



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TAISE CARNEIRO ARAÚJO**

**CONFORTO PROPORCIONADO PELA MÚSICA: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS  
SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

**SALVADOR**

**2013**

**TAISE CARNEIRO ARAÚJO**

**CONFORTO PROPORCIONADO PELA MÚSICA: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS  
SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa: O cuidar no processo de desenvolvimento Humano

**Orientador:** Prof. Dr. Álvaro Pereira

SALVADOR

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

A663 Araújo, Taise Carneiro

Conforto proporcionado pela música: experiências de pessoas sob cuidados paliativos / Taise Carneiro Araújo. – Salvador, 2013.

130 f.

Orientadora: Prof. Dr. Álvaro Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

1. Música. 2. Cuidados de Conforto. 3. Cuidados Paliativos. 4. Enfermagem. I. Pereira, Álvaro. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 78:616-083

TAISE CARNEIRO ARAÚJO

**CONFORTO PROPORCIONADO PELA MÚSICA: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS  
SOB CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa: O cuidar no processo de desenvolvimento humano.

**Aprovado em 29 de maio de 2013**

**BANCA EXAMINADORA**

Álvaro Pereira



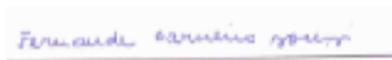
Doutor em Enfermagem, professor da Universidade Federal da Bahia

Cláudia Geovana da Silva Pires



Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Federal da Bahia

Fernanda Carneiro Mussi



Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Júlia Paes da Silva



Doutor em Enfermagem, professora da Universidade de São Paulo

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho, com todo meu carinho e amor, a todos aqueles que se votam a encher de dignidade, amor e conforto a vida de pessoas em processo de terminalidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primariamente a **Deus**, fonte de amor maior, onde busquei forças para construir minha caminhada e concluir esta pesquisa.

Á minha **Mãe**, pelas orações diárias e incentivo. Cuja sensibilidade e doçura foram espelhadas por mim na confecção deste trabalho.

Á **minha família** que com o amor incondicional, sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos.

Á meu noivo, **Tarcisio**, pela compreensão e apoio.

Aos **Mestres da UFBA**, por me guiarem pela arte da Pesquisa, com dedicação e competência.

Ao **Grupo GECEN** pelas contribuições ao trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, pela oportunidade de desfrutar de um ambiente fértil em pesquisa.

Às Professoras **Dra. Maria do Rosário, Dra. Fernanda Carneiro Mussi, Dra. Maria Júlia e Dra. Cláudia Geovana da Silva Pires** por suas valiosas contribuições à minha dissertação

Aos **colegas do mestrado**, pela convivência prazerosa e a certeza que em meio a luta de vaidades, a generosidade e companheirismo prevalecem.

Á minha orientador, **Álvaro Pereira**, que confiou no meu trabalho e muito tem me ajudado a trilhar pelos caminhos da pesquisa, o meu muito obrigada.

Aos **participantes** desta pesquisa pela confiança e paciência. Sem eles este estudo não seria possível. Muito obrigada a todos.

Á **UESB** pelo incentivo em todos estes anos de graduação.

Ao **Hospital Aristides Maltez** por abrir suas portas para esta pesquisa, e a todos profissionais que nela trabalha pela paciência.

*Obrigada!*

## RESUMO

ARAÚJO, Taise Carneiro. **CONFORTO PROPORCIONADO PELA MÚSICA: EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS SOB CUIDADOS PALIATIVOS.** 2013. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2013.

Este estudo teve como objetivo: Analisar as experiências de conforto de pessoas sob cuidados paliativos com o uso da música. Tratou-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza qualitativa, realizada nas clínicas médica de internação adulta do Hospital Aristides Maltez, com 15 participantes conscientes e orientados que estivessem recebendo cuidados paliativos. Foi utilizado para a coleta dos dados um roteiro de entrevista semi-estruturado que constava de duas partes. A coleta se procedeu em 3 momentos: o primeiro foi uma aproximação inicial e aplicação da primeira parte do roteiro onde foi perguntado as preferências musicais; o segundo constou da aplicação das músicas de preferência dos participantes durante dois dias consecutivos, com duração mínima de 30 min e o terceiro momento foi aplicada a segunda parte do roteiro onde constava perguntas sobre as sensações após escutar a música e as experiências de conforto com o uso da música. As entrevistas foram analisadas através da Análise de Conteúdo Temática Categorial, proposta por Bardin. Da análise do discurso dos sujeitos emergiram quatro categorias temáticas e seis subcategorias. Foi possível identificar que os participantes tiveram experiências de conforto através da música no contexto físico por meio do relaxamento físico e alívio da dor; contexto mental através do bem-estar, diminuição do sofrimento, tranquilidade e transcendência; contexto espiritual e ainda por meio do resgate de memórias afetivas em forma de imagens mentais. Assim, os resultados deste trabalho apontam para um horizonte valioso, mesmo que, ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde. Podemos constatar que a música apresenta-se não só como um poderoso instrumento nos cuidados paliativos de pacientes em processo de terminalidade, mas também, uma alternativa simples, criativa e eficaz no conforto físico, mental, espiritual e no estímulo de memórias do passado através de imagens mentais.

**Palavras-chave:** Música. Cuidados de Conforto. Cuidados paliativos. Enfermagem.

## ABSTRACT

ARAUJO, Taise Carneiro. **COMFORT PROVIDED BY THE MUSIC: EXPERIENCES OF PEOPLE UNDER HOSPICE CARE.** In 2013. 139f. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School of Federal University of Bahia, Salvador/BA, 2013.

This study aimed to: Examine the experiences of comfort people under hospice care with the use of music. This was a descriptive-exploratory qualitative study was conducted in adult inpatient medical clinics Hospital Aristides Maltez, with 15 participants who were conscious and oriented receiving palliative care. It was used for data collection a roadmap for semi-structured and consisted of two parts. The gathering was held in 3 stages: the first was an initial approximation and implementation of the first part of the script where he was asked the musical preferences, the second consisted of songs from the application of preference of participants for two consecutive days, lasting at least 30 min and the third time was applied to the second part of the script which contained questions about the feelings after listening to the music and the experiences of comfort with the use of music. The interviews were analyzed through thematic content analysis proposed by Bardin. Discourse analysis of the subject emerged four thematic categories and six subcategories. It was possible to identify which participants had experiences of comfort through music in physical context through physical relaxation and pain relief; context through the mental well-being, decrease suffering, tranquility and transcendence, and spiritual context even through the rescue of affectionate memories in the form of mental images. Thus, the results of this study point to a horizon valuable, even if still poorly understood by health professionals. We can see that the music presents itself not only as a powerful tool in the palliative care of terminally ill patients in process, but also a simple, creative and effective physical comfort, mental, spiritual and stimulating memories of the past through mental images.

**Keywords:** Music. Comfort care. Hospice. Nursing.

## RESUMO

ARAUJO, Taise Carneiro. **COMFORT PROPORCIONADA POR LA MÚSICA: LAS EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS BAJO EL CUIDADO DE HOSPICIO.** En 2013. 139F. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador/BA, 2013.

Este estudio tuvo como objetivo: Examinar las experiencias de personas de confort bajo los cuidados paliativos con el uso de la música. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo-exploratorio fue realizado en adultos del hospital general médico, Hospital Aristides Maltez con 15 participantes conscientes y orientados que reciben cuidados paliativos. Se utilizó para la recogida de datos de una hoja de ruta para la semi-estructurada se componía de dos partes. La recolección se realizó en 3 fases: la primera fue una primera aproximación y la aplicación de la primera parte de la secuencia de comandos donde se le pidió a las preferencias musicales, la segunda consistió en la aplicación de la preferencia musical de los participantes durante dos días consecutivos, con una duración mínima de 30 minutos y la tercera vez que se aplicó a la segunda parte de la secuencia de comandos que contiene preguntas sobre los sentimientos después de escuchar la música y la experiencia de la comodidad con el uso de la música. Las entrevistas se analizaron con un análisis cualitativo categórico propuesto por Bardin. El análisis del discurso del sujeto surgió cuatro categorías temáticas y seis subcategorías. Se encontró que los participantes tenían experiencia de confort a través de la música en su contexto físico a través de la relajación física y alivio del dolor; contexto mental a través del bienestar, disminuir el sufrimiento, la tranquilidad y la trascendencia; contexto espiritual y también por medio de la redención de los recuerdos afectivos en forma de imágenes mentales. Por lo tanto, los resultados de este estudio apuntan a un horizonte valioso, aunque aún es poco conocido por los profesionales de la salud. Podemos ver que la música se presenta no sólo como una herramienta poderosa en el cuidado paliativo de los pacientes sometidos a una terminal, sino también una comodidad simple, creativa y eficaz físico, mental, espiritual y recuerdos estimulantes del pasado a través de imágenes mentales.

**Palabras Clave:** Música. Cuidado de Confort. Hospicio. Enfermería.

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 01</b>	Relação de participantes quanto ao sexo, idade, religião e gosto musical.	60
<b>QUADRO 02</b>	Tempo das sessões e músicas escutadas pelos pacientes em cada dia	61

## **LISTA DE FIGURAS**

**FIGURA 01** Fluxograma de participantes incluídos na pesquisa. Salvador, 2013. 48

**FIGURA 02** Fluxograma de categorias e subcategorias. Salvador, 2013. 61

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CUIDADANDO DA VIDA ATÉ O MORRER.....	19
2.1.1 A origem e o desenvolvimento dos <i>HOSPICES</i> .....	19
2.1.2 Cuidados Paliativos no Brasil.....	24
2.1.3 Filosofia dos Cuidados Paliativos.....	27
2.2 CONFORTO.....	30
2.3 MÚSICA E SAÚDE.....	38
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	46
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	47
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	48
3.4 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	49
3.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	51
3.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	51
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	56
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO MUSICAL DOS PACIENTES.....	58
4.3 ANÁLISE TEMÁTICA CATEGORIAL DE CONTEÚDO.....	62
4.3.1 A MÚSICA PROPORCIONANDO CONFORTO FÍSICO.....	65
4.3.1.1 Alívio da dor total.....	65
4.3.1.2 Relaxamento Corporal.....	70
4.3.2 A MÚSICA PROPORCIONANDO CONFORTO ATRAVÉS DE RECORDAÇÕES DO PASSADO.....	74
4.3.3 CONFORTO MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA.....	78

4.3.3.1 Diminuição do sofrimento.....	78
4.3.3.2 Bem-estar.....	83
4.3.3.3 Tranquilidade.....	86
4.3.3.4 Transcendência.....	89
4.3.4 CONFORTO ESPIRITUAL ATRAVÉS DA MÚSICA.....	92
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro para entrevista.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE C- Entrevistas.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética.....</b>	<b>128</b>

## **INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO

Conforme a definição de Moritz et al (2008), o pessoa com doença terminal é a que está prestes a morrer em virtude de uma doença progressiva, disseminada, de curso inexorável e que não pode, portanto, ser detida e muito menos curada, no estado atual de conhecimento médico. Contudo, o fato do paciente estar em processo de terminalidade de vida, não significa que está em impossibilidade terapêutica. À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, sendo imprescindível assegurar a qualidade de vida.

A filosofia dos cuidados paliativos preconiza que a pessoa em processo de terminalidade de vida seja cuidada levando em consideração sua dimensão física, emocional, social e espiritual. Assim, segundo Alvarenga (2005), o cuidado paliativo é uma combinação de ações terapêuticas e medidas para confortar os indivíduos e famílias que convivem com a doença ameaçadora da vida. Durante o período de doença e provação, o cuidado paliativo deve ser oferecido de forma eficaz, respeitando os valores pessoais, culturais, religiosos e os hábitos do paciente, satisfazendo suas necessidades de conforto físico, social, espiritual e psicológico.

Assim, sem presunção de cura, pela sua inabilidade, a meta principal dos cuidados paliativos é proporcionar o máximo de conforto possível, dentro da vida remanescente do paciente, dando ênfase ao controle adequado dos sintomas e os aspectos emocionais, espirituais, sociais e familiares (ANDRADE FILHO, 2001).

Dessa forma, quando a equipe multiprofissional oferece um cuidado paliativo que contemple as necessidades expressas ou não pelo paciente terminal, este obtém o conforto. E quando o conforto é alcançado, os pacientes sentem-se mais fortalecidos e, portanto, empenhados nos comportamentos de saúde. Os pacientes que se sentem confortáveis superam melhor os obstáculos, adaptam-se melhor as limitações e têm uma morte mais serena do que aqueles que não estão confortáveis (KOLCABA, 2003).

Assim, torna-se indispensável que os cuidados paliativos sejam oferecidos ao paciente no momento em que a equipe profissional entender que o tratamento curativo já não é suficiente para reverter o quadro de avanço da doença. A partir daí, aumenta a importância oferecer ao paciente um ambiente de cuidado que valorize a dimensão humana que ficaram em segundo plano diante do avanço científico-tecnológico da medicina.

Oferecer este ambiente de cuidado ao paciente envolve sistemas complexos e subjetivos, desta forma, o tratamento somente medicamentoso, no sentido de manter a dor controlada ou outros sintomas no paciente terminal, torna-se incompleto. Assim, os enfermeiros devem ampliar seus repertórios de cuidado, contribuindo para o alívio do sofrimento e aumento do conforto. Para isso, podem escolher métodos que possibilitem acesso ao mundo subjetivo, valorizando os significados pessoais construídos pela pessoa cuidada (WATSON, 2002).

Desta maneira, existe uma infinidade de caminhos e possibilidades para exercer o *cuidar* e diversos recursos podem ser usados dentro dos cuidados paliativos. A música se insere nesse contexto como uma atividade que pode proporcionar conforto à pacientes em processo de terminalidade de vida. Portanto, seu uso competente e sensível torna-se uma possibilidade dentro do universo terapêutico.

A música e seus elementos constituintes, ritmo, melodia e harmonia, se constitui como expressão artística e cultural universal, produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida social, afetiva e profissional das pessoas, além de favorecer a manutenção da saúde mental, a prevenção do estresse e o alívio do cansaço físico.

Tem o poder de mobilizar o ser humano para refletir e trabalhar em si tudo que lhe possa incomodar e ou trazer prazer. O prazer que é sentido com a música torna-se fator essencial capaz de propiciar experiências terapêuticas profundas, consideração que encontra respaldo em estudiosos da área, especialmente daqueles que conduzem a musicalidade à saúde física e mental (ARAÚJO, 2010; ARRUDA, 2005; BACKES et al, 2003; FRANCO e RODIGUES ,2009; GIANOTTI e PIZZOLI, 2004; LEÃO e SILVA, 2004; LEÃO, 2009; RUUD, 1991; SÃO MATEUS, 1998; KHALFA,2005;).

A música pode proporcionar a pessoa interação consigo, com o outro e com o mundo, conseqüentemente, se bem empregada, pode-se com ela e através dela atingir diferentes

objetivos, que são necessários para o conforto daquele que a procura. Assim, a Música pode ser considerada TERAPÊUTICA, pois, segundo Khalifa (2005, p. 72), pesquisadora em neurociências:

A música quando utilizada com conhecimento consegue interferir na química cerebral liberando substâncias que trazem sensações de bem-estar ao indivíduo, tornando o tratamento menos dolorido e mais significativo.

Bergold e Sobral (2003) relatam que o uso de uma atividade musical no período de internação leva ao relaxamento físico e mental por reduzir o estresse, a tensão e a ansiedade do paciente. Estimula também o despertar da atenção, para estabelecer contato com a realidade, aumentando o nível de conforto. O relaxamento produz uma melhoria do estado de saúde de duas formas: preventiva - ao reduzir riscos ou aumentar a resistência contra problemas de saúde; e paliativa - ao melhorar a qualidade de vida de quem enfrenta uma condição de doença incurável.

Foi proposto neste estudo, a utilização da música para a promoção do conforto de pacientes em processo de terminalidade de vida. Porém, é necessário fazer uma distinção entre o uso da música como uma forma de cuidado e a musicoterapia. A música como cuidado é encontrada com o nome de Música Terapêutica (BRUSCIA, 2000), e é utilizada para dar conforto, para o manejo da dor, da ansiedade e do estresse. É uma atividade onde não se estabelece uma relação terapeuta/cliente para atingir objetivos que exigiriam o preparo específico de um musicoterapeuta, por isso pode ser exercido por outros profissionais interessados em proporcionar aos pacientes além dos cuidados baseados no seu próprio conhecimento técnico, o conforto (BERGOLD e SOBRAL, 2003).

Portanto, nesta pesquisa não houve a pretensão de avançar no campo da musicoterapia, visto que, é uma atividade própria dos musicoterapeuta, nos detemos ao campo da música utilizada como terapêutica para pacientes em processo de terminalidade de vida, no intuito de lhes proporcionar melhor qualidade de vida e conforto.

Diante do exposto, surgiu meu interesse por esta pesquisa, que vai ao encontro de minha percepção e observações que, ainda timidamente, tenho desenvolvido para o *ser-cuidadora-pesquisadora*. Nesta caminhada tenho procurado engajar-me em estudos que tivessem um cunho assistencial-social, que perspectivasse a transformação de uma realidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Enquanto graduanda, experienciei oportunidade de desenvolver o trabalho de conclusão de curso utilizando a música como estratégia cuidativa à pacientes internados em

Unidade de Terapia Intensiva, desvelando um universo de possibilidades terapêuticas que a música proporciona.

Porém, o desafio foi nos depararmos com a carência de estudos científicos na literatura nacional e internacional que comprovasse que a música produz efeitos benéficos no campo da saúde, principalmente naquele que se encontra em estado de fragilização e eminência de morte. Para este fim, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados utilizando as descritores escolhidos mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Música; Cuidados de conforto; Enfermagem e Cuidados Paliativos. Para ampliar a busca das publicações, foram feitos cruzamentos com os descritores: “música e cuidados paliativos”, “música e cuidados de conforto”, “música e enfermagem” e “enfermagem e cuidados de conforto”.

Quando utilizado o cruzamento das palavras-chaves “música e cuidados paliativos”, foram encontrados inicialmente 12 artigos no MEDLINE; 02 no LILACS e 02 no Scielo. Com o cruzamento das palavras “música e cuidados de conforto”, foram encontrados 03 artigos no MEDLINE, 03 no LILACS e 02 no Scielo. Utilizando “música e enfermagem” foram encontrados 178 no MEDLINE, 43 no LILACS e 20 no Scielo e nos cruzamentos de “enfermagem e cuidados de conforto” foram encontrado 857 artigos no MEDLINE, 135 no LILACS e 28 no Scielo.

Posteriormente foram lidos todos títulos e resumos e realizada acesso on-line do artigo completo. Após busca nas bases de dados e leitura exaustiva de cada artigo, foi possível selecionar a amostra final do estado da arte 30 estudos nacionais e internacionais que pesquisaram a música nos diversos cenários do cuidado de Enfermagem. Destes apenas 03 estudos nacionais trabalharam com música para pacientes em processo de terminalidade de vida. Trabalhos nacionais que estudassem a música na perspectiva de conforto não foram encontrados. Portanto, constatando-se a possível inexistência de estudos publicados a nível nacional sobre música e conforto, pareceu-me importante encetar esta pesquisa, com vista a dar contributos para uma compreensão multicontextual do fenômeno, o qual confere música e conforto.

