do estado de saúde, 07 (58,3%) homens e 05 (50%) mulheres a consideram regular-péssima, os demais variaram entre boa ou ótima (tabela 5). Resultado semelhante, porém em maior magnitude, foi evidenciado na investigação com base na análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2003. (ALVES *et al*, 2008).

Entende-se que, a autopercepção negativa sobre o estado de saúde, pelas pessoas idosas, esteja relacionada aos prejuízos da funcionalidade, advindos do processo de enfermidade e hospitalização, uma vez que, a maior parte dos idosos referiu que só após a hospitalização necessitaram de auxílio para desenvolver as suas atividades diárias. Ressalta-se, também, que a presença de múltiplos sintomas desagradáveis pode ter contribuído para essa autopercepção, assim como, as alterações fisiológicas do envelhecimento.

No que se refere à acuidade auditiva, a maior parte dos idosos, 14 (63,3%), apresentaram percepção auditiva preservada, dos quais 06 (50%) eram homens e 08 (80%), mulheres. Segundo Buss, Gracioli e Rossi (2010), entre as dez doenças crônicas mais comuns do paciente geriátrico, os problemas auditivos ocupam o quarto lugar em frequência. Entretanto, a maioria dos idosos do estudo informou percepção auditiva preservada.

O *déficit* auditivo em idosos, também denominado de presbiacusia, ocorre em uma incidência de 05 a 20%, em indivíduos com pelo menos 60 anos de idade e, essa incidência eleva-se para 60%, com o avançar da idade. (SOUSA; RUSSO, 2009). Em um estudo de pequena proporção, sobre autoavaliação auditiva em idosos, com faixa etária entre 60 e 88 anos, os investigadores verificaram resultados similares a esta pesquisa, com apenas 31,4% dos idosos que apresentaram queixas auditivas. (SANTIAGO; NOVAES, 2009).

Assim, afirma-se que as modificações advindas do processo de envelhecimento, como as mudanças na curvatura áudio-métrica, podem contribuir para o declínio auditivo, porém não é factível. Quanto ao sexo, outro estudo que utilizou o banco de dados do Inquérito de Saúde no Município de São Paulo, envolvendo a população não institucionalizada e residente

em área urbana, no ano de 2003, apresentou resultado diferente, ao estimar que a prevalência da deficiência auditiva, referida pelos idosos, 11,2%, foi predominante entre os idosos do sexo masculino, quando comparados às mulheres. (PAIVA *et al*, 2011).

Em relação à acuidade visual, verificou-se que a maior proporção dos homens, 09 (75%), relatou percepção visual diminuída, enquanto que, entre as mulheres, 05 (50%) encontravam-se com a capacidade visual preservada; 04 (40%), diminuída e 01 (10%) ausente. Entre as várias modificações biológicas advindas do envelhecimento, destaca-se a dificuldade de adaptação à luz fraca, a redução da visão periférica e lateral, a perda do poder de adaptação do cristalino e a degeneração macular. (BERGER, 1995).

Em um estudo, em maior proporção, que mediu a acuidade visual em uma amostra nacional de idosos britânicos, constatou-se que a prevalência de deficiência visual aumentou significativamente com a idade, bem como, foi mais comum em mulheres e em idosos que viviam em Instituições de Longa Permanência (ILP). (POLLS *et al*, 2000). Posteriormente, em outra pesquisa, também, da Grã-Bretanha identificou-se como as principais causas da deficiência visual e cegueira, em uma população de idosos com idade superior a 75 anos, a degeneração macular, relacionada à idade e, por último, à retinopatia diabética. (EVANS; FLETCHER; WORMALD, 2004). Resultado nacional, de estudo desenvolvido com pequena amostragem, corrobora com os estudos ingleses, ao encontrar elevada ocorrência, (81,4%), de déficit visual, autorrelatado por idosos em uma ILP. (MENEZES; BACHION, 2012).

No tocante aos hábitos de vida, os dados revelaram que, atualmente, a maioria dos idosos não era tabagista. Destes, 11 (91,7%) eram homens e 09 (90%), mulheres. Quanto ao consumo de álcool, os resultados foram similares entre as mulheres e, quanto aos homens, 07 (58,3%) negaram uso (tabela 5). Em um inquérito de maior dimensão, realizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, resultados semelhantes foram encontrados, com percentagens de 58,2% e 57,7%, respectivamente. (PASKULIN; VIANNA, 2007).

Com a hospitalização, houve um aumento de mais de 50% no número de idosos que informaram a necessidade de auxílio para as atividades de vida diária (AVD'S). Anteriormente apenas, 04 (33,3%) homens e 03 (30%) mulheres requeriam ajuda para desenvolver as AVD'S e, após a hospitalização estes valores aumentaram para 09 (75%) homens e 07 (70%) mulheres idosas.

Em um estudo prospectivo e longitudinal sobre as consequências da hospitalização para as pessoas idosas, em um serviço de medicina interna, de um hospital da cidade de Lima, Peru, o pesquisador identificou que antes da hospitalização 67,7% dos 201 idosos estudados realizavam em média 4,6 AVD'S independentemente e, na alta hospitalar houve uma

deterioração significativa em todas as atividades, com 34,8% dos idosos, realizando em média 3,0 AVD'S. Por sua vez, a perda da capacidade funcional, entre a amostra investigada, esteve associada ao fator idade (idosos com idade superior aos 85 anos) e tempo de hospitalização. (GAMARRA-SAMANIEGO, 2001).

Quanto ao Índice de *Barthel*, que avalia o grau de dependência dos idosos em relação às AVD'S, constatou-se que 15 (68,2%) obtiveram valor superior a 70, indicando independência. Entretanto, apenas 03 (13,6%) conseguiram pontuação máxima de 100 pontos e um grupo das pessoas idosas 07 (31,8%), apresentou dependência para o desempenho das AVD'S. Destas, 03 (13,6%) eram parcialmente dependente e 04 (18,2%) foram consideradas totalmente dependentes.

Na Escala *Palliative Performance*, que avalia a condição clínica do paciente sob cuidados paliativos, os resultados revelaram que a maioria dos idosos, 16 (72,7%), apresentou escore inferior ou igual a 60%, demonstrando menor capacidade funcional. Os demais, 06 (27,3%), alcançaram índices superiores, 70 a 80%. Nenhum idoso obteve escore de 100%.

Tabela 3. Características da saúde autorreferida dos participantes do estudo. HGRS. Salvador, BA, março – julho de 2011. (n=22).

Característica	Sexo		valor de p ^a
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Total	12 (54,6)	10 (45,4)	
Conhecimento sobre sua saúde			
Sim	11 (91,7)	10 (100)	1,000
Não	01 (8,3)	0 (0,0)	
Autopercepção do estado de saúde			
Ótima/Boa	05 (41,7)	05 (50,0)	1,000
Regular/Péssima	07 (58,3)	05 (50,0)	
Acuidade auditiva			
Preservada	06 (50,0)	08 (80,0)	0,204
Diminuída	06 (50,0)	02 (20,0)	
Acuidade visual			
Preservada	03 (25,0)	05 (50,0)	0,192
Diminuída	09 (75,0)	04 (40,0)	
Ausente	00 (0,0)	01 (10,0)	
Uso de lentes corretivas			
Sim	08 (66,7)	03 (30,0)	0,198
Não	04 (33,3)	07 (70,0)	

Tabagista			
Sim	01 (8,3)	01 (10,0)	1,000
Não	11(91,7)	09 (90,0)	
Consumo atual de bebida alcoólica			
Sim	05 (41,7)	01 (10,0)	0,162
Não	07 (58,3)	09 (90,0)	
Necessidade de auxílio para atividades diárias antes da hospitalização			
Sim	04 (33,3)	03 (30,0)	1,000 ^a
Não	08 (66,7)	07 (70,0)	
Necessidade atual de auxílio para atividades diárias			
Sim	09 (75,0)	07 (70,0)	1,000
Não	03 (25,0)	03 (30,0)	

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Notas: ^aTeste Qui Quadrado Exato de Fischer.

Descrição das características clínicas das pessoas idosas

A **Tabela 4** mostra as características clínicas das pessoas idosas. Observa-se que, 14 (63,6%) não tinham sido hospitalizadas, nos últimos seis meses. Todavia, em comparação ao gênero, metade dos homens informou mais de uma hospitalização, nos últimos seis meses, enquanto que o inverso ocorreu entre as mulheres, 08 (36,36%). Em relação ao tempo de internamento, durante as sessões musicais, 13 (59,1%) idosos se encontravam hospitalizados há 30 dias. Destes, 06 (50%) eram homens e 07 (70%), mulheres. Destaca-se, ainda, que 03 (25%) idosos estiveram hospitalizados por mais de 60 dias. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) registrou, no ano de 2011, 11.277.344 internações no Brasil, destas 3.165.980 foram da região nordeste, 872.513, na Bahia e 193.448. em Salvador. Em relação à especialidade, 548.098 internações, na Bahia, ocorreram em unidades de clínica médica, clínica cirúrgica e de cuidados prolongados (crônicos), sendo 128.305, em Salvador. (BRASIL, 2012).

Esse panorama atual deve-se, também, ao crescimento populacional de pessoas idosas no Brasil, bem como pela transição epidemiológica, a qual em virtude da maior prevalência de enfermidades não transmissíveis e progressivas ocasiona aumento no número de atendimentos ao serviço de saúde e, em especial, nas unidades hospitalares. Para Gaino, Leandro-Merhi e Oliveira (2007), os idosos utilizam os serviços hospitalares de forma expressiva, em comparação aos demais grupos etários, submergindo ao aumento dos custos e

implicando em tratamentos mais prolongados, com consequentemente aumento do tempo de internação.

O SIH-SUS revelou que as pessoas com idade igual e/ou superior aos 60 anos representaram no ano de 2011, 29,6% das internações hospitalares, na cidade de Salvador. No tocante ao tempo total de internação, nesse mesmo ano, 405.577 dias de permanências foram contabilizados para os toda população idosa, que buscou o serviço de saúde no município de Salvador. (BRASIL, 2012).

Os dados deste estudo, quanto ao tempo prolongado de hospitalização, são similares a outro estudo, de maior amostra, realizado também, em um hospital público, o qual identificou o tempo predominante de internação por até 30 dias em 85% da população estudada. (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010). Depreende-se que, a longa permanência de idosos se dá, também, pela dificuldade no controle dos sintomas presentes nas doenças crônicas e progressivas, como também, pela baixa condição econômica, social e acesso a serviço de saúde que impedem a manutenção dos idosos em suas residências.

No estudo de Solano *et al* (2011), com uma amostra de idosos de baixa renda, da zona oeste de São Paulo, constataram que apesar de eficiente acesso aos serviços de saúde, os idosos passaram o último ano de vida padecendo de diversos sintomas comuns. Além disso, os autores trazem que, 70% das pessoas idosas vieram a falecer nos hospitais e prontos-socorros.

Os idosos deste estudo apresentaram diagnóstico médico de enfermidades neurocardiovasculares, 13 (59,1%); oncológicas, 07 (31,8%) e gastrointestinais 02 (9,1%). Entre as mulheres, 05 (50%), e os homens, 08 (66,7%), as doenças neurocardiovasculares obtiveram maior proporção, acompanhada das oncológicas, com 04 (40%) e 03 (25%), respectivamente. Segundo o SIH-SUS, com respeito à morbidade hospitalar na capital baiana, em 2011, os quatro principais grupos de causas de internação entre os idosos, segundo o capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), foram às doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias, das doenças do aparelho digestivo e do respiratório. (BRASIL, 2012).

Registra-se que, este resultado contrapõe-se aos dados gerais do Brasil, com relação à sequência das principais enfermidades que acometem o idoso, os quais revelam que apenas as doenças circulatórias permanecem como o principal grupo de causas de internação. As doenças do aparelho respiratório são a segunda colocada, acompanhada das neoplasias (BRASIL, 2012). No Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informação de Saúde (GAIS-Infoma), do estado de São Paulo, em 2011, esse cenário foi similar. (MENDES, 2011).

Diante disso, tais informações demonstram que essas enfermidades, de forma geral, são prevalentes na população idosa. O caráter crônico e progressivo desta, na pessoa idosa, geralmente leva a uma diminuição da capacidade funcional e da autonomia, o que foi revelado, nesta pesquisa, por meio da Escala *Palliative Performance*.

Informa-se que, 06 (27,3%) idosos relataram a dor como único sinal e sintoma presente; os demais, 16 (72,7%), descreveram, além da dor, outros sinais e sintomas. Dentre os homens, 06 (50%) apresentaram mais de 03 sinais e sintomas, sendo estes, relativos ao aparelho gastrointestinal, neurológico e respiratório. A maioria das mulheres, 04 (40%), informou a presença de 02 sinais e sintomas, relacionados ao aparelho gastrointestinal e neurológico.

Assim, entre os principais sintomas presentes nos idosos com doenças crônicas e progressivas, Solano *et al* (2011) revelou, em estudo, que a dor foi referenciada por 78% dos cuidadores informais de idosos falecidos, no último ano de suas vidas. Na Espanha, segundo Castel, Miró e Rull (2007), a prevalência de dor foi de 52%, entre pacientes com 65 anos ou mais, internados em hospitais gerais, e essa taxa aumentava consideravelmente em idosos admitidos em unidades de cuidados paliativos.

Também, Barragán-Berlenga e colaboradores (2007), a partir da base de dados de 2001, do Estudo Nacional sobre Saúde e Envelhecimento do México, buscaram determinar a prevalência de dor entre as pessoas idosas, nesse País, como também, identificar os fatores associados a esta sintomatologia. Responderam ao inquérito de saúde (12 459 pessoas). Desse modo, os autores constataram que a prevalência de dor foi maior, entre os idosos com idade superior a 65 anos, mulheres e com baixo nível de escolaridade (menos de 10 anos de estudo). Ao relacionar a dor com a redução da funcionalidade, encontraram significativa associação da sua presença em idosos dependentes.

Verifica-se, desse modo, que a dor, em pessoas idosas é altamente prevalente e geralmente é aceita como algo a ser esperado e considerado como 'normal' nessa faixa etária. Entretanto, a dor em idosos deve ser considerada como uma síndrome geriátrica, pois ela contribui para o decréscimo das capacidades funcionais, possui causa multifatorial e depende de uma avaliação multidisciplinar para sua identificação.

Quanto a intensidade da dor comunicada pelos idosos por meio da Escala Numérica, no momento da entrevista que antecedeu o início das sessões musicais, a maioria, 10 (45,4%), a quantificou em intensa, seguida da dor de intensidade leve, com 08 (36,4%) relatos e de dor moderada, com 04 (18,2%) relatos. Verificou-se, também, que a maior proporção de mulheres informou dor intensa e moderada, 07 (70%). Os homens, por sua vez, tiveram predomínio e equivalência de relatos de dor intensa e leve, 05 (41,7%), respectivamente.

A maioria dos idosos, 15 (68,2%) mencionou que a dor, em relação ao período de tempo, foi inferior a 06 meses, sendo a maior percentagem de pessoas do sexo masculino, 09 (75%). Destaca-se que, de acordo com o tempo de duração, a dor é classificada em aguda, com duração menor de seis meses, ou dor crônica, com duração maior ou igual há seis meses. Considera-se, então, que a maior proporção de idosos apresentou a dor aguda.

No que se refere a localização da dor, 10 (45,5%) pessoas idosas informaram sentir dor em apenas uma região, bem como, essa mesma proporção referenciou mais de uma região. Apenas, duas idosas (9,1%) relataram dor difusa. Quanto ao sexo, a superioridade foi de mulheres, referindo dor em apenas uma região, 06 (60%), enquanto que, para mais de uma região os homens foi maioria. A região do tórax destacou-se quanto à localização, com 04 (18,2%), acompanhada da região dos membros, com 03 (13,6%).

Sobre isso, Álaba *et al* (2009), em uma investigação sobre prevalência de dor em pacientes geriátricos, institucionalizados, identificaram, mediante também escala numérica, dor intensa, na maioria dos idosos com cognição preservada, estando a maior parte localizada em membros inferiores e região dorsal, enquanto a minoria referiu dor generalizada, sem uma localização precisa.

Com respeito ao uso de analgésicos prescritos, todos os idosos (100%) estavam com analgesia. Já em relação à quantidade de fármacos utilizados, 17 (77,3%) encontravam-se em uso de 01 ou 02 fármacos e 05 (22,7), com 03 ou mais. No tocante ao gênero, os dados revelam que a maioria das mulheres, 08 (80%), e dos homens, 09 (75%), estava em uso de 01 ou de 02 fármacos.

Seguindo a escada de analgesia da OMS, para alívio da dor, evidenciou-se que 04 (33,3%) homens e 05 (50%) mulheres faziam uso apenas de analgésico; 03 (25%) homens e 03 (30%) mulheres estavam com esquema farmacoterápico equivalente ao segundo degrau da escada, com uso de analgésicos e opióides fracos e, 05 (41,7%) homens e 02 (20%) mulheres utilizavam analgésicos e opióides fracos e fortes.

Em relação ao uso de medicações sedativas, apenas 04 (18,2%) pessoas idosas estavam em uso de 01 ou de 02 sedativos, dos quais 02 (16,7%) eram homens e 02 (20%) mulheres. Dentre os idosos, que fizeram uso de medicações sedativas, a maioria 03 (75%) utilizaram fármacos da classe dos benzodiazepínicos e, somente 01 (50%) mulher utilizou um antidepressivo tricíclico, associado ao benzodiazepínico.

Verificou-se, nas tabelas 3 e 4, similaridade entre as proporções das características relacionadas a saúde autorreferida e clínicas dos participantes, quanto ao sexo, exceto para a região da dor, que mostrou diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,042$).

Tabela 4. Características clínicas dos participantes do estudo. HGRS, Salvador-BA, março – julho de 2011. (n=22).

Característica	Sexo		valor de p ^a	
	Masculino n (%)	Feminino n (%)		
Sistema acometido				
Neurocardiovascular	08 (66,7)	05 (50,0)	0,814	
Oncológico	03 (25,0)	04 (40,0)		
Gastrointestinal	01 (8,3)	01 (10,0)		
Intensidade da dor				
Leve	05 (41,7)	03 (30,0)	0,864	
Moderada	02 (16,7)	02 (20,0)		
Intensa	05 (41,7)	05 (50,0)		
Região da dor				
Apenas uma região	04 (33,3)	06 (60,0)	0,042	
Mais de uma região	08 (66,7)	02 (20,0)		
Localização da dor				
Tórax	02 (16,7)	02 (20,0)		
Abdômen	01 (8,3)	01 (10,0)		
Membros	01 (8,3)	02 (20,0)		
Cabeça	00 (0,0)	01 (10,0)		
Difusa	00 (0,0)	02 (20,0)		
Tórax/ Abdômen	00 (0,0)	01 (10,0)		
Tórax/Membros	02 (16,7)	00 (0,0)		
Abdômen/Membros	03 (25,0)	01 (10,0)		
Abdômen/Outras	01 (8,3)	00 (0,0)		
Cabeça/Tórax	01 (8,3)	00 (0,0)		
Cabeça/Abdômen	01 (8,3)	00 (0,0)		
Tempo de duração da dor				
< 06 meses	09 (75,0)	06 (60,0)		0,652
Maior ou igual a 06 meses	03 (25,0)	04 (40,0)		
Uso de medicações analgésicas				
01 ou 02	09 (75,0)	08 (80,0)	0,594	
03 ou mais	03 (25,0)	02 (20,0)		
Medicação analgésica prescrita				
Analgésicos	04 (33,3)	05 (50,0)	0,568	
Analgésico e Opióide fraco	03 (25,0)	03 (30,0)		
Analgésico e Opióides fraco e forte	05 (41,7)	02 (20,0)		
Uso de medicações sedativas				
Nenhuma	10 (83,3)	08 (80,0)	1,000	
01 ou 02	02 (16,7)	02 (20,0)		

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Notas: ^aTeste Qui Quadrado Exato de Fischer.

5.2 PERCEPÇÕES E OBSERVAÇÕES GERADAS DURANTE AS SESSÕES MUSICAIS

Foi adotada para análise das percepções e observações advindas das sessões musicais, a análise temática de Minayo, sendo feita leitura exaustiva no intuito de identificar as principais temáticas, que emergiram dos discursos e da observação, em cada sessão.

Registra-se que, no campo da musicoterapia, a percepção não é a recepção passiva do estímulo, porém requer ativo processamento cerebral, que envolve atenção e diversas estratégias de cognição sendo, portanto, resultado de sensação, discriminação, identificação, detecção de mensagem e função simbólica. (BORCHGREVINK, 1991).

A sensação é caracterizada pela conversão de estímulos em impulso nervoso. A discriminação, por sua vez, é a capacidade de discernir se dois estímulos são iguais ou diferentes. A identificação é definida pela capacidade de reconhecer o estímulo comparando-o com uma impressão previamente armazenada. Já a detecção da mensagem é a habilidade primitiva de perceber que um estímulo, como por exemplo, o som, pode se referir a algo mais do que o estímulo em si mesmo. Por fim, a função simbólica mais desenvolvida que a anterior, “requer a capacidade de compreender que o estímulo refere-se a um conceito ou ideia sem nenhum vínculo (físico ou ambiental), entre o estímulo e aquilo que ele se refere”, estando “em condições de conhecer a fundo, avançados códigos referenciais de linguagem para conceitos abstratos e teóricos”. (BORCHGREVINK, 1991, p.77).

Além disso, considera-se que, na percepção, as interpretações dos estímulos estão relacionadas às experiências anteriores, a um componente afetivo, ao estado de ânimo, ao ambiente em que vivencia o estímulo, bem como, a cultura e valores da pessoa. (BALLONE, 2005).

A Teoria do Cuidar Transpessoal de Jean Watson está orientada na perspectiva espiritual-existencial e fenomenológica, em um contexto que incorpora a arte e a ciência da Enfermagem. Nessa teoria, o cuidado é percebido como um momento de encontro e de união com o outro, levando em consideração o todo da pessoa e o seu estar-no-mundo, com o compromisso e ideal moral de preservar a harmonia com a mente-corpo-alma, e manter a dignidade e integridade humana.

Desse modo, com base na abordagem da teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, foram identificados elementos presentes e desenvolvidos por essa autora, na construção dos dez *Caritas Processes*, da sua teoria. Esses, por sua vez, embasaram as reflexões que culminaram na construção de três categorias, intituladas: O corpo sentido e o

corpo falado; Recordações e imagens evocadas com a música e Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada.

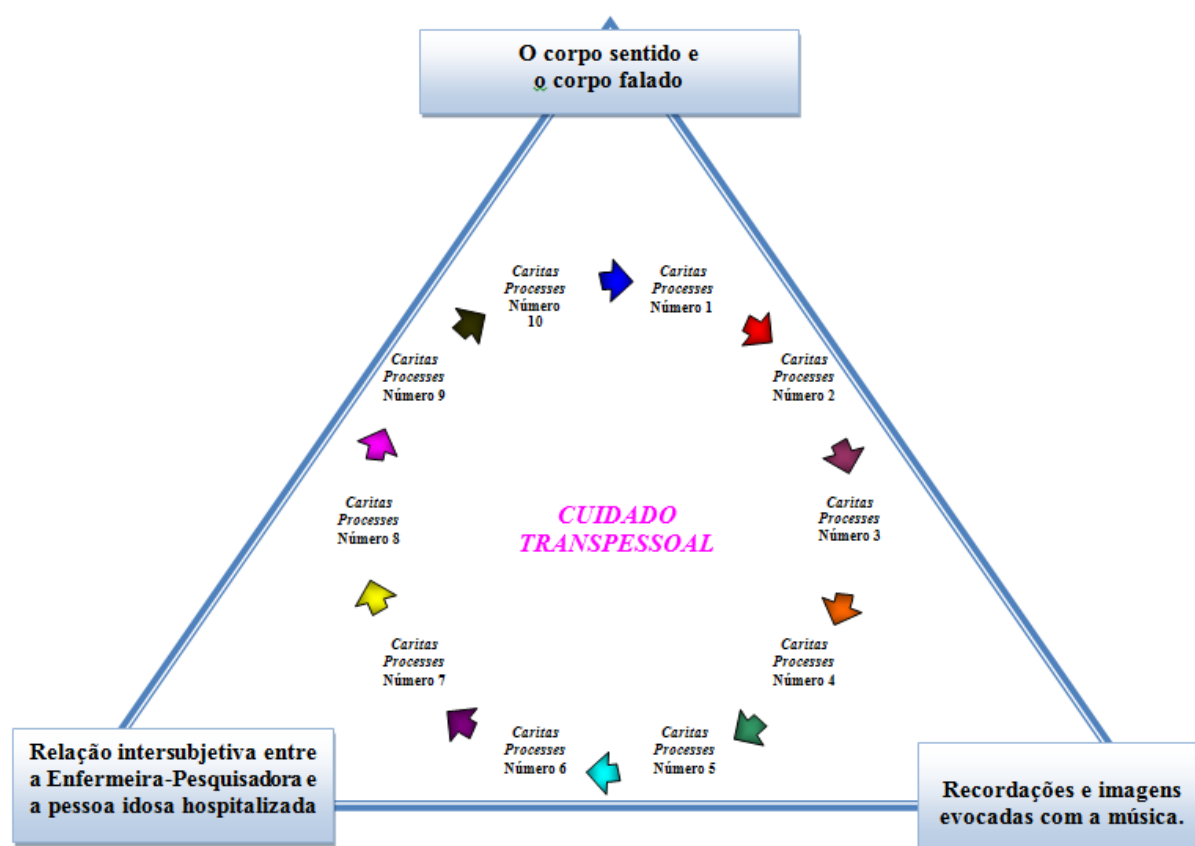
Assim, através da figura 14, buscou-se ilustrar que os *Caritas Processes* estão relacionados e contidos nas categorias do estudo, de acordo com os discursos dos participantes e as observações da pesquisadora antes, durante e após as sessões musicais. Na primeira Categoria, O Corpo sentido e o corpo falado, identificaram-se os *Caritas Processes* de número, 05, 06, 08 e 09. Na segunda, Recordações e imagens evocadas com a música, foram identificados os de número 02, 03 e 10 e, por fim, na última categoria, intitulada Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada, os *Caritas Processes*, de número 01, 04 e 07 (Quadro 7).

Quadro 7. Relação das categorias do estudo com o *Caritas Processes* da Teoria Transpessoal de Jean Watson

Categoria	<i>Caritas Processes</i>
O corpo sentido e o corpo falado	05 – Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro; 06 - Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecer/ ser /fazer, como parte do processo de cuidado; 08 – Criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz; 09 - Assistir com respeito às necessidades básicas, mantendo um cuidado intencional e consciente do espírito, enquanto unidade do ser.
Recordações e imagens evocadas com a música	02 – Estar autenticamente presente; permitir/sustentar/respeitar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do self/outro; 03 – Cultivo livre das suas próprias práticas espirituais; aprofundando a autoconsciência, para além do ego; 10 – Estar presente e aberto para as dimensões existenciais desconhecidas do sofrimento entre vida-morte.
Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada	01 – Prática do amor, bondade e equanimidade no contexto de um cuidado consciente; 04 – Desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança; 07 – Engajamento em uma experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo.

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Figura 14. Ilustração da relação das categorias do estudo com o *Caritas Processes* da Teoria Transpessoal de Jean Watson.



Legenda: *Caritas Processes* Número: **1** – Prática do amor, bondade e equanimidade no contexto de um cuidado consciente; **2** – Estar autenticamente presente; permitir/sustentar/respeitar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do self/outro; **3** – Cultivo livre das suas próprias práticas espirituais; aprofundando a autoconsciência, para além do ego; **4** – Desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança; **5** – Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro; **6** – Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado; **7** – Engajamento em uma experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo; **8** – Criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz; **9** - Assistir com respeito as necessidades básicas, mantendo um cuidado intencional e consciente do espírito, enquanto unidade do ser; **10** – Estar presente e aberto para as dimensões existenciais desconhecidas do sofrimento entre vida-morte.

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

As pessoas idosas sob cuidados paliativos apresentam com a progressão da enfermidade sinais e sintomas debilitantes, causadores de grande sofrimento físico, psíquico e espiritual. Para Watson (2002b, p.150), a pessoa que experimenta uma perda significativa como a “dor profunda e a ferida que corta, através da alma”, afeta as três esferas principais do estar dessa pessoa, no mundo – mente/emoções-corpo-alma.

Assim, Watson (2002b, p.136) compreende que trabalhos literários, poéticos e artísticos (música), podem ser empregados como método para teorizar e investigar certos fenômenos humanos, a exemplo da dor. Com base nesse pensamento, a partir das categorias já referidas, podem-se identificar as seguintes subcategorias (Quadro 8), a saber:

Quadro 8. Categorização geral da análise temática

Categorias	Subcategorias
O corpo sentido e o corpo falado	<ul style="list-style-type: none"> • Música e Emoções; • (Re) Integração do corpo-mente-alma por meio da música
Recordações e imagens evocadas com a música	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências espirituais e religiosas rememoradas com a escuta musical; • A música e as recordações de um tempo vivido.
Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada	-

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

O corpo sentido e o corpo falado

O corpo é o paradigma de uma medicina fascinada pelos processos orgânicos, que faz do “corpo um álter ego do homem”. Essa medicina clássica, quando cura o homem enfermo, não se dá conta da história pessoal e da relação com o inconsciente, considerando apenas os processos orgânicos (corpo e doença). (LE BRETON, 2002, p.11).

O corpo moderno, dessa forma, foi decomposto em seus elementos e submetido a uma razão analítica que oferece valor técnico e comercial, dando-lhe, segundo Le Breton (2002, p.219), quatro importância e usos, quais sejam: na investigação médica e biológica, que utiliza muitos materiais humanos; na fabricação de produtos farmacêuticos; nos transplantes, que são cada vez mais frequentes e diversos em virtude dos progressos da cirurgia e nos usos tradicionais das faculdades de medicina, como nas disseções, por exemplo.

Corroborando com essa reflexão, Jean Watson considera que o corpo no sentido moderno, tem a mesma percepção adotada pelo modelo biomédico, sendo habitualmente

desconectado e separado em partes, sendo estabelecidas fronteiras difíceis de ser transponíveis, em virtude de um modelo de cura que o caracteriza e o reduz como matéria-físico. Além disso, para essa mesma autora, a perspectiva de que a matéria é a única entidade verdadeira tem a intenção de dominar e controlar o mundo moderno considerado inexplicável e ingovernável. Assim, para torná-lo dominado, passa-se a acreditar que “os efeitos das ações são apenas físicos”. (WATSON, 2002B, p.134).

O corpo passou, também, a ser objeto de um mercado efervescente que tem se desenvolvido amplamente durante os últimos anos: a área da estética. Nesse contexto, observa-se a dissociação entre o corpo e o homem que o encarna e, por conseguinte, ele passa a ser encarado como um corpo em si. Entretanto, para Le Breton (2002, p.218), se o corpo fosse realmente uma máquina, ele não envelheceria, não seria frágil e nem morreria.

Na perspectiva da sociedade moderna, que cultua a juventude e não sabe simbolizar o envelhecer e a morte, relega-se a pessoa de corpo envelhecido, um estigma, cuja repercussão é de uma imagem intolerável. Diante da institucionalização é comum a redução da pessoa idosa à percepção de um “corpo arruinado, um corpo que se tem de alimentar, um corpo que se tem de lavar”, um corpo que se tem de assegurar a higiene e a sobrevivência, sendo, assim, esquecida a sua história, seus sentimentos, suas emoções. (LE BRETON, 2002, p.142).

Watson (2002b) traz que, ao invés de virtudes médicas de dureza, agressão, domínio e controle do corpo, que tem como prática a medicina mecânica, deve-se avançar para práticas diferentes dessas, que emergiram das culturas Ocidentais. Desse modo, na atualidade, retomasse o interesse no antigo, em face da preocupação de se procurar “um antídoto para o mundo mecanizado e não místico”, porém com a necessidade de se estabelecer uma ponte entre eles. (WATSON, 2002b, p.61-62).

Nesse sentido, Watson (2002b, p.129) remete-se à importância da mudança para um modelo de cura transpessoal, onde o corpo não será mais contemplado como corpo-físico material, mas um corpo “sujeito que vive, respira”. Para essa teórica, o corpo pós-moderno é transpessoal e o considera como corpo vivido no contexto pós-moderno da saúde e da Enfermagem há permissão para se reclamar do corpo.

Dessa maneira, a partir da visão transcendente e transpessoal do corpo, Watson (2002b, p.135) considera, com base na fenomenologia que: “O corpo re-emerge como o ‘corpo-sujeito’ de Merleau-Ponty (1908-1961), pelo que pensamos deste. O corpo está para além dos cinco sentidos, do corpo-físico e é um veículo de consciência [...]”.

Diante dessas considerações, evidencia-se que esse corpo expressa-se além das palavras. Logo, a intenção de se registrar por meio da observação o comportamento e

expressões dos idosos durante as sessões musicais, neste estudo deu-se pela compreensão, embasada na fenomenologia-existencialista de Merleau-Ponty, empregada pela teoria Transpessoal de Jean Watson que: “Há pouco a reprodução da palavra, a revivescência da imagem verbal era o essencial; agora ela é apenas o invólucro da verdadeira denominação e da fala autêntica, que é uma operação interior”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p.240).

Ainda, Merleau-Ponty (1999, p.247) considera que a fala e a palavra são “a presença desse pensamento, no mundo sensível e não sua vestimenta, mas seu emblema ou seu corpo”. Assim, ao se refletir sobre a experiência vivida por idosos com dor, a partir da escuta musical durante sua hospitalização, pode-se perceber que, além da palavra falada, houve a expressão da influência dessa experiência em seus corpos. Também, ao compreender a relação entre mente-corpo-espírito a partir de uma visão pós-moderna, buscou-se descrever o comportamento e gestos dos idosos durante a escuta musical, por que:

Nossa visão sobre o homem continuará a ser superficial enquanto não remontarmos a essa origem, enquanto não reencontrarmos, sob o ruído das falas, o silêncio primordial, enquanto não descrevermos o gesto que rompe esse silêncio [...] o sentido dos gestos não é dado, mas compreendido, quer dizer, retomado por um ato do espectador (MERLEAU-PONTY, 1999 p.249).

Desse modo, serão descritas a seguir tanto as falas, quanto os gestos e sensações, expressadas pelos idosos, em cada sessão musical e obtidos a partir da entrevista e/ou da observação participante.

A **primeira sessão musical** foi composta por músicas clássicas com tempo total de escuta de 11 minutos e 38 segundos. Nessa sessão, os discursos dos idosos revelaram:

Quadro 9. O corpo sentido e o corpo falado – percepções da primeira sessão

<i>Alívio da dor</i>	<p><i>[...] trouxe alívio da dor... (Zé Baixinho – primeira sessão).</i></p> <p><i>Gostei e a nota é zero para minha dor... Estou mais aliviada... (Maria Luiza – primeira sessão).</i></p> <p><i>Eu gosto muito desse tipo de música que eu estava ouvindo... Aprecio música clássica... E a dor que eu estava sentindo aliviou... Até a respiração melhorou... (Emilinha Borba – primeira sessão).</i></p> <p><i>Deu para esquecer a dor... (João Valentão – primeira sessão).</i></p> <p><i>Minha dor diminuiu um pouco [...] (Iolanda– primeira sessão).</i></p> <p><i>[...] uma maravilha [...] músicas gostosas [...] a dor no meio das costas parou mais (Pedro Pedreiro – primeira sessão).</i></p>
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Relaxamento</p>	<p><i>Senti-me relaxado [...] e a mente também. Foi bom eu gostei (O Velho Chico – primeira sessão).</i></p> <p><i>Senti-me muito relaxada [...] (Rosinha – primeira sessão).</i></p>
<p>Sensações agradáveis e de Bem estar</p>	<p><i>Sinto-me bem após ouvir as músicas... São músicas tranquilas, excelente para você escutar... (João Ninguém – primeira sessão).</i></p> <p><i>Tive uma sensação boa e gostosa [...] (Madalena – primeira sessão).</i></p> <p><i>Estou me sentindo mais tranquila (Iolanda – primeira sessão).</i></p> <p><i>[...] para mim foi uma alegria... (Pedro Pedreiro – primeira sessão).</i></p> <p><i>Agora estou me sentindo alegre, leve e com uma alegria por dentro [...] só em assistir esse coral fiquei mais nova [...] mais jovem [...] então agora estou sentindo mais corajosa... (Madalena – primeira sessão).</i></p> <p><i>Eu senti uma alegria [...] (João Valentão – primeira sessão).</i></p> <p><i>Foi uma sessão emocionante e feliz (Rosinha – primeira sessão).</i></p> <p><i>Dormi profundamente [...] (Paulo Afonso – primeira sessão)</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Nota-se, de acordo com esses depoimentos, que os idosos em sua maioria, após a escuta da música clássica expressaram-se por palavras e descreveram sensações como alívio, relaxamento, alegria, coragem, tranquilidade, sono, melhora da queixa álgica e da respiração. Apenas um idoso informou não ter percebido nenhuma diferença no corpo, apesar de referir melhora da sensação álgica, como demonstra a fala abaixo:

*Não senti diferença nenhuma no meu corpo... Elas (músicas) não interferiram em nada... **A dor reduziu um pouco**... (Zé Matuto – primeira sessão).*

A música popular brasileira fez parte da **segunda sessão musical**. O tempo total de escuta musical nessa sessão foi de 13 minutos e 30 segundos. Verificou-se nessa sessão que houve similaridades nas evocações geradas pela música, quando comparada à primeira sessão, ou seja, relaxamento, tranquilidade, calma, sono, redução da dor e melhora da respiração, como se pode observar nas expressões a seguir:

Quadro 10. O corpo sentido e o corpo falado – percepções da segunda sessão

<p>Alívio da dor</p>	<p><i>Eu estava me sentindo muito cansada, angustiada e, depois da sessão estou me sentindo aliviada. Minha filha, você tirou um peso de mim. (Maria Luíza – segunda sessão).</i></p> <p><i>Muito legal [...] tudo beleza [...] a dor passou. (Joca – segunda sessão).</i></p> <p><i>[...] a música ajudou a minha dor sumir. (Luísa – segunda sessão).</i></p> <p><i>[...] esqueci até da dor. (Lady Laura – segunda sessão).</i></p>
<p>Relaxamento</p>	<p><i>Relaxe um pouquinho... (Alexandre – segunda sessão).</i></p> <p><i>Deu-me uma sensação de relax total [...] durante a música procuro não pensar em nada [...] Até a respiração melhorou [...] (Paulo Afonso – segunda sessão).</i></p>
<p>Sensações agradáveis e de Bem estar</p>	<p><i>Senti calma... (Conceição – segunda sessão).</i></p> <p><i>[...] agora, eu estou me sentindo calma [...] (Marina – segunda sessão).</i></p> <p><i>As músicas foram ótimas [...] me deram uma sensação boa [...] (João Valentão – segunda sessão).</i></p> <p><i>Senti-me alegre e satisfeita [...] (Lady Laura – segunda sessão).</i></p> <p><i>Relaxe um pouquinho e dormi [...] Estou sentindo meu corpo leve e confortável. (Alexandre – segunda sessão).</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Na **terceira sessão**, os idosos escutaram músicas *New Age*, com tempo total de execução de 10 minutos. A maioria das pessoas idosas, nessa sessão, relatou que se sentiu aliviada. O relaxamento, a tranquilidade, o alívio da dor, o bem estar, a alegria e o sono, também surgiram nas manifestações, verbalizadas pelos idosos com a escuta musical.

Quadro 11. O corpo sentido e o corpo falado – percepções da terceira sessão

Alívio da dor	<p>[...] agora estou sem dor. (Alexandre – terceira sessão).</p> <p>A dor sumiu. (Iracema – terceira sessão).</p>
Relaxamento e sono	<p>[...] a música relaxa mesmo... (Alexandre – terceira sessão).</p> <p>A música relaxa, e como! Estou me sentindo mais aliviada (Perpétua – terceira sessão).</p> <p>Dormi. Foi bom [...]. (Iracema – terceira sessão).</p> <p>[...] cheguei a dormir e até a falta de ar melhorou (Luísa – terceira sessão).</p>
Sensações agradáveis e de Bem estar	<p>[...] me deixou calma, principalmente a primeira música [...] Sensação de calma e relaxamento. (Marina – terceira sessão).</p> <p>Eu me sentí bem ao escutar essas músicas [...]. (O Velho Chico – terceira sessão).</p> <p>Música é bom pra tudo, a gente fica longe, alegra, é importante. (Joca – terceira sessão).</p>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Destaca-se que, ainda, nessa sessão, o relato de uma pessoa idosa, que observou a redução da ansiedade, como também, a descrição de outra participante, que ao experienciar a escuta da música, pode identificar a subjetividade da dor e de expressar seus sentimentos, perante o processo de doença vivenciado.

[...] minha **ansiedade** parece que **diminuiu** com as músicas. (Marina – terceira sessão).

[...] quem está doente não pode sentir nada. Meu corpo é assim, é **dor nervosa**, nada tá bom, tudo tá ruim [...]. (Conceição – terceira sessão).

Dessa forma, com base nos relatos das três sessões musicais, as quais foram caracterizadas por expressões de emoções e sensações, emergiram duas subcategorias, denominadas de: Música e Emoções e (Re) integração do corpo e da alma (Quadro 12).

Quadro 12. Subcategoria da categoria “O corpo sentido e o corpo falado”

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Temas</i>
O corpo sentido e o corpo falado	Música e Emoções	Alegria Felicidade Ansiedade
	(Re) Integração do corpo-mente-alma por meio da música	Tranquilidade e calma Alívio da dor Relaxamento e Sono

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Essas subcategorias, por sua vez, estão analisadas, com base nos *Caritas Processes*, da Teoria Transpessoal de Jean Watson de número 05, 06, 08 e 09 (Quadro 13).

Quadro 13. Relação das Subcategorias com o *Caritas Processes* da Teoria Transpessoal de Jean Watson

Subcategoria	Caritas Processes
Música e Emoções	05 – Estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro; 08 – Criar ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz;
(Re) Integração do corpo-mente-alma por meio da música	06 - Uso criativo do ser, de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado; 09 - Assistir com respeito às necessidades básicas, mantendo um cuidado intencional e consciente do espírito, enquanto unidade do ser;

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Música e Emoções

A palavra emoção vem da junção “ex”, que significa para fora, e “motion”, mover. Segundo Lowen (1970), psicanalista de orientação reichiana⁴⁶, em seu livro *Prazer: uma abordagem criativa da vida*, a palavra “emoção” significa movimento “externo”, para fora ou

⁴⁶ *Wilhelm Reich* (1896-1957), psiquiatra e psicanalista austríaco enfatizava à importância de desenvolver uma livre expressão de sentimentos sexuais e emocionais dentro do relacionamento amoroso maduro. Além disso, considerava que o corpo contém a história de cada indivíduo e é por meio dele que se resgata as emoções mais profundas restabelecendo a mobilidade biopsíquica, através da anulação e/ou flexibilização da couraça caracterológica e muscular (BALLONE, 2008).

de fora. Portanto, a emoção para esse autor, pode ser definida como o “movimento emergente de um estado de excitação de prazer ou dor”. (LOWEN, 1970, p.160).

Ainda, no campo da psicologia, Fernandez-Garcia (1991, p.15), através de um resgate histórico do pensamento ocidental, sobre a evolução do conceito de “emoção”, em sua tese de doutoramento, intitulada por *La comunicación de las emociones*, afirma que as emoções:

[...] se referem genericamente a vivência da pessoa. Muitas vezes acompanhadas de certas mudanças e reações fisiológicas e que desembocam em um determinado comportamento expressivo e comunicativo. Este aspecto comunicacional da emoção, que não necessariamente implica a presença de outras pessoas, é dizer, que pode ser intrapessoal e se refere a todas as formas de pensamento ‘evocativo’ ou ‘representativo’ de um sujeito.

Na filosofia, a palavra “emoção” é entendida “como qualquer estado, movimento ou condição, que provoque no animal ou no homem, a percepção do valor (alcance ou importância), que determinada situação tem para sua vida, suas necessidades, seus interesses” (ABBAGNANO, 2007, p. 311).

Entende-se que, esse conceito filosófico de emoção tem relação com os estudos de Charles Darwin (1872)⁴⁷ onde se pondera que cada emoção possui uma correlação orgânica, produto do processo de seleção natural, exercendo papel fundamental na sobrevivência das espécies. Por meio das investigações sobre as expressões faciais dos animais e dos lactentes, Darwin pode endossar essa tese, que dá ênfase no inato como determinante de grande parte da expressão emocional do homem, (FERNANDEZ-GARCIA, 1991).

Entretanto, as contribuições de Darwin tiveram como base as concepções funcionais-fisiológicas, de Descartes (1986)⁴⁸, acerca das emoções, que confirmam sua visão recíproca e correlacional entre a alma (emoção) e corpo (ação). No seu livro, *Las pasiones del alma*, Descartes expõe que a mente não tem uma dimensão espacial, mas atua sobre o corpo através da glândula pineal do cérebro. (FERNANDEZ-GARCIA, 1991).

Desse modo, baseado nas considerações de Descartes e Darwin, o filósofo William James (1890) realizou interpretação fisiológica das emoções, na qual a considerou como parte dos processos corporais, percebidos nas mudanças do sistema nervoso autônomo. Portanto, sem mudanças corporais a emoção se torna vazia. As lágrimas, por exemplo, são advindas da

⁴⁷ Charles Darwin (1809-1882) biólogo britânico, em 1872 publicou uma das suas mais importantes obras sobre o estudo das emoções que inicialmente seria um texto do capítulo de outro livro “*El origen del hombre*” se transformou na sua obra “*la expresion de las emociones en los animales y el hombre*”. (FERNANDEZ-GARCIA, 1991).

⁴⁸ DESCARTES, René. *Las pasiones del alma*, Orbis, Barcelona, 1986.

emoção, a exemplo da tristeza. Dessa maneira, entende-se que as emoções são causadas por nossas interpretações de eventos, que geram reações imediatas de ordem física e mentais; neurofisiológica e bioquímica; psicológica e culturais. (FERNÁNDEZ-PONCELA, 2011). Assim, as emoções são complexas, subjetivas e expressam reações positivas ou negativas, diante de estímulos internos ou externos.

No contexto da antropologia, em relação à emoção, considera-se que: “La emoción es la resonancia propia de un acontecimiento pasado, presente o futuro, real o imaginario, en la relación del individuo con el mundo [...]”. (LE BRETON, 1999, p.105).

Diante dessas considerações, neste estudo, constatou-se que ao vivenciar o estímulo externo da escuta da música, os idosos participantes verbalizaram e/ou expressaram a emoção evocada por tal experiência.

Quanto a classificação das emoções, Descartes categorizam-nas em primárias e secundárias, sendo esta última uma combinação ou repercussão da primeira. Para esse filósofo francês, as emoções primárias são: a admiração, o amor, o ódio, o desejo, a alegria e a tristeza. Lowen (1970) relata baseado em Sandor Rado, que as emoções são divididas em dois grupos: emoções de bem estar e emoções de emergência. O primeiro inclui o amor, a simpatia e o afeto e são elaborações diferenciadas da experiência e da antecipação do prazer. Enquanto que, no segundo grupo, estão as emoções de emergência, como o medo, a raiva e o ódio, originados da experiência e da antecipação da dor.

Baseado na classificação proposta por Lowen, para as emoções, compreende-se que a presença da dor, o processo de doença e a hospitalização são experiências, que favorecem a presença de emoções de emergência, conforme verbalizado pela idosa Conceição, na terceira sessão; por Zé Matuto, na segunda; por João Ninguém, na primeira e terceira e por Alexandre, na segunda sessão.

*[...] quem está doente não pode sentir nada. Meu corpo é assim, é **dor nervosa**, nada tá bom, tudo tá ruim [...] é pior que uma dor, minha vida está pior que uma dor [...]* (Conceição – terceira sessão).

*Minha filha, na verdade eu **acho que música não serve para nada**. Apesar de meu pai e meus tios terem tido, no passado, uma banda. Meu pai tocava sanfona. Eu quis foi estudar para entender o processo das máquinas [...] **estou preocupado por causa do cateter (troca)**. **A cabeça está muito cheia** [...] quando a matéria dá problema, a cabeça da gente fica preocupada. Por isso, que **meu corpo está sofrendo** [...]. Estou pensativo sobre o cateter, não pode dar errado. Quando eu vejo que não há saída eu desligo como um aparelho. (Zé Matuto - segunda sessão).*

Estou ansioso para fazer a cirurgia [...] (primeira sessão). Minha filha, estou hospitalizado há tanto tempo esperando essa nova cirurgia [...] Aguardo a cirurgia há 8 meses (terceira sessão) (João Ninguém).

[...] estou chateado por estar aqui tanto tempo. Estou todo furado e desse jeito não vou conseguir levar nenhum pêlo (fala antes da sessão) [...] estou ansioso (fala após a sessão). (O velho Chico – segunda sessão).

Nota-se que, a ansiedade tem uma associação direta com a hospitalização e a experiência dolorosa. Nesse sentido, ressalta-se que existem tantas definições de ansiedade quanto às causas de sua manifestação. Mas, de modo geral, a ansiedade pode ser definida como um estado subjetivo de apreensão ou tensão, difuso ou vago, frequentemente, acompanhado por uma ou mais sensações físicas, por exemplo: aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, da respiração, urgência de micção ou defecação, induzidas pela expectativa de perigo, dor ou necessidade de um esforço especial. (BRANDÃO, 2005).

Geralmente, a hospitalização, para qualquer pessoa, é experienciada por uma diversidade de emoções. Todavia, para as pessoas idosas essa situação os leva a maior vulnerabilidade, em comparação aos mais jovens. Os idosos utilizam mais os serviços de saúde, em decorrência das pluripatologias crônicas, também, em comparação à população jovem. Para os idosos, a hospitalização é vivenciada como um momento repleto de incertezas e medos, principalmente da morte e, por isso, eles consideram o hospital como um local de proximidade com a morte. Outros acreditam que não poderão mais retornar as suas casas e aos seus entes queridos, particularmente quando se dão conta da própria dependência progressiva. (KEEN-PAYNE, 1998).

Esse autor afirma, também, que as pessoas idosas podem mostrar ansiedade pelo diagnóstico, exames e procedimentos como foi demonstrado nas falas dos idosos, Zé Matuto, João Ninguém e O Velho Chico.

Esses discursos revelam, ainda, a realidade e a incompatibilidade da assistência prestada aos idosos por alguns serviços públicos, em Salvador. Assistência esta, muitas vezes, impessoal, superficial, pouco sensível e nada acolhedora, o que gera, inevitavelmente, insegurança, desconforto e sensação de desamparo, entre outros, distanciando os hospitais da sua finalidade terapêutica de restabelecimento da saúde da pessoa idosa, com vistas ao retorno do convívio familiar e social.

O tempo prolongado de internação nessas instituições seja pela remarcação de exames e de procedimentos, seja pela falta de profissionais, assim como, pela quantidade insuficiente

de salas cirúrgicas e leitos na unidade de terapia intensiva, são fatores que influenciam de forma negativa na recuperação da saúde dessas pessoas, e ferem os direitos humanos.

Destaca-se que, apesar de não ser a intenção deste estudo, discutir a qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar, tornou-se inevitável fazer-se uma breve análise sobre a questão, uma vez que ela emergiu, de forma densa, nos relatos dos idosos participantes. Não se pode ignorar nem subestimar a carga de emoções contidas em seus depoimentos, que comprovam a dimensão da insatisfação com a assistência recebida. Watson (2002b, p.256) pondera, por intermédio das ideias de Kaiser, que “os hospitais doentes não podem curar doentes; agora temos de prestar atenção ao ambiente sutil do hospital”, o qual é influenciado, negativamente, por uma prática altamente negativa dos seus profissionais.

Ao se reconsiderar os metaparadigmas da Enfermagem, de Florence Nightingale, Watson (2002b) retrata que só é possível uma arquitetura do cuidar-curar transpessoal pós-moderno:

Se considerarmos Nightingale à luz de uma filosofia geral e da teoria do cuidar, a sua voz estabelece um paralelo com a consciência pública e a política dos dias de hoje [...]. Apelos para cuidados de saúde e para formas dos cuidados da saúde são tão prevalentes em todo o mundo, hoje em dia, como o eram antigamente. Estes apelos surgem sob a forma de atos pessoais, sociais e políticos [...]. Existem apelos para lidar com epidemias de doenças, causadas por negligência social, política e científica; apelos para equilibrar os apelos tecnológicos; apelos para atender às medidas humanas básicas de conforto, tais como o toque, massagem, relaxamento e mudanças de humor (WATSON, 2002b, p.266).

Assim, mesmo com os avanços políticos e sociais no campo do envelhecimento, a partir do Plano Internacional de Madrid, em 2002, com a implantação das políticas públicas de atenção à pessoa idosa no Brasil, a partir de 1996 e com a Declaração de Brasília, em 2007, verifica-se atualmente, no cotidiano da assistência a saúde da população idosa, situações destoantes dessas propostas políticas.

Watson (2002b, p.266) protesta, ainda, afirmando:

Existem apelos para a ação social e política, para atender a qualidade de viver e morrer; [...] apelos igualmente preocupados e presentes nos elementos espirituais/ metafísicos do cuidar-curar. [...]. As primeiras ideias de Nightingale fazem, hoje, apelo a um modelo similar de cuidar-curar, como parte de um mandato para a reforma da saúde. (WATSON, 2002 p.266).

Retornando-se às questões que envolvem a hospitalização para o idoso, Keen-Payne (1998) refere, também, que esses podem exhibir preocupações, em função dos altos custos que permeiam a hospitalização e o processo de doença. Assim, no relato da primeira sessão da

idosa Perpétua, ela demonstrou preocupação com os custos que a pesquisa poderia trazer, no seu entendimento inicial, para um orçamento que já se encontrava difícil, mesmo reafirmando-se, que não haveria custos para participar da pesquisa, ela então verbalizou:

Minha filha é porque não tenho mais nenhum dinheiro, mas quero ouvir as músicas, sim. (Perpétua – primeira sessão).

Reitera-se que, à medida que as pessoas envelhecem, sua capacidade para superar as dificuldades e para lidar com novas situações podem ser mantidas, ou não. Sua história de vida e os mecanismos de transpor as adversidades, ao longo da vida, irão interferir diretamente, porém frente à enfermidade e à ansiedade da hospitalização, os idosos podem estar mais vulneráveis, conforme refere Keen-Payne (1998).

Muitas variáveis, sejam elas internas ou externas, afetam a vida e o bem estar das pessoas idosas. O hospital e a hospitalização, de acordo com apresentado, favorecem a emergência de emoções, sensações e sentimentos, que devem ser percebidos pela Enfermagem durante a assistência prestada a essas pessoas. Watson (2007) ao propor o *Caritas Processes* de número 08, “Criar um ambiente protetor em todos os níveis, onde se está consciente do todo, da beleza, do conforto, da dignidade e da paz”, recomenda que o objetivo de proporcionar um ambiente como esse, vai além da perspectiva da qualidade, englobando o processo de cura, em sua totalidade.

O *Caritas Processes*, de número 08 além de reconhecer o meio ambiente como um lugar funcional e físico para atender, de forma convencional, as demandas da comunidade, passa a considerar a (o) enfermeira (o) como o meio ambiente, em virtude da sua influência como campo energético, vibracional, integral com o paciente e o ambiente externo.

A partir dessa visão, Watson (2007) extrapola as considerações precursoras de Nightingale, sobre o ambiente, concebendo que ao empregar a teoria Transpessoal como guia para o ambiente, pode-se pensar na (o) enfermeira (o) como aquela (e) responsável por repadronizar o ambiente, no intuito de promover a cura e a harmonia. Por meio das modalidades de cuidar-curar, como por exemplo, a música, o som, o toque intencional, a arte, entre outros, a teórica considera que, elas são excelentes estratégias, que auxiliam na padronização de um ambiente de conforto, privacidade, segurança, como também, limpeza e estética.

Desse modo, notou-se, neste estudo, que a música como um recurso terapêutico complementar para o alívio da dor promoveu, segundo a fala do idoso, João Ninguém, após a

primeira sessão, a distração da sua ansiedade, tensão e expectativa com a cirurgia programada.

*Estou **ansioso** para fazer a cirurgia e a música me ajuda a pensar em outras coisas [...] as músicas me ajudam eu aguentar esse tempo, porque me distraio um pouco, se eu ficar sem ouvir, fica assim [...] só no pensamento, que dia chega, que dia chega [...] eu ouvindo música esqueço aquele momento que está passando. (João Ninguém – primeira e terceira sessão).*

A (o) enfermeira (o) deve, ainda, compreender o ambiente como fatores internos e externos, buscando estar, segundo Mathias, Zagonel e Lacerda (2006, p.336), “sensibilizado para captar dificuldades, relacionadas ao interior da pessoa em enfrentar a situação que ora vivencia, apresentando opções e capacitando-a a desenvolver mecanismos de enfrentamento dessas situações”.

Outro discurso, que revelou a música como modalidade de cuidar-curar, favorecendo a mudança do estado de ânimo, diante dos fatores internos e externos, vivenciados durante a hospitalização foi a declaração da idosa Maria Luiza, na segunda sessão, como se pode ver, a seguir:

Eu estava me sentindo muito cansada, angustiada e, depois da sessão estou me sentindo aliviada. Minha filha, você tirou um peso de mim. (Maria Luiza – segunda sessão).