Então, é neste segmento que surge meu interesse em investigar se a música proporciona conforto ao paciente em processo de terminalidade, quando utilizada como recurso em seu cuidado paliativo, nascendo assim, um estudo que visou confluir ideias a cerca da temática, considerando a possibilidade de pesquisar a utilização da música para despertar a

ausculta sensível e perceber o paciente em sua sensibilidade harmoniosa, estimulando sua utilização como ferramenta para proporcionar conforto.

Portanto, acredito que trata-se de um tema relevante a considerar a lacuna do conhecimento, na medida em que poderá possibilitar reflexões sobre a utilização da música como instrumento do cuidado paliativo; corroborar para a formação e capacitação de profissionais mais reflexivos no âmbito da utilização de uma práxis complementar para pacientes em enfrentamento da morte, com estratégias mais humanizada, interativa entre equipe e paciente, tendo em vista uma assistência que considere a influência da mente no bem estar do corpo. E, quiçá, permitir reflexões que possam contribuir para este tipo de metodologia do cuidar em instituições de ensino superior, no formar profissionais para que possam ampliar a utilização da música para um cuidado mais sensível.

Frente a isto, delimitou-se a questão que norteia este estudo: Quais as experiências de conforto de pessoas sob cuidados paliativos com o uso da música?

Delineou-se como objetivo deste estudo:

- Analisar as experiências de conforto de pessoas sob cuidados paliativos com o uso da música.

Enfim, o desafio trazido nesta dissertação é mostrar mediante a dados empíricos que a música pode proporcionar conforto e se torna eficaz, quando usada no cuidado paliativo de pacientes em processo de terminalidade de vida. Assim mostrar que em todos os estágios da vida humana há, sim, o que ser feito, para garantir que a trajetória dos nossos acompanhados mantenha-se digna e amparada, do início ao fim da vida

---

## **REVISÃO DE LITERATURA**

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: CUIDANDO DA VIDA ATÉ O MORRER

Para Piva e Carvalho (1993) existe um determinado momento na evolução da doença em que mesmo que se disponha de toda tecnologia, o paciente não é mais saudável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer.

Corroborando essa afirmação, Seki e Galheigo (2010) entendem por paciente em processo de terminalidade de vida aquele para a qual não se concebe possível a reversão do quadro clínico, pois sua doença já se encontra em fase avançada e há claros limites para o resgate das condições de saúde e possibilidade de morte próxima.

Assim, paciente, família e equipe de saúde, encontram-se em um ponto entre limites e possibilidades, onde reconhecer a impossibilidade de cura e reversão do quadro, se torna a maior dificuldade estabelecida. Negar este fato, acarreta em sofrimento para quem “vai e para quem fica”. Admitir que se esgotaram as possibilidades e a pessoa caminha para a morte não significa que houve falha da equipe ou da família. Ao contrário, abre-se um gama de condutas que podem ser oferecidas (GUTIERREZ, 2001).

Estabelece-se uma nova perspectiva de trabalho, multidisciplinar, que tem por objetivo oferecer dignidade ao morrer e para o paciente e sua família. Mesmo reconhecendo que não se esgotaram as possibilidades terapêuticas, que ainda pode se fazer muito, permitindo que o paciente, chegue ao momento de morrer mantendo-lhe ainda com qualidade de vida, não antecipando o momento de finitude a partir do abandono clínico e familiar, do isolamento num leito de hospital.

Esta possibilidade de cuidar é que chamamos de cuidados paliativos, um espaço onde o cuidado prestado recupera o significado da sua dignidade pessoal, mantendo a energia e a qualidade de vida das pessoas que se encontram nesse processo e que será melhor discutido e abordado no próximo tópico.

#### 2.1.1 A origem e o desenvolvimento dos *HOSPICES*

As mudanças nos processos de adoecer e morrer promovidas pelo aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas e degenerativas trouxeram à tona questionamentos

éticos acerca dos cuidados que estariam sendo oferecida a pessoa em processo de terminalidade de vida. O modelo biomédico hegemônico, amplamente utilizado nos serviços de saúde, que tem como objetivo primordial promover a cura de doenças, não se preocupando com a qualidade de vida dos doentes, se torna ainda mais ineficaz quando modelo de atendimento e assistência ao paciente terminal. Porém, somente a partir da década de 1960 começaram a se organizar movimentos sociais a favor de uma morte menos sofrida, mais digna, dentre eles os Cuidados Paliativos.

Cuidados paliativos é a atenção total para pacientes e suas famílias, por uma equipe multidisciplinar, quando a doença não responde mais ao tratamento curativo e a expectativa de vida é relativamente curta (TWYXCROSS, 2000). A palavra “paliativo” advém do latim *pallium*, que significa coberta ou manta. Em analogia, os cuidados paliativos tem como objetivo, proteger os doentes que já não responde ao tratamento medicamentoso e curativo, fazendo com que seus sintomas sejam “cobertos” por um tratamento específico, salvaguardando sua dignidade como pessoa até o fim da vida.

O surgimento desta prática foi resultado da luta de pessoas engajadas por um cuidado mais humano à aqueles ditos “moribundos” que eram fadados ao esquecimento e marginalizados. Estas práticas de cuidado foi resultado do movimento *hospice* moderno, embora já venha sido discutido desde o século IV. Pessini (2001; 2004) afirma que o atendimento aos doentes sem possibilidades terapêuticas curativas é algo antigo, presente desde Antiguidade Clássica. Entretanto, cabe destacar que o que havia passado em termos de cuidado à pessoa na fase final de vida se diferencia muito do que entendemos por Cuidados Paliativos na contemporaneidade.

Na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar *hospices* em monastérios, que abrigavam não somente os doentes e moribundos, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Esta forma de hospitalidade tinha como característica o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura. A palavra francesa “hospice” é traduzida no vocabulário latino “*hospitium*”, cujo significado é “hospedagem, hospitalidade” e traduz um sentimento de acolhida. Naquela época o hospice significava tanto o local, como o vínculo que se estabelecia entre elas (ABU-SAAD e COURTENS, 2001).

No século VI os Beneditanos acolhiam e cuidavam de monges e peregrinos cansados e exaustos. Gradativamente também foram acolhendo também os doentes (RODRIGUES, 2004).

Nos *hospices* religiosos as pessoas que não tinham possibilidade de cura recebiam cuidados básicos como conforto, higiene e alimentação, aliados aos cuidados espirituais (ABU-SAAD e COURTENS, 2001). Portanto, antigamente os *hospices* eram lugares de descanso para peregrinos. Posteriormente é que foram ligados a hospitais e conventos.

O primeiro *hospice* fundado especificamente para moribundos foi provavelmente o de Lyon, em 1842. Depois de visitar pacientes com câncer, que queriam morrer em casa, Madame Jeanne Garnier abriu o primeiro *hospice*. Em 1893, o Dr. Howard Barret, único fundador médico de um *hospice*, fundou o St. Luke's, na Inglaterra, para moribundos pobres (PISSINI, 2006). Posteriormente, em 1911, Douglas Macmillan fundou a Sociedade Nacional de Câncer Alívio, que oferecia subsídios econômicos as famílias de pacientes em fase terminal de câncer, que queriam morrer em suas casas, permitindo-lhes o acesso a conforto oferecendo certas medidas, como cobertores, aquecedores e alimentos (TWYLCROSS, 2000).

Com o avanço da medicina, e conseqüente avanço da tecnologia em saúde, nos últimos séculos, os hospitais desenvolveram-se rapidamente, tornando-se centros de cura. Conseqüentemente, o cuidado curativo passou a ser mais valorizado e o cuidado integral menos valorizado (ABU-SAAD e COURTENS, 2001). Com isso, o cuidado aos pacientes em processo de terminalidade de vida e sua família foi, de certa forma negligenciado durante algum tempo. Ficando os pacientes desamparados, quando se tratava do cuidado em suas dimensões psíquicas, social e espiritual.

Para combater a situação de desamparo destes pacientes, surge um movimento, na década de 60, na Inglaterra, que buscava um cuidado integral aos pacientes que estavam em processo de terminalidade de vida, este movimento foi chamado de *hospice* moderno.

A apresentação atual dos cuidados paliativos se deve, em partes ao grande esforço de Cecily Saunders, que fundou em 1967, na Inglaterra o St. Christopher's Hospice (ABU-SAAD e COURTENS, 2001; TWYLCROSS, 2000 e PISSINI, 2001).

Cecily Saunders foi pioneira no modo de pensar os cuidados do sofrimento no final da vida, dedicou sua vida nesta meta e graças a sua grande importância histórica no desenvolvimento dos cuidados paliativos no mundo, urge a necessidade de entender sua extraordinária caminhada rumo a um cuidado mais humano ao paciente em processo de terminalidade de vida. Desta forma sua caminhada aqui sintetizada, segundo os escritos de BOULAY (2007).

Saunders nasceu em 1918 em Barnet, na Inglaterra. Após concluir o ensino médio no colégio interno, desejava estudar Enfermagem, mas seus pais a impediram. Mudou-se para

Oxford para estudar Ciências Políticas, economia e filosofia. Com a eclosão da segunda guerra mundial, achou que seria mais útil ajudando, e decidiu participar de um treinamento para enfermeiros no St. Thomas's Hospital, em Londres.

Sua intenção era ter um futuro sólido como enfermeira, sonho este que foi impedido pelas dores fortes que sentia na coluna, o que a fez com que ao término do curso procurasse um cirurgião que a impediu de exercer a profissão. Saunders frustrou-se muito com a impossibilidade o que a fez ser assistente social do hospital.

Enquanto fazia seu treinamento para ser assistente social, Saunders se tornou uma cristã, fé que tanto procurava. Diante de uma profunda felicidade, querendo agradecer a Deus através de ações caridosas, Saunders encontrou uma maneira de realizar seus agradecimentos. Após ter conhecido David Tasma, que era um paciente com câncer avançado e no processo de terminalidade, três anos mais tarde, ela veio a entender que sua forma de agradecer e servir a Deus seria trabalhando com pessoas que estão morrendo (BAULAY, 2007).

Após a morte de David, Saunders continuou seu trabalho social do hospital e se tornou Enfermeira voluntária em St Luke's Hospital, uma casa para cuidados ao paciente em processo de morte em Bayswater, Londres. Na intenção de melhor servir àqueles que sofriam, Saunders começou a trabalhar a noite, turno este, que seria menos exaustivo para ela, não afetando tanto as dores. Foi então que orientada por um médico, que procurasse cursar medicina, segundo ele como médica há muito mais a ser aprendido sobre a dor (BOULAY, 2007).

Cicely tomou seu conselho e formou-se médica com quase quarenta anos. Em 1958, logo após a sua formatura, obteve uma bolsa de pesquisa no Hospital St Mary, Paddington e isso lhe deu a oportunidade de estudar o tratamento da dor no doente incurável. Quando passou a ouvir os pacientes, ajudando as freiras do hospital, a cuidar, e aprendeu o máximo que pôde, desenvolvendo métodos de manutenção de registros e a partir de uma pesquisa científica com mil e cem pacientes, estabeleceu no St Joseph Hospital, o sistema de administrar drogas para alívio da dor. Desta forma os pacientes recebiam seus medicamentos antes que a dor voltasse. Além disso, criou o conceito de “dor total”, demonstrando que a dor física não é isolada, existindo uma série de associações com a psique, espiritualidade e os aspectos sociais nos quais o paciente está inserido (BOULAY, 2007).

Ainda segundo o autor, Saunders, também estabeleceu objetivos que davam ênfase ao cuidado e não a cura: cuidado do paciente e de sua família como uma unidade; abordagem de

uma equipe interdisciplinar; continuidade do cuidado no domicílio e acompanhamento da família após a morte do paciente terminal.

Apesar da grande dificuldade e falta de recursos, Saunders nutria o sonho de construir um *hospice* moderno, que atendesse ao paciente em processo de terminalidade de vida e sua família de forma integral. Em 1967 o Saint Christopher Hospice foi oficialmente inaugurado.

Dá-se então a maior contribuição de Saunders para uma abordagem holística, o despertar para a necessidade de oferecer um cuidar voltado para o bem-estar do paciente em processo de terminalidade de vida no seu âmbito, físico, espiritual e psicológico, marcando, desta forma, um novo começo, não só para o cuidado dos moribundos, mas para a prática da medicina como um todo.

As discussões e descobertas impulsionadas por Saunders fizeram com que a discussão do cuidado ao paciente terminal chegasse a outros lugares, fora de Inglaterra, surgindo assim, um movimento que buscava um cuidado humanizado ao paciente em processo de terminalidade de vida, e uma forma de trazê-los novamente para o sistema de saúde, visto que estes pacientes na maioria das vezes eram marginalizados (PESSINI, 2001).

A partir daí, o St. Christopher passou a ser modelo de assistência integral ao paciente terminal. Havendo também avanços no movimento *Hospice*, em países fora da Europa, como Estados Unidos e Austrália.

Nos Estados Unidos, o movimento *Hospice* tem início na década de 70, no desenvolvimento de um serviço de internação no *Hospice* em New Haven. O movimento era praticamente popular, comunitária, dirigida por voluntários e enfermeiras, sem muito envolvimento dos médicos (DONALDSON, 2000). Existia uma resistência por parte da corporação médica e pelas empresas de planos de saúde, que acreditavam que a assistência ao paciente em processo de terminalidade de vida, deveria seguir o modelo médico flexneriano, com enfoque na cura e na reabilitação (NATIONAL HOSPICE ORGANIZATION, 1996).

Na década de 1950 e começo de 1960, o enfoque das pesquisas de enfermagem e medicina ainda eram essencialmente o corpo, medicamentos e cuidados físicos. A Enfermagem não era diferente da medicina quando se tratava da importância dada aos aspectos objetivos do paciente. Porém, caminhando em movimento contrário, no início da década de 60 a Doutora Jeanne Quint Benoliel, foi a primeira enfermeira a pesquisar sentimentos da família e paciente no contexto de doença ameaçadora da vida. E foi pioneira

ao publicar uma metodologia de pesquisa relevante para a Enfermagem (DONALDSON, 2000).

Simultaneamente a médica psiquiatra suíça, Elisabeth Kubler-Ross, publicou seu primeiro livro, “Sobre a morte e o morrer”, resultado de seu acompanhamento a pacientes terminais por dois anos e meio, identificou as fases de barganha, negação, raiva, depressão e aceitação, comuns em pacientes que estavam marginalizados e abandonados pelo sistema de saúde (KUBLER-ROSS, 1981).

A partir de então, os cursos de Enfermagem e Medicina incluíram nos seus currículos e estudo dos cuidados paliativos. Deste então se estabeleceram muitos cursos de pós-graduação em cuidados paliativos, nas áreas da saúde e educação. Hoje a filosofia dos *Hospice* está sendo implantadas em quase todo o mundo, inclusive no Brasil (PESSINI, 2006).

Ainda segundo Pessini (2006), desde meados de 1980 o movimento *Hospice* conta com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estimulou os países membros a desenvolverem programas de controle de câncer que incluíssem prevenção, detecção precoce, tratamento curativo, alívio da dor e cuidados paliativos.

Os *Hospices*, que historicamente privilegiam o cuidado dos pacientes de câncer em fase terminal, hoje acompanham também pacientes com AIDS e com outras doenças terminais, renais, cardíacas e respiratórias. Ou seja, já existe uma preocupação mundial em corrigir o engano de ligar cuidados paliativos, somente a pacientes em fase terminal de câncer. Existem outras diversas doenças crônicas incuráveis, que também podem levar o indivíduo ao estágio terminal e a ele e sua família, também deve ser oferecido o cuidado paliativo.

### 2.1.2 Cuidados Paliativos no Brasil

Apesar das grandes discussões e evoluções do conceito de cuidados paliativos, o mesmo só chegou ao Brasil em meados da década de 80, momento em que os brasileiros conviviam com o final do regime da ditadura e com a precarização da saúde, regido pelo modelo médico hegemônico. Foi também um momento histórico marcado pela anistia políticas e a volta dos exilados ao Brasil.

Contudo, segundo Melo (2006), mesmo antes da década de 80, a filosofia de cuidados paliativos era de certa forma exercida pelos profissionais brasileiros, uma vez que se convivia

com uma realidade de doenças crônicas-degenerativas-evolutivas, então de alguma forma algum cuidado era prestado. Porém, o importante é entender que tipo de cuidado era prestado.

O ensino para o curso de enfermagem e medicina era voltado para os aspectos biológicos; o trabalho nas instituições de saúde era individual, ou seja, intervenções fragmentadas pelos profissionais; pacientes terminais internados em hospitais com dores terríveis; prescrições de analgésicos feitos somente quando solicitado, sem atenção aos intervalos das dosagens; a morte era solitária e isolada por biombos (RODRIGUES, 2004). Diante desta situação de abandono total dos pacientes terminais, muitos profissionais, que já tinham uma visão ampliada de cuidados paliativos, se manifestaram contra e alguns foram buscar no exterior, maior conhecimento e especialização no cuidado paliativo, incorporando a ideia de cuidar em vez de curar.

Ainda na década de 80 começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, adaptados com a filosofia dos *hospices*, de forma experimental, mas com grandes ideais de mudanças da realidade.

Bottega (1999) menciona que o primeiro serviço de cuidados paliativos, no Brasil, foi instituído no Rio Grande do Sul, em meados de 1983, o segundo em São Paulo em 1986, 1989 em Santa Catarina e no Rio de Janeiro, unidades de Cuidados Paliativos. Depois destes, outros serviços foram surgindo, mas todos sem vínculos entre si, ou sem colaboração comum de protocolos para cuidados paliativos.

Na década de 90, outros 16 grupos vieram a juntar-se aos anteriores. Na virada do século, a partir do ano 2000, mais seis, totalizando 26 grupos (FIGUEIREDO, 2006). O autor ainda destaca que, este número é constituído de unidades exclusivamente dedicadas aos cuidados paliativos e que não retrata a totalidade dos grupos existentes, pois é resultado de um cadastramento pessoal. Ainda segundo este estudioso estas unidades variam muito em sua estrutura multiprofissional e dos 26 grupos por ele cadastrados, 25 estão incluídos em hospitais. Apenas um funciona em consultório particular e atende no domicílio, internando o doente em instituição hospitalar quando necessário.

Para agregar estes profissionais dedicados aos cuidados a pessoa em processo de terminalidade, em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), pela psicóloga Ana Georgia de Melo, na cidade de São Paulo (CAPONERO, 2002).