Além da distração e do alívio, provocados pela música, conforme expressado por João Ninguém e Maria Luiza, a música pode, também, conduzir ao estímulo de emoções de bem estar como alegria, felicidade, tranquilidade e calma para os participantes.

*Agora estou me sentindo **alegre** [...]. (Madalena – primeira sessão).*

*Foi uma sessão **emocionante e feliz**. (Rosinha – primeira sessão).*

*[...] me deixou **calma**, principalmente a primeira música [...] Sensação de **calma e relaxamento**. (Marina – terceira sessão).*

Chama-se a atenção que, para a neurociência, os estímulos sonoros gerados pela música, são convertidos em impulsos que, ao percorrer os nervos auditivos até o tálamo e o sistema límbico, receberão significado. O cérebro, de forma geral, percebe a organização física da melodia, harmonia, instrumentação, entre outros elementos e, também, interpreta a música. Ao considerar a unicidade do indivíduo e a sua totalidade, diante da Teoria Transpessoal, entende-se que as pessoas não necessariamente interpretam a escuta musical exatamente da mesma maneira, porque o seu significado depende de uma variedade de fatores

como experiências passadas, educação musical, cultura e o desenvolvimento cognitivo. (GFELLER, 2000).

Outrossim, notou-se no grupo de pessoas idosas, sujeitos do estudo, similaridades na percepção da escuta da música nas três sessões, compostas por estilos musicais diferentes, no que diz respeito às emoções. Talvez, por que. o grupo estudado tenha sido composto por pessoas com características semelhantes, como: idade, estarem enfermas e hospitalizadas e residirem na região Nordeste.

No estudo de Flores-Gutiérrez e Díaz (2009) que investigou a resposta emocional de 10 obras musicais de estilos diferentes em 108 estudantes universitários no México, os pesquisadores concluíram que algumas sequências musicais estimularam um grupo de emoções específicas; outras evocaram respostas descritas como agradável e vigorosa. As músicas clássicas e a música andina (música da cultura dos sujeitos do seu estudo) evocaram similarmente, e de forma significativa, emoções consideradas agradáveis como: prazer, desejo, amor, tranquilidade, certeza, alívio, alegria, satisfação, vigor, entusiasmo, altivez, surpresa e valor. Assim como nesse estudo, observou-se entre os idosos hospitalizados com dor a manifestação de algumas dessas emoções. Todavia, ressalta-se que dois idosos (Conceição e Zé Matuto) declararam não ter sentido reações de bem estar, com a escuta da música, revelando, por conseguinte, emoções negativas, decorrentes da experiência da hospitalização, e da doença:

*[...] quem está doente não pode sentir nada. Meu corpo é assim, é **dor nervosa**, nada tá bom, tudo tá ruim [...] é pior que uma dor, minha vida está pior que uma dor [...]* (Conceição – terceira sessão).

[...] eu não senti diferença nenhuma no meu corpo [...] a música não interferiu em nada [...] a dor diminuiu um pouco (Zé Matuto – primeira sessão).

Para Watson (2007), de acordo com o *Caritas Processes* de número 05, a (o) enfermeira (o) deve, de forma consciente e intencional, *estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda com o espírito do ser e do ser que cuida do outro*. Nesse sentido, os pensamentos levam a sentimentos e comportamentos, os quais necessitam ser reconhecidos e considerados, no processo de cuidado humano. Ao focar sua atenção, também, nos sentimentos e nos aspectos emocionais transcorridos das experiências do corpo-sujeito-vivido a ser cuidado, a (o) enfermeira (o) permitirá o estabelecimento de uma relação terapêutica de cuidado em um nível mais profundo, mais honesto e autêntico.

Além disso, Watson (2007) concebe que ao escutar os sentimentos dos pacientes, a (o) enfermeira (o) honra a sua história, a qual possui significado e importância para eles, e ao promover esse momento de escuta, pode ocorrer o ato de cura. Desse modo, no consentir a exteriorização dos sentimentos positivos e negativos do outro, o profissional não deve se posicionar de forma defensiva, mas se mostrar favorável, facilitar e acolher a expressão desses sentimentos, ajudando-o, a canalizar sua carga emocional e a clarificar sua mente, para observar as situações por outro prisma, permitindo-lhe identificar outras condutas para melhorar a sua condição de saúde. (VIVES-RELATS *et al*, 2006).

Desse modo, o sentido e o valor que a música possui para os seres humanos, oferecem grande suporte terapêutico, pela sua notável capacidade para expressar, transmitir e evocar diversas emoções, sensações e sentimentos. (FLORES-GUTIÉRREZ; DÍAZ, 2009; SILVA; LEÃO, 2009). Como um estímulo emocional, a música favorece e facilita a expressão de emoções advindas também de outros estímulos, como a vivência da pessoa idosa diante da hospitalização e do processo de saúde-doença.

Assim, do mesmo modo que é possível, por meio da linguagem falada, expressar a emoção, Merleau-Ponty (1994, p.256) considera que “a emoção, enquanto variação de nosso ser no mundo é contingente, em relação aos dispositivos mecânicos contidos em nosso corpo”. Portanto, a partir da concepção de corpo vivido no âmbito transpessoal de Watson (2002), dá-se início a discussão da segunda subcategoria denominada por: (Re) Integração do corpo-mente-alma por meio da música.

(Re) Integração do corpo-mente-alma por meio da música

Watson (2002 b), ao propor a perspectiva de um corpo transpessoal e pós-moderno no campo da ciência, retoma as discussões acerca da visão moderna da pessoa, em um corpo unicamente material ou físico; descorporizado e separado do pensamento, do sentir, da consciência e da experiência. Esse corpo, desvalorizado e restrito, era submetido a tratamentos que visavam à cura de enfermidades físicas, e não abordavam, por sua vez, o nível transpessoal. As relações entre o corpo e a mente (alma⁴⁹) preocuparam o homem ao largo da história da civilização, e a unanimidade de todo pensamento clássico residia no desfecho da união total entre ambos.

⁴⁹ Para Watson (2002b), os termos, alma, ser interior e ser espiritual fazem menção ao mesmo fenômeno.

Descartes formulou a sua hipótese do “dualismo”, que separava o aspecto mental, ou o pensamento do aspecto físico ou matéria. Isso, segundo Fernandez-Garcia (1991, p.146), “levou a uma separação das ciências físico-biológicas das fisiológicas e a psicologia que seguiram caminhos de investigação paralelos”. Assim, “A limitada visão moderna do mundo”, segundo Watson (2002b, p.133) reduziu a pessoa a um corpo material, confinando o corpo-físico humano aos cinco sentidos, separadamente. Para Le Breton (2002, p.218), o valor do corpo está assimilado a uma máquina que:

Frente ao problema de sua constituição carnal, o corpo se dissocia do homem que o encarna e se considera como um em si mesmo. Assim, a biotecnologia ou a medicina moderna privilegiam o mecanismo corporal, a disposição em engrenagens de um organismo percebido como uma coleção de órgãos e de funções potencialmente substituíveis (LE BRETON, 2002, p.218).

O corpo fracionado em seus componentes converteu-se, nesse sentido, em um objeto disponível para os modelos médicos de cura, motivados pelo crescimento da ciência médica que, “com as melhores intenções”, conforme Watson (2002b, p.130), buscou a cura das disfunções do corpo-físico, por meio do controle do nível molecular das células. Todavia, para ela, esse gênero de tratamento convencional, que se detém com alta tecnologia a intervenções externas, “pode e consegue ajudar a eliminar ou reparar enfermidades do corpo-físico, mas não consegue curar a nível transpessoal, interior e profundo o que aqui se pretende”.

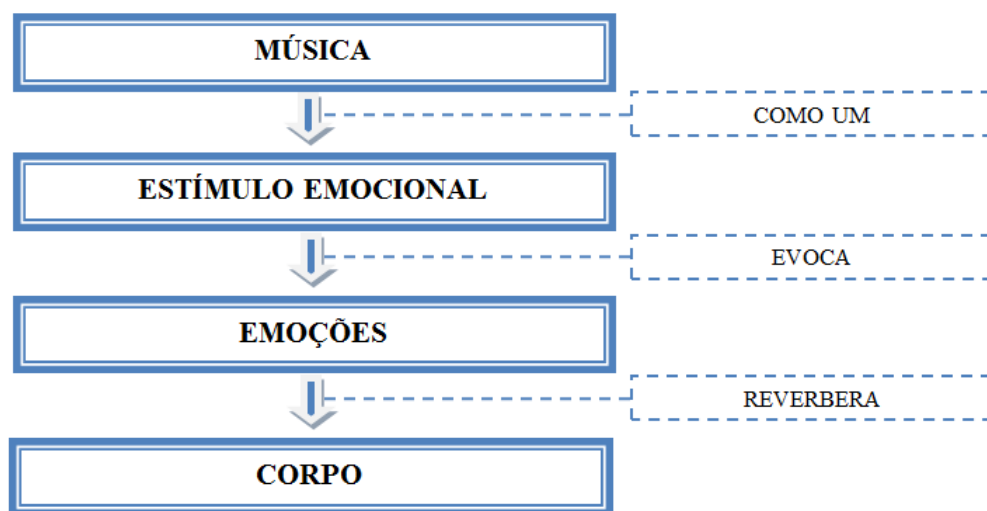
Ainda para essa teórica, a mente, o eu, a alma ou espírito e a matéria é um só corpo-sujeito-quântico, que vai além dos cinco sentidos, sendo o corpo físico um ser de luz e energia radiante, “um corpo-sujeito quântico multissensorial, extrassensorial e holográfico”. Portanto, não é possível haver dissociação e restrição do sujeito como corpo físico, que ao experimentar e viver os diversos processos, advindos da existência humana, terão alterações nas suas dimensões, consideradas como mente/emoções-corpo-alma.

Na perspectiva de corpo transpessoal e pós-moderno de Watson (2002b), a Enfermagem como ciência humana de pessoas, contempla a pessoa como “um ser no mundo”, onde o ponto de partida para o acesso ao corpo e a alma são a mente e as emoções.

Considerando que a música evoca emoções por ser um estímulo emocional, como foi demonstrado nos relatos na subcategoria **Música e Emoções**, através da visão de Watson (2002b), embasada no pensamento pré-moderno de Nightingale, é possível por meio das modalidades transpessoais de cuidar-curar, entre elas, as modalidades auditivas, incorporar as multidimensões da pessoa humana, possibilitando a reintegração do corpo-alma tão fragmentado no passado.

Para Damásio (2006, p.14), “a emoção e as reações emocionais estão alinhadas com o Corpo”, portanto, a emoção reverbera para o corpo, compondo um caráter informativo e comunicativo (figura 15), sendo informativo por demonstrar à pessoa, o que ela sentiu, e comunicativo por comunicar ao outro, o seu estado mental. (RUIZ BUENO; GÓMEZ MILAN, 2007).

Figura 15. Esquema da influência da música como estímulo emocional



Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador- BA, 2012.

Durante as observações realizadas nas três sessões musicais, com os idosos participantes do estudo, verificaram-se algumas respostas nos seus corpos, diante das emoções vivenciadas, com a escuta musical (comunicativo); como também, foram verbalizadas, pelos idosos, palavras que estavam relacionadas às sensações corporais (informativo).

Alívio da dor, tranquilidade, relaxamento e sono foram referidos pelos idosos, como também, observados, durante a escuta musical. Na primeira sessão do idoso Paulo Afonso, por exemplo, ele se deitou no leito, cobriu-se até o tórax, fechou os olhos, manteve-se em silêncio e começou a emitir um som ao respirar, parecendo que estava roncando. Apesar de grande parte de o seu corpo estar coberta, sua face demonstrava relaxamento e leveza, que há alguns minutos atrás, não eram evidentes. A sequência musical acabou e ele permaneceu dormindo, por 30 minutos. Quando despertou informou:

Dormi profundamente [...] a dor desapareceu. (Paulo Afonso – primeira sessão).

Em seguida, virou de lado e voltou a dormir. O convite feito a Paulo Afonso para participar da pesquisa deu-se, após solicitação dos profissionais de Enfermagem da unidade, que informaram que ele estava sentindo muita dor, mesmo estando devidamente medicado. Assim, ao adentrar ao quarto do idoso, a cena encontrada foi a de Paulo Afonso deitado com o tronco apoiado sobre o leito, os pés pendentes para fora da cama, em cima de uma cadeira, e sua fisionomia exprimia dor, em virtude da tensão muscular. Após a escuta da música clássica, o corpo de Paulo Afonso mostrou-se menos tenso e mais relaxado, sem queixa algica, o que foi comprovado por sua fala.

A dor é uma experiência subjetiva e, segundo Le Breton (1999, p.12), “uma informação dolorosa (*sensory pain*), que implica em uma percepção pessoal (*suffering pain*)”. Portanto, a anatomia e a fisiologia, para esse antropólogo, por si só, não são o bastante para explicar as variações sociais, culturais e contextuais, relacionadas a dor. Nesse mesmo entendimento, Leão e Silva (2009, p.140) corroboram, afirmando que o significado que uma experiência dolorosa tem para um indivíduo, em um momento específico da sua vida, assim como, o contexto no qual o estímulo aconteceu, promoverá padrões de respostas (comportamento e fisiológico) diferentes.

No *Caritas Processes*, de número 09, da Teoria Transpessoal, *Assistir com respeito as necessidades básicas, mantendo um cuidado intencional e consciente do espírito, enquanto unidade do ser*, Jean Watson identifica uma hierarquia de necessidades que devem ser satisfeitas pela (o) enfermeira (o), através da liberação de energia e força interior em uma relação pessoa-pessoa, o que lhe ajudará ganhar um sentido de harmonia interior na mente, corpo e alma. A satisfação das necessidades básicas oferece a (o) enfermeira (o) acesso ao corpo físico de uma forma íntima, sendo “privilégio e grande presente para a sociedade o cuidar dos outros, quando precisam de ajuda”. Por outro lado, o cuidado humano transpessoal reconhece, que o cuidar não se restringe ao toque de um corpo físico nem a satisfação das necessidades físicas, mas deve contemplar, também, o espírito encarnado. (WATSON, 2002b, 2007).

De acordo com as necessidades humanas estratificadas, dessa teoria, Watson (2007) considera que o primeiro nível está representado pelas necessidades biofísicas, como nutrição, eliminação e ventilação; o segundo está constituído pelas necessidades psicofísicas, como repouso, atividade e sexualidade; e o terceiro, as psicossociais, intrapessoais e interpessoais, como o pertencer, as conquistas e a autorrealização. Todavia, apesar de ordenar as necessidades. Explicita que essas necessidades são unificadas e interdependentes, pois todas elas são igualmente importantes, devendo ser valorizadas e supridas, para cuidar-curar.

A presença da dor, na pessoa idosa, bem como o seu tratamento inadequado ocasiona prejuízos significativos nas suas necessidades humanas. Como uma experiência complexa e multidimensional por contemplar aspectos fisiológicos, bioquímicos, sensoriais, cognitivos, afetivos e espirituais, a dor deve ser rigorosamente avaliada e tratada, pela equipe de saúde, a qual precisa buscar medidas terapêuticas, que vislumbrem a subjetividade da experiência dolorosa.

Ressalta-se, ainda que, uma das variáveis que mais afetam a mediação da dor na pessoa é o nível de ansiedade presente, esse nível pode ser reduzido, por meio do relaxamento, deduzindo-se que o treino em relaxamento, seja mental ou físico, possa constituir-se em um elemento de auxílio na redução da dor, ou no aumento do limiar da sua tolerância. (FIGUERÓ, 2005). Desse modo, a presença da ansiedade relatada por alguns idosos, seria uma variável que dificultaria o alívio da dor. Entretanto, através da escuta da música, foi percebido que essa modalidade de cuidar-curar pode colaborar para a mudança da expressão corporal do idoso, conduzindo um estado de relaxamento e sonolência, como apresentado na sessão, com Milton Nascimento.

Segundo Gaynor (1999), o estado de relaxamento é o inverso fisiológico da reação de luta-fuga do estresse e, ao considerar que a presença da dor leva ao estresse, nota-se que a música, para esse idoso, colaborou para que ele apresentasse alguns dos padrões característicos do estado de relaxamento, como a ausência de tensão muscular e sono.

Os demais padrões (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e ondas cerebrais⁵⁰) não puderam ser verificados, neste estudo. Entretanto, pondera-se que, provavelmente, houve alteração das ondas cerebrais, uma vez que, por meio de estímulos externos, é possível alcançar as ondas de atividade alfa, as quais são pouco mais lentas, e ocorrem quando o indivíduo fecha os olhos e relaxa da sua atividade mental. Esse fato foi

⁵⁰ As ondas cerebrais se constituem na atividade elétrica gerada pelo cérebro a qual é medida e registrada através do eletroencefalograma (EEG). Existem quatro tipos de ondas cerebrais: 1) BETA, são as mais rápidas variando de 13 a 38 ciclos por segundo. Constituem o estado de pensamento normal, sua consciência externa ativa e o processo de pensamento. Dão testemunho da atividade mental quando o indivíduo está com os olhos abertos; 2) ALFA, são mais lentas em comparação as ondas beta variando entre cerca de 8 ciclos por segundo e 12 ciclos por segundo. Refletem um estado de calma onde a imaginação pode ser favorável, podendo o indivíduo entrar em contato com zonas que antes no tinha verdadeira consciência. Assim, Alfa vem a ser a porta de comunicação entre o consciente (beta) e o inconsciente (teta); 3) TETA, são mais lentas que a ondas alfa variando de cerca de 4 ciclos por segundo até 8 ciclos por segundo. Representam nosso inconsciente, está presente nos sonhos, proporciona experiências de meditação profunda, oferecendo ao indivíduo contato com recordações (memória), além de representar um estado de criatividade e se constituir um auxiliar indispensável para o desenvolvimento das capacidades superiores do ser (espiritualidade); 4) DELTA, é a onda mais lenta em comparação as demais, variando de cerca de 0,5 ciclo por segundo a 4 ciclos por segundo. Em combinação com outras ondas no estado de vigília, ela atua buscando informações para entender no mais profundo nível inconsciente coisas que não podemos compreender através do processo do pensamento. Porém, também está associada ao sono profundo. (DOUGLAS et al, 2002).

notado na primeira sessão da idosa Iolanda, que ao se colocar a música, ela sorriu e acompanhou a música, golpeando levemente os dedos sobre a perna. Em seguida, fechou os olhos, respirou profundamente, reduzindo a tensão dos braços, sobre a cama. Ao fim da sessão, revelou:

Minha dor diminuiu um pouco [...] agora ela está em 09[...]. Estou me sentindo mais tranquila. (Iolanda – primeira sessão).

Gaynor (1999, p.137) refere que, as “várias formas de som e música reduzem a frequência das nossas ondas cerebrais e aumentam sensivelmente a amplitude da atividade alfa, que está associada ao relaxamento físico e psicológico”. Todavia, mesmo com o entendimento de Damasceno (1999, p.81), de que o EEG de pessoas idosas, consideradas saudáveis, pode sofrer pequenas alterações nas atividades das ondas cerebrais, como o aumento da atividade beta, diminuição da reatividade alfa, além da fragmentação do sono e declínio da sua porcentagem, de ondas lentas. Percebeu-se que, os idosos participantes do estudo, influenciados pela escuta da música, apresentaram sono, chegando a dormir efetivamente, em algumas ocasiões.

Na segunda sessão, aplicada durante o estudo, no idoso Alexandre, também foi observado, em relação a sua expressão corporal, que ele buscou, para escuta, uma posição confortável; ao se deitar, fechou os olhos, respirou profundamente, pôs os braços estirados ao lado do corpo e as pernas esticadas sobre a cama. Por outro lado, durante a 2ª música iniciou um movimento com os dedos, semelhante a um maestro em uma orquestra, no entanto, esse movimento foi cessando e, no decorrer da 3ª música foi percebido que ele já havia dormido. No fim da sessão, Alexandre despertou rapidamente e voltou a dormir por 15 minutos após a remoção dos fones de ouvido. Ao ser acordado, pela queda de algum objeto no corredor, verbalizou:

Relaxe um pouquinho e dormi. (Alexandre – segunda sessão).

McClellan (1994), em seu livro “O poder terapêutico da música” informa que o cientista grego Pitágoras já utilizava a música para libertar a mente dos seus discípulos das preocupações do dia a dia, o que lhes abrandava a mente, levando-os ao sono profundo e a sonhos proféticos. Pela manhã, Pitágoras eliminava o resto de sono, tocando melodias de ritmos estimulantes.

Outros idosos ao escutarem as músicas demonstraram, também, o acompanhamento corporal do seu ritmo e satisfação pela escuta, ao fim da sessão. Batucando os dedos na perna, Joca tentava seguir o ritmo da música e, logo depois, mexeu os pés levemente de um lado para

outro, fechou os olhos e sinalizou querer se desconectar das pessoas e do ambiente. No fim da sessão, ao ser removido os fones de ouvido, ele afirmou:

Muito legal [...] tudo beleza [...] a dor passou. (Joca – segunda sessão).

O idoso Pedro Pedreiro, durante a primeira sessão, revelou escutar com atenção as músicas, tecendo comentários sobre o estilo e ritmo das músicas. Pensativo, ao final, disse:

[...] uma maravilha [...] músicas gostosas [...] a dor no meio das costas parou mais [...] para mim, foi uma alegria [...] Muito boa, ótima! [...]. (Pedro Pedreiro – primeira sessão).

Gefeller (2000) corrobora que as atividades musicais têm efeito em quase todas as regiões cerebrais e, praticamente, em todo o sistema neuronal; de modo que, atos diferentes durante a escuta, como acompanhar o ritmo com o pé ou seguir uma canção que agrada, ativam diversas áreas cerebrais: o cerebelo sincroniza os movimentos, o hipocampo a memória e a área de Wernicke⁵¹, para o entendimento das letras.

Na terceira sessão, da idosa Lady Laura, além de apresentar movimentos corporais que seguiam o ritmo da música, ela também exprimiu sua emoção com lágrimas, configurando um “alívio da alma”. Assim, a escuta da música para Lady Laura transcendeu o corpo físico, alcançando a definição de corpo transpessoal e pós-moderno de Jean Watson. Merleau-Ponty (1999, p.262) traz que “esse ato de transcendência encontra-se primeiramente na aquisição de um comportamento, depois na comunicação muda do gesto: é pela mesma potência que o corpo se abre a uma conduta nova e faz com que testemunhos exteriores a compreendam”.

[...] As músicas aliviam a alma [...] nem mais me lembro da dor. (Lady Laura – terceira sessão).

Para Watson (2002a, p.82), alma refere-se ao espírito, ao eu interior ou a essência da pessoa, que está conectada a um sentido maior de autoconhecimento, grau de consciência mais elevado, força interior e um poder, que pode expandir capacidades humanas e permitir com que uma pessoa transcenda o seu eu habitual. Assim, ao expandir a sua consciência pode-se dar novo significado a experiência dolorosa.

Outro relato que contribui para reintegração do corpo-mente-alma foi o do idoso Velho Chico, que ao se deitar na cama e se manter atento ao som musical, com os olhos

⁵¹ A área de Wernicke é um parte do cérebro, situado no córtex cerebral, que recebeu esse nome, em homenagem ao neurologista alemão Karl Wernicke (1848-1905). É responsável pelo conhecimento, interpretação e associação das informações.

abertos, informou um estado de relaxamento e que sua mente, também, foi influenciada pela vivência da escuta da música, a semelhança do que foi informado pelo o idoso, Antônico.

Senti-me relaxado [...] e a mente também [...]. (O velho Chico – primeira sessão).

[...] Após a música, estou muito bem, desenvolveu um pouco a mente, o desconforto da dor ficou para trás [...]. (Antônico – primeira sessão).

As lágrimas estiveram, também, presentes na primeira sessão da idosa Iracema, que ao escutar as músicas clássicas, manifestou grande comoção, fazendo ligação com a religiosidade.

Eu estou chorando [...] Jesus, lembrei-me de Jesus. (Iracema – primeira sessão).

Huf (2002, p.92), em seu livro “A face oculta do cuidar”, concebe a religiosidade como a “concepção ou relacionamento que a humanidade estabelece com um Ser Supremo, exercitada formalmente através das religiões”. Dessa maneira, foi reconhecida no relato da idosa Elza Soares, a menção a Jesus, termo comumente relacionado à religiosidade.

Ressalta-se que no final de vida, a religião e a espiritualidade apresentam papel importante para os pacientes sob cuidados paliativos e seus familiares, pois é excelente ferramenta para enfrentamento das questões existenciais e dos sentimentos, advindos com a proximidade da morte. Marche (2006) expõe que, embora alguns estudos científicos apontem para resultados negativos da religião, sobre a saúde, outro conjunto significativo de pesquisas identifica a sua influência positiva. Em relação às pessoas idosas, o autor assegura que as crenças e práticas religiosas, para grande número de idosos, podem fornecer meios de lidar com o próprio processo de envelhecimento, servindo, por conseguinte, como sistema de apoio social e para reflexões sobre o sentido da vida.

Em relação ao alívio da dor, mencionado por alguns idosos, considera-se que a música proporcionou redirecionamento do foco atencional, por ter influenciado na distração. O que é pertinente com a teoria de modulação da dor. Assim, o estímulo auditivo promovido pela música tem efeito evidente sobre o corpo, podendo estar relacionado a Teoria da Comporta do controle da dor, porque “um estímulo intenso através do tálamo, mesencéfalo e troco cerebral causam a produção de substâncias moduladoras, a exemplo de endorfinas e serotoninas, as quais inibem a liberação de neurotransmissores, estimulando o fechamento do portão”. (LEÃO; SILVA, 2009, p.143). Além disso, ao reduzir a tensão e dor, em decorrência da diminuição da atividade simpática, pode ocorrer percepção da melhora do padrão respiratório,

como relatado pela idosa Luísa, que ao deitar na cama, cobriu-se com o lençol, colocando a mão esquerda no meio do coração, mantendo-se nessa posição durante toda a sessão.

Ceguei a dormir e até a falta de ar melhorou. (Luísa – terceira sessão).

Corroborando com a afirmativa de Leão (2002), que pesquisou sobre o uso da música em mulheres com dor crônica, Bradshaw *et al* (2011), no *The University of Utah Pain Research Center*, realizaram avaliação de 153 pessoas adultas, saudáveis, as quais foram analisadas em relação a dilatação pupilar, através de respostas de condução da pele, por meio de eletrodos cutâneos, como indicadores de estimulação central e periférica, como também, por escalas validadas de ansiedade e dor. Assim, os autores concluíram que, os participantes informaram redução da dor, principalmente, naqueles com maiores níveis de ansiedade. Por fim, acreditam que a música contribui para a redução da dor, pela competição dela com as vias sensoriais, permitindo que os ouvintes desviem o foco da dor, ao se envolver em outros estímulos prazerosos, como a música.

Em outra pesquisa experimental, realizada com 62 pessoas idosas, com idade média de 68,8 anos, os pesquisadores concluíram que o grupo que escutou música, durante um procedimento invasivo, para tratamento de osteoartrose de joelho, demonstraram níveis mais baixos de ansiedade perioperatória, assim como da dor, relacionada ao procedimento. (OTTAVIANI *et al*, 2012).

Para Watson (2002b p.204), as modalidades auditivas de cuidar-curar transpessoal devem ser utilizadas de forma consciente e intencional pelos profissionais de saúde, entendendo que elas podem reduzir o estresse e a dor. Salienta que, na atualidade, cada vez mais se observa a utilização da música e dos sons, nos espaços de cuidado, como nos hospitais durante a quimioterapia em pacientes oncológicos, com o objetivo de reduzir as náuseas e vômitos em idosos com doença de Alzheimer. Através de discos compactos, com músicas relaxantes devidamente elaboradas, é possível oferecer “dar suporte, libertar ou relaxar a nossa consciência interior”.

No *Caritas Processes* de número 06: *uso criativo do ser, de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado*, Watson (2007), ao postular esse Caritas, reflete sobre o processo de Enfermagem como um método criativo de resolução de problemas, que deve auxiliar a tomada de decisões em todas as situações de cuidado. Alerta que esse instrumento não deve ser utilizado de forma mecânica e nem estar centrado, apenas, na patologia. A rigidez e autocontrole que podem ser direcionados para o processo de Enfermagem, certamente irão, segundo Watson, comprometer profundamente o profissional e

dificultar, por sua vez, a relação terapêutica. Para cumprir o ideal moral da Enfermagem, que é o cuidar, é importante a abertura de novas estratégias com base no desenvolvimento de pesquisas, dando enfoque científico às resoluções dos problemas das pessoas que estão sendo cuidadas.

Entende-se por meio do *Caritas Processes*, de número 06 e segundo a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC, 2009), que a música, como recurso terapêutico complementar no cuidado de pessoas idosas com dor sob cuidados paliativos, estabelece ao processo de cuidar uma estratégia criativa, por envolver conhecimento científico e sensibilidade.

Lim e Locsin (2006), em uma revisão descritiva de doze estudos em cinco países asiáticos: China, Tailândia, Filipinas, Coreia do Sul e Taiwan, sobre o uso da música como intervenção de Enfermagem, para pessoas que experienciavam dor, ressaltaram que os efeitos benéficos da música tornam-na uma intervenção de Enfermagem vantajosa, sobretudo pela falta de reações adversas e relativa facilidade de administração. Corroborando com esses autores, Nilson (2008), em uma revisão sistemática de 42 estudos randomizados e controlados sobre os efeitos da música na dor e ansiedade em pessoas no contexto perioperatório, concluiu, também, que como intervenção de Enfermagem, a música oferece efeitos positivos sobre a redução da ansiedade e dor dos pacientes.

Assim, baseado no *Caritas Processes* de número 06, entende-se que a música, como intervenção de Enfermagem, é também uma tecnologia leve⁵² de cuidado, compreendida como mediadora da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade, instrumentos para fortalecer e qualificar o cuidado de Enfermagem. (ROCHA *et al.*, 2008).

Recordações e imagens evocadas com a música

O som e a música são considerados por Watson (2002b), como uma modalidade transpessoal de cuidar-curar e seu uso consciente possibilita, por meio dessa experiência sensorial, transcender ao tempo e ao espaço, quando evoca recordações, lembranças e

⁵² As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais. (KOERICH, *et al.* 2006).

imaginações. Assim, para a autora, a música atua como catalisadora, facilitando e aumentando nossas próprias capacidades interiores de cura e auto cura.

Para o dicionário da língua portuguesa (Michaelis, 2008, p.731), o termo recordação é definido como “memória, lembranças reavivadas; objeto que relembra coisa ou pessoa”. A palavra “lembrança”, nesse mesmo dicionário, (p.516), possui certa equivalência de significado de recordação, pois a conceitua como, “ato ou efeito de lembrar (-se); recordação, que a memória conserva por certo tempo”.

Assim, ao se reportar para os termos recordações e lembranças, estar-se-á direcionando as discussões para a memória de uma experiência vivida pelos idosos participantes, evocadas por meio da escuta das músicas. Por isso, pretende-se abordar esse tema, sob o ponto de vista do funcionamento da memória pela neurociência, em uma perspectiva do corpo transpessoal pós-moderno da Teoria de Jean Watson, entendido como reintegração corpo-mente-alma, bem como, faz-se correlação com os *Caritas Processes*, de número 02, 03 e 10.

A palavra “imaginação”, por sua vez, para a língua portuguesa (Michaelis, 2008, p. 453), é definida por “faculdade de imaginar, conceber e criar imagens; fantasias”, sendo “imagem” vocábulo concebido como “representação mental de qualquer forma (objeto, impressão, lembrança, entre outros)”. Desse modo, como a imagem, também, está associada ao imaginário, que só pode existir na imaginação, “que não é real”, relacionou-se como imagens, fantasias de situações e/ou acontecimentos, que foram relatadas pelos idosos, através da escuta da música.

Nessa perspectiva, essa categoria surgiu a partir dos relatos dos idosos, em relação às recordações evocadas pela escuta musical, conforme apresentado. Destacam-se, então, como recordações, os momentos vividos com familiares, principalmente com os pais, bem como, amigos e outras pessoas, que foram ocultadas, dada a presença do conjugue, ou por não se sentirem à vontade para revelar tais lembranças. Além disso, a religiosidade foi apontada entre essas lembranças, particularmente, na primeira sessão. Quanto às imagens, apenas uma pessoa idosa as projetou, associadas ao lazer turístico e festivo da cidade aonde residia.

Assim, as recordações e imagens foram descritas, em sua maioria, como “boas” e provocaram sentimentos de saudade, nostalgia e alegria. O **Quadro 14** e **15** apresentam as recordações e imagens, evocadas na primeira e segunda sessão, porém notou-se que a regionalidade e temporalidade das músicas, da segunda sessão, evocaram maior número de lembranças dos tempos vividos, quando eram crianças e jovens.

Quadro 14. Recordações e imagens evocadas com a música: percepções da primeira sessão

Pessoa Idosa	Primeira Sessão
Iracema	Ao término da sessão e após as indagações, Iracema disse que havia imaginado muita coisa boa. Quando solicitado que relatasse, ela disse: <i>Jesus, lembrei-me de Jesus.</i>
Mano Caetano	<i>[...] me lembrei de coisas antigas, das brincadeiras da roça, porque naquela época não tinha televisão e o instrumento de alegria era a radiola [...].</i>
Zé Baixinho	Ele chorou, os olhos ficaram marejados de lágrimas ao lembrar-se da mãe: <i>[...] a sessão foi boa e ruim ao mesmo tempo. Boa, porque trouxe alívio da dor, ruim porque trouxe lembranças da minha mãe. Ela ouvia música clássica, comigo [...]. Essas músicas são religiosas? [...].</i> Zé Baixinho começou a chorar e com os olhos marejados de lágrimas, disse: <i>lembrar da minha mãe [...] lembrar foi bom, mas fiquei com saudade.</i>
Joca	<i>[...] relembrei alguns momentos da minha vida, mas a gente não pode dizer... Tem que ficar para si.</i>
Lady Laura	<i>[...] adorei a valsa e a outra, que me fez lembrar a minha mãe [...] deu uma vontade de chorar [...].</i> (Fechou os olhos e respirou fundo).
Antônico	<i>[...] me lembrei do casamento, das noivas entrando na igreja [...], a empresa que eu trabalhava aceitava muito casamento. Acompanho ópera pela televisão e na Praça do Campo Grande e na Concha Acústica [...] há séculos eu ouvia Orlando Gomes, com uns 21 anos.</i>
João Ninguém	<i>[...] só me lembro do tempo de menino que minha mãe tocava essas músicas, ela botava essas músicas para eu ouvir, quando tinha de 11 a 12 anos, naquelas radiolas de antigamente, com aqueles discos grandões... Gostei mais da terceira, porque é do tipo valsa, assim em lembrava da minha mãe me ensinando a dançar valsa, aprendi um pouquinho.</i>
Pedro Pedreiro	<i>[...] eu me lembrei de quando eu tô pegado com o meu instrumento. [...] quando marcou a primeira, a segunda e a terceira música lembrou-me dos instrumentos que tenho em casa: banjo, cavaquinho e violão. Toco até hoje, mas não tô tocando mais por causa da modernagem, daquela juventude. Eu tocava em tudo quanto era canto, mas depois deixei. [...]. Meu pai era violonista [...] tenho até um irmão que era professor, mas largou quando entrou na lei dos crentes [...] eu</i>

	<i>era de festa, de seresta, de samba e de serenata [...] era assim direto, depois larguei tudo para os modernos [...].</i>
Madalena	<i>[...] recordei quando vou para igreja cantar, eu canto na igreja [...] eu não sei tirar os versos, mas eles tiram o verso e eu acompanho [...] eu gosto. Eu gostei da primeira música [...] quando eu fui para Vitória do Espírito Santo eu assisti a esse coral na igreja e eu me lembrei de... e me balançou.</i>
Rosinha	<i>[...] ainda me lembrei de uma valsa, que dancei com alguém muito especial (silencia). [...] eu tinha 18 anos [...].</i>
Marina	<i>Senti-me entrando numa igreja [...] estava acontecendo um casamento [...] um lindo casamento, a noiva vestida num longo vestido branco [...],</i>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador – BA, 2012.

Quadro 15. Recordações e imagens evocadas com a música: percepções da segunda sessão

Pessoa Idosa	Segunda Sessão
Mano Caetano	<i>[...] as músicas me fizeram lembrar muitas coisas [...] afinal eu tenho 92 anos, mas algumas eu não posso falar [...] (sua esposa estava presente). A música que eu mais gostei hoje foi a de Luiz Gonzaga.</i>
Maria Luiza	<i>[...] foi muito legal e me fez lembrar a minha família [...]. Dos momentos que estava com as minhas amigas, passeando, com os amigos também [...]. (Sorriu e fez uma expressão de vergonha)</i>
Luísa	<i>[...] gostei mais da primeira, porque lembra minha mãe... Eu sempre gostei de música, já participei de coral lá no sul e conheço música popular brasileira que tu nem conhece [...] meus filhos são roqueiros por causa de mim e minha filha mais nova aos 16 anos já gostava de Chico Buarque [...].</i>
Januário	<i>[...] me lembrei de Edmundo [...] Edmundo é meu primo, ele tem uma casa de música e toca todos os instrumentos musicais, ele é um tocador! Toca bandolim como ninguém [...] estou muito feliz [...] A música sempre foi muito presente na minha vida, eu aprendi a tocar de ouvido, porque não tinha na escola [...].</i>
Joca	<i>[...] tempo bom minha filha, ô tempo bom [...] Ah! Aí eu não posso falar (sorriu), foi um momento muito feliz [...] sabe, o ritmo da música me fez lembrar o exército, cheguei a me alistar mais não pude servir porque era muito pequeno. (Referia-se a estatura).</i>

Lady Laura	<i>[...] eram músicas do meu tempo [...] me lembrei das festas que faziam na roça [...] Luís Gonzaga, Pixinguinha [...] lembrei também do meu pai, ele tocava violão e saxofone, de vez em quando ele tentava me ensinar a tocar violão, mas eu não quis aprender [...] agora se fosse hoje, eu gostaria, sim.</i>
Iolanda	<i>[...] lembrei-me das festas... meu pai deixava, mas só na casa dos tios mesmo, a gente se divertia até de manhã [...]. Teve uma de Asa Branca [...].</i>
Antônico	<i>Lembrei que ainda criança meu pai me colocava no ombro, quando tinha festa na cidade. Era uma cidade pacata, qualquer pessoa que pegava um pandeiro tribufe, tribufe, tribufe, era uma festa [...] meu pai tinha devoção a Santo Antônio, em todas essas festas ele fazia questão de estar presente e me levava. Agora a de São João, aí já era com a minha mãe, ela me levava pra roça, [...] era legal, quando eu era criança [...] Meu pai gostava muito de festa, é por isso que eu tenho esse dom, herdei esse dom de meu pai. [...] É uma coisa que as pessoas não levam em conta o que acontece; depois que perde é que diz, 'ah! meu pai era isso era aquilo' [...] pai sempre foi pai, [...] você não vê o filho de Deus em amor ao Pai se entregou, aceitou tudo, derramou sangue. [...] Se pudesse voltar o tempo, né?</i>
João Ninguém	<i>a música me fez lembrar a minha infância [...] dos tempos em que minha mãe ligava a radiola e passava música pros filhos.</i>
Rosinha	<i>[...] a música Asa branca lembrou os meus tempos de namoro, no qual eu dançava muito forró [...] a música me fez pensar só em coisas boas e com isso me senti motivada e animada.</i>
Marina	<i>[...] eu fui para um show durante a música, foi há 30 anos [...] no carro sem capota, rodei pela cidade toda. Fui para Itapuã e depois para o Nordeste e dancei bastante [...] viajei muito, sempre de carro.</i>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador-BA, 2011.

Assim como, na primeira e segunda sessão, as músicas da terceira, conforme apresentado no **Quadro 16**, também evocaram recordações da família e de momentos vividos na juventude. Entretanto, nota-se que um número menor de pessoas idosas relatou essas lembranças, quando comparado às sessões anteriores.

Quadro 16. Recordações e imagens evocadas com a música: percepções da terceira sessão

Pessoa Idosa	Terceira Sessão
Mano Caetano	<i>Eu me lembrei dos tempos da roça, em que era moço e dançava valsa com as mocinhas [...] aquela musiquinha lenta [...] fui para longe, faz mais pra lá de 70 anos, sempre vivi na roça [...].</i>
Maria Luiza	<i>[...] lembrei-me da minha família [...] Lembrei-me de poder ficar com eles.</i>
Lady Laura	<i>[...] lembrei-me dos dias em que vou para missa.</i>
Madalena	<i>[...] a primeira imagem que veio na minha cabeça foi uma festa de 15 anos que eu tinha ido, quando estava com 31 anos. Esta festa marcou a minha vida [...] lá eu havia dançado muito e namorando [...] o bom da vida é saber viver. Devemos aproveitar tudo!</i>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador-BA, 2012.

A partir dos discursos dos idosos participantes, apresentados nos Quadros 10, 11 e 12, estão apresentadas, a seguir, as subcategorias apreendidas e que configuram a recordação das experiências vividas por meio da escuta musical, relacionadas pelos *Caritas Processes* de número 02, 03 e 10 (Quadro 17). Assim sendo, as subcategorias foram denominadas por: **A música e as recordações de um tempo vivido e Experiências espirituais e religiosas rememoradas com a escuta musical.**

Quadro 17. Relação das Subcategorias da segunda Categoria com o *Caritas Processes* da Teoria Transpessoal de Jean Watson.

Subcategoria	Caritas Processes
A música e as recordações de um tempo vivido	10 – Estar presente e aberto para as dimensões existenciais desconhecidas do sofrimento entre vida-morte.
Experiências espirituais e religiosas rememoradas com a escuta musical.	02 – Estar autenticamente presente; permitir/sustentar/respeitar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do self/outro; 03 – Cultivo livre suas próprias práticas espirituais; aprofundando a autoconsciência, para além do ego;

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador-BA, 2012.

A música e as recordações de um tempo vivido

A memória não é um simples registro do passado, mas uma reconstituição de um tempo vivido, que não utiliza o tempo cronológico para demonstrar a importância desses fatos, mas a emoção que emerge diante da recordação, oferecendo uma memória em movimento, por permitir a vivificação do passado. “Um tempo enriquecido pela vivacidade das experiências que há muito deixaram de ser, simplesmente, coisas do passado, ou frustrantes projeções para o futuro, para manterem-se como histórias que compõem o presente”. (ROCHA, 2010).

Para a filosofia, a memória é o poder de dispor conhecimentos passados. “Por conhecimentos passados é preciso entender os conhecimentos que, de qualquer modo, já estiveram disponíveis, e não já simplesmente conhecimentos do passado”. Está organizada por duas condições ou momentos distintos, a primeira, denominada por conservação ou persistência de conhecimentos passados que, por serem passados, não estão mais à vista: é a retentiva. A segunda é a capacidade de evocar, quando necessário, o conhecimento passado e de torná-lo atual ou presente: é, precisamente, a recordação. Essas duas condições, por sua vez, foram também apontadas por Platão, que as denominou de “conservação de sensações” e “reminiscência”, respectivamente, (ABBAGNANO, 2007 p. 657).

Assim, utilizam-se, neste estudo, os termos recordação, reminiscência, memória e lembrança, com o mesmo sentido.

A possibilidade de provocar experiências, de re-viver eventos do passado pode ser um grande estímulo de rejuvenescimento para a pessoa idosa, pois mesmo a reminiscência⁵³ tendo sido considerada, segundo Davis (2000), como um problema para a saúde mental por, provavelmente, levar a pessoa a entrar em contato com recordações negativas, na atualidade pondera-se em entendê-las como uma ferramenta útil para as questões subjetivas, que envolvem o envelhecimento e a velhice.

A música, a fotografia, os filmes, as revistas e os objetos antigos podem ajudar a fomentar a reminiscência, que é uma intervenção terapêutica estruturada a fim de incrementar a socialização, melhorando as interações sociais e reforçando a autoestima, por produzir satisfação ao se recordar do passado e de compartilhar com outras pessoas. (DAVIS, 2000).

⁵³ No enfoque da musicoterapia, a reminiscência é definida pela revisão estruturada dos acontecimentos e experiências vivenciadas do passado (Davis, 2000). Para o dicionário da língua portuguesa (Michaelis, 2008, p.739), a palavra “reminiscência” é definida como “lembrança quase apagada; vaga recordação”.

[...] a música Asa branca lembrou os meus tempos de namoro, porque eu dançava muito forró [...] a música me fez pensar só em coisas boas e com isso me senti motivada e animada. (Rosinha – segunda sessão).

A recordação de uma experiência vivida caracterizada como agradável pela idosa Rosinha, como os tempos de namoro, gerou motivação. Possivelmente esse entusiasmo perante a lembrança pode ser direcionado para o enfrentamento da realidade atual, onde se encontram essas pessoas idosas.

Na pesquisa quase experimental de Afonso e Bueno (2010), foram investigadas 90 pessoas idosas portuguesas, com idade superior a 65 anos, os autores observaram redução da sintomatologia depressiva, após as recordações autobiográficas (positivas e negativas), evocadas através de um programa individual de reminiscência.

No contexto da neurociência, o envelhecimento é marcado pela perda significativa da memória recente, de curto prazo, decorrente do processo acelerado de atrofia cerebral. Entretanto, a memória de longo prazo permanece consolidada nesses indivíduos. Assim, fatos do passado podem ser facilmente evocados. A memória pode ser dividida em relação ao tempo e ao conteúdo. A primeira é classificada em: memória de curtíssimo prazo, memória de curto prazo, memória de longo prazo e memória de longuíssimo prazo. Enquanto que, considera-se a memória em relação ao conteúdo, como: semântica e episódica. (DAMASCENO, 1999; FRANK; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2006).

Dessa maneira, a memória de curtíssimo prazo é responsável pelo armazenamento muito rápido (milissegundos) de informações, geralmente com uma representação auditiva ou visual. A memória de curto prazo é mais duradoura (minutos), o que permite a realização de trabalho mais elaborado, sobre a informação inicialmente codificada. A memória de longo prazo está pautada nas informações, que foram consolidadas e armazenadas por um período de tempo bem mais longo (dias e/ou meses). Por fim, memórias de longuíssimo prazo podem ficar armazenadas por um período de tempo quase que ilimitado, pois são informações consolidadas, que podem ficar armazenadas por praticamente toda uma. (DAMASCENO, 1999; FRANK; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2006).

Quanto ao conteúdo, a memória episódica refere-se ao passado. É mais específica em termos do contexto (onde) e do tempo (quando). Frank e Landeira-Fernandez (2006, p.38) consideram que a memória episódica “atravessa o tempo, permitindo a continuidade da identidade individual, a evocação de fatos da história pessoal, como na memória autobiográfica”. Ao contrário, a memória está direcionada para o presente, contendo o acervo

de fatos e informações sobre o contexto da pessoa, como a linguagem, vocabulário, regras gramaticais, conceitos e significados diversos.

Reiteramos que, através das músicas apresentadas, nas três sessões, os idosos participantes puderam ser conduzidos para as lembranças de acontecimentos vividos na infância e na juventude (memória episódica e de longuíssimo prazo), gerando emoções, como apresentado no discurso de João Ninguém, Antônico e Mano Caetano.

*[...] a música me fez **lembrar a minha infância** [...] dos tempos em que minha **mãe** ligava a radiola e passava música pros filhos. (João Ninguém – segunda sessão).*

***Lembrei que ainda criança meu pai me colocava no ombro, quando tinha festa na cidade [...].** (Antônico – segunda sessão).*

***Eu me lembrei dos tempos da roça, em que era moço e dançava valsa com as mocinhas [...] aquela musiquinha lenta [...] fui para longe, faz mais pra lá de 70 anos, sempre vivi na roça [...].** (Mano Caetano – terceira sessão).*

A cada narrativa da evocação da informação autobiográfica, a pessoa idosa situa-se em um novo lugar, podendo retomar a história de um ponto novo, em uma nova perspectiva, podendo contribuir para a re-significação das experiências e memórias, como também para a noção de auto identidade. Com a nova interpretação, que a pessoa faz ao contar a sua história, ocorre um processo de autoconhecimento e de reflexão sobre a sua vida.

*[...] **lembrei também do meu pai, ele tocava violão e saxofone, de quando ele tentava me ensinar a tocar violão, mas eu não quis aprender [...]** agora se fosse hoje, eu gostaria, sim. (Lady Laura – segunda sessão).*

***Lembrei que ainda criança, meu pai me colocava no ombro, quando tinha festa na cidade [...]. Meu pai gostava muito de festa, é por isso que eu tenho esse dom, herdei esse dom de meu pai. [...]** (Antônico – segunda sessão).*

*[...] **eu sempre gostei de música, já participei de coral lá no sul e conheço música popular brasileira que tu nem conhece [...]** meus filhos são **roqueiros por causa de mim** e minha filha mais nova aos 16 anos já gostava de Chico Buarque [...]. (Luísa – segunda sessão).*

Lembrar-se dos detalhes da sua autobiografia, associados às imagens com simbologia própria, possibilitou a esses idosos, o resgate de uma memória que dá a sensação de continuidade e de reflexão sobre a construção da sua identidade. As escolhas feitas na vida são destacadas e reformuladas com as recordações, dando oportunidade para a abertura de novas projeções e descaracterizando o imaginário coletivo, de que a pessoa idosa se mantém enclausurada em uma memória do passado.

Ilari (2006), em sua pesquisa, solicitou que os participantes descrevessem pelo menos um episódio, onde a música teve um papel importante: 92% mencionaram um ou mais episódios, nos quais a música realçou os acontecimentos de suas vidas, estando relacionada às diferentes formas de relações interpessoais. A maioria dos participantes (78%) descreveu a importância da música na vida social, através das comemorações em família: festas, passeios com amigos e amantes, viagens e cerimônias religiosas, a exemplo de casamentos e batizados.

Além de recordarem de fatos vividos em tempos longínquos, os idosos, deste estudo, relataram lembranças de pessoas, principalmente de familiares e em especial dos pais:

*[...] adorei a valsa e a outra que me fez **lembrar a minha mãe**... Deu uma vontade de chorar [...]. (fechou os olhos e respirou fundo). (Iracema – primeira sessão).*

*[...] **me lembrei de Edmundo** [...] Edmundo é **meu primo**, ele tem uma casa de música e toca todos os instrumentos musicais, ele é um tocador! (Januário – segunda sessão).*

*[...] **lembrei-me da minha família** [...] **Lembrei-me de poder ficar com eles**. (Maria Luíza – terceira sessão).*

Pelzer e Fernandes (1997, p.340) definem a família como:

Esfera íntima da existência que une por laços consanguíneos ou por afetividades os seres humanos. Como unidade básica de relacionamentos é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre seus membros.

Desse modo, a família atua como propulsora ou inibidora do crescimento físico, intelectual e social da pessoa, sendo, portanto, marco estrutural. Segundo Martorell-Poveda (2009, p.45), “a família e o grupo doméstico, em particular, são espaços da vida social onde se manifesta, de um modo cotidiano, a convivência e a relação com o processo saúde/enfermidade/atenção”.

A partir desses conceitos, compreende-se que a família faz parte da história de vida da pessoa idosa e, por isso constituiu-se memória autobiográfica dos participantes, que não evocaram apenas fatos do passado, mas tomaram consciência da evocação, como uma experiência da sua história pessoal.

Em 1951, o célebre neurocirurgião canadense Wilder Graves Penfield (1891-1976), por meio dos seus experimentos para tratar pacientes com epilepsia focal, publicou que a memória é armazenada no córtex cerebral, e que nele são registrados não só os feitos das pessoas, mas também todos os acontecimentos passados, com os sentimentos e as emoções associadas a eles. Assim, um acontecimento e sentimento provocado estão restritamente

relacionados no cérebro humano. Então, para esse neurocirurgião é impossível evocar a memória sem evocar o sentimento, ou seja, a pessoa sente novamente a emoção que a situação, originalmente, produziu nele. (FERNANDEZ-GARCIA, 1991).

Nessa perspectiva, alguns relatos foram marcados pela emoção ao evocar recordações de seus pais, suscitando a tese de Penfield, de que ao ser rememorado, os idosos participantes puderem sentir saudade do tempo vivido com seus familiares, pois a recordação evocada é a reprodução do que a pessoa viu, ouviu, sentiu e compreendeu. Zé Baixinho começou a chorar, e com os olhos marejados de lágrimas, disse:

Lembrar da minha mãe [...] lembrar foi bom, mas fiquei com saudade.
(Zé Baixinho – primeira sessão).

[...] me fez lembrar a minha mãe [...] deu uma vontade de [...]. (fechou os olhos e respirou fundo). (Lady Laura – primeira sessão).

Para Frank e Landeira-Fernandez (2006, p.39), “a memória autobiográfica é uma evocação episódica de datas, eventos e incidentes pessoais, através do tempo, e da relação espacial e temporal entre eles”, assim as recordações de momentos festivos também estiveram presentes nos relatos das pessoas idosas participantes do estudo:

[...] eu me lembrei de quando eu tô apegado com o meu instrumento. [...] eu era de festa, de seresta, de samba e de serenata [...] era assim direto, depois larguei tudo para os modernos [...]. (Pedro Pedreiro – primeira sessão).

[...] me lembrei das festas que faziam na roça [...]. (Lady Laura – segunda sessão).

[...] lembrei-me das festas [...] meu pai deixava, mas só na casa dos tios mesmo, agente se divertia até de manhã [...]. Teve uma de Asa Branca. (Iolanda – segunda sessão).

[...] a primeira imagem que veio na minha cabeça foi uma festa de 15 anos que eu tinha ido quando estava com 31 anos. Esta festa marcou a minha vida [...] lá eu havia dançado muito e namorado[...]o bom da vida é saber viver. Devemos aproveitar tudo! (Madalena – terceira sessão).

Nesses discursos podem-se observar perdas e conquistas; encontros e desencontros, que fizeram parte da história dessas pessoas. A concepção heideggeriana⁵⁴ do tempo, em que o passado, em vez de se perder na obscuridade de um *nunca mais*, é concebido como uma *Gewesenheit*, isto é, como “vigor de ter sido”, sustenta o tempo presente, fazendo desse

⁵⁴ Martin Heidegger (1889-1976), teólogo e filósofo fundador da fenomenologia com Edmund Husserl.

tempo, presente-passado e um tempo passado-presente, que só, então, o homem enquanto *Dasein*⁵⁵ pode orientar-se para o futuro, com o objetivo de realizar seus projetos existenciais. (ROCHA, 2010).

Ao incorporar, na sua teoria, os fundamentos da fenomenologia⁵⁶ de Heidegger (1889-1976), Husserl (1859-1938) e Merleau-Ponty (1908-1961), principalmente no que concerne aos métodos de investigação científica, que visam alcançar a “clarificação do significado do ser”, Watson, no *Processes Caritas* de número 10 - *Estar presente e aberto para as dimensões existenciais desconhecidas do sofrimento entre vida-morte*- traz a totalidade da experiência, em dado momento (passado-presente), constituindo um campo fenomenológico.

Ainda, para Watson (2002b), o cuidado inicia-se quando a (o) enfermeira (o) entra no campo fenomenológico do paciente, marco de referência da pessoa e realidade subjetiva, composta, em sua totalidade, pela experiência humana. A Fenomenologia, no contexto do trabalho de Watson (2002b), permite à aproximação da vivência das pessoas. Desse modo, as pessoas idosas ao serem influenciados pela escuta da música, rememoram sua autobiografia, obtendo a percepção da sua existência.

Assim, acredita-se que, ao propor a música e o som como modalidade de cuidar-curar transpessoal, Watson conduziu a Enfermagem para uma estratégia terapêutica, que ao evocar as recordações de fatos, pessoas e lugares, como evidenciados neste estudo, foram possivelmente transportadas para a compreensão das dimensões existenciais. Além disso, podem-se conhecer os fenômenos a partir deles mesmos, sem preconceitos ou argumentações.

Para Cole (2008, p.82), em seu texto “Cidade em processo”, que analisa a interlocução entre a arte, a cidade e a importância da visualidade como manifestação, além da percepção e da expressão no contexto fenomenológico, comenta:

Tanto a história da arte como a fenomenologia e a genética observam o quanto a memória e a imaginação, junto da percepção, são constituintes da subjetividade e instrumentos de elaboração da realidade; pela percepção observamos a realidade que passa a fazer parte de nosso ser.

Então, o *Caritas Processes*, de número 10, está baseado em uma perspectiva fenomenológica, estabelecendo a valorização subjetiva do mundo interior da pessoa e do

⁵⁵ O termo usado por Heidegger para designar o “ente que cada um de nós sempre somos” (*Dasein*) é de difícil tradução, não raro mantido em alemão por diversos autores.

⁵⁶ A fenomenologia constitui uma corrente filosófica particular que busca descrever os fenômenos a partir da consciência subjetiva dos objetos. Descrição daquilo que aparece ou ciência que tem como objetivo ou projeto essa descrição (ABBAGNANO, 2007).

significado que a pessoa tem sobre a vida, reconhecendo e aceitando a identidade e singularidade da pessoa a ser cuidada. (CALDERÓ; LUQUE; PALOMINO, 2009).

Associando a categoria Corpo sentido e corpo falado à subcategoria tempo vivido, por meio da fenomenologia de Merleau-Ponty, que considera que o mundo configura-se a partir da experiência original, em um nível pré-reflexivo, no qual o corpo consiste no diálogo entre o mundo e o eu. Desse modo, o formato não é algo externo ao ser; para ter significação é necessário haver interlocução entre a objetividade e a subjetividade, uma vez que a forma é a expressão de algo percebido e elaborado. (COLE, 2008). Nesse sentido, percepção, memória (recordação) e imaginação são agentes importantes para o cuidar transpessoal, pois promovem reintegração do corpo-mente-espírito.