Alguns fatores dificultam o reconhecimento dos Cuidados Paliativos enquanto prática de saúde essencial no país, dentre eles: a inexistência de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos; a dificuldade de acesso a opióides e a outras medicações controladas,

imprescindíveis para a terapêutica; a ausência de disciplina específica na formação de profissionais de saúde; a falta de recursos para o desenvolvimento de pesquisas; e a escassez de serviços e de programas especializado em Cuidados Paliativos no sistema de saúde público e privado (CREMESP, 2007).

Apesar das dificuldades encontradas, grandes iniciativas aos poucos foram firmando os cuidados paliativos no Brasil, mas até então não existia no âmbito legislativo, uma portaria oficial que oficializasse sua existência. Então em 1998, saiu a Portaria nº 3.535 que estabelece a criação de centros de atendimento especializados em oncologia (CACON), enfatiza o trabalho multidisciplinar integrado e insere outras modalidades assistenciais, como o serviço de cuidados paliativos (BRASIL, 1998).

Em 2001 é lançada a Portaria nº 881, que institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, iniciativa que estimula a criação e implementação de serviços de cuidados paliativos no Brasil. O ano seguinte (2002), foi marcado por duas grandes portarias, que viriam a ser marcos para a consolidação dos cuidados paliativos no Brasil. Em Janeiro de 2002, é publicada a portaria GM/MS n.º 19, que tinha como uma de suas finalidades criar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (BRASIL, 2002a), e em julho do mesmo ano, a Portaria nº 1.329 cria no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência no tratamento da dor (BRASIL, 2002b).

A portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005 representou mais um avanço no sentido da legitimação política e social dos Cuidados Paliativos em nosso país. Ela instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica e inseriu os Cuidados Paliativos como elemento essencial a uma assistência integral às pessoas com câncer, juntamente com a prevenção, a promoção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Em 12 de dezembro de 2006, mais um progresso foi alcançado com a criação da Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos através da portaria GM/MS nº 3.150.

Apesar dos avanços e esforços para a legitimação dos cuidados paliativos no país, é possível afirmar que eles ainda são incipientes. Visto que, as exigências formais do Ministério da Saúde ainda são relativamente recentes, e as atividades relacionadas aos cuidados paliativos ainda necessitam serem melhor regulamentadas.

Vale ainda ressaltar que ainda imperam no Brasil um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado aos Cuidados Paliativos, principalmente entre os profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário, que ainda confundem atendimento paliativo

com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor. Faz-se necessário então, maior esforço para educação paliativa de qualidade não só daqueles que estão no serviço, mas também, agregar esforços para formular-se um currículo integral às universidades, fazendo com que os profissionais entendam, de fato, a filosofia dos cuidados paliativos e comecem a reconhecer a morte como um evento natural do viver.

Desta forma, existe a necessidade de melhor entender os cuidados paliativos, quanto o seu conceito, filosofia e princípios, para que assim os profissionais possa oferecê-lo de forma integral aos pacientes em processo de terminalidade de vida. É o que vai ser abordado no próximo tópico.

### 2.1.3 Filosofia dos cuidados paliativos

Cuidados Paliativos têm sido conceituados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares que convivem com doença que ameaça a vida, promovendo o controle da dor, alívio de outros sintomas, suporte psíquico-espiritual e social e podem estar presentes desde o diagnóstico até o final da vida.

A primeira definição de cuidados paliativos pela OMS foi divulgada em 1990, onde a organização estabeleceu Cuidados Paliativos como uma de suas recomendações para a prevenção e controle do câncer. No documento cuidados paliativos era definido como:

Os cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares.

Em 2000, a OMS redefiniu essa conceituação, com um enfoque na prevenção do sofrimento:

Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias, que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Complementando o conceito atual, em 2002 dois documentos importantes foram publicados pela OMS: *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Ambos

recomendaram os Cuidados Paliativos como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde, ampliando sua utilização para outras patologias diferentes do câncer.

Portanto, atualmente cuidados paliativos é entendido como uma estratégia de cuidado que deve ser oferecido a todo paciente que apresentar doença incurável e que esteja caminhando para a finitude da vida, saiu da esfera do câncer para outras áreas do conhecimento, como pediatria, geriatria, HIV/AIDS, doenças crônicas, etc. (DAVIES, 2004; WHO, 2004).

Assim, segundo Pessini (2004) , os cuidados paliativos são indicados quando estamos diante de uma enfermidade avançada, progressiva e incurável; da falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento medicamentoso curativo; de numerosos sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e mutantes; do grande impacto dos desequilíbrios emocionais do pacientes, família e equipe de saúde e relacionados à presença de doença eminente da morte. E deve ser prestados por uma equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista, psicólogo e assistente espirituais, que devem respeitar o paciente como um ser único, bem como suas crenças e culturas.

É fundamental que os profissionais percebam que a questão crucial dos cuidados paliativos, é manter a qualidade de vida e não apenas o tempo de vida. Não se trata de prolonga a vida, mas oferecer subsídios para que o tempo que resta seja vivido com dignidade e qualidade, com foco no controle da dor e outros sintomas de ordem física, social, psicológica e espiritual. Os cuidados paliativos, portanto, são os cuidados integrais e contínuos oferecidos não só ao paciente gravemente enfermo, mas também aos seus familiares até o período de luto.

Portanto, o foco principal dos cuidados paliativos é o cuidar de forma humanizada àqueles que estão em processo de terminalidade de vida, e para isso, algumas posturas são necessárias no momento do cuidado paliativo como: escutar o paciente e suas necessidades, respeitar sua fragilidade momentânea, ter humildade e humanidade ao se reportar a este paciente e sua família e estabelecer um processo de comunicação saudável pautado na confiança.

Segundo Pessini (2004), a filosofia dos cuidados paliativos está em afirmar à vida e encerrar a morte como um processo natural; não apresar nem adiar a morte; procurar aliviar a

dor e outros sintomas sugestivos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente tanto quando possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto.

O autor ainda relata que o desafio ético que se põe aos cuidados paliativos, está em considerar a questão da dignidade da vida, para além da dimensão físico-biológica e para além do contexto médico hospitalar, ampliando o horizonte e integrando a dimensão sociorrelacional, buscando proporcionar o máximo de conforto para este paciente e resgatar a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida.

Assim, Lopes e Laborda (1994) reforçam que cuidados paliativos são cuidados ativos e totais, aos pacientes portadores de câncer e de outras patologias terminais em uma fase onde não há possibilidades de cura e sua família. Completando, Caponero (2002) diz que os cuidados paliativos fundamentam-se em uma concepção global e ativa de tratamento, compreendendo a atenção aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais das pessoas que estão com doença incurável.

Os autores supracitados, ainda relatam que cuidados paliativos não é o tratamento específico para curar, como quimioterapia ou radioterapia, mas sim como cuidados utilizados para o alívio de sintomas e a promoção do conforto.

Para Bernardo (2000) um dos cuidados especiais que devem ser disponibilizado para o paciente em processo de terminalidade de vida é a promoção do conforto, por meio do controle dos sintomas; atenção na alimentação; higiene no corpo; conforme as condições e necessidades do paciente e manutenção do seu bem-estar; ambiente agradável, aliado ao conforto espiritual; estímulo à presença dos familiares junto ao paciente e demonstração de carinho, afeto e compaixão por parte dos profissionais.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) trás como objetivo principal do cuidado paliativo manter o conforto e bem-estar do paciente. Desta forma, o objetivo das ações paliativas centra-se na melhora da qualidade de vida e do conforto do paciente e de sua família, ou seja, quando a medicina não consegue prevenir, curar ou tratar, os cuidados paliativos propõem qualidade de vida na assistência aos que estão próximos da morte (BRASIL, 2001; ZALBIDEA, 2007; ZUAZABAL, 2007).

Fonseca e Fonseca (2010) completam que os cuidados paliativos podem ser incorporados na rotina de trabalho dos profissionais de saúde, essencialmente para auxiliar no conforto dos pacientes em processo de terminalidade de vida.

Assim, entendendo que um dos objetivos dos cuidados paliativos é proporcionar conforto ao paciente em processo de terminalidade de vida e sua família, ocasionando em uma melhor qualidade de vida e dignidade ao morrer, é que justifica pesquisar formas alternativas de oferecer conforto a este paciente.

Conforto é uma experiência subjetiva, e como tal, é sentida em suas varias dimensões (física, social, psicológica, espiritual e ambiental), sua multiplicidade de faces e percepções faz com que obter tal sentimento, seja uma tarefa complexa. O desafio aumenta quando o paciente está em processo de terminalidade de vida onde o próprio processo de hospitalização e a situação de morte eminente, bem como seus sinais e sintomas, poderá causar um grande (des)conforto.

Para tanto, tocar a complexidade humana, no sentido de reverter uma situação de vivencia do desconforto para uma experiência de conforto, requer muitas vezes, que o profissional lance mão de perspectivas alternativas e complementares de cuidado, uma vez que o tratamento meramente farmacológico já se torna coadjuvante do processo, e possibilidades que venham a tocar a subjetividade humana tomam força. Faz-se então necessário no enlace deste processo de construção teórica, um melhor entendimento do conceito de conforto que trazem a literatura especializada. Neste sentido, os autores lançam um convite para um mergulho no entendimento do conceito de conforto que será abordado no próximo tópico deste projeto de dissertação.

## 2.2 CONFORTO

Na literatura científica, o conforto surge ligado a atividades terapêuticas e a áreas de atividade industrial como as relacionadas com a engenharia e com as indústrias: têxtil, do calçado, do desenho de equipamentos e ergonomia, e de criação e manutenção de ambientes confortáveis (temperatura e ventilação). É termo utilizado também em alguns estudos etnográficos, históricos e no campo da educação. Contudo, o confortar ou a promoção do

conforto, enquanto fenómeno do domínio teórico e atividade profissional deliberada e continuada parece restringir-se ao universo da enfermagem.

Segundo Apóstolo (2007) conforto tem sido identificado como um elemento próprio dos cuidados de enfermagem; está vinculado com sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história diferentes significados. Ao analisarmos a origem da palavra conforto e enfermagem podemos perceber que estão intimamente relacionados. Enfermeiro é composta pelo termo enfermo. Enfermo tem origem da palavra no latim *infirmus*, que é referente a aquilo que não está forte, que está fraco. Por sua vez, conforto deriva do latim *confortare* que significa fortalecer. Assim, o enfermeiro, é neste sentido, aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo.

Segundo Boykin (1998, p. 37) na Enfermagem, “Confortar tem sido utilizado como verbo de motivar, fortalecer; como substantivo, “conforto” significa o efeito desejado após o recebimento de cuidados; e, como processo, se refere a dar alívio ou bem-estar”. Portanto, a missão da Enfermagem tem sido ao longo da história, focalizada no desconforto do paciente e nas medidas para seu controle e alívio, tendo como objetivo principal ajudar o indivíduo a suportar seu sofrimento, a obter conforto, consolidando seu potencial para a recuperação da saúde.

Segundo Oliveira (2011), o conforto passou a ser vislumbrado pela Enfermagem com as missões das mulheres e homens que no advento do cristianismo, procuravam confortar as almas dos pobres e doentes, cuidando-lhes do corpo, para a remissão dos pecados de ambos. Dolan (1983) destaca que nesta época o conforto já era uma preocupação, o cuidado aos doentes, na época, era dar banho, fazer curativos, incluindo aplicação de compressas nas áreas queimadas, dar alimentos e proporcionar conforto físico e espiritual a todo o paciente, especialmente ao moribundo.

Na idade média o Enfermeiro ainda oferecia o conforto mediado pelo modelo religioso. Segundo Almeida e Rocha (1986), do feudalismo até a idade média, têm uma enfermagem independente do trabalho médico, pois o trabalho não estava ligado ao corpo doente ou a doença, e sim no conforto da alma do paciente para sua salvação.

No século XIX, as alusões mais concisas sobre conforto surgiram com Nightingale (2005), que demonstrou grande sensibilidade e uma sabedoria digna dos grandes gênios, quando convoca a Enfermagem para ajudar nesse método restaurador que nada mais é do que manter o paciente em posição confortável. Mencionou a observação como um instrumento

importante na promoção do conforto e da saúde nos pacientes bem como ao efeito confortante dos cuidados de enfermagem ao nível físico, psicológico e social.

Ainda em seu livro *Notas sobre Enfermagem*, Nightingale (2005, p. 132) afirma que:

O alívio e o conforto, sentidos pelo paciente após sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de fato, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que os oprimia.

Mcllvenn e Morse (1995), num estudo que analisam 638 documentos escritos por enfermeiros de 1900 a 1980, apontam a evolução do papel do conforto para a Enfermagem, dividindo o estudo em três tempos cronológicos: de 1900 a 1929 o conforto foi considerado um foco central para a enfermagem, e uma boa enfermeira, aquela que era recomendada, era a que conseguia por o seu cliente confortável, sendo as intervenções de conforto essencialmente físicas e sobre o ambiente (MUSSEI, 2005). Nas décadas de 30,40 e 50, o hospital ganha realce enquanto instituições de saúde e nele, os médicos adquiriram notoriedade, as enfermeiras são reconhecidas como um pessoal menos preparado a quem deixam muitas das tarefas de cuidados diretos, afastando-se dos clientes (MUSSEI, 2005). O conforto físico foi reconhecido como uma estratégia para alcançar os aspectos fundamentais dos cuidados de Enfermagem, deixando, contudo de representar a meta final e absoluta da enfermagem. Contudo, nas décadas de 60,70 e 80 o conforto tornou-se um objetivo menor dos cuidados de enfermagem, em detrimento do foco dos cuidados centrado no corpo adoecido, a atenção aos cuidados emocionais só eram vislumbrando quando se tratava de pacientes terminais, quando acreditam que nada mais poderia ser feito (MCLLVENN E MORSE, 1995).

Portanto, segundo Oliveira (2011), ao longo dos séculos, a promoção do conforto mudou de valor e sentido, ao sabor dos tempos, das evoluções sociais de outras profissões e das instituições, nomeadamente, a hospitalar. Passou de objetivo central do trabalho da enfermeira e depois algo secundário face à cura. Só nas últimas décadas do século passado o confortar e o conforto começam a ganhar outro ímpeto e estatuto de objeto de investigação. Assim, de uma forma ou de outra, o conforto esteve constantemente presente na enfermagem. Contudo, nem sempre obteve valorização teórica e prática merecida (COLLIÉRE, 1999). Só recentemente o conforto e sua promoção ganharam novo ímpeto.

A partir da segunda metade do século XX, a literatura de enfermagem referênciava um aumento substancial de autores que contribuíram para o desenvolvimento teórico desta

disciplina e a percepção do conforto como um conceito nobre e um dos principais objetivos do cuidado de enfermagem. O conforto, então, passa a ser elemento relevante nas teorias de enfermagem e termo importante nas taxonomias profissionais. Mas dentro do grupo de teóricas de enfermagem que estudaram o conforto ou o incluiu nos seus estudos, duas se destacaram pela profundidade dos trabalhos: Janice Morse e Katharine Kolcaba. A primeira, a partir de 1980 deu início a um conjunto de pesquisas que deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto da enfermagem contemporânea. A segunda, a partir de 1990, se dedicou a conceituação e operacionalização do conforto, conseguindo maiores avanços no sentido de firmar uma meta-teoria no campo científico.

Destaco que os autores optaram por não utilizar a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, apesar de já ser considerada uma teoria de médio alcance, como arcabouço teórico deste trabalho. Esta postura assenta-se no fato de os autores acreditarem que o conforto é um estado subjetivo, portanto dinâmico, decorrente das interações vivenciadas pelo paciente durante a internação hospitalar. O conceito de conforto, não é fechado e engessado, porque é percebido de maneira diferente, por pessoas diferentes em diferentes momentos, e mesmo o que o indivíduo entende por conforto hoje, passa a ser diferente em outro momento de sua vida. Concordando com o pensamento de Arruda (1998, p. 96), que acredita que o conforto é uma “experiência individual, única e temporal, pois varia de pessoa para pessoa e para cada pessoa em diferentes momentos”.

Desta forma, os autores creem que será mais interessante não levar um conceito fechado de conforto ao campo de coleta de dados, mas deixar que os participantes deste estudo o conceituem na sua perspectiva, de acordo com suas vivências e suas necessidades. Assim, Boykin (1998) entende que a experiência de conforto é vivenciada nas relações em que o enfermeiro esteja interessado em ouvir o que o conforto significa para o paciente. É no contexto da situação de enfermagem que os pedidos de conforto são ouvidos, refletindo o significado em cada situação específica. Corroborando, Cameron (1993) entende que conforto é uma dimensão ou comportamento do processo de dinâmica, experiências e concepções como de qualidade de vida, controle, decisão e reabilitação.

Desta forma, o objetivo deste tópico da revisão de literatura é trazer o significado e percepção de conforto para diversos autores e quem sabe entender se de fato o uso da música no ambiente hospitalar para paciente em processo de terminalidade de vida irá promover conforto, levando em consideração o seu significado pessoal.

Confortar é um fenómeno pessoalmente exigente e profissionalmente complexo, porque é de natureza processual e sensível às características e compromisso pessoal e ético do enfermeiro com o cuidado prestado ao paciente. Pela complexidade do fenómeno e carácter contextual e interativo do mesmo, parece ser relevante procurar compreendê-lo, teorizá-lo e contextualizá-lo.

Os livros didáticos sobre enfermagem consistentemente identificam o conforto como uma meta do cuidar. Parece que, os enfermeiros, tem uma ideia clara e única sobre o significado de conforto. Entretanto, o que se encontra na literatura são significados ricos e diversos da palavra conforto. O que se percebe é que, apesar das divergências de significação e entendimento dos diversos autores, o conforto tem grande relevância para a Enfermagem, quer pela perspectiva de missão e proficiência profissional – a ajuda para que o cliente experimente conforto –, quer pela perspectiva de resultado – o conforto que o cliente experimenta.

Oliveira (2011) trás que na literatura existem duas grandes vertentes do fenómeno: o conforto enquanto elemento da intervenção do enfermeiro (processo) e o conforto experimentado pelo cliente (estado e resultado). A esta dupla nuance do conforto alia-se a dupla validade do termo “*comfort*”, que na língua inglesa (a maior fonte de literatura científica sobre o tema) pode se verbo, nome ou adjetivo.

O dicionário de língua portuguesa, Aurélio (1986), trás que o termo conforto é um derivado regressivo de confortar, que significa: um ato ou efeito de confortar; Bem-estar.; Comodidade material; cômodo; aconchego; Consolação ou auxílio nas aflições. O termo em inglês *comfort* tem a mesma etimologia que o termo em português. Segundo o *Oxford English Dictionary* (1989) referenciado por Kolcaba (1991) a etimologia da palavra *comfort* é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa. Com é originado de *cum*, que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte. Neste sentido, conforto significa forte em conjunto.

Na literatura de Enfermagem, o conforto e a sua promoção, tem sido considerado por alguns autores, intimamente associado à prática do cuidado de enfermagem sendo, por isso, frequentemente considerado como um conceito central da disciplina (CAMERON, 1993; KOLCABA, 2003; ARRUDA et al. , 1992; MORSE, 2003; WILSON-BARNETT, 1984 CITADO POR MORSE ET AL., 1995), como um valor crítico ou como um objetivo para a enfermagem (NIGHTINGALE, 1859; ORLANDO , 1978; MCILVEEN & MORSE, 1995;

SIEFERT, 2002; WALKER, 2002) e como um resultado esperado quando é prestado o cuidado de enfermagem ( KOLKABA, 1992; WATSON, 2002).

Morse et al (1995) acreditam que Enfermagem mantém o foco no desconforto para compreender o conforto, e as medida de intervenções para aliviar o estresse dos pacientes é consistente com a missão central da enfermagem. Neste sentido, o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo da enfermagem. Ainda para estes autores, o conforto é definido como “o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do contínuo saúde-doença (...) conforto é a marca para o estado final da ação terapêutica por uma pessoa” (MORSE, 1992: 93). O conforto não é um estado último de paz e serenidade, e sim o alívio, mesmo que temporário, da maioria dos desconfortos (MORSE, BOTTORFF e HUTCHINSON, 1995). Relacionaram o conforto com o desconforto, sendo este a perda do silêncio do corpo; o conforto é assim o fortalecimento do doente na sua relação com o seu corpo.

O desconforto ou sofrimento do paciente resulta no fato dele procurar identificar o problema, solicitar ajuda ou dá sinais que indicam para outras pessoas o seu sofrimento ou desconforto. Quando aqueles que prestam os cuidados satisfazem a necessidade de conforto do paciente naquele momento o desconforto é desfeito. Portanto para a autora o objetivo imediato do conforto é acalmar e auxiliar o paciente a suportar seu sofrimento (MORSE, 1998).

Para Siefert (2002) conforto é considerado como uma dimensão ou um componente do processo de experiências e de conceitos dinâmicos tais como: qualidade de vida, esperança, tomada de decisão e reconciliação. Relata ainda que na literatura de enfermagem, o controle e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor descrevem várias vezes, o sentido da palavra desconforto. Este é, tipicamente, relatado como a não satisfação de algumas necessidades que, quando satisfeitas, resultam na experiência de conforto.

Então, o conforto do paciente deve ser a primeira e última consideração da enfermeira e a responsabilidade em oferecer conforto, não acaba com o cuidado físico, pois, o conforto é físico e mental (KOLCABA,1992). Portanto, para a autora, “conforto é a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)” (KOLCABA, 2003: 14). Para ela, conforto é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos, porque se trata de um resultado essencial do cuidado de saúde, é um estado holístico e

complexo. Para a autora, o alívio, representa “o estado, a experiência do doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, a tranquilidade, “um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (KOLCABA, 2003: 9; 15).

Arruda (1998, p. 104) define conforto como uma “experiência subjetiva que transcende à dimensão física porque inclui componentes físico-psicológico-social-espiritual e ambiental, tudo ao mesmo tempo”. A autora ainda afirma que o conforto varia em graus ou níveis e é uma experiência vinculada a conceitos de tempo e espaço. Pode-se atribuir valores para os níveis de conforto, como alto, médio e baixo. O tempo proporciona a pessoa um referencial para avaliar a situação vivenciada, e o espaço, englobaria as relações da pessoa consigo mesmo e da pessoa com o ambiente. Mussi (1994) completa dizendo que o conceito de conforto também pode variar em função da cultura, do sexo e das circunstâncias que desencadeiam as necessidades de bem-estar.

Conforto ainda é definido, como um estado de prazer e bem-estar por DUGAS (1974) e como um sentimento, uma experiência pessoal (FISHER e CONNOLLY, 1975) referenciados por ARRUDA (1998).

Alguns teóricos de enfermagem, também incluíram o conforto em suas análises. Orlando descreveu o conforto como um aspecto central para satisfazer as necessidades humanas argumentando que o papel da enfermagem se deve focar em tudo o que possa interferir com o conforto físico e mental dos doentes. Por sua vez, Peplau considerou-o como uma necessidade básica relacionada com as necessidades de alimentação, repouso, sono e comunicação (Kolcaba e Kolcaba, 1991).

Quer a teoria dos Cuidados Transculturais, Leininger (1995), quer a teoria Humana do Cuidar, Watson (2002), contêm a essência do que é a enfermagem e incorporam a noção de conforto.

Leininger (1995) identificou o conforto como um construto maior da taxonomia do cuidar, sendo da maior importância que este seja avaliado no respectivo contexto cultural para que se possam prestar cuidados de qualidade, holísticos. De forma que, o enfermeiro avalie e intervenha nas necessidades de conforto do paciente, levando em conta o significado que cada pessoa, família ou grupo cultural atribui ao conforto.

Watson (2002) diz que o conforto é uma variável que a enfermeira pode parcialmente controlar, por meio de atividades de suporte, proteção ou correção dos ambientes interno e externo da pessoa. Segundo a autora, o conforto criado pela enfermeira deve ajudar a pessoa a

funcionar de modo eficaz tanto quanto o seu estado de saúde/doença lhe permita, logo, é um resultado do cuidado e uma área de intervenção no processo de cuidar, particularmente suportada pelo oitavo *factor de cuidado* proposto pela autora na sua teoria. Assim, ela ainda traz as medidas de conforto e refere que elas têm lugar central no cuidar, quando afirma que este requer conhecimento, sobre si e sobre a pessoa cuidada, nomeadamente sobre os respectivos significados, respostas a problemas de saúde, comportamentos, necessidades, forças e limitações, requerendo também conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto.

As medidas de conforto também são citadas por Kolcaba (1994; 1992) e Arruda (1998). Kolcaba (1992) as definem como intervenções de enfermagem concebidas para abordar as necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas. Morse (1998) dá outra denominação para as ações de enfermagem no sentido de oferecer conforto, as chama de “estratégias de conforto” e a define como técnicas ou métodos de confortar uma pessoa em sofrimento. A autora, ainda traz que as estratégias de conforto podem ser diretas ou indiretas, isto é, as aplicadas diretamente no paciente; ou indiretas, que controlam as ações de outrem ou que controlam o ambiente.

Morse (1998) relata ainda que as estratégias de conforto não podem ser reduzidas a fórmulas, por serem variáveis e dependentes do contexto. Ao invés disso, o enfermeiro experiente dispõe de um enorme repertório de estratégias de conforto, e deve escolher aquela que melhor se adequa a necessidade do paciente e a seu contexto. Assim, pesquisas que comprovem a eficácia de uma estratégia ou medida de conforto para determinados pacientes, se tornam relevantes, aumentando desta forma, o repertorio de possibilidades do enfermeiro para oferecer cuidado e conforto ao paciente.

Morse, Havens e Wilson (1997), ainda traz que muitas das estratégias de conforto usadas pelas enfermeiras no campo clínico não estão documentadas na literatura, por isso, grandes quantidades de trabalho precisam ser feitas nesta área, de modo a que as indocumentadas estratégias de conforto de enfermagem sejam ensinadas e testadas. Existe, portanto, uma necessidade de mais pesquisas que comprovem o uso de técnicas ou instrumentos de cuidado que tragam conforto ao paciente. Concordando com os autores supracitados, propõe-se nesta pesquisa, utilizar a música para o conforto dos pacientes que recebem cuidados paliativos. Levando em consideração que o importante no manejo ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, não é buscar a cura da patologia, visto

que está permanece incurável, mas buscar oferecer os cuidados paliativos, de forma que, este venha se sentir confortável, respeitado e tenha dignidade ao morrer.

Abre-se então um leque de possibilidades para cuidar deste paciente, e dentre elas a possibilidade de trabalhar com novas modalidades de cuidados, os tratamentos complementares, que por possuírem a característica de incorporar a criatividade e a subjetividades humana, tornam-se ferramentas importantes no cuidado ao paciente em processo de terminalidade de vida. Propõem-se neste estudo o uso da música, e para compreender seu estado da arte, tornou-se necessário incluir um tópico neste projeto de dissertação, para lhe dá suporte científico.

### 2.3 MÚSICA E SAÚDE

A terapia complementar em saúde (TCS) é um termo amplo que compreende um leque de práticas, muitas delas milenares e atreladas a tradições culturais que são utilizadas junto com a medicina convencional. Visam a assistência integral à saúde do indivíduo, ou seja, na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente, corpo e espírito, não o enfocando como um conjunto de partes isoladas. São exemplos de terapias complementares: acupuntura; hidroterapia; relaxamento; meditação; toque terapêutico e musicoterapia (HILL, sd).

Por serem capaz de oferecer ao indivíduo um cuidado integral em saúde, respeitando seus aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais é que as TCS se tornam ferramenta importante principalmente para a Enfermagem, que já possui respaldo legal quanto ao uso destas terapias em seu cuidado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no Parecer Informativo 004/95, reconhece a fundamentação da profissão de Enfermagem na visão holística do ser humano, o crescente interesse e utilização das práticas naturais no cuidado ao cliente e os aspectos do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem que justificam a utilização das terapias naturais (COFEN, 1995). Finalmente, em 19/3/1997, o COFEN, através da Resolução 197, estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem (COFEN, 1997).

Assim, a utilização das TCS pelos Enfermeiros oferece uma nova ótica sobre o processo saúde doença e, conseqüentemente, favorece um cuidado mais qualificado e

humanizado, indo além da forma convencional de assistência, justificando seu uso no cuidado paliativo de pacientes em processo de terminalidade de vida.

Dados apontados pelo National Cancer Institute (2009) já confirmavam a relevância do uso de terapias alternativas e complementares a pacientes com diagnóstico de câncer, que tendem a buscá-las com maior frequência que outros pacientes.

Dentre tantas terapias complementares reconhecidas, propomos, neste projeto, a utilização da música terapêutica no cuidado a estes pacientes.

Música é a combinação de ritmos e sons harmônicos que ao longo da história da humanidade foi sendo modificada, mas o ritmo, melodia e som não deixaram de está presente. “A origem da música foi sensorial e vocal. O sensorio é a parte do cérebro considerado o centro comum de todas as sensações. [...] A voz acaba sendo um gesto, e (a) arte musical veio das exclamações que o homem primitivo usou como sinais” (FREDERICO, 1999, p. 7).

A música é inerente ao ser humano, caracteriza a sua essência e revela sua cultura, já existindo desde a pré-história, quando através do som, o homem primitivo afugentava seus medos e suas angústias se comunicando com os espíritos; se acalmava com os deuses; e celebrava rituais de comunhão com a natureza, acreditando que os mesmos lhe trariam bom tempo e boas colheitas.

Os egípcios, algo em torno de 1500 A.C., achavam que a música poderia aumentar a sua fertilidade. A Bíblia refere que a música tinha poderes de cura, enquanto os gregos e romanos acreditavam na harmonia do corpo e da alma através da música (CANDE, 2002). Backes et al(2003) ainda traz que a música era utilizada como instrumento terapêutico pelos antigos Egípcios, Persas e os Gregos contra ferimentos, mas, e sobretudo, para a cura de distúrbios emocionais.

Na idade média, a doença ainda era vista como uma punição ou castigo por pecados exercidos houve uma estagnação da medicina no que se refere às questões terapêutico-científicas, pelo fato da humanidade ter se voltado mais para as questões místicas da religiosidade. No Renascimento ficou demonstrado que vários tipos de músicas levavam a modificações na frequência respiratória, na frequência cardíaca, pressão arterial e inclusive na digestão (COOK, 1896). Finalmente, a música foi usada como forma de cura no início de 1800, quando Florence Naghtingale observou o efeito benéfico da voz humana na recuperação do pacientes (SÃO MATEUS, 1998).

Nos últimos anos do século XVIII, a primeira música gravada foi usada em hospitais como forma de intervenção. Ela foi usada como uma ajuda para dormir, diminuir a ansiedade e também para ajudar na administração de anestesia local. Ainda no fim do século XVIII, os cientistas começaram a investigar o efeito da música no corpo humano, investigando seu efeito sobre a função cardíaca, frequência respiratória, pulso, pressão sanguínea e fadiga muscular, foram os mais observados. No século XIX, surge um número crescente de estudiosos que iniciou seus estudos sistemáticos sobre a música e sua relação com as respostas fisiológicas e psicológicas do organismo (HATEM, 2005).

Com o advento da tecnologia do século XX, a ligação entre medicina e música diminuiu, contudo, atualmente este interesse está gradativamente aumentando, devido em a ênfase ao controle da dor e ansiedade de pacientes hospitalizados. Devido a isto, a utilização da música está sendo reinvestida como modalidade de terapia alternativa e complementar em saúde.

Assim, a música vem perpassando tempo e cultura e se perpetuando nas civilizações, é classificada como arte e também como a *ciência* de combinar sons (fenômenos acústicos) de modo agradável ao ouvido, ou seja, produzindo efeitos terapêuticos. Compõe-se como manifestação da inata e sublime compreensão humana do belo. Sendo que os sentimentos agradáveis trazidos por ela, pode-se constituir num dos melhores recursos para ajudar as pessoas ao bem viver com suavidade, leveza, esperança, tranquilizando entre outros aspectos, a mente e o corpo.

A arte musical exerce grande influência sobre o indivíduo, qualquer que seja o seu propósito relacionado ao homem, pois nasceu de sua mente, de suas emoções, o que lhe confere então este poder de atingi-lo em seu íntimo (ARRUDA, 2005). Assim, segundo Ruud (1991) por estar sempre presente no nosso cotidiano, a música estrutura e ancora muitas situações por nós vivenciadas, tendo um papel importante ao realçar e posicionar os eventos de nossas vidas de forma significativa. As experiências musicais nos trazem à consciência sentimentos relacionados às experiências vividas. A canção pode criar lembranças bastante fortes, que ao serem lembradas durante uma situação assustadora, podem auxiliar a pessoa a superar uma tarefa difícil. Assim, este projeto trás a proposta de utilizar a música no cuidado paliativo de pacientes em processo de terminalidade de vida.

Portanto, a música pode ter o poder de elucidar emoções, florescer sentimentos positivos e trazer recordações de momentos felizes e tristes. Khalfa (2005, p. 52) revela que:

Essas emoções nascem tanto de um sentimento particular, tanto de um prazer universal. Evocam lembranças, mas também se traduzem em manifestações físicas,

como arrepio ou aceleração dos batimentos cardíacos. A emoção da música é um diálogo uma comunicação não-verbal. [...]

Backes et al (2003) afirma que pela sua capacidade de sensibilizar e tocar o ser humano de forma que lhe proporcione bem estar físico e mental, a música poderá ser utilizada como pratica complementar ao tratamento de diversos desvios de saúde, uma vez que como diz Ruud (1991, p. 11) “na maioria das vezes, a música aumenta nosso bem estar capacita-nos a relaxar, estimula o pensamento e a reflexão, proporciona consolo e nos acalma, ou nos torna mais energizados, nos leva a sair do lugar e ir a luta”. Este fenômeno pode ser explicado por Giannotti e Pizzoli (2004) que entendem que o processo de audição musical afeta de forma positiva na liberação de substâncias químicas cerebrais que podem regular o humor, reduzir a agressividade e a depressão.

Assim, torna-se válido entender a reação fisiológica que ocorre quando escutamos música, a nível cerebral, para causar prazer ao ouvinte. Gayton (2006), explica que quando as vibrações sonoras alcançam a orelha externa, elas são canalizadas para o ouvido, acionando a membrana timpânica que transmitem o som para a orelha interna, alcançando a cóclea. O som atinge então está estrutura que contem uma série de células sensíveis a estímulos mecânicos: as células ciliadas. Estas células constituem os órgãos receptivos que geram impulsos nervosos em resposta as vibrações sonoras. Segundo McClelland (1994) muitos destes impulsos nervosos gerados pelo estímulo sonoro, chegam ao tálamo, onde está situada uma estrutura chamada de sistema límbico (considerada por muitos neurocientistas como o sistema responsável pela formação das emoções), onde acredita-se que ocorre a reação emocional ligada ao estímulo musical.

Cook (1987) também comprovou que a música estimula o sistema ativador reticular, através do cérebro e do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), afetando as emoções, a função autonômica e a musculatura do corpo, fazendo com que a pessoa que escuta a música, que faz parte de sua cultura e história de vida, retome emoções do passado. Cook ainda demonstrou que a música afeta o lado direito do cérebro e pode ocasionar a liberação de endorfina pela glândula pituitária levando ao alívio da dor, diminuição da ansiedade e trazendo relaxamento físico e mental. O nível de catecolaminas diminui, causando redução da pressão sanguínea, da frequência cardíaca e de ácidos graxos. Comprovando seu efeito no paciente gravemente enfermo e hospitalizado.

Assim segundo Khalfa (2005, p. 72):

Em uma pessoa estressada, o complexo amigdalóide é ativado. Ela estimula o hipotálamo, o que ativa a hipófise, que, por sua vez libera o hormônio ACTH levado às glândulas supra-renais. Estas liberam o cortisol, aumentando a liberação de glicose pelo fígado, que ficará disponível para os músculos. Quando o cortisol atinge o cérebro, o indivíduo está em sinal de alerta. Passado o stress, uma música tranquila ativa o córtex auditivo, reduzindo a atividade do complexo amigdalóide e inibindo toda a cadeia de reações. O cortisol para de ser liberado.

Portanto, uma das maneiras de se estudar o efeito da música no organismo humano é através da análise das alterações no nível de cortisol. Alguns estudos estão utilizando a medida do nível de cortisol salivar. O estudo conduzido por Uedo et al (2004) utilizaram a música para induzir a diminuição do estresse do pacientes, para isto, mediram a variação do nível de cortisol depois da escuta musical e constatou-se uma diminuição considerável de cortisol em relação ao grupo controle. O nível de cortisol também foi avaliado depois da escuta musical, no estudo de Nakayama et al (2009) que teve como objetivo avaliar a eficácia do uso de música no ambiente hospitalar para pacientes em processo de terminalidade de vida. Os resultados mostraram redução significativa de níveis de cortisol salivar após a sessão de terapia, conduzindo ao relaxamento dos pacientes.

Estudo realizado por Araújo (2010) utilizando música para pacientes conscientes, internados Unidade de Terapia Intensiva evidenciou uma melhora do estado psico-emocional, tirou do foco mental da dor, da angústia, da patologia, dando concentração na melodia musical, promovendo momentos de distração. Além disso, os participantes relataram que sentiram alegria, paz interior, fé, esperança na recuperação, relaxamento físico e tranquilidade.