Quanto à esfera espiritual/religiosa, emergiram no discurso de algumas pessoas idosas, do estudo, recordações que estavam relacionadas às manifestações de uma prática religiosa, proporcionando, dessa forma, a construção da subcategoria: experiências espirituais e religiosas lembradas com a escuta musical.

Experiências espirituais e religiosas lembradas com a escuta musical

A religião, a religiosidade e a espiritualidade assumem função significativa na vida das pessoas idosas, principalmente porque possuem o papel de produzir referências para a convivência social, além de facilitar a forma de enfrentamento perante as adversidades impostas pela vida, como as próprias mudanças advindas do envelhecimento, em uma perspectiva biológica, social e psicológica.

Duarte *et al* (2008) apontam que, comumente, no envelhecimento há uma busca significativa da dimensão espiritual, pois é verificado que crenças e comportamentos religiosos, como práticas de devoção e participação de grupos organizados, são mais frequentes entre esse grupo etário, em comparação aos demais. A religião equivale a um sistema representacional organizado e institucionalizado de crenças e dogmas, pelo qual uma pessoa procura modelar sua vida e conduta, sendo um dos possíveis meios de expressão espiritual. (HUF, 2002; GENARO, 2008).

Para o dicionário de filosofia religião é:

Crença na garantia sobrenatural de salvação, e técnicas destinadas a obter e conservar essa garantia. A garantia religiosa é *sobrenatural* no sentido de situar-se além dos limites abarcados pelos poderes do homem, de agir ou poder agir onde tais poderes são impotentes e de ter um modo de ação misterioso e imperscrutável. A origem sobrenatural da garantia não implica necessariamente que ela seja

oferecida por uma divindade e que. Portanto, a relação com a divindade seja necessária à Religião. (ABBAGNANO, 2007, p.846).

No que se refere à religiosidade, encontram-se atributos, relativos a uma religião específica, adesão a crenças e práticas próprias de uma igreja ou instituição religiosa, diferenciando-se, por sua vez, de espiritualidade, a qual corresponde a uma relação estabelecida com um ser ou uma força superior na qual se acredita. (FARIA; SEIDL, 2005).

Portanto, a espiritualidade além de ser independente de práticas religiosas possui uma maior amplitude em comparação a religiosidade, por “englobar a plenitude da existência da pessoa como ser espiritual”, que transcende e se “conecta com uma divindade e outros organismos vivos”. (HUF, 2002, p. 92; ELIOPOULOS, 2011, p.186).

Assim, baseando-se nas definições de religião, religiosidade e espiritualidade, não se encontrou, nos discursos analisados, referência a uma religião específica, mas aos elementos que podem ser indicativos de determinadas afiliações religiosas e, em uma das falas foi feita referência a um ser superior divino:

Jesus, lembrei-me de Jesus. (Iracema - primeira sessão).

Senti-me entrando numa igreja [...] e estava acontecendo um casamento... Um lindo casamento, a noiva num longo vestido branco [...]. (Marina - primeira sessão).

[...] recordei quando vou para igreja cantar, eu canto na igreja [...] eu não sei tirar os versos, mas eles tiram e eu acompanho [...] eu gosto. (Madalena - primeira sessão).

Observa-se, que algumas das mulheres, idosas do estudo, ao escutarem a música tiveram recordações relacionadas à religiosidade, enquanto os idosos não fizeram essa referência, mesmo escutando as mesmas músicas. Isso, talvez se deva, como apresentado no estudo de Duarte *et al* (2008), que as mulheres dão maior importância a religião, como pode ser visto no envolvimento delas com atividades religiosas. Para essa autora, é evidente que a adesão e vínculo com religião, quanto ao gênero, têm relação com o contexto ideológico-cultural de feminilidade e da masculinidade. Destaca-se, também, com base no relato das participantes, que as recordações direcionadas a religiosidade/espiritualidade ocorreram principalmente na primeira sessão, que foi composta por músicas do período barroco.

Nesse sentido, a música barroca foi assim denominada, pelos músicos, para indicar o período da história musical, que vai do aparecimento da ópera e do oratório⁵⁷ até a morte de

⁵⁷ Recebeu esta denominação devido ao Oratório de São Felipe de Néri em Roma, onde foram mostradas as primeiras apresentações deste tipo. O oratório se diferencia da ópera por se basear em histórias sacras,

Johann Sebastian Bach, em 1750. Ainda, o termo “barroco”, segundo Bennett (1986, p.35) tem possível origem portuguesa e significa “pérola ou joia de formato irregular”.

Considera-se que a evocação de recordações de referências religiosas, na primeira sessão musical do estudo, deve-se ao surgimento da oratória no período barroco, que se caracterizava por textos religiosos extraídos da Bíblia, como também pela aproximação dos primorosos músicos daquela época nos templos religiosos, como Bach e Pachelbel, que foram organistas e maestros de algumas capelas e, Antonio Vivaldi, que após ser ordenado sacerdote ficou conhecido como *el petre russo* (padre ruivo), além de ter sido nomeado professor de violino de um orfanato.

Todavia, houve uma mulher idosa do estudo, que referiu lembranças ligadas à religiosidade, na terceira sessão musical, organizada com músicas do estilo *New Age*:

[...] lembrei-me dos dias em que vou para *missa*. (*Iolanda – terceira sessão*).

A música *New Age*, também conhecida como a música da Nova Era é um gênero musical, caracterizado por uma melodia suave, que surgiu na década de 60, do século passado. Este estilo musical pretende proporcionar relaxamento e sentimentos positivos, sendo frequentemente utilizado pelos praticantes da Yoga e da meditação por fornecer uma atmosfera tranquila e por ser uma ferramenta para o gerenciamento do estresse. As melodias da música *New Age* são repetitivas, criando um clima de sensação hipnótica.

A música Nova Era ou *New Age* também está integrada pela confluência de muitos movimentos sintonizados do tipo “gnóstico”⁵⁸. Sua origem decorre da decepção e de uma sede consciente ou inconsciente. Decepção contra o otimismo de que a ciência e a técnica resolveriam todos os problemas, trazendo felicidade para humanidade. Sede, de espiritualidade e de descobrir uma dimensão espiritual. (CONSELHO PONTIFICO DA CULTURA, 2003; JUNGBLUT, 2006).

Dessa maneira, Leão (2002, p.123) pondera que se deve considerar o “conteúdo e a forma musical expressado pelos componentes musicais e pela harmonia”, porque estes conduzem à ideia do compositor e ao clima cultural e histórico de cada obra. Nesse sentido, suscita-se que as recordações evocadas pelas pessoas idosas foram influenciadas, também,

geralmente extraídos da Bíblia. (BENNETT, 1986).

⁵⁸ Gnóstico é um termo que deriva do grego “*gnostikós*” cujo significado remete para algo ou alguém que é capaz de conhecer. Na Língua Portuguesa o termo é utilizado para referir aquele que é sectário do gnosticismo. O gnosticismo designa um conjunto de crenças de natureza filosófica e religiosa cujo princípio básico assenta na ideia de que há em cada homem uma essência imortal que transcende o próprio homem.

pela temporalidade e a regionalidade das composições musicais, bem como o movimento cultural e histórico, onde as músicas foram compostas.

Entretanto, Watson (2002b, p.254) declara que em um “espaço de cura transpessoal, a música e o som devem ser selecionados pela sua física e poder de suavizar, do que pelo o que poderá ser considerado a invocação intencional do compositor, seu estilo e seleção”, apesar deste último estar integrado e relacionado às opções individuais.

No *Caritas Processes*, de número 03, da Teoria Transpessoal, *cultivo livre de suas próprias práticas espirituais; aprofundando a autoconsciência, para além do ego*, a autora direciona esse *Caritas* para as (os) enfermeiras (os), no intuito de que, diante do reconhecimento e entendimento dos seus próprios sentimentos, autoconscientes, esses profissionais evitarão esconder, negar ou dissimular seus próprios sentimentos, perante o sofrimento humano. Além disso, ao cultivar suas próprias práticas espirituais e desenvolverem sensibilidade, facilitarão a expressão da espiritualidade da pessoa a ser cuidada.

A utilização da música, como modalidade de cuidar-curar transpessoal, no ambiente de cuidar propõe o desenvolvimento da sensibilidade, pela Enfermagem, o que favorece a abertura de sentimentos como a fé e a esperança, frente à vulnerabilidade e dor da pessoa enferma, o que foi percebido a partir das expressões de religiosidade/espiritualidade das participantes.

Para Boff, “a espiritualidade é uma das fontes primordiais, embora não seja a única, de inspiração do novo, de esperança alvissareira, de geração de um sentido pleno e de capacidade de auto transcendência do ser humano”. (BOFF, 2001, p.9). Assim, a religiosidade/espiritualidade oferece suporte para funções diversas como o alívio, o conforto, o consolo e a busca de significados, para problemas da existência, passando a ser parte do processo de busca de solução para os problemas. (FARIA; SEIDL, 2005).

Estudo longitudinal, descritivo e exploratório, sobre o panorama religioso de idosos do município de São Paulo, resultou que a maioria dos idosos informou encontrar, na religião, fortalecimento, auxílio para enfrentar dificuldades e que ela oferece total ou muito sentido a vida, como também pode ser visto na fala de Ângela Maria. (SOUZA, 2011).

Agora estou me sentindo alegre, leve e com uma alegria por dentro... só em assistir esse coral fiquei mais nova [...] mais jovem, porque se tem a palavra de Deus [...] me fortalece, fortalece meu espírito, então agora estou sentindo mais corajosa [...]. (Madalena – primeira sessão).

Na concepção de vida e de ser pessoa, de Watson (2002a, p. 81), que liga a noção de que a alma possui um corpo que não está conectada por “tempo e espaço objetivos” (memória), mas a um mundo vivido, que passou por experiências e que moldaram o próprio tempo e espaço. As noções de ser pessoa, para essa autora, “transcendem o aqui e o agora”, oferecendo a capacidade de coexistir com o passado, presente e futuro simultaneamente.

A partir dessa compreensão e com a dimensão espiritual valorizada por Watson (2002a, p.82), é considerado que a influência da música possibilitou:

A capacidade de cada um para transcender o espaço e o tempo, ocorre de forma semelhante, no pensamento, na imaginação e nas emoções de cada um. Os nossos corpos podem estar fisicamente presentes num determinado local ou situação, mas as nossas mentes e sentimentos relacionados, podem estar noutra local qualquer (WATSON, 2002a, p.83).

Através do discurso de *Madalena*, nota-se a relação destes, com o entendimento de Watson sobre a transcendência da consciência humana, que ultrapassa a temporalidade e a fisicalidade, ressaltando que a recordação esta relacionada ao mundo interior da pessoa, que viveu e experimentou:

[...] quando eu fui para Vitória do Espírito Santo eu assisti a esse coral na igreja e eu me lembrei e me balancei. (*Madalena – primeira sessão*).

Diante do exposto, e com base nos fatos históricos, que desvendam a relação íntima entre a música e os rituais religiosos, os depoimentos revelaram evocação de uma memória religiosa/espiritual, apontando para a Enfermagem como um “processo de cuidar de humano-para-humano com dimensão espiritual”. (WATSON, 2002a, p.69).

Ao utilizar a música como modalidade de cuidar transpessoal, podem-se ajudar as pessoas idosas hospitalizadas com dor, encontrarem sentido na vida, por permitir, sustentar e respeitar a expressão livre da sua religiosidade/ espiritualidade, conforme o *Caritas Processes* de número 02, *estar autenticamente presente; permitir/sustentar/respeitar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do self/outro*.

Nesse *Caritas*, Watson (2007) declara que as crenças do paciente são incentivadas, honradas e respeitadas, como influência importante na promoção e manutenção da saúde. Dessa maneira, independente da terapêutica médica instituída, seja ela curativa ou paliativa, a (o) enfermeira (o) deve nutrir a fé e a esperança, como também o sistema de crenças do ser cuidado, pois ao longo das narrativas da existência humana, sempre houve influência dos mágicos, dos curandeiros, das orações e dos encantamentos, no cuidado e na cura das enfermidades. Urra *et al* (2011) apresentam como exemplo, a incorporação pela Enfermagem

dos rituais da comunidade *Aymar *, na assistência ao parto, no Chile. Contudo, a possibilidade dos idosos revelarem sua memória religiosa e poderem expressá-la, após a escuta da música, já pode ser considerada nesse *Caritas Processes*, de número 02, que mesmo quando não há nada a ser feito medicamente, a (o) enfermeira (o) pode nutrir no paciente a fé e a esperança em algo ou alguém, para além do seu *self*.

Rela o intersubjetiva entre a Enfermeira-Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada

A Enfermagem, segundo a Teoria Transpessoal de Watson,   uma palavra que possui conceito filosófico, dinâmico e em transforma o, que sugere ternura. A palavra enfermeiro (a), além de ser um substantivo   um verbo, pois se considera o (a) enfermeiro (a) não só como uma pessoa, mas, também, como respostas e comportamentos.

Nesse sentido, para Watson (2002a, p.96), a Enfermagem de forma geral, consiste em:

[...] conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e a o, com algum grau de paixão. O saber, os valores, a a o e a paixão geralmente relacionadas com as transa es do cuidar e com o contato pessoal humano intersubjetivo com o mundo vivido da pessoa que experiência. [...] A enfermagem neste contexto pode ser definida como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana [...].

Ainda, o cuidar como ideal moral da Enfermagem   traduzido por Watson, por:

Tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controle e autorrestabelecimento no qual um sentido de harmonia interior   restituído, apesar das circunstâncias externas. (WATSON, 2002a p.96).

Assim, a intersubjetividade no cuidar da Enfermagem torna o enfermeiro coparticipante de uma prática transpessoal e metafísica, onde sua história de vida e seu campo fenomenológico se encontram com o do outro, em uma ocasião real de cuidar, que envolve a o e escolha por parte dos dois, enfermeira (o) e pessoa. (WATSON, 2002a).

Essa rela o transpessoal do cuidar implica em elevada considera o pela totalidade da pessoa humana (mente-corpo-alma) e pelo “seu estar-no-mundo”. Por isso, a apresenta o da (o) enfermeira (o) (o) em uma rela o transpessoal com a pessoa enferma, pode gerar conflitos com a imagem tradicional do profissional de Enfermagem, pois segundo Watson (2002a, p.113) “as (os) enfermeiras (os) e outros profissionais de saúde têm sido alertados a evitarem intera es pessoais, sendo o envolvimento pessoal considerado como não profissional”.

Ressalta-se que, a aproximação na relação transpessoal de cuidar, mesmo favorecendo o contato de pessoa para pessoa, compreende que há diferença entre a pessoa enfermeira (o) e a pessoa enferma, ou seja, há distinções pessoais, que conservam a (o) enfermeira (o) em uma relação profissional, como o *enfoque*, a *intensidade* e a *perspectiva*.

O *enfoque* do envolvimento pessoal, para a pessoa enferma, está direcionado para o seu problema e o efeito dele na sua vida. Enquanto, o envolvimento da (o) enfermeira (o) é “desviado do eu de um, para o eu do outro”. Os sentimentos desse profissional são experienciados e sentidos, no intuito de se tornar parte do relacionamento. Contudo, apesar de se beneficiar dessa relação, não depende do que recebe do enfermo para a manutenção do seu envolvimento. (WATSON, 2002a, p.114).

Também, nessa linha de pensamento, Watson (2002b) chama a atenção sobre as emoções como correntes de energia e com frequências diferentes. Os pensamentos criativos, afetuosos, cuidativos invocam emoções de compaixão e de alegria, que são de alta frequência e, por isso, os profissionais de saúde, particularmente as (os) enfermeiras (os), que trabalham com diferentes sistemas de emoções, devem estar atentos ao fato de que energias de baixa frequência retiram energia daqueles de alta frequência. Assim, ao escolher os pensamentos ou selecionar as intenções, através da autoconsciência, será determinado “os efeitos que temos sobre nós próprios e sobre as experiências dos outros na nossa vida”. As práticas espirituais e as práticas contemplativas, como exercícios de respiração, meditação ou Tai Chi são excelentes recursos para a manutenção e reposição das energias, uma vez elas, a intencionalidade e a consciência interferem na prática de cuidar-curar. (WATSON, 2002b, p.146).

Em relação à *intensidade* do relacionamento entre a (o) enfermeira (o) e o enfermo é experimentada, por esse último, na iminência da angústia, e a (o) enfermeira (o), ao sentir isso, produz um processo reflexivo, para que possa ajudar essa pessoa. A *perspectiva* dessas duas pessoas difere se, também, porque a (o) enfermeira (o) está envolvida exteriormente, ao passo que a pessoa enferma sente a dor de dentro e sabe que seu corpo, a mente e a alma estão em desarmonia⁵⁹ e, como o profissional está de fora, ele terá uma visão objetiva da situação.

Desse modo, Watson (2006, p.17) considera na “arte do cuidar transpessoal”, que “os momentos de cuidado, a relação e a conexão sujeito-sujeito reforçam o conjunto, a harmonia,

⁵⁹ Segundo Watson (2002a, p.100-101) “quando há desarmonia entre a mente, o corpo e a alma ou entre a pessoa e o mundo, há uma disjunção entre o eu como é percebido e a experiência atual de cada um”, havendo sentimento de incongruência entre o íntimo da pessoa e entre a pessoa e o mundo, conduzindo, por conseguinte, “à ameaça, à ansiedade, ao tumulto interior e pode conduzir ao sentimento de desespero existencial, ao temor e ao mal estar. Se prolongando, pode contribuir para a doença”.

a integridade e a beleza, com o intuito de preservar a dignidade humana e a humanidade”. Portanto, é imprescindível que a (o) enfermeira (o) esteja consciente e intencionalmente⁶⁰ presente na relação transpessoal de cuidar, para que, com isso, inclua as “dimensões emocionais, mentais, estéticas, intuitivas, físicas, espirituais e experienciais”, nessa relação.

Nesse contexto, a arte do cuidar transpessoal é aumentada pelo grau de autenticidade e sinceridade da (o) enfermeira (o), pois a arte:

Não é apenas mover o outro diretamente e imediatamente, dando saída para sentimentos na altura exata em que são sentidos [...] É arte quando o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do outro, é capaz de os detectar e de os sentir e, por sua vez, de os expressar de tal forma que a outra pessoa é capaz de os conhecer mais profundamente e de libertar os sentimentos que tem ansiado expressar. (WATSON, 2002a, p.118-9).

Portanto, a consciência intencional, por meio dos pensamentos de alta frequência, no momento do cuidado, deve estar presente, no entanto ela se tornará parte da experiência individual futura de cada ser. Para tanto, deve-se utilizar toda forma de conhecimento e recurso, a fim de favorecer a interação além do físico, da personalidade e das situações de doença, diagnóstico e tratamento.

As artes de cura, por exemplo, são modalidades fundamentais para o momento de cuidado transpessoal, pois Watson (2002b, p.194), baseada em Gadamer (1986), considera que é impossível, ao encontrarmos uma obra de arte não sermos transformados de algum modo no processo, pois, “as artes ajudam os doentes e profissionais a recordar a nossa alma e os nossos anseios profundos, pelas mensagens que afirmam a vida”.

No contexto hospitalar, rodeado por situações de intenso sofrimento e de grande estresse psíquico, a arte, especificamente a música, servirá para “humanizar e revitalizar os cuidados de saúde, tanto para o doente como para o profissional”, (WATSON, 2002b, p.194).

Neste estudo, a opção de manter o pesquisador presente, em todas as sessões musicais, teve como objetivo principal observar as reações dos idosos durante a escuta, porém não havia, naquele momento, a percepção de que essa presença proporcionaria qualidade no relacionamento entre a pesquisadora e os enfermos. Essa interação pode ser observada a partir das falas e das observações realizadas durante a escuta musical, assim como a consonância com as considerações de Watson (2006, p.17) de que, “a relação cuidar-curar preserva a

⁶⁰ As palavras intencionalidade, intencional e intencionalidade serão utilizadas em vários momentos nesta categoria e, por isso torna imperativo o esclarecimento desses termos para a Teoria Transpessoal. Intencionalidade é um termo técnico e filosófico segundo Watson (2002b, p.118) com base em outros autores, que significa estar direcionado para um objeto mental, podendo ser concebido também como consciência acerca de algo ou algum conteúdo de consciência. Ao focalizar a intencionalidade é possível “conhecer os modos pelos quais a consciência poderá influenciar diretamente ou indiretamente o bem estar individual e coletivo”.

dignidade humana, a totalidade e a integridade, e se caracteriza por uma autêntica presença e eleição”, conforme apresentado, no Quadro 18.

Watson (2002b, p.223) ressalta, também, que a presença transpessoal é caracterizada, de acordo com os níveis de presença proposto por McKivergin e Daubenmire (1994), como uma presença terapêutica, por estar “intimamente alinhada à consciência de cuidar, atenção, intencionalidade, abertura, comunhão, amor e conexão”. Logo, a presença transpessoal não envolve apenas a presença física, que implica no contato corpo-a-corpo e que está, frequentemente, associada à rotina de Enfermagem, como também não está relacionada somente a presença psicológica, que envolve a ligação mente-a-mente, propondo a utilização do “eu terapêutico”, na criação de um ambiente de cuidar-curar por meio de competências, como intenção consciente, para estar disponível ao outro, em uma relação de ajuda mútua e com competências de comunicação, a exemplo de escutar, ter congruência, consideração incondicional e aceitação, sem julgamento.

Quadro 18. Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada

Pessoa Idosa	Relatos e observações
Iracema	Em um dado momento o seu olhar se encontrou com o meu que a observava atentamente. Deu-me um sorriso que foi retribuído e retornou o olhar para a um ponto no teto. (Primeira sessão).
Paulo Afonso	Senhor Paulo Afonso começou a conversar sobre a sessão de música do dia anterior, dizendo: <i>a música me fez melhorar muito [...] antes eu só tinha costume de escutar música pelo celular. Sintonizo na rádio educadora que só tem música boa e fico escutando. Em casa eu tenho muitos discos de música instrumental, mas nunca tinha escutado esses CDs nessas situações [...] não escuto com muita frequência, mas quando eu voltar para casa vou fazer disso um hábito. Foi muito bom!</i> .(Primeira sessão).
Maria Luíza	Durante a música esta permaneceu sentada olhando para baixo, porque alisava sua camisola e, quando suspendia o olhar, nossos olhares se encontravam e ela sorria de forma delicada. Demonstrava atenção e interesse nas músicas e, ao fim, disse após um forte suspiro: <i>gostei. Estou mais aliviada e sinto uma gratidão imensa ao escutar as músicas.</i> (Primeira sessão). Durante a sessão, os olhares da pesquisadora e o de Maria Luiza se encontravam e, nesse momento ela sorria. Ao final da música ela olhou em

	<p>minha direção e baixou a cabeça, dando a entender que a música havia acabado. Retirei o fone do seu ouvido e perguntei se tinha algo para contar. Ela sorriu novamente, dizendo: <i>muito obrigada por ter colocado a música [...], eu estava me sentindo muito cansada, angustiada e, depois da sessão estou me sentindo aliviada. Minha filha, você tirou um peso de mim.</i> (Segunda sessão).</p> <p>Emocionada, silenciou. Respeitando o momento, permaneci em silêncio por mais alguns minutos no quarto. (Terceira sessão).</p>
Luísa	<p>Ao final da sessão relatou: [...] <i>obrigada, porque isto me ajudou muito.</i> (Primeira sessão).</p> <p>Percebeu-se que ela queria continuar em silêncio, além de voltar a dormir, pois, ao contrário do dia anterior, não expressou vontade de conversar mais. Assim, a idosa Luísa voltou a se cobrir com o lençol e fechou os olhos para dormir, comprovando, desse modo, tal percepção. (Terceira sessão).</p>
João Valentão	<p>Ao se despedir, ele olhou, sorriu e com o dedo polegar disse com certo esforço: <i>obrigado!</i> (Primeira sessão).</p> <p>Por fim, João Valentão perguntou, relembando: <i>vou receber meu CD? Porque eu gostaria muito de continuar escutando essas músicas.</i> (Segunda sessão).</p> <p>Ao final da escuta, disse: <i>estou me sentindo melhor, obrigado.</i> (Terceira sessão).</p>
Antônico	<p>Ao final da sessão, disse: <i>Queria agradecer pela presença e pelo que traz a presença, é uma alegria, um conforto para o coração da pessoa que se sente um pouco desalojada.</i> (Primeira sessão).</p>
Pedro Pedreiro	<p>[...] <i>Muito obrigado!</i> (Primeira sessão).</p>
Madalena	<p>Após o término da escuta [...] começou a relatar: <i>minha filha eu moro sozinha e, geralmente, o rádio e a televisão me fazem companhia [...]. Qual o nome das músicas? [...] eu vou querer continuar escutando essas músicas depois que sair daqui.</i> (Primeira sessão).</p> <p>Durante a sessão, ela permaneceu calada e pensativa e, em alguns momentos olhava para mim e sorria. (Segunda sessão).</p> <p>[...] <i>obrigada e sempre me lembrarei de você [...], o que é bom sempre marca para mim.</i> (Terceira sessão).</p>

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador-BA, 2012.

A partir dessas falas e observações, apresentadas no **Quadro 18**, foram correlacionadas com os *Caritas Processes*, de número 01, 04 e 07, conforme o Quadro 19.

Quadro 19. Relação da terceira Categoria com o *Caritas Processes*, da Teoria Transpessoal de Jean Watson.

Categoria	<i>Caritas Processes</i>
Relação intersubjetiva entre a Enfermeira-Pesquisadora e a pessoa idosa hospitalizada	01 – Prática do amor, bondade e equanimidade no contexto de um cuidado consciente; 04 – Desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança; 07 – Engajamento em uma experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo.

Fonte: Dados da pesquisa A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da teoria de Jean Watson. Salvador-BA, 2012.

Sobre o *Caritas Processes* de número 04, *desenvolvimento e permanência de uma autêntica relação de cuidado, de ajuda e confiança*, Watson expõe que a relação de cuidado humano é transpessoal, na medida em que significa uma relação, onde há conexão com a outra pessoa, bem como grande respeito para com a sua unicidade e seu ser-no-mundo. O profissional de Enfermagem, em uma relação de cuidado transpessoal, entra na experiência da outra pessoa e ela pode entrar na experiência do profissional, ocasionando o ideal de intersubjetividade.

Assim, a relação de confiança está unida à promoção e aceitação dos sentimentos positivos e negativos, sendo necessários a sensibilidade, a abertura e o altruísmo, mas, também, congruência, que tem relação com a honestidade, sinceridade e a autenticidade. Para aumentar o nível de congruência, Watson orienta que a (o) enfermeira (o) deve ser sensível aos sentimentos do outro, não os julgando de forma valorativa, e estando aberto para aceitá-los, além de ser capaz de reconhecer as dificuldades implicadas na relação, e que as experiências das outras pessoas (enfermos), são vitais, assim como as suas próprias experiências, pois este é um processo de autoaprendizagem, onde a introspecção é essencial.

De acordo com algumas das observações do estudo, foi possível depreender, que a permanência intencional ⁶¹ da Enfermeira-pesquisadora, possibilitou a constituição de elementos de uma relação de cuidado, revelada pela troca de olhares entre os seres – ser cuidado e cuidador - e pelo sorriso, oferecido pelas pessoas idosas participantes, ao notar a atenção da Enfermeira-pesquisadora, durante a sessão musical.

Assim, ficar ao lado, manifestar apoio, por meio de um olhar, de um carinho, da escuta sensível são, para Kusahara *et al* (2008), formas de demonstrar atenção, qualificando a relação entre a pessoa enferma e a (o) enfermeira (o). Boff (1999) afirma que o ser humano em sua essência é alguém de relações ilimitadas e, como humanos, somos seres falantes e construímos o mundo, pelas relações.

O eu, segundo Boff (1999, p.139), só se estabelece mediante a comunicação com o outro que não é qualquer coisa indefinida, mas um rosto com olhar e fisionomia. O rosto e o olhar, para esse autor, “lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta”, nascendo “assim a res-ponsa-bilidade, a obrigatoriedade de dar res-postas”. Nessa perspectiva, nasce a ética que habita na relação de “res-ponsa-bilidade, diante do rosto do outro”, que pode ser o oprimido. Dessa maneira, Em presença da responsabilidade do rosto e olhar do outro, entende-se que emerge a relação de cuidado. Para Waldow (2004, p.133), “as relações de cuidado distinguem-se pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham, tais como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros”.