Para Queiroz(2000) a música consegue criar um estado receptivo através do relaxamento humano, em especial em relação as emoções, possibilitando a assimilação do conteúdo transmitido pela música ou por qualquer outro elemento próximo a ela quando do momento da audição musical. Com ritmos adequados e respeitando a cultura do paciente, pode-se atribuir pacificação no coração. A utilização de música em pacientes que está recebendo cuidados paliativos torna-se valioso, uma vez que sentimentos de descrença, medo, angústia e estresse em relação a situação vivenciada, pode tornar-se uma realidade. A música, portanto, vem oferecendo calma e paz, onde muitas vezes só se tem o medo

Alguns estudiosos suspeitam que a música também tenha influência no controle da dor e efeitos fisiológicos no corpo. A teoria do *The Gate Control* (do controle da dor) propõe que existe um mecanismo de passagem no Sistema Nervoso Central (SNC) que bloqueia a entrada da sensação de dor, ao nível da coluna espinhal. Este mecanismo pode aumentar ou diminuir o fluxo dos impulsos nervosos como a estimulação dolorosa, das fibras periféricas ao SNC. Esta

teoria também inclui o processo cerebral, que inibe o controle descendente, ao nível da coluna espinal. Distração da atenção à dor, através da música, pode diminuir a natureza adversa do estímulo. Quando um indivíduo é confrontado com dois estímulos, como a dor e a música, o segundo pode controlar ou agir no mecanismo de controle da dor e através da focalização de seu interesse na música e diminuir o interesse na dor (WHIPLE e GLYN, 1992).

Estudos realizados utilizando a música como recurso terapêutico, comprovaram que ela apresenta efeito positivo na dor crônica. Um estudo realizado por Gonçalves (2001) que avaliou o efeito da música em pacientes com dor sob cuidados paliativos, concluiu que com a aplicação das sessões de música, além da redução da dor, alguns pacientes relataram ter dormido melhor, ficaram mais relaxados, tranquilos e confortáveis, e outros ainda evocaram lembranças pessoais.

Franco e Rodrigues (2009) desenvolveram um estudo que teve como objetivo avaliar a percepção de pacientes oncológicos com dor crônica sobre os efeitos da música no alívio da dor. Foi realizado com 20 participantes que possuíam diagnósticos de câncer e tinham episódios de dor crônica. Os autores ofereceram música durante três dias por um período de 20 a 30 min e concluíram que ocorreu redução significativa da dor, além da observação da redução nos valores dos parâmetros vitais, principalmente Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca.

Leão e Silva (2004) realizaram uma pesquisa intitulada “Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais” procurando conhecer de que forma a música poderia influenciar para a diminuição da dor. Foi utilizada uma amostra de noventa mulheres com diagnósticos de fibromialgia, lesão por esforços repetitivos/doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho, e afecções relacionadas à coluna vertebral que foram submetidas à audição individual musical. As pesquisadoras concluíram que os três grupos de mulheres apresentaram redução estatisticamente significativa da intensidade da dor ao final da audição musical, sugerindo que análises nesse sentido podem contribuir para a utilização da música pela Enfermagem. Neste sentido, ao fazer com que a dor seja deixada de lado, momentaneamente no embalo do ritmo da música, melhora-se o astral do paciente por estar voltado para a melodia.

Assim, a música pode ajudar a eliminar a dor, servindo de santuário para o imaginário, a reduzir o estresse e a tensão, induzindo o relaxamento. Ativa a liberação de endorfinas e ajuda a mente criar imagens mentais, fazendo com que a pessoa transcenda do ambiente que lhe causa temor (ORTIZ, 1998). A música então, dada seu poder terapêutico, pode tornar-se

capaz de proporcionar ao ouvinte, conforto, sendo válida sua utilização, no âmbito dos cuidados paliativos.

Assim, segundo Leão (2009, p. 350):

A experiência musical é importante para pacientes oncológicos, que estejam experimentando grande angústia existencial e sofrimento (...) Então, a música é terapeuticamente valiosa, pois o indivíduo pode perceber que ela é mais do que um corpo doente é mais do que a dor. O paciente percebe que a sua essência, o seu verdadeiro ser, permanece, mesmo que racionalmente ele não compreenda o que se passa em sua totalidade.

A intervenção musical, então, pressupõe uma emaranhada rede de sensações e emoções, também atuando no emocional do paciente, contribuindo para a recuperação de sua autonomia, assim como estimular sua memória para lembranças. Podemos desenvolver no paciente, meios de expressão de sentimentos, sejam estes meios verbais ou não, deixando o paciente ciente da realidade e mantendo a integridade de sua identidade.

Na área espiritual, a música proporciona conforto para os sentimentos, apoia às dúvidas, à raiva, ao medo e ao perdão através da experiência musical. Há pacientes que se punem pelo próprio estado e imploram o perdão de Deus. Outros podem usufruir da música como um manto, oferecendo-lhes calor humano, apoio e acolhimento.

Portanto, a música constitui, um instrumento valioso na arte de cuidar, principalmente para a Enfermagem, e segundo Fonseca et al (2006) a música, aplicada como terapia em saúde, possibilita uma assistência diferenciada ao paciente, que passa a ser entendido como sujeito ativo dentro do processo saúde-doença. Além disso, a música pode proporcionar a recomposição do ser humano como um ser integral, não apenas um mecanismo biológico compostos de partes separadas, podendo compreender que o indivíduo em processo de terminalidade de vida não representa somente um processo patológico, mas revela sim, um *ser* dotado de necessidades bio-psico-espirituais que precisam se respeitadas.

---

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo descritivo exploratório, onde se pretende compreender a música como estratégia de conforto para pacientes em processo de terminalidade de vida de acordo com o ponto de vista dos participantes do estudo.

A abordagem qualitativa se apresenta como a mais adequada para esta pesquisa por proporcionar, conforme Turato (2008), o entendimento e a interpretação dos sentidos, percepções e das significações que uma pessoa relaciona aos fenômenos, o que vem de encontro com a proposta que se propõe: Analisar as experiências de conforto de pessoas sob cuidados paliativos com o uso da música. Acrescenta-se, ainda que a pesquisa qualitativa se torna apropriada para a compreensão dos acontecimentos que cercam a realidade do ser humano de forma mais abrangente, na qual há uma compreensão de forma mais holística do sujeito (OHL, 2006).

O caráter exploratório advém do fato de se buscar a exploração satisfatória do objeto de estudo. A partir desta premissa, Cervo (2007) assevera que a pesquisa exploratória realiza descrições da situação e quer descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes. Esse tipo de pesquisa requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação. Para Minayo (2007), a fase exploratória da pesquisa tem a importância fundamental de superar o empirismo nas abordagens das questões sociais.

O estudo descritivo, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), considera a observação, a descrição e a documentação de um fato como ele naturalmente acontece. É delineada para caracterizar um fenômeno social de interesse, buscando descrevê-lo e servindo de base para sua compreensão. Para Minayo (2007), a sua fundamentação foi baseada na necessidade de se explorar e descrever o problema e a situação insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos organizados sobre os problemas existentes para os indivíduos, para as relações e para os espaços dos serviços. Assim, inserem-se na identificação e na descrição dos fenômenos em questão, qual seja, a música como estratégia de conforto em cuidado paliativo.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Constituiu-se como Locus desse estudo as clínicas médicas femininas e masculinas de internação adulta de um hospital especializado em câncer na cidade do Salvador-Ba.

A escolha desta instituição se deu pela especificidade do hospital, que apesar de não possuir uma clínica especializada em cuidados paliativos, oferece esta especialidade de cuidado por meio da assistência médica aos pacientes que dele necessite. Quando é constatado pela equipe de oncologia e de cirurgia oncológica que o paciente possui um câncer em estágio avançado e incurável, este passa a ser acompanhado por duas profissionais médicas especialistas em cuidados paliativos. O hospital ainda não dispõe de uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos formada para dá a assistência necessária a estas pessoas.

Essa indicação também se deve ao fato da instituição ser parceira da Universidade Federal da Bahia e sempre se mostrar aberta a novas experiências de cuidados, sendo que o cuidado paliativo está se mostrando com uma efetiva modalidade de atenção a pacientes na terminalidade.

O Hospital utilizado como campo de coleta foi inaugurado em 1952, como fruto da luta do Prof. Aristides Maltez sendo o primeiro hospital de câncer, construído na especialidade no país e que atua até os dias presentes, fundamentalmente, para as pessoas carentes, portadoras de câncer. Este, começou a funcionar com 15 leitos, hoje possui cerca de 218 leitos, sendo 10 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 18 de oncologia pediátrica, um movimento diário em seus ambulatórios de 3.000 pacientes, clientela 100% de pacientes SUS, atende anualmente uma média de pacientes egressos de 406 municípios do Estado da Bahia, além de pacientes de Estados vizinhos com Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Maranhão, Vitória e Minas Gerais, realiza uma média de 1.700.000 procedimentos.

A clínica médica de internação adulta é dividido em duas alas (A e B), a ala A fica no primeiro andar e a ala B no segundo andar do hospital Aristides Maltez. São 70 leitos de internação divididos em leitos femininos e masculinos, distribuído em unidade com 6 leitos e apartamentos com 4 e 2 leitos. Os pacientes ficam internados para receber tratamento especializado, acompanhamento com oncologista e/ou cirurgião oncológico e esperando a autorização para realização de procedimentos cirúrgicos.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo como descrito em parágrafos precedentes, foram pacientes do hospital baiano supracitado, incluídos no estudo segundo os critérios:

- a) está recebendo cuidados paliativos constatado pela equipe de saúde;
- b) encontrar-se orientado no tempo e no espaço e ser capaz de estabelecer uma comunicação verbal;
- c) ter idade maior que 18 anos;
- d) gostar de ouvir músicas;
- e) aceitar participar do estudo dando sua anuência após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado pela pesquisadora.

Não participarão do estudos os pacientes que foram incluídos nos seguintes critérios de exclusão:

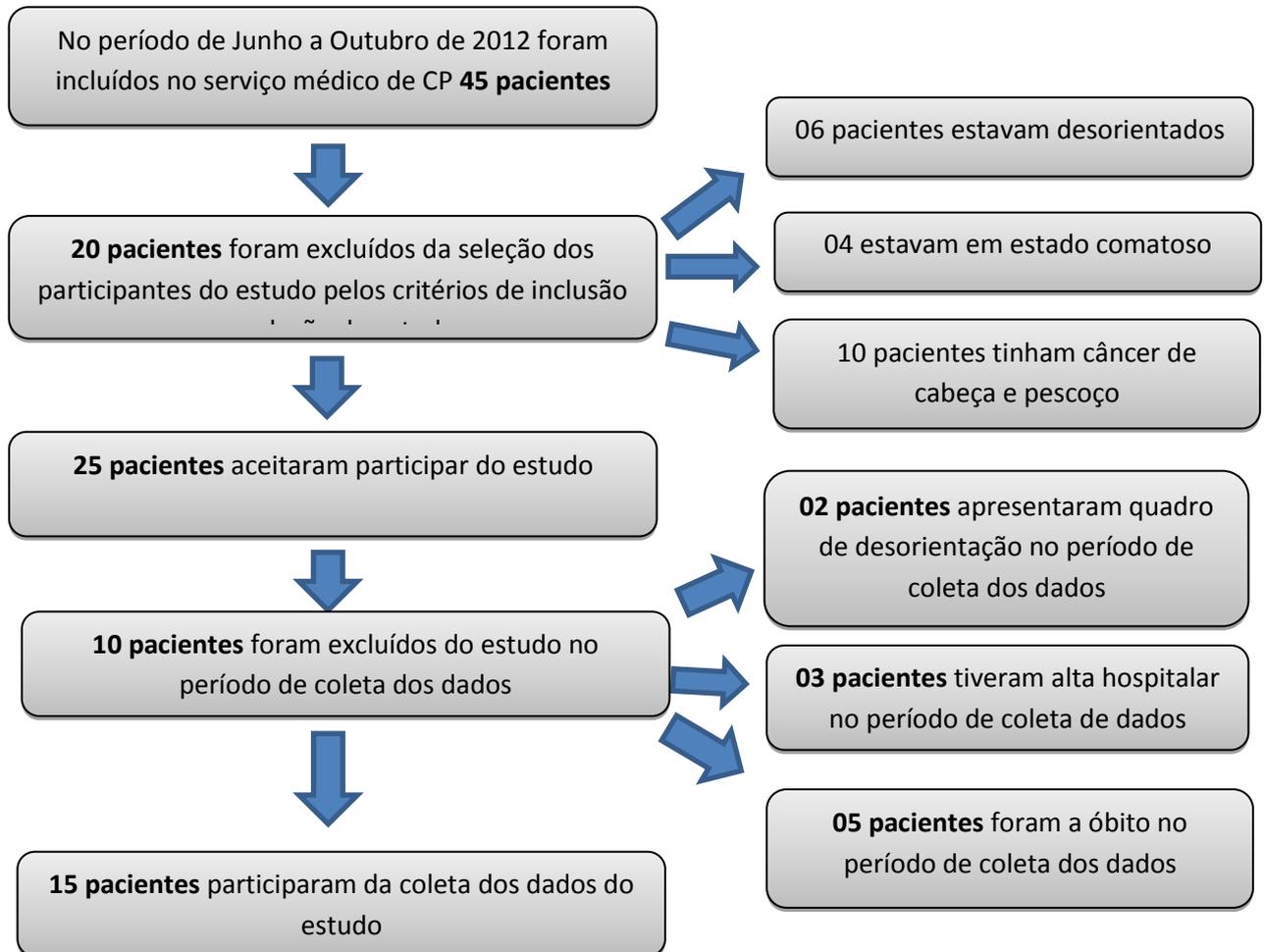
- a) Pacientes psiquiátricos;
- b) Pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço;
- c) Não gostarem de escutar música;
- d) Não derem anuência ao termo de consentimento livre e esclarecido.

Participaram deste estudo 15 pessoas sob cuidados paliativos e o que definiu o número foi a saturação dos dados, ou seja, a coleta cessou no ponto em que não foi obtida nenhuma informação nova e foi atingida a redundância.

A saturação dos dados pode ser alcançada mesmo com um reduzido número de casos, e para isso, deve possuir informações profundamente suficientes para a análise do objeto em questão (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004). Fontonella e colaboradores (2008), ainda trazem que a saturação de dados é operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de Junho a Outubro de 2012, neste período foram incluídos no serviço médico de cuidados paliativos 45 participantes. A seleção da amostra está representada no fluxograma abaixo:

**Figura 01:** Fluxograma de participantes incluídos na pesquisa. Salvador, 2013.



### 3.3 ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS

Antes de começar a coleta de dados foi encaminhado ao hospital Aristides Maltez uma Carta de Solicitação de Campo para Coleta dos Dados junto aos pacientes internado na instituição. Com a autorização em mãos o projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Ética e Pesquisa (SISNEP) através do preenchimento da Folha de Rosto de protocolo de pesquisa.

Após o cadastramento, as folhas de rosto foram assinadas pela pesquisadora e pela Diretora do Faculdade de Enfermagem da UFBA e o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Com o parecer do CEP/UFBA favorável ao projeto de pesquisa e o ofício de autorização em mãos do Hospital Aristides Maltez o projeto foi novamente submetido a apreciação, desta vez do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Aristides Maltez. Só após o parecer favorável do CEP/Aristides Maltez a pesquisa foi iniciada.

Foram esclarecidos aos participantes da pesquisa os objetivos e relevância do estudo. Embora não ofereça riscos físicos, poderá proporcionar resgate de lembranças do passado trazendo algum incômodo, portanto, a pesquisadora terá toda a sensibilidade de interromper a escuta musical, caso o participante assim o solicitar e oferecer apoio emocional sempre que necessário. Apesar do esforço da pesquisadora não foi possível realizar a coleta de dados em ambiente físico restrito, já que a maioria dos participantes estava acamado no leito. Foi utilizado biombos, para mantê-los mais confortáveis para expor suas percepções, de modo a preservar o sigilo das informações e a privacidade das depoentes, atendendo assim os critérios da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Após solicitação e com a autorização para o uso do gravador, as entrevistas foram gravadas em fitas de áudio e posteriormente transcritas. As fitas gravadas serão arquivadas no diretório do grupo de pesquisa onde esta pesquisa encontra-se vinculada (GECEN/UFBA - Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Cuidar em Enfermagem). Esses e outros aspectos éticos da pesquisa estão de acordo com as exigências dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos, com base nos referenciais básicos da bioética, autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (BRASIL, 1996).

Aceitando participar do estudo, foi solicitado aos participantes a leitura do e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Os participantes ficaram com uma via original do TCLE, devidamente assinado pela pesquisadora, a outra via ficou em posse da pesquisadora. Aos participantes analfabetos, foi utilizado a impressão digital.

Os participantes foram informados sobre o seu direito de participar ou não do estudo, bem como de desistir em qualquer fase, devendo os mesmos expressar esta intenção à pesquisadora a qualquer momento da pesquisa através do telefone disponibilizado ou

pessoalmente. A pesquisa não prevê pagamento pela participação. Também não há remuneração para os pesquisadores. Foram utilizados códigos de identificação no intuito de preservar o anonimato dos participantes. Os resultados serão divulgados no espaço do Hospital Aristides Maltez e divulgadas em eventos científicos e publicados na dissertação e em revistas indexadas.

### 3.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados empíricos foi utilizado uma entrevista individual com auxílio de um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), partindo da premissa de que os mesmos nos proporcionarão direcionamento para a investigação a ser realizada.

A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das pesquisas em saúde. De acordo com Minayo (2004), este método de coleta de dados combina perguntas fechadas e abertas, podendo o entrevistado discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Ressalta-se que esta técnica possibilita inserir outras questões durante a coleta, condicionada à interação do pesquisador e sujeito e as respostas deste último.

Neste estudo, a entrevista teve um caráter diferenciado, uma vez que a pesquisadora teve extrema delicadeza e atenção aguçada, por tratar-se de pacientes em estado grave de saúde, que embora encontravam-se no critério de inclusão letra ‘b’, a voz encontrava-se lenta, arrastada, fraca e com respostas breves. Desta forma, o roteiro de entrevista foi elaborado (APÊNDICE A) atentando-se para essas especificidades de gravidade dos pacientes.

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os procedimentos para coleta de dado consistiram inicialmente de contato com a equipe de profissional para a identificação dos pacientes que estavam recebendo os cuidados paliativos e em condições para a entrevista. Foi utilizada ainda como seleção inicial a lista de pacientes acompanhados pelas 02 médicas de CP e conversa com as mesmas. Foram excluídos pacientes que possuíam câncer de cabeça e pescoço e estavam desorientados e comatosos.

Dada à seleção inicial foi realizado o primeiro contato com o paciente e sua família que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, no intuito de explicar à proposta do estudo. Assim que foi expressa a vontade do paciente em participar, foi solicitada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e de posse do termo de consentimento devidamente assinado, deu-se início ao trabalho de campo.

A primeira etapa da coleta de dados consistiu na aplicação da parte I do roteiro de entrevista (APÊNDICE A), que constava de uma breve caracterização dos participantes do estudo e identificação da sua preferência musical, já que neste estudo foi respeitado o gosto musical dos participantes. Os itens que os participantes não puderam ou não souberam responder, foi questionado ao acompanhante e/ou equipe de enfermagem. Cinco dos quinze participantes deste estudo não souberam dizer quanto tempo permaneciam internados e três participantes não sabiam especificar o tipo de neoplasia que portavam. Estes itens foram questionado a Enfermeira plantonista.

Logo após, foi iniciada as ações que correspondem ao uso da música ao estilo preferido do paciente de forma individual. Foi utilizado para tal finalidade um aparelho de MP3, fones de ouvido e CDs de diversos estilos musicais. Salientando-se que o fone de ouvido utilizado pelo participante, foi deixado em sua posse, sendo que cada um teve seu fone individual.

A partir de então, foi realizada duas sessões em dois dias consecutivos de escuta musical. Sendo que, em cada sessão o paciente escolheu o que preferiu escutar por um tempo mínimo de 30 minutos ininterruptos. Os participantes que não escutassem música no tempo mínimo de 30 minutos ou pausasse a escuta neste período seria excluído do estudo. É importante salientar que todos os participantes alcançaram o tempo mínimo de escuta ininterrupta.

A definição da quantidade de dias em que será oferecida música aos participantes, não aconteceu de forma aleatória. Estudos que tem utilizado música como intervenção no ambiente hospitalar (ARAÚJO, 2010; FRANCO E RODRIGUES, 2008; HATEM et al, 2006; LEÃO, 2004) mostraram que a música se torna terapêutica, até mesmo em somente um intervenção. Estes estudos utilizaram-na de um a três dias, mostrando que sua utilização, causa mudanças positivas em pessoas hospitalizadas. Cada sessão terá duração média de 30min/dia, podendo variar para mais, a depender da necessidade relatada pelos participantes.

Este deverá permanecer o tempo mínimo de 30min escutando as músicas de escolha sem interrupção. Caso ocorra alguma intercorrência que seja necessário à pausa da escuta, o tempo será zerado e a escuta deverá ser reiniciada.

Ainda não se tem atribuições de tempo “ótimo” de escuta musical, mas trabalho tem sugerido que a variação de 30 a 40min já se torna eficiente para causar mudanças no bem-estar de pacientes hospitalizados. Portanto, a definição do tempo médio de escuta encontra-se respaldada em estudos científicos, como indicamos a seguir.

O estudo realizado por Nakayama et al (2008), com dez pacientes em processo de terminalidade de vida, utilizou amostra de saliva colhida antes e após escuta musical, que tiveram duração de 30 a 40min. As amostras eram analisadas no intuito de investigar se a escuta de música durante a hospitalização proporcionava mudanças no nível de cortisol (também chamado de hormônio do estresse) dos pacientes. Os resultados mostraram redução significativa do nível de cortisol salivar após a sessão de terapia musical, comprovando, desta forma, que a média de 40 min de terapia musical já é capaz de interferir na liberação de hormônios corporais, aumentando o bem-estar de quem a escuta. Outros estudos (LEE et al, 2010; BITTENCOURT et al , 2003; FRANCO e RODRIGUES, 2008; HATEM et al, 2006) também utilizaram música em pacientes hospitalizados, no tempo médio de 30min e concluíram que a música tem efeito positivo tranquilizando-o e transcendendo-o do ambiente hospitalar, promovendo relaxamento muscular, diminuição da ansiedade estresse.

A pesquisadora foi em horários pré-estabelecidos conjuntamente com paciente/família e equipe de enfermagem. Ao fim da escuta musical do segundo dia foi aplicado a parte II do roteiro de entrevista (APENDICE A) que constou de um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas norteadoras sobre as percepções do paciente quanto ao (des)conforto sentido com o uso da música no seu cuidado paliativos.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos de análise, para obtenção de resultados, foram utilizados em duas dimensões. A primeira é a caracterização dos participantes da pesquisa e a segunda dimensão consiste no destaque de informações relevantes a partir da análise das entrevistas de acordo com os propósitos da pesquisa.

A análise das entrevistas foi feita a partir da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009). Essa técnica de análise considera toda comunicação como uma dinâmica, em construção de significados (explícitos e/ou implícitos). Pressupõe imersão do pesquisador, por meio de leituras e reflexões, relacionando os dados com a experiência concreta vivida pelos sujeitos. De acordo com a proposta de Bardin (2009), existem três diferentes fases na análise de conteúdo: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, a partir de escolhas de documentos, formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final. A segunda fase, exploração do material, consiste nas operações de codificação em função das regras previamente estabelecidas. No tratamento dos resultados, inferência e interpretação, a terceira e última fase, o objetivo é obter resultados válidos e significativos.

Neste estudo foi adotada a categorização temática, pois permite analisar a descrição do conteúdo que emergirá da entrevista. Sua escolha deve-se ainda ao fato deste tipo de análise ser amplamente aplicável nas ciências sociais em estudos que busquem respostas às entrevistas individuais.

Assim, a análise dos dados deu-se da seguinte forma: inicialmente organizamos o material coletado por meio da entrevista transcrevendo-as na íntegra; em seguida realizamos uma leitura flutuante das informações coletadas. Após essa primeira leitura, nos direcionamos para leituras de forma mais aprofundada do material coletado, com vista a registrar impressões sobre as mensagens emitidas e elaborarmos categorias e subcategorias deste estudo no intuito de se estabelecer classificações.

As características sociodemográficas e as preferências musicais dos participantes deste estudo foram analisadas com base em números absolutos e índices percentuais.

As categorias subtraídas dos discursos dos participantes serão apresentadas no próximo capítulo.

---

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao apresentar os resultados e as discussões das informações apreendidas durante o desenvolvimento da pesquisa, com base na aplicação da música como tecnologia leve para o conforto dos participantes do estudo, aduz-se, inicialmente, a caracterização deles, para que o leitor conheça cada ser envolvido, passando então à análise qualitativa pela técnica de análise temática categorial de conteúdo proposta por Bardin (2008).

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

É relevante o conhecimento das principais características pessoais dos participantes de uma pesquisa. Para tanto, os 15 participantes que compuseram este estudo foram caracterizados segundo o questionário sócio demográfico.

A distribuição dos participantes, por sexo e faixa de idade, observando-se os limites de idade adotados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), indica que os participantes da pesquisa foram 09 mulheres (60%) e 06 homens (40%). A idade dos participantes variou entre 26 e 65 anos, com média de 45,5 anos. O grupo foi composto predominantemente de pessoas de meia- idade, posto que apenas três participantes tinham idade superior a 60 anos, no caso dos Entrevistados: *Part 2*; *Part 7* e *Part 11*. Predominando a faixa etária de 55-59 para homens e 40-44 para mulheres.

Percebe-se que houve um maior número de participantes do sexo feminino o que vai de acordo com os dados divulgados em 2012 pelo INCA nos mostra uma discreta diferença na incidência de câncer entre os sexos. Estima-se no Brasil em 2012 e 2013 a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, sendo que são esperados um total de 257.870 casos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino, havendo portanto, uma inclinação mínima, mas, perceptível de maior número de casos de câncer no sexo feminino (INCA, 2012).

Neste estudo foi possível perceber que havia maior número de mulheres internadas nas unidades oncológicas, o que pode também ser explicado pela maior procura do sexo feminino por assistência médica. Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os

espaços da saúde, sejam consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade (BRASIL, 2008).

Quanto a faixa etária, o fato dos participantes serem em predominância, pessoas de meia-idade, o INCA (2011), traz que a incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida, aumentando-se a possibilidade do indivíduo desenvolver o câncer. Porém, sabe-se que a incidência desta enfermidade também está relacionada a fatores genéticos e ao estilo de vida, e novos padrões de consumo. Assim, aumenta-se também a possibilidade de desenvolvimento do câncer em pessoas com faixa etária inferior aos 60 anos, como mostrou o presente estudo.

Sobre o grau de escolaridade, 20% concluiu o ensino fundamental (6,67 das mulheres e 13,33 dos homens), enquanto 33,33% tinham o ensino fundamental incompleto (20% das mulheres e 13,33 dos homens). Apenas 13,33% dos participantes tinham o ensino médio incompleto (empate entre mulheres e homens), enquanto 33,33% tinham o ensino médio completo (26,66 das mulheres e 6,67 dos homens).

Quanto a situação conjugal 08 participantes eram casados (53,33%), 01 solteiro (6,7%), 04 eram viúvos (13,33%) e 02 divorciados (26,66%). Quando perguntados sobre sua religião 10 participantes (66,66%) do estudo se definiram evangélicos e 05 católicos (33,33%), nenhum participantes se declarou sem religião.

Em relação a atividade profissional 05 (33,33%) declararam que possuíam atividade sem carteira assinada, 05 (33,33%) estavam afastados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, 03 (20%) eram aposentados e somente 02 (13,33%) de declararam desempregados no momento.

Em relação aos dias de internação, de uma maneira geral, o tempo de internação médio até o início da coleta de dados foi de 41 dias com desvio padrão de 34; variando entre o mínimo de 7 dias e o máximo de 75 dias de internação. Quanto este tempo foi dividido em intervalos, 09 (60%) dos pacientes estavam internados entre 7 a 15 dias; 04 (26,7%) estavam entre 16 a 20 dias; e 02 (13,33%) pacientes tinham mais que 20 dias de internação.

Em relação ao diagnóstico de cada participante, foi possível dividir distribuir os participantes por tipo de câncer e sexo. No sexo feminino percebe-se uma incidência maior de câncer de colo de útero que acometeu 04 (26,7%) das entrevistadas, seguido do diagnóstico de câncer de mama em 03 (20%) e 02 participantes possuíam câncer escamoso de pulmão (13,33%). No sexo masculino foi possível perceber maior incidência de câncer de próstata em

03 (20%) dos entrevistados, seguido de câncer de pulmão em 02(13,33%) e apenas 01 (6,67%) participante possuía diagnóstico de câncer de estômago.

A incidência de câncer por sexo apresentada pelos participantes deste estudo está em coerência com dados recentemente divulgados pelo INCA (2012, p. 54).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 serão válidas para o ano de 2013 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema de câncer no país. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e cânceres de pele não melanoma, mama, colo de útero, colón e reto e glândula tireoide para o sexo feminino.

Em relação a incidência do câncer de pulmão, percebe-se que em ambos os sexos houve a mesma quantidade de participantes acometidos. Embora a incidência no sexo masculino fosse previsível pelos dados do INCA. No contexto mundial percebe-se que existe um aumento no número de casos de câncer do pulmão, agora incluindo as mulheres em maior número, principalmente por sua forte adesão ao tabagismo.

Para Zamboni e Carvalho (2005), a incidência dessa neoplasia entre elas aumentou 127% no período entre 1979 e 2002, seguramente devido ao vício de fumar. Resultados epidemiológicos realizados pelo INCA (2008) demonstram aumento da prevalência do câncer de pulmão nas mulheres, em todas as capitais, contrastando com o declínio ou a estabilidade da mesma neoplasia nos homens, o que nos comprova a mudança no perfil da doença. Para estas autoras, embora o câncer de mama e colo de útero sejam os tipos mais frequentes nas mulheres, o câncer de pulmão é principal causa de morte relacionada ao câncer em mulheres.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO MUSICAL DOS PACIENTES

Os participantes da pesquisa mostraram gostos musicais bastante diversificados, variou de música gospel (11), seresta (2), MPB (4), forró (2), romântica nacional (1) e sertanejo (4). Esses estilos musicais foram relatados pelos participantes durante o primeiro contato e entrevista, revelando os seus interesses pessoais. O Quadro 01 exhibe dados referentes ao gosto musical dos participantes da pesquisa.

**Quadro 01:** Relação de participantes quanto ao sexo, idade, religião e gosto musical.

<b>PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>GÊNERO E ESTILOS MUSICAIS</b>
ENT 01	F	39	Evangélica	Gospel
ENT 02	F	65	Evangélica	Gospel e MPB antigo
ENT 03	M	26	Católico	Sertanejo e Seresta
ENT 04	M	57	Católico	Sertanejo, Forró
ENT 05	F	28	Evangélica	Gospel
ENT 06	F	43	Católica	MPB, Gospel e Romântica nacional
ENT 07	F	63	Evangélica	Gospel
ENT 08	F	44	Evangélica	Gospel e MPB
ENT 09	F	35	Evangélica	Gospel
ENT 10	F	42	Evangélica	MPB e Gospel
ENT 11	M	62	Evangélico	Sertanejo antigo e Gospel
ENT 12	M	55	Católico	Forró e Arrocha
ENT 13	M	44	Católico	Sertanejo e Seresta
ENT 14	F	40	Evangélica	Gospel
ENT 15	M	56	Evangélico	Gospel e MPB

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador-2013

Watson (2002) em sua teoria transpessoal, evidencia que a ciência do cuidado é feita a partir de fatores que propiciam a autonomia e a liberdade de escolha do paciente em seu tratamento, sendo este o nosso procedimento nesta pesquisa. Durante toda a pesquisa houve o respeito pelo gosto musical dos participantes, sendo que eles escolhiam seu repertório musical.

Esse momento fortaleceu o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o pesquisador e participante, criando uma conexão, bem como permitiu o cultivo da expressão dos participantes, enquanto seres sensíveis, individuais e ativos no processo de pesquisa.

Bergold (2005) afirma que é imprescindível respeitar a preferência musical do paciente, porque não é qualquer música que compõe o seu universo e, conseqüentemente, não lhe trará sentimento de identificação.

Ainda segundo a autora, a preferência musical, porém, não é estática, elas evoluem de acordo com as mudanças que ocorrem no cotidiano de cada um e com o estilo de vida atual, pois o significado que a música traz para a pessoa está estreitamente ligado ao contexto de sua

vida; por isso não é qualquer música que provocará um sentimento de identificação, ela deve fazer parte do universo do paciente e, respeitosamente, se deve atentar para saber se, naquele momento, ele quer ou não escutá-la.

Assim, nesse estudo pode-se perceber, claramente, que algumas variáveis influenciaram na escolha do repertório musical, a exemplo da espiritualidade que parece ter sido decisiva nas escolhas musicais dos participantes *Part 01, Part 02, Part 05, Part 07, Part 08, Part 09, Part 10, Part 11 e Part 14*, que por serem evangélicas, quiseram escutar na maior parte do tempo o estilo gospel, embora os participantes *Part 02, Part 08, Part 10 e Part 11*, tivessem citado outros estilos musicais de sua preferência. Para eles elevar os pensamentos à Deus, através dessas músicas, traz uma sensação de melhoria para sua condição de saúde do momento.

A idade foi outra variável que parece ter influenciado no tipo de música a ser escutada, os mais velhos preferiram cantores que fazem sucesso a mais tempo e românticos, pois referiam que eram músicas do seu tempo; a exemplo da *Part 02* (65 anos) gostava de Roberto Carlos e Simone, *Part 11* (62 anos) gostava de Zezé de Camargo e Luciano e Sergio Reis, *Part 04* (57 anos) preferia Chitãozinho e Xororó, já o *Part 12* (55 anos) preferia cantores de forró da sua época como Luiz Gozaga e Dominginhos. Os mais novos como, *Part 03* (26 anos) escolheu cantores mais atuais como Jorge e Matheus e Gustavo Lima.

A relação de tempo de escuta e escolha musical de cada participantes pode ser observada no Quadro 02 abaixo:

**Quadro 02:** Tempo das sessões e músicas escutadas pelos pacientes em cada dia

	<b>1ª DIA</b>		<b>2ª DIA</b>	
<b>PARITICPANTE</b>	<b>TEMPO</b>	<b>CANTOR/GRUPO MUSICAL</b>	<b>TEMPO</b>	<b>CANTOR/GRUPO MUSICAL</b>
<b>ENT 01</b>	45 min	Mara Maravilha (gospel)	60 min	Lázaro (gospel)
<b>ENT 02</b>	38 min	Roberto Carlos (MPB)	50 min	Jamily (gospel) + Simone (MPB)
<b>ENT 03</b>	47 min	Jorge e Matheus (sertanejo)	32 min	Gustavo Lima (sertanejo)
<b>ENT 04</b>	32 min	Chitãozinho e Xororó	55 min	Mastruz com Leite (forró)

		(sertanejo)		+ Roberto Carlos (MPB)
<b>ENT 05</b>	40 min	Diante do Trono (gospel)	35 min	Fernanda Brum (gospel)
<b>ENT 06</b>	38 min	Padre Marcelo Rossi (gospel)	48 min	Roberto Carlos (MPB)
<b>ENT 07</b>	47 min	Lázaro (gospel)	30 min	Mara Maravilha (gospel)
<b>ENT 08</b>	50 min	Jamily (gospel)	40 min	Aline Barros (gospel)
<b>ENT 09</b>	60 min	Cassiane (gospel)	45 min	Ministério União Ágape (gospel)
<b>ENT 10</b>	45 min	Lázaro (gospel)	1 h e 15 min	Diante do Trono (gospel) + Sergio Reis (sertanejo)
<b>ENT 11</b>	60 min	Zeze de Camargo e Luciano (sertanejo)	40 min	Sergio Reis (sertanejo)
<b>ENT 12</b>	35 min	Luiz Gonzaga (forró)	40 min	Dominguinhos (forró)
<b>ENT 13</b>	42 min	Violão de ouro (seresta)	38 min	Zeze de Camargo e Luciano (sertanejo)
<b>ENT 14</b>	1 h e 10 min	Fernanda Brum (gospel)+ Diante do trono (gospel)	55 min	Cristina Melo (gospel)
<b>ENT 15</b>	48 min	Roberto Carlos (MPB)	50 min	Lázaro (gospel)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador-2013.

Percebe-se no Quadro acima que não houve influência da pesquisadora quanto a escolha musical, não existindo uma relação lógica entre tempo de escuta, escolha e sequencia musical. Os participantes tiveram livre escolha do tempo de escuta das músicas, da quantidade de músicas, da faixa de CD a tocar, além da preferência dos horários, tudo de acordo com a proposta da pesquisa. Assim, conforme a metodologia, o tempo de escuta mínimo de 30 min foi alcançado por todos os participantes independente da influência da pesquisadora, ressaltando que nenhum deles foi forçado a permanecer escutando música quando pediram sua retirada.

O tempo mínimo que os pacientes quiseram escutar música foi de 32min, realizado pelo *Part 03* na segunda sessão musical e pelo *Part 04* na primeira sessão. O tempo máximo foi 1h e 15 min de escuta feita pelo *Part 10* durante a segunda escuta musical.

Respeitar o participante deixando com que escolhessem sua música de preferência, isso possibilitou um momento de aproximação positiva, pois essa atitude demonstrou respeito à sua individualidade e criou a possibilidade de fazer mudanças nos contextos de conforto/desconforto vivenciados pelo difícil momento. A intervenção musical trouxe significativas mudanças não só aos monótonos ruídos ambientais, pela simples expectativa de

escutar um outro tipo de som que não aquele das pessoas falando, gemendo ou ruídos indesejáveis, mas também mudanças mais profundas de esferas físicas, mentais e espirituais que irão ser apresentadas pela categorização dos dados abaixo.