Desse modo, o encontro de olhares e o rosto, que apresenta um sorriso, que é retribuído, fortalece a importância da comunicação não verbal, no estabelecimento da relação de cuidado entre a pessoa idosa e a Enfermeira-pesquisadora, a qual não está impassível de interação com o seu objeto de pesquisa, uma vez que se constituiu uma relação de res-ponsabilidade e intersubjetividade, perante o rosto e o olhar do outro. Também, não se absteve, no momento da investigação, do ideal moral da Enfermagem: o cuidar.

Ao propor a música como recurso terapêutico no alívio da dor de pessoas idosas hospitalizadas sob cuidados paliativos, são reconsideradas as modalidades de cuidar-curar transpessoal, que compreende e valoriza a relação de cuidado como uma conexão entre espíritos encarnados, através da presença consciente e intencional da (o) enfermeira (o), o que pode ser notado na fala de, Antônico, na primeira sessão.

Ao final dessa sessão, ele verbalizou:

Queria agradecer pela presença e pelo que traz a presença, é uma alegria, um conforto para o coração da pessoa que se sente um pouco desalojada.
(Antônico - Primeira sessão).

Waldow (2004) expõe que é necessário entender que a enfermidade ou a incapacidade resulta em um dano imensurável na autonomia, integridade, autoimagem e na competência, para se relacionar com os demais. Assim, o discurso acima sugere que diante da experiência vivida com a hospitalização e enfermidade, a presença intencional da Enfermeira-

pesquisadora pode contribuir para a consciência de como o eu se encontrava (*desalojado*), evoluindo para uma provável nova percepção desse eu (alegria e conforto) a partir do “fluxo intersubjetivo”, entre a Enfermeira-pesquisadora e o idoso participante, pois conforme Watson (2002a, p.112):

Como os sentimentos, pensamentos e energias, que são menos harmoniosos com o eu de outras pessoas são libertados, são substituídos por outros sentimentos, pensamentos e energias que são mais harmoniosos com o eu de cada um e são mais amáveis e atentos ao bem-estar de cada pessoa e em última instância com a humanidade.

Mathias; Zagonel e Lacerda (2006, p.335) reforçam, ainda, que o *Caritas Processes*, de número 04, propõe desenvolver e conservar a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico, através de atitudes como os olhos nos olhos do outro, o que significa verdadeiro interesse e, nessa ocasião, torna-se importante cada pequeno detalhe como o sorriso, a postura corporal, o toque carinhoso e a capacidade de ouvir, que engloba o respeito ao silêncio. Todavia, compreende-se, também, que a relação de cuidado só se estabelece quando a necessidade do enfermo é reconhecida e atendida, como ocorreu nas sessões de Luísa e Maria Luiza, onde foi percebida e respeitada a necessidade delas de se manter em silêncio ou de dormir, após a escuta musical.

Watson (2002a, p.107) considera a (o) enfermeira (o) e a pessoa enferma coparticipantes da ocasião real do cuidar e, que esse momento tem o poder de influenciar o futuro, dessas pessoas. A idosa participante, Ângela Maria, na terceira sessão, demonstrou em sua fala, que sua experiência com a escuta musical e com a relação estabelecida entre ela e a Enfermeira-pesquisadora ultrapassou o tempo presente para um tempo futuro, ao destacar a recordação da relação de cuidado vivida. Portanto, a ocasião de cuidar se torna “parte do subjetivo da realidade vivida e da história de vida de ambos”.

[...] obrigada e sempre me lembrarei de você [...] o que é bom sempre marca para mim. (Madalena - Terceira sessão).

A música está presente no cotidiano da vida das pessoas e representam sentido e valor, de acordo com o contexto social e cultural. Contudo, geralmente não é percebida de forma objetiva a sua influência no estado de ânimo, o que provoca apenas um entendimento sobre a utilização da música nos momentos de expressão social e cultural, excluindo ou até mesmo ficando no senso comum, a possibilidade da música como recurso terapêutico na saúde.

[...] em casa eu tenho muitos discos de música instrumental, mas nunca tinha escutado esses CDs, nessas situações (dor) [...] não escuto com muita frequência. (Paulo Afonso - Primeira sessão).

Tecendo-se considerações sobre a música como recurso terapêutico, encontrasse que, no Egito, os Papiros de Lahun ⁶², datados do ano de 1800 a.C, durante o final da dinastia XII, do Império Médio, foram os primeiros documentos escritos acerca da influência da música sobre do corpo humano, demonstrando a ideia de que essa expressão sonora complexa, não é somente uma manifestação cultural e artística, o que, também, no pensamento pós-moderno é tida como uma “arte de cuidar que está apenas a começar a ser praticada e pesquisada, como sendo básica para a saúde, para a cura, e para o autocuidado”. (WATSON, 2002b, p. 203; SHAW, 2007).

Nesse entendimento, sobre influência da música no autocuidado, e a partir do *Caritas Processes*, de número 07, *engajamento em uma experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo; tentando permanecer na estrutura referencial do outro*, foi possível identificar, no discurso de algumas das pessoas idosas colaboradoras, que já possuíam aproximação com a música, a oportunidade de permanecer escutando aquelas selecionadas para o estudo, não só após a finalização das sessões com a Enfermeira-pesquisadora, como também, após a alta hospitalar.

Minha filha, eu moro sozinha e, geralmente, o rádio e a televisão me fazem companhia [...] Qual o nome das músicas? [...] eu vou querer continuar escutando essas músicas, depois que sair daqui. (Madalena - Primeira sessão).

Vou receber meu CD? Porque eu gostaria muito de continuar escutando essas músicas. (João Valentão - Segunda sessão).

A entrega do CD, ao final das três sessões, também se direcionou para o *Caritas Processes*, de número 07, ao propor por meio da experiência da escuta musical o emprego desse recurso terapêutico, de forma ativa e consciente, pelas pessoas idosas, facilitando a manutenção, preservação e recuperação da saúde. Favorecendo, por conseguinte o autocuidado.

A Enfermagem, como profissão, está diretamente ligada a educação para a saúde. Todavia, Watson (2007) considera que a educação é mais do que informação posta em uma lista de ações que devem ser executadas ou evitadas, é uma ação positiva e pró-ativa da

⁶² São escrituras Hieráticas, que reproduzem e revelam entre outras coisas o conhecimento médico, cuja origem pode ser rastreada até a 3000 a.C. (SHAW, 2007).

pessoa, na busca da autonomia e da sua participação no seu estado de saúde, como também, processo de *feedback*, para ambas as partes.

Para que a educação para a saúde possa ocorrer, é imprescindível o estabelecimento de uma relação intersubjetiva entre o profissional e o outro, direcionado as ações para as necessidades dele, para o significado e importância das informações para a pessoa e para a habilidade da pessoa de receber informações.

Então, Watson (2007) explicita que no contexto do ensino-aprendizagem transpessoal a relação de carinho e o *Caritas Processes*, de número 01 - *a prática do amor, bondade e equanimidade no contexto de um cuidado consciente*, combinado com o conhecimento científico, promoverão o cuidar-curar transpessoal, porque o amor é o sentimento que provavelmente dirige a (o) enfermeira (o) para se abrir ao outro, estabelecendo convivência e comunhão.

Também, Boff (1999, p.111) assegura que a palavra amor está cada vez mais desgastada na linguagem atual do ocidente, e como um fenômeno interpessoal têm sido um dos mais desmoralizados. No entanto, mesmo com esse contexto revelado, o autor considera que o amor é um fenômeno cósmico e biológico, que ao chegar ao nível humano mostra-se como a “grande força de agregação, de simpatia e de solidariedade”.

Lembra-se que, o cotidiano da prática profissional solicita que a (o) enfermeira (o) reflita constantemente sobre seu próprio desenvolvimento moral, para que possa compreender o sistema moral do outro e, assim, ao acolher, realiza-se a coexistência, surgindo o “amor como fenômeno biológico”. (BOFF, 1999, p.110; WATSON, 2007).

Assim, as atividades artísticas, por exemplo, podem se constituir como grande ferramenta para ajudar a (o) enfermeira (o) a refletir sobre a sua própria experiência e reconhecer as habilidades e aptidões humanas que colaboram com o cuidado transpessoal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Para o inferno de Descarte com o seu “Penso logo existo”.
Digo eu: “Estou possuído pela música, logo existo.”
Rubem Alves (2008, p.22)*

Considerando os objetivos traçados, a análise e discussão, empreendidas neste estudo, entende-se que ele permitiu a caracterização das pessoas idosas participantes, na qual houve predominância do sexo masculino, da cor preta e parda, autorreferidas, a idade que variou de 60 a 91 anos, sendo a maior concentração entre na de 60 a 65 anos, eram casadas, católicas, com baixo nível de escolaridade; renda mensal individual, proveniente da aposentadoria, com valores que variaram entre R\$ 500,00 a R\$ 700,00 e que haviam desempenhado o ofício de serviços gerais e lavrador/agricultor.

Em relação à saúde autorreferida, as pessoas idosas, do estudo, possuíam conhecimento sobre seu estado de saúde e o percebiam como regular-péssimo. Constatou-se acuidade auditiva preservada e visual diminuída, negando, em maior proporção, o não consumo atual de tabaco e álcool. Os idosos encontravam-se hospitalizados há 30 dias, por doenças neurocardiovasculares, avançadas e progressivas, corroborando com a literatura quanto à magnitude dessa questão.

A maioria deles referiu outras queixas além da dor. Esta, por sua vez, teve sua localização, de acordo com a etiologia, sendo mais comum nas regiões do tórax e membros. A intensidade verificada, a partir da Escala Numérica, foi preponderantemente intensa, e quanto ao tempo de duração da sensação algica, apareceu como menor do que 06 meses, caracterizando-se como dor aguda.

Todos os idosos encontravam com terapêutica farmacológica antálgica, estando a maioria, em uso de 01 ou 02 fármacos. Conforme a escada de analgesia da OMS evidenciou-se que a maior proporção, encontrava-se com esquema terapêutico da primeira escada, a qual estabelece o uso apenas de analgésicos. No tocante ao uso de medicações sedativas, a minoria das pessoas idosas estava em uso de sedativos, localizados na classe dos benzodiazepínicos.

Considera-se que, a música proporcionou redirecionamento do foco atencional, por ter influenciado na percepção, em virtude da distração, contribuindo para redução da queixa algica, o que está pertinente com a Teoria de modulação da dor. Quanto à escuta musical, de acordo com as diversas investigações científicas publicadas, bem como os resultados apresentados por este estudo, revelou que o estímulo sonoro reverbera para o corpo

transpessoal e pós-moderno, favorecendo a reintegração da pessoa em todas as suas dimensões humanas: física, mental, emocional e espiritual.

Dessa maneira, mesmo compreendendo que cada ser humano é único e, por isso, responde aos estímulos de forma diferente, é possível que, em certas situações, possam vivenciar e sentirem algo similar ou em comum, colaborando para a utilização das modalidades de cuidar-curar pela Enfermagem, que resgata concepções antigas no contexto tecnológico atual, no intuito de promover a dignidade e o alívio do sofrimento.

Também, neste estudo, a escuta musical proporcionou a percepção dos idosos em relação ao corpo-mente-alma, sendo possível a expressão de emoções, sensações e sentimentos. Na primeira sessão, composta pela música clássica, na segunda sessão com a música popular brasileira e na terceira sessão com a música *New Age*, houve similaridade nos relatos e observações, em relação a primeira categoria, o corpo sentido e o corpo falado. As descrições compreenderam alívio, relaxamento, alegria, coragem, tranquilidade, sonolência, melhora da queixa álgica e da respiração, permitindo a constituição das subcategorias intituladas: Música e Emoções e (Re) integração do corpo-mente-alma, por meio da música.

A música foi percebida, ainda, como um estímulo emocional, permitindo a emersão de emoções, relacionadas a vivência do processo de enfermidade, dos medos e anseios, oriundos das diversas situações presentes durante a hospitalização, como o retardo e expectativa dos procedimentos cirúrgicos agendados. Ao escutarem as músicas, as pessoas idosas puderam redirecionar sua atenção, alcançando emoções de prazer e bem estar. No entanto, para dois dos participantes, a escuta musical não foi percebida da mesma forma dos demais, revelando, assim, a complexidade e subjetividade da pessoa humana, diante de um mesmo estímulo. Nesse sentido, ficou evidenciada a necessidade de se utilizar, esse recurso terapêutico complementar, de forma individualizada e direcionada para a história de vida das pessoas, no intuito de alcançar os benefícios que a música pode trazer para a recuperação e promoção da saúde.

Resgatamos que a unicidade e totalidade da pessoa humana, desvalorizada e dicotomizada por décadas, em detrimento dos avanços tecnológicos e da ciência faminta pelos sucessos oriundos das descobertas biológicas, passa a ser contemplada a partir da visão pós-moderna de Watson, como um corpo que sente e vive. Ao vivenciar a escuta musical, as pessoas idosas participantes apresentaram, também, comportamentos corporais que demonstravam redução da frequência das ondas cerebrais devido ao sono e relaxamento, observados e verbalizados, assim como através da percepção dos participantes sobre a

melhora do padrão respiratório e da ansiedade. Todavia, essa evidência merece aprofundamento em outras investigações futuras.

A sensação corporal, sinalizada com a escuta da música, reverberou para outras esferas da dimensão humana, convergindo para a concepção de corpo transpessoal de Jean Watson, pois foi destacada, no discurso de algumas pessoas idosas, a influência do estímulo sonoro para a esfera mental e para a conexão com a religiosidade, permitindo a (re) integração do corpo-mente-alma.

As recordações e imagens de tempos vividos (reminiscência) emergiram durante as sessões musicais, permitindo a expressão de sentimentos e emoções. Em face dessas lembranças, percebeu-se que, a regionalidade e a temporalidade das músicas da segunda sessão (música popular brasileira), favoreceu de forma significativa a recordação de um tempo vivido com familiares, enquanto que as músicas da primeira (clássica) e terceira sessão (*New Age*) propiciaram, também, lembranças de experiências espirituais e religiosas.

Acredita-se que, a memória de um tempo vivido (passado), evocado pela música, colabora para a valorização da história de vida dos idosos e para as suas necessidades espirituais e religiosas, uma vez que eles, comumente, aproximam-se ou retomam a religiosidade nessa etapa de vida. Ao contar sua história, as pessoas idosas refletem sobre os acontecimentos da vida, e aproximam o profissional, para um contato íntimo, possibilitando o planejamento de ações que os direcionam para o reencontro consigo e os familiares, dando sentido a vida.

Os discursos e as observações realizadas durante e após as sessões musicais revelaram a importância da presença intencional e consciente da enfermeira-pesquisadora, contribuindo para o estabelecimento do vínculo terapêutico e para a construção de uma relação intersubjetiva entre o cuidador e a pessoa idosa hospitalizada. Essa presença foi marcada por expressões e falas de agradecimentos, como também pela sensibilidade ao reconhecer as necessidades do momento, naquelas pessoas. A teoria de Jean Watson valoriza a relação entre a (o) enfermeira (o) e o outro, concebendo que o cuidado humano se dá quando o profissional permite entrar no campo fenomenológico do outro e, com isso ser transformado.

Nesse sentido, durante a investigação percebeu-se, também, que a pesquisadora foi tocada e transformada pela música, bem como pelo contato direto com o sofrimento humano. Após cada sessão foi revelado, paulatinamente, que era possível, na prática, oferecer conforto a totalidade da pessoa humana, principalmente para um grupo etário tão massificado e desvalorizado por uma cultura capitalista e direcionada para características estéticas.

No entanto, em muitos momentos, foi difícil tornar esta pesquisa uma realidade, dada a estrutura física da instituição escolhida, que apresentava alguns obstáculos para sua concretização. A ausência de quartos individuais e do excesso de ruídos externos foram grandes entraves, desvelando que o hospital, muitas vezes, não se caracteriza como um ambiente terapêutico.

No entanto, foi-se notando, no percurso da pesquisa, que a escuta da música favoreceu a dignidade e a valorização da pessoa, ao oferecer conforto que transcendia o corpo físico, conforme relatado pelos idosos participantes. Como também, possibilitou em vários momentos o transporte dessas pessoas para outros espaços temporais, permitindo com que o ambiente passasse a oferecer uma forma de acolhimento, de natureza contrária, minimizando o impacto da realidade da institucionalização.

Dessa maneira, por sua mobilização no contexto, iniciou-se a observar, também, que a música ampliava-se no ambiente, porque começou a ultrapassar o campo daquele que a escutava individualmente, através de fones de ouvido, para alcançar reações nos familiares, em outros pacientes e profissionais de saúde. Desse modo, algumas situações passam a ser relatadas, a fim de exemplificar a repercussão do estudo, na unidade onde ocorreu à investigação.

Assim, durante as sessões da idosa Maria Luiza, por exemplo, sua acompanhante sempre perguntava de forma curiosa quais as músicas que a sua tia escutava e, ao saber que no final das três sessões iria ser entregue um CD com as músicas, ela solicitou uma cópia para ela, pois além de estar curiosa para ouvi-las, tinha interesse em fazer isso, sempre que possível. Do mesmo modo, alguns técnicos de Enfermagem, de uma das unidades, sucessivamente, quando eu buscava informações sobre o quadro clínico e indicação de algum idoso, questionavam se não deveria fazer a pesquisa também com eles. Para a sobrinha de Maria Luiza foi dado o CD da pesquisa, que foi recebido com grande surpresa e apreço. Para a Enfermagem, pretende-se posteriormente desenvolver um projeto de extensão em parceria com a Instituição e principalmente com o serviço de Enfermagem com o intuito de implantar a terapêutica da música para alívio da dor. Inicialmente, em uma unidade piloto, para em seguida estender para outras unidades, proporcionando a idosos e outros pacientes uma terapêutica de benefícios não só para o alívio da dor, mas também para a redução da ansiedade, depressão, entre outros.

Ainda, houve outros momentos bastante motivadores, diante da repercussão que a música passou a ter no cotidiano daquelas unidades. Certa vez, um acompanhante, filho de uma paciente, perguntou o que se fazia com os fones de ouvido, notando-se que, por alguns

dias ele ficava observando a organização dos materiais no corredor ou posto de Enfermagem. Ao respondê-lo, mostrou-se admirado, indagando se não poderia colocar a música para sua mãe, que não estava bem. Assim, foi atendido o pedido do filho dessa senhora, que não participou da pesquisa, por estar com a cognição prejudicada, entretanto participou ativamente das sessões musicais, apresentando respostas muito semelhantes a dos idosos incluídos. Essa não foi a única situação, que se realizou sessões musicais. Outros pacientes também participaram delas, mas que, em virtude da faixa etária ou da confusão mental, não puderam ser incluídos no estudo. Ainda, solicitação para participar da pesquisa surgiu de outros pacientes, a exemplo de um jovem portador de cardiopatia, com repercussões clínicas importantes, bastante edemaciado, em monitorização e oxigenoterapia, por máscara de Venturi. Esse jovem compartilhava a enfermaria com o idoso Alexandre, e perguntou se as sessões musicais só eram para idosos. Diante desse questionamento, buscou-se saber se ele gostaria de escutar um pouco de música e, prontamente afirmou, por estar ansioso, aguardando a chamada para um exame de imagem. Assim, realizaram-se duas sessões musicais com esse jovem, que informou sentir-se mais calmo e relaxado, após a escuta da música clássica e *New Age*.

Em outra ocasião houve um chamado da enfermeira da unidade, onde se encontrava o idoso Paulo Afonso, que informou, após a primeira sessão musical, Paulo Afonso continuou a dormir por mais de uma hora, sendo necessário acordá-lo para o jantar e para as medicações de horário. Ela percebeu, ainda, que ele ficou mais tranquilo e que a dor havia reduzido significativamente naquele dia, por isso acreditava que a repetição das sessões musicais deveria ser necessária e benéfica.

Nesse contexto, registra-se também que, a influência da música nos idosos participantes, foi notada pela esposa do idoso Joca que verbalizou:

A ideia de trazer música para o hospital é muito boa [...] não sei se isso é uma coincidência, mas achei que isso foi muito bom para ele, que não queria comer e, agora passou a pedir comida. (Acompanhante do idoso Paulo Afonso).

Desse modo, compreendeu-se a magnitude da música como terapia complementar, no cuidado a pessoa idosa hospitalizada, vislumbrando-a não só como intervenção da (o) enfermeira (o), mas inserindo-a em todo o processo de Enfermagem. Desde a consulta de Enfermagem, a música pode ser considerada, devendo ser contemplada no planejamento dos cuidados em todos os níveis de atenção. Não se restringindo apenas ao âmbito hospitalar.

Para tanto, é importante instrumentos adequados que resgatem essa nova e antiga modalidade de cuidar-curar, mas, também, de profissionais conscientes e intencionalmente presentes para apoiar, estimular e atender as necessidades e as expressões de emoções e sentimentos que podem emergir da escuta musical, pois se acredita que, alguns idosos participantes, foram bastante mobilizados pelas lembranças que emergiram e pela evocação de emoções, levando-os, provavelmente, a desistir de participar da pesquisa, após a primeira e a segunda sessão. Isso ocorreu quando uma idosa, ao ser convidada, informou que não gostaria de participar das sessões, porque estava chegando o São João. Como estava muito saudosa da sua vida, no interior, onde se festejava intensamente essa data, iria acabar se emocionando.

Sugere-se a realização de outras pesquisas com utilização de novas técnicas e estratégias de coleta de dados, como a entrevista em profundidade ou a história de vida, um maior número de encontros com os participantes e um maior tempo de permanência no campo poderão fornecer outras informações relevantes sobre a música como terapêutica complementar na palição da dor em idosos hospitalizados.

Destaca-se, que no percurso da investigação ocorreram algumas mudanças no procedimento de análise quantitativa, proposto inicialmente, para verificar a intensidade da dor antes e após a escuta musical. A falta de registros precisos sobre o uso de analgésicos nas prescrições e a exclusão de idosos em estado de confusão mental aguda, foram alguns fatores que associados contribuíram para inviabilizar uma análise quantitativa mais fidedigna e conclusiva.

Os resultados apontam, por fim, para a tese de que a música como terapia complementar influencia na palição da dor de pessoas idosas hospitalizadas ao evocar emoções e sentimentos de bem estar; ao expressar sentimentos de decepção, raiva e tristeza; ao aliviar a angústia e o estresse e ao permitir a recordação de tempos vividos, alcança a complexidade e subjetividade da pessoa, possibilitando a reintegração do corpo-mente-alma dentro da perspectiva da Teoria Transpessoal de Jean Watson que valoriza a relação interpessoal entre a(o) enfermeira(o) e o ser cuidado. Portanto, mais investimentos devem ser empreendidos, na busca de oferecer as pessoas idosas um cuidado sensível, ético e humano, direcionado ao *Caritas Processes*, ao contemplar as modalidades de cuidar-curar transpessoal.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução Alfredo Bosi. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AFONSO, Rosa; BUENO, Belén. Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. **Psicothema** [en línea]. vol. 22, nº 2, p. 213-220. 2010

ÁLABA, J. *et al.* Prevalencia del dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. **Rev. Soc. Esp. Dolor**. 16 (6):344-35. 2009.

ALMEIDA, O.P. **Arq. Neuropsiquiat.**, v. 57, p. 421-426. 1999.

ALVES, L.C. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. Trabalho apresentado no **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, realizado em Caxambu – MG– Brasil, de 20-24 de Setembro de 2004.

AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P.C.U. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. 328p.

AMARAL, J.B. **O significado do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados: história oral de enfermeiras**. 2006. 166p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

AMARAL, J. B; MENEZES, M. R; ROCHA, M. O uso da música como possibilidade de intervenção paliativa na dor oncológica. IV Congresso Latino-americano de Cuidados Paliativos. **Anais**. Lima-Peru, 2008.

AMARAL, J.B.; POVEDA-MARTORELL, M.A.; MENEZES, M.R. A enfermagem e os cuidados paliativos a pessoa idosa. *In*: SILVA, R.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (org). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo (SP): Martinari, 2012.

AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION. **What is Music Therapy?** Disponível em: <http://www.musictherapy.org/about/quotes/> .Acesso em: 14 fev. 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Recomendações para a organização de serviços de Cuidados Paliativos**. Portugal: ANCP, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS NATURAIS EM ENFERMAGEM (ABTNE) [home page na internet]. Disponível em <http://www.abraten.com.br>. Acesso em 20 jan. 2012.

ANDRADE, F.A.; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração da dor no idoso: Uma revisão. **Rev. Latino -Am. Enfermagem** [Online]. vol.14, n.2, p. 271-276. 2006.

ARANTES, A.C.L. Q. Fadiga em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R.A *et al.* **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

ASTUDILLO, W.A. *et al.* **Cuidados paliativos en geriatría**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2000.

ASTUDILLO, W.A; MENDINUETA, C.A. Bases para el cuidado paliativo en los ancianos. In: **Cuidados paliativos en geriatría**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2000.

ATHAYDE, P. **As Quatro Estações: Mimeses**. Ouro Preto: UFOP/IFAC, 2007.

AUGUSTO, A.C.C. *et al.* Avaliação da dor em Idosos com Doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1. 2004.

BACCI, A. V. F. **Comparação da escala CR10 de Borg com a escala analógica visual (VAS) na avaliação da dor em pacientes com disfunções temporomandibulares**. 2004. 121p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BALLONE, G.J. Percepção e Realidade. in **PsiquWeb**. disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005. Acesso em 27 de julho de 2010.

_____. **Wilhelm Reich**, in PsiquWeb. Disponível em: www.psiqweb.med.br, revisto em 2008. Acesso em 27 de julho de 2010.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Rede Interagencial de Informações para a Bahia (RIPSA). **Indicadores de Dados Básicos (IDB)** – Bahia, 2011. Disponível em <http://www.ba.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=91&item=18>. Acessado em 15 de jul. 2012.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso. **Histórico**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/creasi/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=73. Acessado em 11/09/2012.

BARATELLA, E. A. **Música e Musicoterapia** - Uma Linguagem da Alma. São Paulo: Empório do Livro, 2008.

BARBOSA, K. A.; FREITAS, M. H. Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. **Revista Kairós**, São Paulo, 12(1), jan., p. 113-134. 2009.

BARNES, P.M; POWELL-GRINER, E.; MCFANN, K.; NAHIN, R.L. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. **Seminars in Integrative Medicine**. Volume 2, Issue 2, June, p. 54-71. 2004.

BARNES, P.M.; BLOOM, B.; NAHIN, R.L. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. **National health statistics reports**; no 12. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2008.

BARÓN, M.G; LÓPEZ, M.R. **Dolor**: fisiopatología, Clínica, sistema de medición. In: Barón, M.G. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente com cáncer. 2ed. Buenos Aires\Madrid: Médica Panamericana, 2007. 900p.

BARRAGÁN-BERLANGA, A.J.; MEJÍA-ARANGO, S.; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, L.M. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. **Salud Publica Mex**; 49. 2007

BARRETO, D. Impacto Sonoro dos Transportes na Saúde da População **Revista VeraCidade**. Ano 3, n. 3, p.1-21. 2008

BARROS, A. J. S; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BASTOS, M.B. **Tópicos na música popular brasileira: Uma análise semiótica do choro e da música instrumental**. Monografia. Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. 2008.

BECKER, Leonita; BARRETO, Sidirley de Jesus. Considerações a respeito da música. **Revista Recre@rte**, n. 3, jun. 2005. Disponível em <<http://www.incat.com/revista/recrearte/recrearte03.htm>>. Acesso em 10 abril de 2007.

BELLETTI, M. *et al.* Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices: an exploratory and descriptive study. **Support Care Cancer**. Dec; 19 (12):1939-47. 2011.

BENEZON, R.O. **Teoria de La musicoterapia**: aportes al conocimiento Del contexto no-verbal. Madrid: Mandala Ediciones S.A., 1991. 150p.

BENNETT, R. **Uma breve história da música**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

BERGER, L. Agir de acordo com suas crenças e valores. *In*: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. p. 503-541.

BERGER, L. Aspectos biológicos do envelhecimento. *In*: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. p. 123-155.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I. E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, Abr-Jun; 15(2):262-9. 2006.

BERTOLUCCI, P. H. F *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**. 52:1-7, 1994.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução da CNBB: Editora Vozes, 2001.

BLASCO, SERAFINA POCHO. **Compêndio de Musicoterapia**. Barcelona: Empresa Editorial Herder, S.A, Vo1, 1999. 382p.

BLASCO, M.C.; SANCHO, M.A.; PERDOMO, E.; MARTINEZ, F. Musicoterapia Y Fitoterapia en la Cicatrización de las Heridas. VIII Simpósio GNEAUPP. Anais...-2010.

BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. 3. ed. Ribeirão Preto: Holos, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano** – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BORCHGREVINK, H.M. O cérebro por trás do potencial terapêutico da música. *In*: RUUD, E. **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 1991, 175p.

BRADSHAW, D. H. et al. Individual Differences in the Effects of Music Engagement on Responses to Painful Stimulation. **The Journal of Pain**. Vol 12, Issue 12, 1262-1273. 2011.