#### 4.3 ANÁLISE TEMÁTICA CATEGORIAL DE CONTEÚDO

Na realização da pesquisa é relevante o seguimento ordenado das etapas propostas pelo método de Bardin (2008). Deste modo, a primeira etapa foi realizada com o aprofundamento sobre o tema proposto, com vistas a obter informações significativas e atualizadas sobre o objeto de estudo. Com isto foi possível a delimitação do objeto, a análise do conhecimento obtido, possibilitando a segurança da pesquisadora para facilitar a conexão entre objeto, pesquisa e prática.

Ainda com base no método, a pesquisadora pode, a partir dos objetivos propostos pela pesquisa, abstrair das entrevistas preenchimento o questionário de avaliação do nível de conforto, o que foi importante por meio da interação entre as pessoas envolvidas no estudo. Na sequência, apresenta-se descrição e compreensão obtidas a partir de cada temática construída e da análise do questionário.

A apresentação e discussão dos resultados foram realizadas tão logo ocorreram às transcrições das falas dos participantes, correspondendo à primeira etapa da análise temática categorial de conteúdo proposta por Bardin (2008). A pré-análise do material buscou identificar, nos relatos, pertinência em relação aos objetivos da pesquisa, à homogeneidade do conteúdo abstraído pelos participantes e à representatividade das informações. A pré-análise foi facilitada pela transcrição e organização do material apreendido.

A segunda fase correspondeu à exploração do material, momento em que realizou-se o agrupamento das informações similares, do qual emergiram-se cinco temáticas. Ao apresentar as temáticas com a discussão dos resultados obtidos, inseriram-se as formas de viabilizar a influência da música para o conforto de pacientes sob cuidados paliativos, durante a pesquisa.

A categorização dos resultados levou em consideração a subjetividade da experiência de conforto e a intersubjetividade do processo de cuidados (PATERSON e ZDERAD, 1976), e como Mussi (2005) afirma, aceitar a subjetividade do conforto obriga a aceitar também a natureza intersubjetiva e interativa do processo que o promove. Assim, o conforto não é sentido em um único aspecto, ele é transitório e pode ser percebido em diferentes dimensões.

O conforto surge, na classificação da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), como diagnóstico de enfermagem: “potencial para melhorar, definido como padrão de bem-estar, alívio e transcendência em dimensões físicas, psíquicas e do meio envolvente e/ou que possam ser fortalecidas” (DOENGES e MOORHOUSE, 2010: 215). Conforto é também apresentado como resultado de saúde, em que o “conforto corporal” constitui um organizador de resultados para alterações da nutrição, da eliminação, da integridade tissular, da atividade, do padrão de cuidado pessoal (DOENGES e MOORHOUSE, 2010) e em que o desconforto associado à dor constitui um resultado das alterações à homeostase fisiológica (DOENGES e MOORHOUSE, 2010) numa ligação quase exclusiva do conforto à dimensão fisiológica ou patologia (da dor) e funcional (autocuidado) da pessoa.

Para Kolcaba o “conforto é a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psíquico, social e ambiental)” (KOLCABA, 2003: 14); “muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (KOLCABA, 2009: 254). Trata-se de “um resultado essencial do cuidado de saúde (...) é um estado holístico e complexo (...)” (KOLCABA, 1997; KOLCABA, 2003: 16). Aqui, o alívio, representa “o estado, a experiência dum doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, a tranquilidade, “um estado de calma, sossego ou satisfação” e a transcendência, “o estado no qual é possível superar problemas ou dor” (KOLCABA, 1997; KOLCABA, 2003: 9; 15).

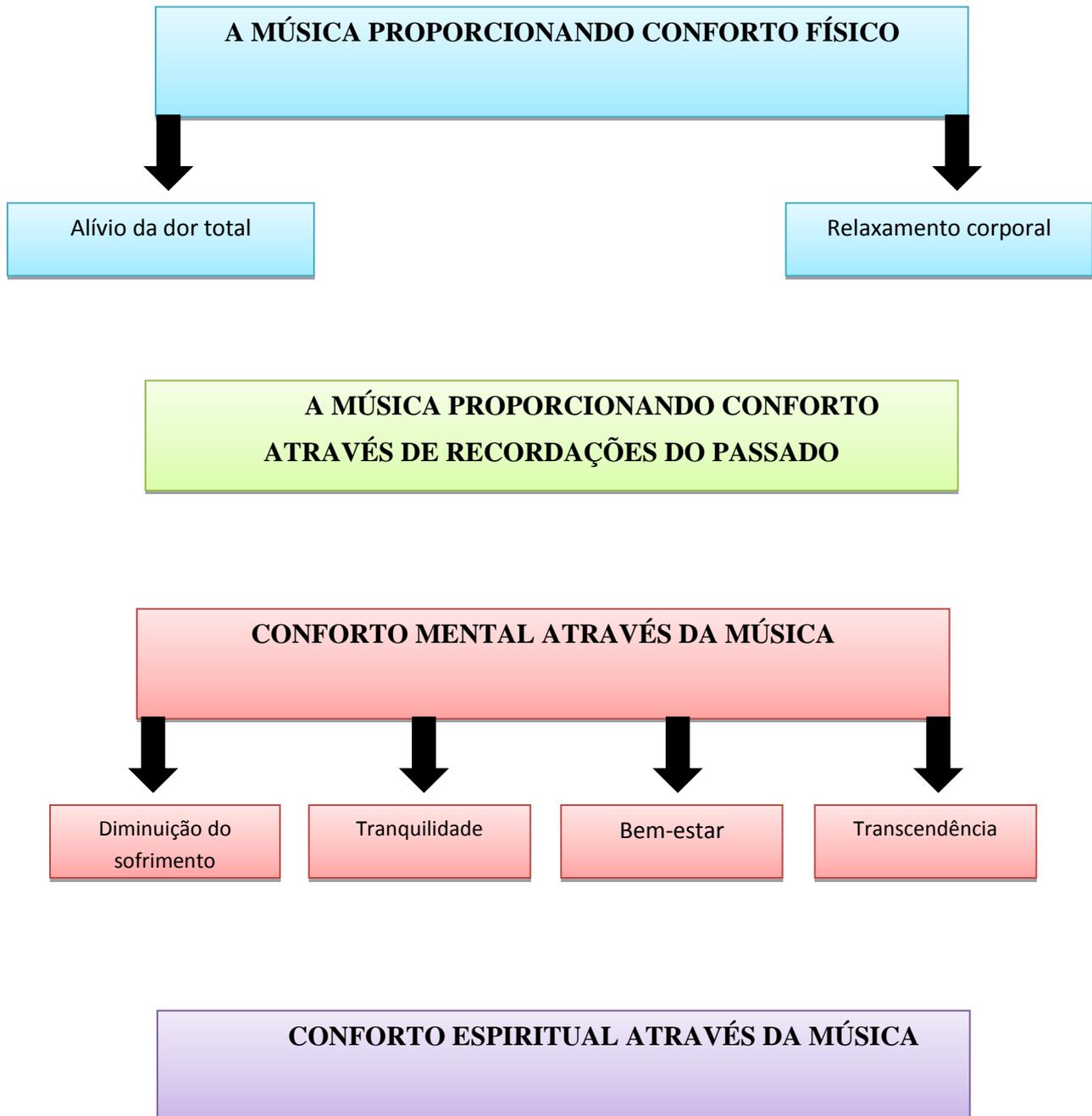
Para DuGas (2008), o conforto pode ter influências com estímulos físicos, psicossociais, ambientais e psicológicas, além da maneira como ocorre o cuidado prestado por enfermeiras. O enfermeiro deve atentar-se para os sinais de desconforto e também conhecer as intervenções que aliviam ou dificultam o aumento da intensidade por meio de uma abordagem sistemática.

Desta forma, segundo autores do conforto, este pode ser sentido em dimensões físicas, mentais, espirituais, sociais e ambientais. Os discursos dos participantes foram categorizados levando em consideração esta diferenciação dos contextos no qual o conforto é sentido. Vale ressaltar que embora Kolcaba seja a teórica que melhor definiu o conforto, neste estudo não adotamos a sua teoria, mas sim seus conceitos e definições.

Neste Estudo, a categorização das falas dos participantes ocorreu depois de exaustiva análise dos discursos levando em consideração a definição sobre Cuidados Paliativos,

conforto e música. Nesta análise emergiram quatro categorias e seis subcategorias que serão ilustradas pela figura abaixo.

**Figura 02:** Fluxograma de categorias e subcategorias. Salvador, 2013.



### 4.3.1 A MÚSICA PROPORCIONANDO CONFORTO FÍSICO

Para Kolcaba (2003), o contexto físico pertence às sensações físicas, aos mecanismos homeostáticos e às funções imunes. Com base nisto, a escuta musical com vistas a proporcionar conforto nos participantes do estudo mostrou diversas faces e dentre estas, o conforto físico foi experimentado pelo alívio da dor e relaxamento corporal, assim identificado nos relatos.

#### 4.3.1.1 Alívio da dor total

A dor é um dos sintomas mais frequentes no contexto das doenças. Em particular a Dor Crónica, configura uma das experiências mais penosas para muitos doentes e pessoas envolvidas. A persistência da dor tem uma influência decisiva, quer na deterioração da qualidade de vida, quer na atitude negativa perante a doença. O alívio da dor é uma exigência absoluta, e determina uma prioridade da ação dos profissionais de saúde (TWYCCROSS, 2003).

A Associação Internacional para o estudo da Dor defende a seguinte definição:

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão (...) a dor é sempre subjetiva (...) esta definição evita ligar a dor ao estímulo (WALL, 2007, p.54)

A citação acima faz entender que apesar da dor ser considerada sentido físico ligado a lesão corporal, o emocional tem influência decisiva na forma como ela se apresenta. Não se pode mais pensar em corpo separado da mente, mas sim como um sistema integrado. Os indivíduos são singulares e respondem aos estímulos e tratamentos de forma diferente. Tratar um indivíduo requer não somente as considerações biológicas e psicológicas como também as familiares, sociais e emocionais, aquelas que estão nas relações estabelecidas entre os sistemas: paciente e universo. Não basta tratar a dor, mas sim tratar o paciente.

Falar em dor suscita falar de dor oncológica, devido a importância que esta representa. Em 1980 a Organização Mundial de Saúde decretou a dor associada ao cancro como uma “emergência médica mundial”. A presença de dor oncológica é um dos verdadeiros instrumentos de medida dos conhecimentos e capacidades humanas. O doente oncológico é sujeito a um tratamento complexo, longo, desgastante, que envolve tanto o doente como os

seus familiares / cuidadores, gerando alterações na qualidade de vida de ambos (MOHALLEM e RODRIGUES, 2007). Os processos envolvidos são variados e complexos, individuais, mas também contextuais.

A dor pode surgir, inicialmente em 30% dos doentes como sintoma da doença e diminuir ou desaparecer com o tratamento efetuado. É, no entanto, nas fases mais avançadas da doença que surge mais insistentemente, estando presente entre 65% a 95% dos doentes (FERNANDO, 2004). A dor é o sintoma mais frequente da doença oncológica em fase avançada. Como refere Sapeta (2000) a dor pode ser devida à doença (manifestação direta do tumor 70%), à terapêutica instituída (20%), ou independente destes dois fatores, tendo outras causas como a fragilidade (10%). Por vezes, a sombra da doença e da dor preenche por completo a vida do indivíduo, exacerbando-se de forma indescritível.

Segundo manual do INCA (2001), a prevalência da dor aumenta com a progressão da doença. Dor moderada ou intensa ocorre em 30% dos pacientes com câncer recebendo tratamento e em 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado.

Multifacetada, a doença oncológica contém uma forte componente emocional, e a existência de dor, impulsiona um turbilhão de sentimentos e emoções. Abordar a dor oncológica, exige uma verdadeira análise e reflexão, mergulhando num contexto pessoal do doente. Implica tecer histórias nas mais variadas condições de fragilidade humana, fragilidade esta que nos pacientes em cuidados paliativos encontra-se ainda mais aflorada. Assim, pode-se perceber na fala de uma participante, quando deixa claro que o fator emocional influencia na sua percepção de sua dor.

(...)Eu acho que eu tinha era dor de alma. (PART 02)

Uma pesquisa realizada com pacientes com câncer avançado demonstrou a presença de altos níveis de dor físico-sensória e de reações afetivas e uma moderada correlação entre sensação/ intensidade da dor e respostas afetivas de frustração, raiva, exaustão, desamparo e desesperança. O status emocional de pacientes com câncer e dor pode simultaneamente representar a consequência da presença de dor físico-sensória como também a contribuição para a presença de dor físico-sensória. (SELA et al, 2002).

Assim, Cicely Saunders em seu trabalho com pacientes em processo de terminalidade, deu ênfase na dor como uma chave que abre outros problemas, e como algo que requer múltiplas intervenções para a sua resolução. A partir de sua perspectiva acerca da dor multidimensional, Saunders chegou ao conceito de “dor total” formulado, para englobar a dor

de natureza física, psicológica, com elementos sociais, emocionais e espirituais. (CLARK, 1999).

“Dor total” torna-se assim uma elaboração do olhar clínico, um novo modo de vigilância e uma percepção da dor que vai além do domínio e controle farmacológico da medicina. O modo de pensar “não há nada mais que pode ser feito” converteu-se em um novo olhar onde “precisa-se pensar em novas possibilidades de fazer tudo”. Assim, permitindo um repensar acerca do poder disciplinar do modelo biomédico hegemônico. A partir do conceito de dor total é possível se ver uma ordenação múltipla da dor, tão complexo a ponto de ser capaz de ultrapassar o corpo-objeto (CLARK, 1999).

Pacientes com câncer, principalmente aqueles que já se encontram em estágio avançado da doença, carregam em si um sofrimento que ultrapassa a dor física, sentem a dor da perda, do sofrimento, do isolamento, mas sobretudo a dor da morte. Esta dor multidimensional, conceituada como Dor Total por Cicely foi observada também nos discursos dos participantes desde estudo:

Ficar aqui internada é muito ruim, eu queria estar em casa como minha família (...). Todo dia é uma tristeza só (PART01)

É sofrido. (...) Saber que vai morrer, está perto disso. (PART 02)

Esta doença é ruim demais. É triste ficar aqui, emagrecer, perder o emprego e não ter minha vida normal (PART 03)

É triste. Porque essa doença é ruim, desde que eu a descobri, não estou mais feliz. (PART 13)

Minha família não quer dizer, mas eu sei que estou perto de “ir embora”. Então, os dias aqui eu fico triste, triste mesmo. (PART 14)

O sofrimento gerado pela dor, pela ameaça de morte, pela incapacidade funcional, pela internação e o peso do diagnóstico do câncer já é suficiente para gerar reações de desconfortos que toda esta vivência trás. Frequentemente sintomas como insônia, fadiga, perda de peso e definhamento físico e emocional, fazem parte do dia-a-dia do paciente em cuidados paliativos.

O desconforto na concepção de Houaiss e Villar (2009, p. 228) é a “falta de conforto de comodidade, aflição”. Representa uma situação em que o ser humano precisa de ajuda para superar ou sair desse processo, pois este enseja um estado de desgaste físico e emocional. Consoante, Silveira, Campos e Fernandes (2008), em relação ao desconforto, estes autores falam que a dor é desagradável e que pode ser vivenciada de forma diferente por cada pessoa.

Em estudos sobre conforto, Rosa et al. (2008) evidenciaram que a dor está intimamente relacionada à sensação de desconforto, sendo o conforto aludido a fato de não ter dor, pois, esta afeta tanto o aspecto físico como o emocional. Interfere inclusive na alimentação, deambulação e no viver confortável. Kolcaba (2003) reforça que a dor é o fator de desconforto mais frequente de modo que o alívio da dor proporciona conforto.

O alívio da dor aumenta também a tolerância do paciente, por isto é de fundamental importância identificar o fator causador do desconforto e proporcionar ao paciente um melhor estado de conforto. Assim, várias são as técnicas que podem ser utilizadas no alívio da dor como: massagem, aplicação de calor úmido e técnicas de distração. Dentre as técnicas de distração, a música inclui-se induzindo ao relaxamento e distração do foco da dor. A música por sua capacidade de tocar a subjetividade humana na sua pureza de arte tem-se mostrado como um valioso instrumento leve no cuidar de pacientes que sofrem com dor crônica.

Este efeito da música se explica pela teoria do Portal do Controle da Dor, ou seja, a música age como um estímulo em competição com a dor distrai o paciente e desvia sua atenção do desconforto, modulando, desta forma, o estímulo doloroso (TODRES, 2006).

O mecanismo é ainda bastante controverso, mas sabe-se que uma das Teorias de Controle da Dor propõe que existe um mecanismo no Sistema Nervoso Central (SNC) que bloqueia a entrada da sensação de dor ao nível da coluna vertebral (WHIPLE e GLYN, 1992). Assim, tem-se que o SNC pode diminuir ou aumentar o fluxo de impulsos nervosos. Já quando a música entra nesta competição, a atuação do SNC é de conduzir informações ao organismo a partir de seus receptores, de modo que, a dor possa ser diminuída ou eliminada.

Neste estudo não se utilizou nenhuma escala de dor para vislumbrar o grau e intensidade sentido por cada um, mas por meio de seus discursos foi nítido o efeito distração conduzido pela música fazendo com que este paciente relatasse sua diminuição. Quanto ao uso de medicações para alívio da dor, todos os participantes estavam recebendo analgésicos opiáceos e não opiáceos venosos nos dias que aconteceram a pesquisa. Nenhum participante estava recebendo sedação.

Apesar do tratamento medicamentoso contra a dor alguns participantes relataram que ainda a sentiam e a música auxiliou na redução da intensidade ou até no fim da mesma. Como é possível perceber nos discursos abaixo:

Até a dor chata, que nunca ia embora mesmo dando um monte de remédios, ela desapareceu. (PART 02)

(...) senti menos dor também, menos dor nas pernas. (PART 03)

Senti menos dor também, na verdade estava nem pensando nela. (PART 04)

Eu sentia uma dor aqui nas costas chata, desde quando cheguei. Mas, desde ontem que não sinto dor. (PART 10)

(...) tem dia que sinto muita dor, mas ontem e hoje eu não senti, acho que foi a música. Porque eu esqueci da dor. (PART 13)

Todo dia eu sentia um dor em local diferente, mas ontem e hoje eu não senti mais estas dores, parece que ela sumiu, acho que foi porque fiquei mais feliz (risos). (PART 14)

Eu estava sempre com dor de cabeça, passei a semana toda, as enfermeiras me davam remedia e nada de passar, só passou ontem. A música me deixou livre desta dor, eu acho que foi a música. (PART 15)

Observamos nestas falas que a música promoveu conforto aos participantes do estudo, por promover a distração do foco da dor, estimulando sensações de prazer até então não sentidas. Assim, música mostrou-se como uma ferramenta de mais valia, eficaz, agradável e contributiva para o processo de *cuidar* de Enfermagem no alívio da dor crônicas em pessoas sob cuidados paliativos.