BRANDÃO, M.L. **Psicofisiologia** - as bases fisiológicas do comportamento. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

BRANDÃO, C. dor, câncer e cuidados paliativos: uma nova abordagem. **Rev. Prática Hospitalar**. Ano VII, n. 41, set-out. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mortalidade proporcional entre idosos segundo grandes grupos de causa, macro-região de residência e ano, 1998**, 2000. Disponível em <http://www.cpqrr.fiocruz.br/nespe/Content/Mortality/Tendencia/Tendenci.pdf>. Acessado em: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)**. Situação da base de dados nacional em 20/06/2012. Brasília-DF, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001; 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001; 130p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília-DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso, 2ª reimpr. –Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. 2006.

BRASIL, **Política Nacional de Juventude**: diretrizes e perspectiva. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, Fundação Friedrich Ebert. 2006.

BRICOLA, S. O tratamento farmacológico da dor no idoso. *In*: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR. São Paulo.7. **Anais...** São Paulo, out. 2005.

BROTONS, M; KOGER, S.M. The impact of music therapy on language functioning in dementia. **Journal of Music Therapy**. 37(3): 183-95. 2000.

BRUCKI, S. M. D. *et al*. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. São Paulo, v. 61, n. 3B, set. 2003.

BRUERA, E; KUEHN, N; MILLER, M; *et al*. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. **J Palliat Care**. 7:6-9, 1991.

BRUSCIA, K.E. Definiendo musicoterapia. Salamanca: Amarú Ediciones, 1997.

BULFINCH, T. **O livro de ouro da mitologia**: (a idade da fábula): histórias de deuses e heróis; tradução de DAVID, J. 26 ed. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações S/A; 2002; 418p.

BURLÁ, C. *In*: FREITAS, Elizabeth Viana de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 733-739 p.

BURLÁ, C.; PY, L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. 125-132.

BUSS LH, GRACIOLLI LS, ROSSI AG. Processamento auditivo em idosos: implicações e soluções. **Rev. CEFAC**, 12(1):146-151, Jan-Fev. 2010.

CABARCOS-CAZÓN, A. Valoración integral del enfermo en la fase terminal. *In*: ASTUDILLO, W.; ORBEGOZO, A.; LATIEGI, A.; URDANETA, E. **Cuidados Paliativos en Enfermería**. San Sebastián – España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003, 400p.

CALASANS, Maria Thaís; AMARAL, Juliana Bezerra do; CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. Manejo da dor nas pessoas com feridas. *In*: CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Como cuidar de pessoas com feridas**: desafios para a prática multiprofissional. Salvador: Atualiza editora, 2012. p. 293-316.

CALDERÓ, M.; LUQUE, M. B.; PALOMINO, A. Aplicación de la teoría de los factores cuidativos de Jean Watson a una Situación de la práctica clínica. La historia de Beatriz. IX Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud-IV Seminario Internacional sobre Cuidado Cultural en Salud, celebrado en Granada, España. **Anais...** el 19 y 20 de noviembre de 2009.

CAMPOS, D.C. **Influência da música na atividade motora de crianças nascidas prematuras e com peso inferior a 1500 g**. 2008. 89p. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. 33. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 447p.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 6 ed. São Paulo: Cultix, 2001. 256p.

CÁRDENAS, A. S.; PÉREZ, M. B. G. Controle dos sintomas respiratórios. *In*: ARIAS, M.D.E. **Cuidados Paliativos**. Madrid-Valencia: Ed. Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 79-84.

CARVALHO, E. S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações de mulheres e homens. Salvador, BA, 2010. 255p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010.

CARVALHO, M.V.B. **O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer**: uma atitude fenomenológica. São Paulo. 2003. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

CARRETERO, Y. Enfermería y protocolos de atención en la paliación. *In*: W. Astudillo, W; Orbegozo, A.; Latiegi, A.; Urdaneta, E. **Cuidados Paliativos en Enfermería**. San Sebastián – España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003. 400p.

CASTEL, A.; MIRO, J.; RULL, M. BS-21 Pain scale: Preliminary data regarding reliability and validity for the evaluation of pain in Geriatrics. **Revista de la Sociedad Espanola del Dolor**, 14(4):274-283. 2007.

CAVALLAZZI, T.G.L. et al. Avaliação do uso da Escala Modificada de Borg na crise asmática. **Acta paul. enferm.** [online], vol.18, n.1, p. 39-45. 2005.

CEBRIÁN, C.M. e JIMÉNEZ, E.P. Cuidados paliativos en geriatría. *In*: ARIAS, M.D.E. **Cuidados Paliativos**. Madrid-Valencia: Ed. Difusión Avances de Enfermería, 2000. 117-123p.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELAD). Boletín 9: **Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe**. Diciembre, 2011. 1-12p.

CHAN, M. F et al. Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. **Int J Ment Health Nurs**, 8 (4): 285-94, Aug. 2009.

CHAVES, L.D. O enfermeiro no manejo da dor do câncer. **Rev. Prática Hospitalar**. [online], 35 (5). 2004.

CHINNERY, J. Uma mitologia mundial: china. *In*: WILLIS, R.(org.) **Mitologias: deuses, heróis e xamãs nas tradições e lendas de todo o mundo**. São Paulo: Publifolha, 2007. 88-101p.

CIENA, A.P *et al.* Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201-212, jul./dez. 2008.

CLARK, M.E.; LIPE, A.W.; BILBREY, M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. **Journal of Gerontological Nursing**, 24:7:10-17.1998.

COELHO FILHO, J.F. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.6, p. 666-71. 2000.

COLE, A. D. Cidade em processo. Revista USP **Pós** n.22, São Paulo, dezembro 2008, 82-92. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/posfau/n22/06.pdf>. Acesso em: 01/11/2012.

COLELL-BRUNET, R. **Enfermería y cuidados paliativos**. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida, cop.2008. 91p.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a Vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 3ª Tiragem. Tradução por Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa-Porto-Coimbra: Ed. Lidel, 1999. Título original: Promouvoir la vie

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos. **Anais...** Brasília, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer CATn° 025/**. Musicoterapia. 2010

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN-197/1997**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREn-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo; 2001. p. 159-60.

CONSELHO PONTIFÍCIO DA CULTURA. **Jesus Cristo, portador da Água Viva** – Uma reflexão cristã sobre a Nova Era, Ed Paulinas, Coleção Documentos da Igreja, n. 13. São Paulo 2003

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). **Cuidado Paliativo**/Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo;, 2008. 689 p.

CORBETTA, P. **Metodología y técnica de investigación social**. Madrid: McGraw-Hilly Interamericana de España, S.A.V, 2007.

COUTINHO, A.P. *et al.* Pesquisa: fatores de risco para doenças crônicas. **Boletim epidemiológico paulista**, Ano 1, n.9, Set. 2004.

CRAVEN, R. F.; HINRLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral: o Problema dos Limites Entre o normal, e o patológico. **Arq.Neuro Psiquiatr.** [online], vol.57, n.1, p. 78-83.1999.

DAMASIO, A. **El error de Descarte**. La emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona: Crítica, 2006.

DAVIS, W.B.; GFELLER, K.E. Musicoterapia: una perspectiva histórica. *In*: DAVIS, W.B.; GFELLER, K.E.; THANT, M.H. **Introducción a la musicoterapia**: Teoría y practica. Barcelona: editorial de musica Boilean, 2000. 15-32p.

DAVIS, W.B. Musicoterapia y geriatría. *In*: DAVIS, W.B.; GFELLER, K.E.; THANT, M.H. **Introducción a la musicoterapia**: Teoría y practica. Barcelona: editorial de musica Boilean, 2000. 121-149p.

DAVIS, W.B.; GFELLER, K.E.; THANT, M.H. **Introducción a la musicoterapia**: Teoría y practica. Barcelona: editorial de musica Boilean, 2000. 395p.

DEMMER, C. A survey of complementary therapy services provided by hospices. **J Palliat Med**,7(4):510-6, Aug. 2004.

DIAS, L.M.C; COSTA, C.H.F; SOARES, E.; MOREIRA, A. Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 131-137, 1./2. sem. 2004.

DIOS, R.F. Dolor: cuidados tradicionales-naturales en paliativos. *In*: Barón, M.G. et al. **Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer**. 2 ed. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana, 2007. 900p.

DOBBRO, E.R.L. **A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia**. São Paulo, 1998, 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

DORMAN, S.; BYRNE, A.; EDWARDS, A. Wich measurement scales should we use to measure breathlessness in palliative care? A sistematic review. **Palliat. Med**, (15), Mar. 2007.

DOUGLAS, C.R. et al. **Tratado de fisiologia aplicado as ciências da saúde**. 5 ed. São Paulo: Robe, 2002.

DUARTE, Y.A.O et al. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, ano/vol. 5, n.24, p. 173-177. 2008.

DWORKIN. R.H.; GINSBERG, B.; COHEN, R.I. **Treatment of Chronic Pain in the Elderly**: Pharmacologic Treatment of Chronic Pain in the Elderly. University of Rochester School of Medicine and Dentistry, 2004.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. Trad. Reginaldo Machado Garcez. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.568p.

ESCOSTEGUY, C.C. Metodologia de ensaios clínicos randomizados. **Arq Bras Cardiol**. Vol.72, (nº 2). 1999.

EVANS, J.R.; FLETCHER, A.E.; WORMALD, R.P.L. Causes of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: an add-on study to the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. **Br J Ophthalmol**, 88: 365–370. 2004.

FARIA, J.B; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 18(3): 381-9. 2005.

FERNANDEZ-GARCIA, J.L. La comunicacion de las emociones. 1991, 639p. Tese (Doutorado). Escuela de Estomatología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 1991.

FERNÁNDEZ-PONCELA, A.M. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. **Revista Versión Nueva Época**, n 26, p. 1-24, Junio. 2011.

FERREIRA, A.A.L. O múltiplo surgimento da psicologia. *In*: JACÓ-VILELA, A.M.; FERREIRA, A.A.L.; PORTUGAL, F.T. (org.). **História da psicologia**: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau Eed, 2007. 13-45p.

FERRELL et al. Pain in cognitively impaired nursing home patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol. 10, issue 8, p. 591-598, November. 1995.

FILHO, J.M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos **Rev. Saúde Pública**, 34 (6): 6-7. 2000.

FLAHERTY, E. How to Try This: Using Pain-Rating Scales with Older Adults. **American Journal of Nursing**, 108 (6): 40–47. 2008.

FLETCHER, R.H; FLETCHER, S.W; WAGNER, E. H. **Epidemiologia Clínica**: elementos essenciais. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLORES, E.P. Control del dolor en geriatría. *In*: GARCÍA, R.R., BOTELLO, G.L. **Práctica de la geriatría**. 2ed. McGraw-Hill Interamericana, 2007. 684p.

FLORES-GUTIÉRREZ, E.; DÍAZ, J.L. La respuesta emocional a La música: atribución de términos de la emoción a segmentos musicales. **Salud mental**. Vol. 32, n1, 21-34, enero-febrero. 2009.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, 56(3): 162-170. 2007.

FONSECA, K.C; BARBOSA, M.A; SILVA, D.G; FONSECA, K.V; SIQUEIRA, K.M; SOUZA, M.A. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, 8 (3):398-403. 2006.

FRANCISCO, L. **Hospital Roberto Santos terá 50 novos leitos de retaguarda**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4504/162/hospital-roberto-santos-tera-50-novos-leitos-de-retaguarda.html> Acessado em: 01.11.2012.

FRANCO, M.; RODRIGUES, A.B. A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. **Einstein**,7(2 Pt 1):147-51. 2009.

FRANCO, M.C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y.F. e FRANCO, M.C. (org.). **Saúde e Doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996.

FRANK, J; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Rememoração, subjetividade e as bases neurais da memória autobiográfica. **Psic. clin.**, Rio de Janeiro, Vol.18, n.1, p.35 – 47. 2006.

GAMARRA-SAMANIEGO, P. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. **Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna**, vol.14, n. 2. 2001.

GARCÍA-BARRENO, P.; FRANCESC-ABEL, J.; RAMÓN-BUSTO, J. *et al.* El dolor. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas Madri. Estudios Interdisciplinarios. **Actas de las reuniones de la Asociación Interdisciplinar Jose de Acosta**, vol XVIII, 1992, 405p.

GARCÍA-BARRENO, P. Aspectos fisiopatológicos del dolor. In: GARCÍA-BARRENO, P.; FRANCESC-ABEL, J.; RAMÓN-BUSTO, J. *et al.* El dolor. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas Madri. Estudios Interdisciplinarios. **Actas de las reuniones de la Asociación Interdisciplinar Jose de Acosta**, vol XVIII, 1992. 405p.

GARCÍA-BARRENO, P.; FRANCESC-ABEL, J.; RAMÓN-BUSTO, J. et al. El dolor. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas Madri. Estudios Interdisciplinarios. **Actas de las reuniones de la Asociación Interdisciplinar Jose de Acosta**, vol XVIII, 1992. 405p.

GAINO, N.M.; LEANDRO-MERHI, V.A.; OLIVEIRA, M.R.M. Idosos hospitalizados: estado nutricional, dieta, doença e tempo de internação. **Rev Bras Nutr Clin**, 22 (4):273-9. 2007.

GARCÍA-GONÇALES, A. Valoración integral Del control de síntomas en Cuidados Paliativos. *In*: GARCÍA-GONÇALES, A. **Enfermería en cuidados paliativos**. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 2011. 284p.

GARCÍA, R.R., BOTELLO, G.L. **Práctica de la geriatría**. 2 ed. McGraw-Hill Interamericana, 2007. 684p.

GARCÍA, M.J.A; MUNTAMÉ, R.R Ciclo vital e historia de vida. *In*: ORRIO, C.N. **Enfermería de las pernsonas mayores**. Madri: Editorial Universitaria Ramón Areces, 2011. 391p.

GATTI, M. F. Z; SILVA, M. J. P. Música ambiente em serviço de emergência: percepção dos profissionais. **Rev Latino-am Enfermagem**, 15(3), mai-jun. 2007.

GAYNOR, M.L. **Sons que curam**. São Paulo: Cultrix, 1999.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação Das Culturas**. Editora: Ltc., 1989.

GENARO, J.F. Considerações sobre a constituição do self e da religiosidade na pessoa humana. **Estudos de Psicologia**, 25(4): 527-533. 2008.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GFELLER, K.E. La música: un fenómeno humano y un medio terapéutico. *In*: DAVIS, W.B.; GFELLER, K.E.; THANT, M.H. **Introducción a la musicoterapia**: Teoría y practica. Barcelona: editorial de musica Boilean, 2000. 36-59p.

GIL, B. **Enfermería geriátrica**: clínica y práctica. Madrid: Paradigma Tec. S.L., 1994.

GILSON, E. Análise do Discurso do método. *In*: DESCARTES, R. (1596-1650). **Discurso do Método**; introdução, análise e notas Étienne Gilson; tradução Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. 4 ed.; 2ª tiragem. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

GLASHAN, R.Q. *et al.* Perfil do idoso internado em unidade clínica de um hospital geral universitário da grande São Paulo, com visitas à enfermagem. **Acta Paul. Enf**, v.12, n.2, p.94-106, mai/ago. 1999.

GOLDHILL, S. Uma mitologia mundial: Grécia. *In*: WILLIS, R.(org.) **Mitologias: deuses, heróis e xamãs nas tradições e lendas de todo o mundo**. São Paulo: Publifolha, 2007. 124-165p.

GUILLAUMET, M.; FARGUES, I.; SUBIRANA, M.; BROS, M. Teoría del cuidado humano. Un café com Watson. **Metas de Enfermería**, 8(2):28-32. 2005

GOMES, R.T. *et al.* Dor: quinto sinal vital. **Prática Hospitalar**. Ano VIII, Número 44, Mar-Abr. 2006.

HAMLYN, David Walter. **Uma História da Filosofia Ocidental**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

HARLOS, M.; WOELK, C. **Guideline for estimating length of survival in Palliative Patients**. Em: <http://www.palliative.info>. Acesso 15 de junho, 2012.

HATEM, T. P. *et al.* Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 3, p. 186-92, maio/junho. 2006.

HERNANDEZ, J.J.C. Etiologia y patogenia del dolor en el cancer. *In*: VILLORIA. C.M. **Dolor oncológico reunión de expertos**. Salamanca: Fundacion Grunenthal, 2005. 121p.

HERNÁNDEZ-SAMPIEIRI, R.; FERNÁNDEZ-COLLADO, C.; BAPTISTA-LUCIO, P. **Metodología de la investigación**. 4ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. 2006. 850p.

HERR and GARAND. Assessment and measurement of pain in older adults. **Clin Geriatr Med**. August; 17(3): 457–vi. 2001.

HERR, K.A et al. *ain Intensity Assessment in Older Adults: Use of Experimental Pain to Compare Psychometric Properties and Usability of Selected Pain Scales With Younger Adults*. **Clin J Pain**, v.20, issue 4, p.207–219.2004.

HERR, K.; Mobily, P.; RICHARDSON, G., *et al.* Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of pain scales in the adult and older adult populations [abstract]. **Annual Meeting of the American Society for Pain Management in Nursing**; Orlando, FL., 1998.

HERZFELD, F. **Nós e a música**. Lisboa: Livros do Brasil, 1954. 271p.

HUENCHUAN, S. RODRÍGUEZ-PIÑERO, L. **Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección**. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile: 2010, 144p.

HUF, D.D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 208p.

IBGE. Censo Demográfico 2010. População residente, por sexo e situação do domicílio, segundo a religião – Brasil. Disponível em:
www.ibge.gov.br/home/estistica?população/censo2010. Acesso em: 19/07/2012

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2009** uma análise das condições de vida da população brasileira - v.26, 2009.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade - 1980-2050 - v. 24.** 2008.

ILARI, Beatriz. Música, comportamento social e relações interpessoais. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, Apr. 2006.

JOHNSON, L. The Chalice Of Repose - Therese Schroeder-Sheker. **The Journal of Science and Healing**, v. 1, n. 3, p. 166 - 167, 2002.

JUNGBLUT, A. L. **O Evangelho New Age: Sobre a gnose evangélica no Brasil na visão de seus detratores**. Civitas. Porto Alegre v. 6 n. 2 jul.-dez. 2006. p. 101-121.

KREEFT, P. **Cómo tomar decisiones**. Madrid: Ed. Rialp, 1993.

KEEN-PAYNE, R. Hospitalización de los ancianos. *In*: HOGSTEL, M.O. **Enfermería geriátrica**: cuidado de personas ancianas. Traducido por: DELGADO, C.M.; MAESTRE, E.V. Madrid: Editorial Paraninfo, 1998. 639p.

KOERICH, M.S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 15 (Esp): 178-85. 2006.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. Tradução: W. Dias da Silva; Tereza Kipnis. São Paulo: Martins Fontes, 1979. Título original: *Question and Answers on Death and Dying*.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KYDD, P. Using music therapy to help a client with Alzheimer's disease adapt to long-term care. **American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias**, 16, 103-108. 2001

LE BRETON, D. **Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.

LE BRETON, D. **Antropología del dolor**. Barcelona: Seix Barral Los Tres Mundos, 1999. 287p.

LE BRETON, D. **Antropología del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.

LEÃO, E.R. Dor oncológica: a música como terapia complementar na assistência de enfermagem. **Boletim Científico do Hospital Samaritano** 2002; (1). Disponível em: <http://www.samaritano.org.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=393>. Acesso em: 22 de out. de 2010.

LEÃO, E.R. *et al.* Música em unidade oncológica: “Todo sofrimento pode ter um recreio”. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA, XVI, 2003. **Resumos...** São Paulo, Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2003. p 196-7.

LEÃO, E.R.; BUSSOTTI, E.A; AQUINO, C.R; CANESIN, A.C; BRITO, R.P. Uma canção no cuidar: a experiência de intervir com música no hospital. **Nursing**. 82(8): 129-34. 2005.

LEÃO, E.R.; SILVA, M.J.P. Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev Latino-am Enfermagem**, 12(2):235-41, março-abril. 2004.

LEÃO, E.R.; SILVA, M.J.P. Música no controle da dor crônica. *In*: LEÃO, E.R. (org). **Cuidar de pessoas e músicas: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009. p. 139-157.

LEWIS, C.R.; VEDIA, A.; REUER, B.; SCHWAN, R.; TOURIN, C. Integrating complementary and alternative medicine (CAM) into standard hospice and palliative care. **Am J Hosp Palliat Care**, 20; 221. 2003.

LIM, P. H.; LOCSIN, R. Music as nursing intervention for pain five Asian countries. **International Nursing Review**, v. 53, p. 189–196. 2006.

LLORENTE, M.D.; ERRANDONEA, B.B. Princípios generales del control de sintomas. El Dolor. *In*: ARIAS, M.D.E. **Cuidados paliativos**. Madrid-Valencia: Difusión Avances de Enfermería, 2000. p. 55-68.

LÓPEZ, MONTILLA PEDRO. **El cerebro y la música: un enfoque interdisciplinario**. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba, 1999. 248p.

LOWEN, A. **Prazer: uma abordagem criativa da vida**. São Paulo: Círculo do Livro S.A., 1970. 245p.

MACHADO, A.C.A.; BRÊTAS, A.C.P. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. **Rev Bras Enferm**, 59(2): 129-33, mar-abr. 2006.

MARCHAND, L. Atención a pacientes terminal. *In*: RACKEL, D. **Medicina Integrativa**. 2 ed. España: Elsevier, 2009. 1218p.

MARCHE, A. Religion, health, and the care of seniors Counselling. **Psychotherapy, and Health**, 2(1), 50-61, April. 2006.

MARTI, M.D.B; MORA, S.V. Depresión, ansiedad e insomnio. *In*: ORRIO, C.N. **Enfermería de las pernsonas mayores**. Madri: Editorial Universitaria Ramón Areces, 2011. 391p.

MARTINEZ, J.A.B; PADUA, A.I; TERRA FILHO, J. Dispneia. **Medicina**, Ribeirão Preto, 37: 199-207, jul./dez. 2004.

MARTINS, S. O Corpo Divinizado no Candomblé da Bahia. **Anais do V Congresso Brasileiro de Pesquisa e Pós-Graduação em Artes Cênicas**. 2008. Disponível em: <http://www.portalabrace.org/vcongresso/textos/pesquisadanca/Suzana%20Martins%20-%20O%20Corpo%20Divinizado%20no%20Candomble%20da%20Bahia.pdf> Acessado em: 30 de set de 2012.

MARTORELL POVEDA, M.A. **Los recuerdos del corazón**. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas con alzheimer. (Tesis de doctorado). 2009. Universitat Rovira i Virgili, España. Tarragona, 2009.

MATHEUS, L.A.S. **A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico**. 1998. 149p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MATHIAS, J. J. S; ZAGONEL, I. P. S, LACERDA, M. R. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul Enferm**, 19(3):332-7. 2006.

MAUK, K.L. **Enfermería geriátrica: competencias asistenciales**. Madri: McGraw-Hill Interamericana, 2008. 663p.

MCCAFFERY, M, BEEBE, A. **Dolor: manual clínico para la práctica de enfermería**. Barcelona: Salvat, 1992. 369p.

MCCLELLAN, R. **O poder terapêutico da música**. Tradução: Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Siciliano, 1994. 232p.

MCCLOSKEY, J.C., BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. *In*: PESSINI, L. e BERTACHINI, L. (org) **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

MENDES, J.D.V. **Morbidade nas internações de idosos no SUS/SP em 2010**. Boletim Eletrônico GAIS nº 9. Publicação do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde da Coordenadoria de Planejamento de Saúde - CPS/SES/SP. Outubro/2011. Disponível em:

http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_9.pdf

MENEZES, M. R. *et al.* Bioética Del cotidiano y el cuidado Del anciano. **Gerokomos**, v. 9, n. 2, p. 98-73, mayo. 1998.

MENEZES, M. R., 1999. **Da violência revelada à violência silenciada**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

MENEZES, Rachel. **Em busca da “boa morte”**: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos. 2004. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. **Rev Bras Oftalmol**, 71 (1): 23-7. 2012.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2 ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda., 1999.

MICHAELLIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda., 2008.

MINAYO, M.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998. 269p.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MIRANDA, M. L. J.; GODELI, M. R. C. S. Music, physical activityt and psychological well-being for the elderly. **Rev. bras. Ciên. Mov**, 11(4): 87-94, out./dez. 2003

MONTEIRO, F.J.S. Tecnicas invasivas en el tratamiento del dolor oncologico. *In*: VILLORIA, C.M. **Dolor oncológico reunião de expertos**. Salamanca: Fundacion Grunenthal, 2005. 121p.

MOTTA, C.C.R.; HANSEL, C.G.,; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 12(3):471-7. 2010.

MUSZKAT, M.; CORREIA, C. M. F; CAMPOS, S. M. – Música e Neurociências. **Rev. Neurociências** 8(2): 70-75. 2000.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE (NCCAM). **What is complementary and alternative medicine.** Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>. Acesso em 15 jan 2012.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

NI, H.; SIMILE, C.; HARDY, A. Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults: Results From the 1999 National Health Interview Survey. **Medical Care**, Volume 40, Issue 4, p. 353-8, April. 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing Diagnoses: definitions and classification:** 2009/2011. Philadelphia: NANDA; 2009

OLIVEIRA, C. Atuação da enfermagem face ao idoso hospitalizado. **Rev. Baiana de Enfermagem**, 1: 40-61, 1983.

OLIVEIRA, R.A et al. **Cuidado Paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

OLIVEIRA, A.S, TORRES, H.P. O papel dos bloqueios anestésicos no tratamento da dor de origem cancerosa. **Rev Bras Anestesiol**, 53: 5: 654 – 662. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre la medicina tradicional** 2002-2005.

ORTEGA, G. Possibilidades de paliación en las unidades de cuidados paliativos. *In:* ASTUDILLO, W.A. et AL. **Cuidados paliativos en geriatría.** San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2000.

ORTIZ, J.S. et al. **Manual de Cuidados Paliativos.** Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (**SECPAL**). Guías y Manuales del Ministério de Sanidad y Consumo 1993. Ed Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica P1 del

Prado 18-20 Madrid. Autores: Jaime Sanz Ortiz, Xavier Gómez Batiste, Marcos Gómez Sancho y Juan Manuel Nuñez Olarte.

OTTAVIANI, S. et al. Effect of music on anxiety and pain during joint lavage for knee osteoarthritis. **Clin Rheumatol.** 31(3): 531-4, Mar. 2012.

O'DONNELL, L. **Music and the Brain.** Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n15/mente/musica.html>. Acessado em 11 jan 2012.

PAEILE, C.; BILBENY, N. **El dolor:** aspectos basicos y clínicos. 2 ed. Santiago de Chile: Mediterraneo, 1997. 558p.

PAIVA, K.M. et al. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.27, n.7, p. 1292-1300. 2011.

PALACIOS SANZ, J.I. El Concepto de Musicoterapia a través de la Historia. **Revista Electrónica de LEEME**, Lista Europea de Música en la Educación, n. 13, Mayo. 2004. Disponível em <http://musica.rediris.es>. Acessado em 11 jan 2012

PAREJA, F. B. *et al.* Escalas de utilidad en la evaluación de la alteración cognitiva y demencia. In: PAREJA, F.B.; ETESSAM, P.J.; GUZMÁN, J.D.; MARTÍN, P.M. **Más de cien escalas en neurología.** 2 ed. Madrid: Grupo Aula Médica, 2008, 375p.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**[online], vol.41, n.5, p. 757-768. 2007.

PAVANI, Neusa Júlia P. Dor no câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, n. 12. 2000.

PELZER, M.T.; FERNANDES, M.R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Texto Contexto Enferm**, 6: 339-44. 1997.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **Como lidar com o paciente terminal.** 5ed. São Paulo: Santuário, 1994.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a Vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2001.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE. C. P. **Problemas atuais da bioética.** São Paulo: Loyola, 1991.

PETROIANU, A; PIMENTA, L.G. **Clínica e cirurgia geriátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. 559p.

PIMENTA, C.A.M. Escala de Avaliação de Dor, *In*: TEIXEIRA, M.J. *et al.* **Dor conceitos gerais.** São Paulo: Limay, 1994. p. 46-50.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POLS, J.C.; BATES, C.J; MCGRAW, P.V.; ET AL. Visual acuity measurements in a national sample of British elderly people. **Br J Ophthalmol**, 84:165-170. 2000.

PRADO, E.P. Síndromes geriátricas. *In*: ORRIO, C.N. **Enfermería de La persona mayor.** Madrid: Editorial Universitaria Ramóns Areces. 2011. 391p.

PUGGINA, A. C. G. **O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e escalas de glasgow e ramsay.** [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem da USP, 2006. 157p.

QUEIROZ, F.J.G. Quão antiga é a música? **Rev Ateliê**, Salvador, ano 5, n.7, p.20-23. 2012.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento.** Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> acesso em 05 de agosto de 2010.

RAMOS, C.M.H. **Manejo da dor no câncer: conhecimento do enfermeiro.** Salvador, 1994. Tese de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 1994.

RAKEL, D.; WEIL, A. Filosofía de la medicina integrative. *In*: Rackel, D. **Medicina Integrativa.** 2 ed. España: Elsevier, 2009. 1218p.

REYES MARTI, M. Música como ciencia y las ciencias de la música: su importancia em la educación. **Revista Regional de Investigación Educativa: Educatio3**, p.07-24. 2006.

RIPAMONTI, C.; BRUERA, E. Dyspnea: pathophysiology and assessment. **Journal of Pain and Symptom Management**, 13 (4): 220 – 232. 1997.

ROCHA, F. J. B. **Sentimentos de tristeza e medo da morte**: memória e movimentos criativos no envelhecer. Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://sbprj.org.br/site/admIN/upload/publicacao/503fb6dc554ab792042630-F_Rocha_SENTIMENTOS_DE_TRISTEZA_E_MEDO_DA_MORTE.pdf
Acesso em: 05.11.2012.

ROCHA, P. K. *et al* . Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p.113-6, Fev. 2008.

RODRIGUES, N.C. Prefácio. *In*: PY, L. (org.) **Finitude**: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

RODRIGUEZ-CASTRO, M. El papel de la musicoterapia en los cuidados paliativos. *In*: ASTUDILLO, W.A., ROCHA, A.C., MENDINUETA, C.A. **Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad**. 1ª Edición. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2005.

ROSA, L, M; MERCÊS, N. N. A; SANTOS, V. E. P; RADÜNZ, V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 16 (3):410-4, jul/set, 2008.

RUBIA, F. J. Musica y cérebro. Conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 2009. Disponível em http://www.tendencias21.net/neurociencias/Musica-y-Cerebro_a14.html. Acesso em 11.12.2011

RUIZ BUENO, J.A.; GÓMEZ MILAN, E. Emoción, cuerpo y consciencia. *In*: HOCHÉL, M. Y GÓMEZ MILLÁN, E. **El rompecabezas del cerebro**: la conciencia. Universidad de Granada: Grupo de Investigación Setshift, 2007.

RUUD, E. **Música e saúde**. 2ed. São Paulo: Summus, 1991. 175p.

SALES, F.M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 16(3): 495-502, Jul-Set. 2007.

SANCHO, M.G. **Cuidados paliativos e intervención psicosocial em enfermos de câncer**. Las Palmas: ICEPS, 1988.

SANTIAGO, L.M.; NOVAES, C.O. Auto-avaliação da audição em idosos. **Rev CEFAC**, v.11, Sup. 11, 98-105. 2009.

SANTOS, C.C. et. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **ACTA FISIATR**, 13(2): 75-82. 2006.

SANTOS, M.R. **A relação de ajuda e confiança entre enfermeiros e familiares de crianças internadas**. 2012. 118p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

SANTOS, S.S.C. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.3; n.6. 2001.

SAUNDERS, N.J. Uma mitologia mundial: América do sul. *In*: WILLIS, R.(org.) **Mitologias: deuses, heróis e xamãs nas tradições e lendas de todo o mundo**. São Paulo: Publifolha, 2007. p.250-262.

SHAW, I. Gurob: the key to unlocking an Egyptian harem?. **Current World Archaeology**, vol 23, p. 12-19. 2007.

SCHESTATSKY, Sidnei *et al.* A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2010.

SCHNEIDER, E. H., UNKEFER, R. F. & GASTON, E. T. Introduction. *In*: GASTON, E.T. **Music in therapy**. New York: Macmillan, 2009. p. 2-4.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (SECOM) Notícias –Saúde: Hospital Geral Roberto Santos Comemora 30 Anos. Disponível em: <http://www.comunicacao.ba.gov.br/noticias/2009/03/20/hospital-geral-roberto-santos-comemora-30-anos>. Acesso em: 27 fev 2012.

SIEGLER, I.C., POON, L.W. A psicologia do envelhecimento. *In*: BUSSE, E. W; BLAZER, D. **Psiquiatria Geriátrica**. Trad. Maria Cristina Monteiro Giretart. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

SILVA, A. L. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. 1997. Tese (Doutor em Filosofia de Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

SILVA, F. L. Da Ética Filosófica à Ética em Saúde. *In*: FERREIRA, S.I.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à Bioética**. Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 19-36.

SILVA, G. S. F.; DERESZ, C. S.; LIMA, P. R. J. Associação entre limiares ventilatórios e percepção do esforço. **R. bras. Cien. Mov**, 14(1): 79-86. 2006.

SILVA, M. J. P.; BENKO, M. A. O uso das terapias alternativas por enfermeiros docentes. **Rev. bras. Enferm**, 51(3):457-68, jul.-set. 1998.

SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Sobre o cuidar ampliado. *In*: LEÃO, E. R. (org). **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009. p. 11-30.

SILVA, R.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (org). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo (SP): Martinari, 2013.

SILVA, S.A. *et al.* Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 16 (3):382-7, jul/set. 2008.

SILVA, R., SILVA, M.J.P. Enfermagem e os cuidados paliativos. *In*: SILVA, R., AMARAL, J.B., MALAGUTTI, W. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Guía de cuidados paliativos. Disponível em: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php>. Acesso em 20 jan 2012

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR. Disponível em: <http://www.dor.org.br>. Acesso em. 15 de jan de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V diretrizes da sobre Hipertensão Arterial**. 2ed. São Paulo: Omnifarma editora Ltda, 2009.

SOLANO, J.P.C. **Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos: avaliação de necessidades em cuidados paliativos**. 2009. 97p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

SOLANO, J. P.C *et al.* Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. **Rev Bras Epidemiol**, 14(1): 75-85. 2011.

SOUSA, M. G. C.; RUSSO, I. C. P. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, 14(2):241-6. 2009.

SOUSA, A. I; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autorreferido entre idosos de uma localidade de baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 12 (4): 706-16, dez. 2008.

SOUZA, T.B.G. **Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo-Estudo SABE**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TABARRO, C. S. *et al*; Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev Esc Enferm. USP**, 44(2): 445-52. 2010.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**- um modo de fazer. Capítulo IV. São Paulo: Edusp, 2001.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F.A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 21(1): 112-20, Jan-Mar. 2012.

THIBODEAU, G. **Estructura y función del cuerpo humano**. Harcourt Brace, 1998. p.180-183.

TODRES, I. D. Music is medicine for the heart. **J.Pediatr**, Rio de Janeiro, 82:166-8. 2006.

TOMATIS, A.A.; VILAIN, J. O ouvido à escuta da música. *In*: RUUD, E. **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 2ed., 1991. 175p.

TOMEY, A.M. ;ALLIGOOD, M.R. **Modelos y teorías en enfermería**.7ed. Madrid: Elsevier Science, 2010.

TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Terapias Alternativas/Complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem. **Rev latino-am. Enfermagem**. 2003; 11(4): 483-9.

UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; em parceria ao National Institutes of Health, ao National Cancer Institute e ao National Center for Complementary and Alternative Medicine. **Thinking About Complementary & Alternative Medicine**: a guide for people with cancer. Disponível em: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cam/thinking-about-CAM/367NCINewV2.pdf>. Acesso em 20 de jan 2012.

URRA, E.M. et al. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. **Ciencia y enfermería**, XVII(3):11-22. 2011.

VALE, N. B. Analgesia adjuvante e alternativa. **Rev. Bras. Anesthesiol**, v. 56, n.5, p.530-555, sept./oct. 2006.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, 22 (1):49-54. 2009.

VILLAS-BÔAS, M.E. **Da eutanásia ao prolongamento artificial**: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penas do final de vida. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005. 250p.

VIVES-RELATS, C. et al. Momentos de caring: un acercamiento a la filosofía y ciência del cuidado humano de Jean Watson. **Cuidar y Educar**, p.10-17, Nov. 2006.

VIRTUOSO, J. F. *et al.* Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.17, n.1, p. 23-31. 2012.

WALDOW, V. R; LOPES, M. J. M; MEYER, D. E. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. 2.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WARE, L.J *et al.* Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in Older Minority Adults. **Pain Manag Nurs**,7(3):117-125. 2006.

WATSON, J. Love and Caring. **Alternative journal of nursing**, v. 9, p.1-9, November. 2005.

WATSON, J; SMITH, M.C. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. Blackwell Science Ltd, **Journal of Advanced Nursing**, 37(5), p.452-461. 2002.

WATSON, J (a). **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Lusociência, 2002. 182p.

WATSON, J (b). **Enfermagem Pós-Moderna e Futura: um novo paradigma da enfermagem**. Lusociência, 2002. 299p.

WATSON, J. Impacto de una relación sanadora en la práctica de Enfermería. **Rev ROL Enf**, 29(12): 806-812. 2006.

WATSON, J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. **Rev ROL Enf**, 29(7-8): 494-497. 2006.

WATSON, J. Entrevista. Radar por CAETANO, Emília. **Revista Visão**, edição 746, junho. 2007.

WATSON J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto Enferm**, 16(1):129-35. 2007.

WAZLAWICK, Patrícia. Vivências em contextos coletivos e singulares onde a música entra em ressonância com as emoções. **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 24, n. 47, p. 73-83, out./dez. 2006.

WEINBERGER, N.M. Música y cerebro. **Revista Investigación y ciencia**, p.55-62. 2005.

WILLIS, R.(org.) **Mitologias: deuses, heróis e xamãs nas tradições e lendas de todo o mundo**. São Paulo: Publifolha, 2007. 324p.

WYNNE, C.F; LING, S.M; REMSBURG, R. Comparison of pain assessment instruments in cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. **Geriatric Nursing**, 21:20-23. 2000.


WISNIK, José Miguel. **O som e o sentido: uma outra história das músicas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2 ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

ZANON, R. G.; BRASIL, A.K.; IMAMURA, M. Ultra-som contínuo no tratamento da fasciíte plantar crônica. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v. 14, n.3. 2006.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO 1


 Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós Graduação Fone: (071) 8115 - 3042 E-mail responsável: julianabamaral@yahoo.com.br			
1. Data da Entrevista:	2. Nome Entrevistador:	3. No Questionário:	4. Hora Início:
5. Nome do Informante:		6. Unidade:	7. Hora Final:
A. Dados sociodemográficos			
A1. Qual a sua idade? _____ Data de nascimento? ___/___/___		A11. Qual a última série concluída? 01 () Alfabetizado (sabe ler e escrever o nome somente) 02 () Até o 5º ano (antiga 4ª série) 03 () Ensino fundamental incompleto 04 () Ensino fundamental completo 05 () Ensino médio incompleto 06 () Ensino médio completo 07 () Superior incompleto 08 () Superior completo 09 () Pós graduação 10 () Não frequentou escola 11 () Outros _____	
A2. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino		A12. E a sua renda pessoal? _____ 1 () não quis responder 2 () não tem renda	
A3. Em qual dessas classificações você define sua raça/cor? 1 () branca 2 () preta 3 () parda 4 () amarela 5 () indígena 6 () NRA (nenhuma resposta acima)		A13. Qual origem da sua renda? 1 () aposentadoria 2 () pensão 3 () alugueis 4 () trabalho 5 () doações/auxílio do governo 6 () outras _____	
A4. Qual a sua religião (praticada)? 1 () católica 2 () protestante 3 () espírita 4 () candomblé 5 () nenhuma 6 () outros _____		A14. Alguém depende da sua renda? 1 () Sim Quem? _____ 2 () Não OCUPAÇÃO E/OU PROFISSÃO _____	
A5. Qual seu estado civil atual? 1 () casado (a) / união estável 2 () solteiro (a), com parceiro (a) fixo 3 () solteiro (a), sem parceiro (a) fixo 4 () separado (a) 5 () divorciado (a) 6 () viúvo (a)		A15. O (a) Sr (a) é natural da: 1 () Zona rural 2 () Zona urbana	
A6. Qual o tempo de união com o (a) parceiro (a)? 1 () entre 1ano e 5 anos 2 () entre 5 anos e 10 anos 3 () entre 10 anos e 15 anos 4 () entre 15 anos e 20 anos 5 () mais de 20 anos		A16. O (a) Sr (a) reside na: 1 () Zona rural 2 () Zona urbana Qual: _____	
A7. O (a) Sr (a) tem filhos (as)? 1 () sim 2 () não		A17. Onde reside? 1 () domicílio 2 () abrigo 3 () Outros Outros: _____	
A8. Quantos filhos (as) o (a) Sr (a) tem: Nº: _____		A18. Com quem o Sr (a) reside? 1 () parceiro (a) 2 () filhos 3 () sozinho (a) 4 () cuidador (a) 5 () outros _____	
A9. O (a) Sr (a) possui algum cuidador? 1 () sim 2 () não			
A10. Se possui, existe algum parentesco com o cuidador? 1 () sim Qual: _____ 2 () não			

B. Dados Clínicos	
<p>A19. O (a) Sr (a) apresenta algum antecedente médico: 01 () Hipertensão arterial 02 () Diabetes Mellitus 03 () Depressão 04 () Pneumopatia: _____ 05 () Cardiopatia: _____ 06 () Câncer: _____ 07 () Problema Osteoarticular: _____ 09 () Problema renal: _____ 10 () Problema hepático: _____ 11 () Problema na visão: _____ 12 () Outros _____</p>	<p>A30. Sua acuidade auditiva se encontra: 1 () preservada 2 () diminuída 3 () ausente</p>
<p>A20. O Sr (a) tem conhecimento sobre sua saúde? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>21. O que sabe sobre sua condição de saúde? _____ _____</p>	<p>A31. O (a) Sr (a) faz uso de algum aparelho para melhorar a audição? 1 () Sim 2 () Não Nº de anos: _____</p>
<p>A22. Quem forneceu as informações sobre sua saúde? 1 () familiar 2 () médico 3 () outros _____</p>	<p>A32. Sua acuidade visual se encontra: 1 () preservada 2 () diminuída 3 () ausente</p>
<p>A23. O (a) Sr (a) fuma atualmente: 1 () sim 2 () não Nº de cigarros/dia _____</p>	<p>A33. O (a) Sr (a) faz uso de lentes corretivas para melhorar a visão? 1 () Sim 2 () Não Por que: _____</p>
<p>A24. O (a) Sr (a) fumava no passado? 1 () sim 2 () não Nº de cigarros/dia _____</p>	<p>A34. O (a) Sr (a) sabe o motivo da sua internação? 1 () sim 2 () não Qual: _____</p>
<p>A25. Há quanto tempo parou de fumar? _____ anos</p>	<p>A35. Quanto tempo o (a) Sr (a) se encontra hospitalizado? _____</p>
<p>A26. O (a) Sr (a) faz uso de bebida alcoólica atualmente? 1 () sim 2 () não</p>	<p>A36. O (a) Sr (a) sente: 1 () dor 2 () sensação de falta de ar 3 () cansaço ou sensação de falta de energia 4 () náuseas 5 () Outros: _____</p>
<p>A27. Qual a frequência da sua ingestão de bebida alcoólica? 1 () Nos eventos sociais 2 () Todos os fins de semana 3 () 3 vezes por semana 4 () 4 a 7 vezes por semana 5 () Não soube responder</p>	<p>A37. Há quanto tempo o Sr (a) sente: 1 () dor: _____ 2 () sensação de falta de ar: _____ 3 () cansaço ou sensação de falta de energia: _____ 4 () náuseas: _____ 5 () Outros: _____</p>
<p>A28. O (a) Sr (a) fez uso de bebida alcoólica no passado? 1 () sim 2 () não</p> <p>A29. Há quanto tempo parou de fazer uso de bebida alcoólica? _____ anos</p>	<p>A38. Como o senhor (a) percebe o seu estado de saúde? 1 () Ótima 2 () Boa 3 () Má ou péssima</p> <p>A39. Antes da hospitalização necessitava de auxílio para as atividades diárias? 1 () Sim 2 () Não</p> <p>A40. Atualmente necessita de auxílio para as atividades diárias? 1 () Sim 2 () Não</p>

Música de preferência e/ou cantor (a):

B. Dados Clínicos (prontuário)					
A40. Diagnóstico médico? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	A47. Uso de medicações sedativas: 1 () Nenhuma 2 () 1 ou 2 3 () 3 ou mais 4 () Não se aplica				
A41. Tempo de internação: <hr/> dias A42. Número de internação nos últimos 6 meses: 1 () Nenhuma 2 () 1 a 2 vezes 3 () 3 e mais	A48. Via de sedação: 1 () IV intermitente 2 () IV contínua 3 () VO 4 () Não se aplica				
A43. Unidade em que se encontra hospitalizado 1 () 2C 2 () 2B 3 () 2A 4 () Outra: _____	A49. Medicações sedativas prescritas: 1. _____ 2. _____ 3. _____				
A44. Uso de medicações analgésicas: 1 () Nenhuma 2 () 1 ou 2 3 () 3 ou mais 4 () Não se aplica Qual? _____	A50. Sinais e sintomas descritos em prontuário: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
A45. Via de analgesia: 1 () IM 2 () IV intermitente 3 () IV contínua 4 () VO 5 () SC 6 () Não se aplica	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> A51. Escore do MEEM: _____ total </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> A53. Escore do PPS: _____ </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> A52. Escore do SPMSQ: _____ </td> <td style="vertical-align: top;"> A53. Escore do Barthel _____ </td> </tr> </table>	A51. Escore do MEEM: _____ total	A53. Escore do PPS: _____	A52. Escore do SPMSQ: _____	A53. Escore do Barthel _____
A51. Escore do MEEM: _____ total	A53. Escore do PPS: _____				
A52. Escore do SPMSQ: _____	A53. Escore do Barthel _____				
A46. Medicações analgésicas prescritas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	A54. Intensidade da Dor: _____				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> A55. Pulso: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> A56. Pressão Arterial: _____ </td> </tr> </table>	A55. Pulso: _____	A56. Pressão Arterial: _____		
A55. Pulso: _____	A56. Pressão Arterial: _____				
	A57. Frequência Respiratória: _____				

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;">Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós Graduação Fone: (071) 8115 - 3042 E-mail responsável: julianabamaral@yahoo.com.br</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sr. (a).

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa que será realizada pela Enfermeira Juliana Bezerra do Amaral (Telefone: 71 3231-8252/ 8115-3042) aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob orientação da Professora Maria do Rosário de Menezes. Esta pesquisa tem por objetivo “Avaliar o efeito terapêutico da música no alívio da dor de idosos em cuidados paliativos”. Portanto, sua participação torna-se indispensável para a construção desta pesquisa. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e terá apenas fins científicos, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento se assim o desejar, sendo preservada sua identidade na pesquisa e quaisquer outros dados que possam identificar-lhe.

Para participar da pesquisa será feito um teste simples chamado Mini Exame do Estado Mental que contém questões para avaliar a sua memória. Em seguida, será aplicado um questionário com perguntas referente à sua história.

Durante a pesquisa o Sr. (a) será submetido (a) a três sessões musicais sendo uma sessão por dia. A sessão musical diária será composta pela escuta de três músicas que foram escolhidas pela pesquisadora, sendo o tempo máximo de exposição das mesmas de 15 minutos, podendo ser reduzido ou aumentado se o Sr (a) assim o desejar. A pesquisadora oferecerá fones de ouvidos confortáveis. Os fones de ouvido serão limpos com álcool a 70% e coberto com papel filme antes e após a utilização do mesmo para promoverá a remoção de bactérias e proteger contra sujidades. Em seguida, com um aparelho de MP3 você escutará a sequência das 03 (três) músicas em volume confortável e determinado por você. Transcorrido o tempo programado para o fim da sessão, o Sr. (a) marcará dará uma nota de 0 a 10 para a intensidade da sua dor no momento, sendo “0” ausência de dor e “10” dor máxima. (Escala Visual Analógica para Dor). Em seguida, será feito algumas perguntas sobre a sua experiência com a escuta musical e verificada sua pressão arterial, seu pulso e respiração pela pesquisadora.

Ressaltamos que os possíveis riscos da pesquisa serão minimizados, sendo estes: 1) constrangimento e vergonha durante a entrevista, todavia buscaremos manter a privacidade do ambiente para evitar o mesmo; 2) presença de emoções que provoquem desconforto, por isso o serviço de psicologia e enfermagem serão acionados para atender as suas necessidades; 3) infecção auditiva, assim o Sr(a) utilizará para escuta musical fones de ouvido de uso privativo ou limpos de acordo com o Serviço de Infecção Hospitalar.

O Sr. (a) não terá nenhum ônus e despesas, nem receberá pagamento para participar da pesquisa, sendo desnecessárias indenizações por não haver danos decorrentes da mesma. Todos os gastos da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Juliana Bezerra do Amaral
Pesquisadora Responsável
Tel: 8115-3042

Considerando que fui devidamente esclarecido (a) sobre o tema e objetivos da pesquisa pela pesquisadora e, por se tratar da coleta de dados mediante aplicação de escalas, entrevista e verificação de sinais vitais para fins acadêmicos, elaboração de tese de doutorado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, eu

confirmo minha aceitação em participar da pesquisa, prestando as informações solicitadas. Declaro estar ciente de que estas serão utilizadas, somente, para fins científicos, sendo que não terei meu nome divulgado na pesquisa, nem quaisquer outros dados que possam me identificar.


Abdicando de direitos sob a parte não relacionada, o que faço também aos meus dependentes subscreve a presente carta.

Salvador, _____ de _____ de 2011

Assinatura _____



APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA

	<p style="text-align: center;"> Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós Graduação <i>Fone: (071) 8115 - 3042 E-mail responsável: julianabamaral@yahoo.com.br</i> </p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO


1. Descrever como foi a escolha do idoso;
2. Descrever como foi a aproximação com o idoso;
3. Descrever suas observações e impressões antes, durante e após cada sessão em relação a (utilizar o verbo no impessoal, por exemplo: foi observado; percebeu-se):
 - A. Comportamento do idoso
 - a. Faces
 - b. Postura/posicionamento
 - c. Sons emitidos
 - d. Movimentos
 - B. Ambiente
 - a. Físico
 - b. Pessoal – Acompanhante, visita, outros pacientes e profissionais.
 - C. Registrar na íntegra os relatos dos idosos

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Questão principal: Como foi para o (a) Senhor (a) a experiência da escuta musical?

1. Como o Sr (a) está se sentido após a escuta musical?
2. Como está a sua dor depois da escuta musical?
3. Quais as sensações que surgiram com a escuta musical?
4. Quais os sentimentos que surgiram com a escuta musical?
5. Ocorreu alguma lembrança/recordação durante a escuta? Conte-me
6. Qual a música que o Sr (a) mais gostou? Por quê?

**ANEXO A – MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)**

	<p>Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós Graduação <i>Fone: (071) 8115 - 3042 E-mail responsável: julianabamaral@yahoo.com.br</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paciente: _____ Nível de instrução: _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (aposente ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade. (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. (ex: Gelo, Leão, Planta) - Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras.

- Dê 1 ponto para cada resposta correta ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

(100-7 sucessivos, 5 vezes sucessivamente

- 1 ponto para cada cálculo correto..... ()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

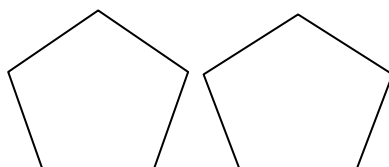
EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente

- 1 ponto por palavra..... ()


LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ()
- Comando: “pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos) ()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto) ()
- Escrever uma frase (1 ponto) ()
- Copiar um desenho (1 ponto) ()



ESCORE (___/30)

ANEXO B – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)


 UFBA	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fone: (071) 8115 - 3042 E-mail responsável: julianabamaral@yahoo.com.br
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa.	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença significativa.	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa.	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para maioria das atividades, doença extensa.	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Idem	Dependência completa	Idem	Idem
20	Idem	Idem	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Idem
10	Idem	Idem	Idem	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão.
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: HarlosM, Woelk C. Guideline for estimating length of survival in Palliative Patients. Em <http://www.palliative.info>. Traduzido e adaptado por Neto, 2006.

ANEXO C – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

 <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">UFBA</p>	<p style="font-weight: bold; font-size: small;">Universidade Federal da Bahia</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">Escola de Enfermagem</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">Programa de Pós Graduação em Enfermagem</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">Fone: (071) 8115 - 3042 E-mail responsável: julianabamaral@yahoo.com.br</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ÍNDICE DE BARTHEL

1- ALIMENTAÇÃO:

- 10 - Independente - capaz de alimentar-se sozinho quando o alimento é colocado ao seu alcance, fazendo em tempo razoável;
- 05 - Necessita de alguma ajuda: Ex: comida precisa ser cortada;
- 00 - Incapaz de alimentar-se sozinho.

2 - MOBILIDADE

- 15 - Independente - pode usar um auxiliar, bengala, muleta, andador, desde que consiga colocar estes equipamentos de ajuda na posição necessária; colocar-se de pé e assentar-se;
- 10 - Caminha com a ajuda de uma pessoa;
- 05 - Na cadeira de rodas, mas independente;
- 00 – Imóvel

3 - CUIDADO PESSOAL

- 05 - Independente (escovar dente, pentear cabelo, barbear-se);
- 00 - Necessita de ajuda.

4 - USO DO BANHEIRO

- 10 - Independente - paciente capaz de usar o vaso sanitário, pode usar barra. Capaz de desabotoar roupas, não se sujar, usar o papel higiênico sem ajuda, pode usar urinol ou marreco sendo capaz de colocá-lo e retirá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo;
- 05 - Necessita de ajuda- há desequilíbrio na hora de desabotoar roupas, etc...;
- 00 - Paciente não é capaz de usar o banheiro ou comadre

5 - BANHO

- 05 - Independente- sem a ajuda de outra pessoa (chuveiro, banheira - pode usar barras ou objetos fixos como apoio);
- 00 - Necessita de ajuda ou supervisão.

6 - VESTIR-SE

- 10 - Independente - vestir-se só (inclusive abotoar e desabotoar colchetes, amarrar sapatos, colocar e retirar acessórios especiais);
- 05 - Necessita de ajuda, mas faz metade do trabalho sozinho;
- 00 – Dependente

7 - TRANSFERÊNCIA

- 15 - Independente- transfere-se sozinho da cama para a cadeira e vice-versa;
- 10 - Necessita de ajuda mínima ou supervisão por segurança (1 pessoa);
- 05 - Pode assentar- se sozinho, mas precisa de grande ajuda para transferir-se (1 pessoa forte ou 2 pessoas normais);
- 00 - Sem equilíbrio ao assentar-se.

8 - ESCADA

- 10 - Independente para subir e descer (pode e deve usar corrimão e deve ser capaz de carregar bengala e muletas, quando às usa);
- 05 - Necessita de ajuda ou supervisão;
- 00 - Não consegue subir ou descer escadas.

9 - CONTROLE FECAL:

- 10 - Contínente - sem acidentes pode usar supositório ou enema quando necessário;
- 05 - Necessita de ajuda usando supositório ou enema ou tem acidentes ocasionais;
- 00 - Incontinente.

10 - CONTROLE URINÁRIO

- 10 - Contínente - controla urina dia e noite (pacientes que usam coletor devem colocá-lo, retirá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo, mantendo-se seco dia e noite);
- 05 - Acidentes ocasionais- necessita de ajuda com equipamentos externos;
- 00 - Não consegue se manter seco.

Condições ambientais interferem no IB. Requisitos ambientais especiais devem acompanhar o IB de cada paciente. Ex: **barras para segurar no banheiro, rampa ao invés de escada, cadeira de rodas e cômodos no mesmo nível.**

IB = 100 não significa que o paciente pode viver sozinho. Ele pode não ser capaz de fazer comida ou manter a casa. Significa que não precisa de cuidados assistentes.

- ✓ O Índice deve ser usado para reportar o que o paciente faz e não o que ele deveria fazer.
- ✓ Paciente inconstante é nota 0, mesmo se estiver contínente.
- ✓ Uma pontuação zero é atribuída em qualquer categoria que o paciente não atinge o critério apresentado;
- ✓ **Escore do Índice de Barthel:**

> 70 - Independente

< 70 - Dependente

40 a 70 - Paciente parcialmente dependente

< 40 - Paciente completamente dependente

**HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Salvador, 17 de junho de 2013.

Protocolo de Pesquisa CEP/HGRS Nº 23/2010 (2ª Via)

TÍTULO DO PROJETO O Uso da Música como Recurso Terapêutico Complementar para Idosos em Cuidados Paliativos.

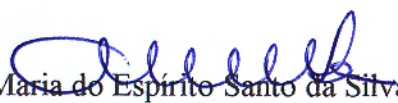
Classificação no Fluxograma: Grupo III.

Pesquisador Responsável: Juliana Bezerra do Amaral

Instituição onde se realizará: HGRS.

Parecer do CEP/HGRS: APROVADO.

Atenciosamente,



Maria do Espírito Santo da Silva
Coren 10623
Coordenadora do CEP/HGRS