A influência da música na diminuição da dor também foi investigada em outros estudos que mostraram mudanças positivas, a exemplo do estudo intitulado “The relationship between music and musculoskeletal chronic pain”. Os dados foram coletados com 90 mulheres que sofriam de dor crônica específica músculo-esquelético, estes entrevistados foram separadas em três grupos diferentes. Foi aplicado os questionário para avaliação da dor antes e depois de ouvir música clássica, sendo possível inferir que os resultados de *t*-testes indicaram que as mulheres nos três grupos tinham menor dor depois de ouvir as peças musicais. Assim, as autoras concluíram que a música é uma intervenção de enfermagem eficaz que pode ser usado para aliviar a dor crônica (LEÃO e SILVA, 2005).

No estudo realizado por Siedliecki e Good (2006) com amostra de 60 afro-americanos e caucasianos, com idade entre 21-65 anos, com dor crônica não maligna, concluiu que a música auxilia na diminuição da dor e os enfermeiros podem ensinar os pacientes a usar a música para melhorar os efeitos de analgésicos e diminuir a dor.

Freeman (2003) desenvolveu um estudo com o objetivo de verificar a influência da música na dor osteoarticular de doentes idosos, através de um estudo experimental com uma amostra de 66 doentes. Aos doentes do grupo experimental foi-lhes proporcionado 20 minutos de música diária durante 14 dias, enquanto os doentes do grupo de controlo ficavam sentados quietos, sem música durante 20 minutos, diariamente. O questionário da dor foi aplicado no dia 1, 7 e 14 do estudo. Os doentes do grupo experimental apresentaram menor dor que os doentes do grupo de controlo, em qualquer dos dias e apresentaram também uma redução da

dor do primeiro para o último dia, o que não aconteceu nos doentes do grupo de controlo, concluindo-se que ouvir música é uma intervenção eficaz para a redução da dor crónica osteoarticular em idosos, pelo que deve ser desenvolvida pelos enfermeiros que cuidam destes doentes.

Em outro estudo que também avaliou a influência da música para diminuição da dor, Nguyen et al (2010) utilizou como amostra 40 crianças (7-12 anos) com leucemia submetidas a punções lombares. As crianças foram divididas em 2 grupos, um que escutou música e o grupo controle. Foi utilizado para a coleta de dados fones de ouvidos que tocaram músicas que as crianças escolheram. Os escores de dor durante os procedimentos foram significativamente menores para o grupo de música do que no grupo controle. Concluiu-se que a escuta musical diminui os escores de dor em crianças que foram submetidas a punção lombar.

Assim, diante dos resultados das pesquisas apresentados acima e dos resultados apresentadas por este estudo a compreensão que obtivemos é de que a música reverte-se como estratégia cuidativa para diminuição da dor em pessoas sob cuidados paliativos. Sua ação terapêutica no âmbito do sistema nervoso, na ação de distração da dor promove, desta forma, sensações alívio e conforto físico, conforme evidenciado nos discursos.

#### 4.3.1.2 Relaxamento Corporal

A hospitalização e a convivência com o estado de finitude promovem ao indivíduo mal-estar e tensão, fazendo-o confrontar-se com sua fragilidade e com ameaças a perda de significações a nível físico, afetivo-relacional e social que geram insegurança, medo, ansiedade e estresse (MARQUES, 1991). Os sintomas desencadeiam desconforto e proporcionam alterações somáticas, cognitivas e afetivas.

A pessoa em cuidados paliativos na maioria das vezes apresentam sintomas depressivos relacionados à perda da individualidade, da autonomia, da privacidade, da autoimagem corporal e por baixa auto-estima. A identidade pessoal do paciente com câncer é afetada, pois ao ser inserido no sistema hospitalar ele não tem mais reconhecido as suas características particulares que o diferenciam de outras pessoas, sendo reconhecido não mais como ser único e sim como mais um doente que será agrupado, com outros tantos, em grupos de doenças, de estágios de doença, de possibilidades e de impossibilidades.

O paciente com câncer tem saudade de si, de como ele era antes de adoecer e da vida que levava e da que sonhava vir a ter. E muitas vezes sente solidão com a constatação de que se morre sozinho, ainda que assistido, e de que ele vive uma experiência singular jamais experimentada por nenhum dos que convivem com ele, não sendo possível compartilhá-la nem compreendê-la em uma usual troca de experiências.

Todo este sofrimento causa a pessoa sob cuidados paliativos um estado quase que contínuo de tensão corporal e mental, que é alimentado diariamente com as perdas e os medos diante do desconhecido. Assim, desenvolver estratégia que promovam o conforto por meio do relaxamento físico e mental é valioso dentro do sistema de cuidados ao paciente em processo de terminalidade de vida.

Para Jacobs (2001) existe um crescente interesse dentro do campo da saúde por estratégias não farmacológicas que promovam um estado de relaxamento, devido aos benefícios que este apresenta para saúde mental e física, além de aprimorar a habilidade do indivíduo em lidar com situações de estresse, tensão e ansiedade. O relaxamento atua no reequilíbrio do organismo.

Dentre estas estratégias as terapias complementares em saúde auxiliam os indivíduos a apresentarem uma resposta positiva de relaxamento. Tais técnicas estão relacionadas à interação existente entre dor, tensão muscular e ansiedade, porque um paciente com dor geralmente apresenta sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes fatores, principalmente da tensão muscular que contribui para a exacerbação da dor, atuando nas terminações nervosas. Portanto, quase todas as pessoas com dor crônica podem se beneficiar de algum método de relaxamento, os quais combatem a fadiga e a tensão muscular, promovendo até mesmo distração, aliviando a tensão do paciente (SMELTZER; BARE, 2002; SILVA; LEÃO, 2004).

Quando os participantes experienciaram a escuta musical sentiram conforto físico por meio do relaxamento físico e mental como pode ser observado nas falas abaixo:

Porque no corpo eu relaxei demais (PART 03)

Relaxei bastante meu corpo, meu corpo ficou mais leve (PART 04)

Eu me senti mais confortável sim, até minha falta de ar parou um pouco, acho que relaxei (PART 05)

Eu senti também que a música relaxou meu corpo (PART 06)

Relaxou meu corpo, me senti mais leve e minha mente também (PART 07)

Foi bom, porque pude relaxar o corpo um pouco, estava tão nervosa que sentia dor em tudo que era canto, já estava ficando muito triste aqui (PART 08)

A música me fez sentir melhor, um pouco melhor. Porque eu senti que relaxou meu corpo (PART 09)

(...) relaxou meu corpo sabe? Eu não sei explicar bem, mas relaxou e eu me senti mais leve (PART 10)

Eu senti que meu corpo relaxou um pouco também, eu até dormi hoje (PART13)

Podemos perceber por meio das unidades temáticas apresentadas acima que a música não só teve o poder de auxiliar no alívio da dor (subcategoria apresentada anteriormente), mas também, induziu ao relaxamento físico e mental que juntos proporcionaram conforto físico aos participantes.

Afirmando os resultados acima, Zampronha (2007) diz que a música induz o relaxamento, calma e propicia um significado de sentimentos de bem-estar, sobretudo quando construída em registros emocionais. Ainda, em termos essencialmente psicológicos a música colabora no estabelecimento do equilíbrio efetivo e emocional do indivíduo, propiciando desabafo e alívio das angústias. Ainda para Giannotti e Pizzoli (2004) a música possui um grande potencial para promover o equilíbrio e o relaxamento do corpo e da mente. A audição musical afeta positivamente a liberação de substâncias químicas cerebrais que podem regular o humor, reduzir a agressividade e a depressão.

Sobre o efeito cerebral da atividade musical, sabe-se que a música envolve quase todas as regiões do cérebro e os subsistemas neurais. Quando uma música emociona, são ativadas estruturas que estão nas regiões instintivas do verme cerebelar (estrutura do cerebelo que modula a produção e liberação pelo tronco cerebral dos neurotransmissores como dopamina e noradrenalina), e da amígdala (principal área do processamento emocional no córtex) (LEVITIN, 2008).

Segundo Khalfa (2005), quando há uma agressão a ordem física ou psicológica, o sistema límbico, centro das emoções é ativado. A partir daí a amígdala é intensamente ativado, preparando o corpo para se defender, liberando o hormônio cortisol, ocasionando sentimentos de medo e estresse, que produzem sensações físicas e psicológicas negativos no corpo humano. Quando o indivíduo escuta música, o córtex auditivo é ativado, reduzindo a atividade do complexo amidalóide que inibe toda a cadeia de reações, o cortisol para de ser liberado e o sistema límbico começa a estimular a liberação de substâncias, entre elas a endorfina, que proporciona relaxamento físico e bem-estar mental.

A música é um instrumento do cuidar extremamente rico que envolve reações sensoriais, hormonais, fisiomotoras e psicológicas. Assim, sua utilização terapêutica deve ser vista holística e humanizada de modo a atender o ser humano como um todo, respeitando seu potencial e seu modo de ser (BERGOLD e ALVIM, 2009).

Pesquisadores empenham-se a provar o efeito relaxante da música desenvolvendo estudos com participantes nas mais diversas situações de fragilidade como: idosos institucionalizados; pacientes com câncer; internados em unidade de terapia intensiva e idosos com Doença de Alzheimer.

Pesquisa desenvolvida por Albuquerque (2012, p. 412) com idosos institucionalizados concluiu que “a natureza dos efeitos da música foi benéfica em sua maioria, pois proporcionaram aos idosos a sensação de bem-estar, relaxamento, distração, recordações agradáveis e conforto”.

Este efeito relaxante da música foi observado também no estudo realizado por Araújo e Silva (2010) com 06 pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva com o objetivo de compreender a percepção dos pacientes quanto o uso de música no seu cuidado. Constatou diante dos discursos dos sujeitos que a música proporcionou diminuição da tensão causada pela hospitalização e o medo da morte, favorecendo o relaxamento muscular e mental.

Xiao-Mei et al (2011) desenvolveram um estudo com 120 mulheres que possuíam o diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico. As participantes foram divididas em 2 grupos, sendo que um recebeu terapia musical durante 03 dias e um grupo controle. Foi possível inferir que no grupo de mulheres que receberam terapia musical a pontuação média de estado de ansiedade foi significativamente menor no grupo experimental que os do grupo de controle em cada um dos três pós-teste. Assim o estudo concluiu que a musicoterapia pode ser benéfica para melhorar a ansiedade em pacientes com câncer induzindo a diminuição da ansiedade e conseqüentemente o relaxamento físico.

Estudos sobre os efeitos da terapia de música sobre pacientes com câncer revelaram numerosas benefícios. Neste estudo pode-se perceber que ouvir música relaxante (uma das mais comuns métodos de execução musicoterapia), ou seja, aquela que faz parte do universo cultural do indivíduo tem sido eficaz no aumentando do conforto através do relaxamento, alívio da dor auto-relatada e redução da ansiedade. Outros estudos também demonstraram que a música tem sido eficaz em evocar emoções positivas e memórias do passado, estes achados serão apresentados na próxima categoria desta pesquisa.

#### 4.3.2 A MÚSICA PROPORCIONANDO CONFORTO ATRAVÉS DE RECORDAÇÕES DO PASSADO

Quando as pessoas estão de olhos abertos são visualizadas cenas e objetos exteriores ao corpo que são apreendidas e percebidas como sendo uma realidade separada de *si*, isto é o que entendemos como recordações de momentos já vivido. Quando fechamos os olhos em silêncio, as recordações e as pessoas surgem como se estivessem no interior da mente. No “olho da mente” a pessoa pode visualizar acontecimentos do passado, imaginar situações futuras ou pensar em acontecimentos para além do tempo-espaço, através de imagens mentais. Enquanto a pessoa busca imagens mentais seu corpo pode sofrer alterações fisiológicas que são respostas a imagem interior (APOSTOLO, 2007).

Segundo Houaiss (2002), imagem é a representação ou reprodução mental de uma percepção ou sensação anteriormente experimentada (ex: imagem visual ou olfativa), ou a representação mental de um ser imaginário, ou de um princípio ou abstração (ex: a imagem do demônio, da realeza, do círculo).

Grande parte da literatura científica está predominantemente voltada apenas para as imagens psíquicas visuais. Entretanto, somos capazes de criar representações mentais relativas a todo nosso sistema sensorial, que inclui a percepção de estímulos externos ao nosso corpo (tato, visão, audição, olfato e paladar).

Alguns estudiosos dizem que possuímos a capacidade de produzir imagens mentais de estados afetivos, ou seja, representações imaginárias de uma emoção, por exemplo, quando imaginamos a alegria de alguém ou quando nos lembramos de nossa própria alegria frente a determinada situação (RICHARDSON apud ARCARO, 1997, p. 13).

Imaginar não se refere apenas à capacidade de representar ou reproduzir algo pré-existente, mas envolve também a capacidade de produzir imagens originais a partir da combinação de idéias, emoções e sensações.

A recordações pode ser considerada como representação interna essencialmente concreta, uma representação de teor “quase- sensorial” ou “quase-perceptivo”, ou seja, uma simbolização interna concreta, de aspecto sensorial, de alguma coisa concreta ou abstrata (ARCARO, 1997). Assim, “a maior parte de tudo que pensamos sejam elas pessoas, objetos ou sensações reais ou imaginárias, bem como nossas lembranças são acessadas pelo nosso consciente em forma de imagens mentais” (LEÃO e SILVA, 2002, pg. 14).

Estas recordações do passado visualizados como imagens pela mente do indivíduo podem acontecer de forma aleatória, sem necessidade de um estímulo ou podem ser induzidas pelo momento vivenciado e propício ao surgimento de tais recordações e desejos. Assim, as imagens mentais podem se relacionam com o estímulo musical. O pensamento platônico outorga a música o poder de tocar o mais profundo de nossa alma, estimulando a imaginação. Assim, o uso combinado de música e imaginação com efeito terapêutico vem aumentando no tratamento de diversas situações clínicas (RUUD, 2006). Logo, a experiência subjetiva das imagens mentais e sentimentos induzidos pela música podem ajudar no tratamento de doentes hospitalizados (CHOU e LIN,2006).

A inserção da música como atividade neuropsicológica e motora permite que a mesma acesse e movimente diversas funções cerebrais, podendo ser considerada também como um caminho capaz de estabelecer contato com a memória, evocar lembranças, resgatar e reconstruir histórias individuais e ou grupais (BLASCO, 2001).

Isto porque a música é uma linguagem universal que possibilita uma relação subjetiva com o ser humano, ultrapassando os limites da expressão verbal. Passeia pelo espaço das emoções, e possibilita a mobilização de conteúdos com os quais a comunicação verbal não é suficiente para lidar.

Melodicamente a música faz a mente humana trilhar caminhos insonháveis, possibilita o estímulo à memória afetiva, podendo proporcionar um ambiente seguro para a retomada de sentimentos e lembranças do passado. Compõe a trilha sonora de nossos dias, desta forma, possibilita um retrospecto da vida, um reviver de lembranças e emoções relacionadas a eventos significativos, que, por sua vez, podem facilitar o encontro de significado e propósito da existência. (HALSTEAD e ROSCOE, 2002).

Sobre tais significados, pode-se constatar nos discursos dos participantes deste estudo, como a música lhes proporcionou recordações e lembranças boas de experiências passadas por meio das imagens mentais, as quais contribuíram para seu conforto mesmo diante da situação vivenciada.

No contexto deste estudo e nesta categoria, a música teve um papel importante, quando se tratou da solidão vivenciada pelos participantes em cuidados paliativos. Muitos deles relataram que quando escutaram a música não se sentiram mais sozinhos. “Isto porque a música tem uma relação estreita com a imaginação, sob a forma de imagens mentais” (SILVA e LEÃO, 2009, p.20). Pois, fez suscitar lembranças de pessoas queridas, de modo tão forte

que pode suprir de certa forma a falta de pessoas significativa em sua vida, o que observamos nas falas a baixo:

Então, a música fez isso aí, parece que trouxe todo mundo para perto de mim. Me senti mais confortável sim, porque sei lá, porque (...) ela fez isso, trouxe as lembranças de minha vida sem essa doença (PART 01)

A música me fez sentir diferente mesmo, sei lá, lembrei dos meus amigos e da minha família, todo mundo junto sendo feliz (..)a música resgatou minha vida (PART 03)

Porque ela me trouxe recordação da minha vida antes de ficar com essa doença. Lembrei muito dos meus filhos, sinto muita falta deles, meus netinhos (ENT 06)  
Foi bom mesmo. Lembrei de muita coisa da vida também, dos meus amigos, família, das pessoas que amo (PART 13)

Ah minha filha, eu pensei muitas coisas boas, lembrei de minha família, dos nossos momentos felizes (PART 14)

Porque eu lembrei da minha roça, espero que meus filhos estejam cuidando bem do meu gado. Lembrei do tempo de criança na roça do meu pai, alí eu era feliz e não sabia (PART 15)

Para os participantes 03, 06, 13, 14 e 15 a escuta musical provocou a formação de imagens mentais através do resgate de lembranças de entes queridos que fazem parte das suas vidas, bem como o resgate da memória de época passadas, expressando um olhar saudosista.

Com base nas falas mencionadas percebe-se o importante papel que a escuta de música no ambiente hospitalar para pessoas sob cuidados paliativos no que refere ao resgate da memória relacionada a seus familiares e pessoas significativas de suas vidas. A experiência não se mostrou somente positivas, mas também terapêutica uma vez que proporcionou aos participantes momentos de resgate da vida, assim como pode-se observar na fala da participante *PART 03* quando diz: “(..)a música resgatou minha vida”. Ou seja, a música foi capaz de fazer recordar como era sua vida longe de todo sofrimento causado pela doença e pela hospitalização.

Percebeu-se que durante estes momentos os participantes mostravam satisfação e alegria porque lembraram das pessoas com quem estabeleceram vínculos afetivos significativos. Assim como observado neste estudo a música é um poderoso estimulante para a memória. Sua escuta pode levar a lembranças de situações e lugares passados (ZIV, 2007).

(...) é a música que escuto quando estou feliz e escutar ela aqui me fez lembrar como minha vida foi boa (PART 03)

Pensei na minha vida antes de saber que tinha esta doença aí (...) Lembrei da minha família (PART 07)

Eu senti alegria, porque lembrei da minha família, sempre escutamos lá em casa estas músicas, então lembrei disso (PART 10)

Porque eu lembrei da minha vida, parece que senti menos saudade de casa depois que escutei as músicas (PART 12)

Em todos os trechos de discursos apresentadas nesta categoria fica evidente o poder que a música possui de evocar imagens mentais por meio da recordação de momentos vividos e de familiares. Durante das entrevistas percebeu-se que alguns participantes sempre se remetiam às lembranças do passado, reviveram emoções e evocaram lembranças ligadas a história da vida pessoal e familiar. Através do uso da música foi possível presenciar no grupo estudado o resgate de memórias remotas o que tornou significativa a experiência de escuta musical durante a hospitalização, proporcionando bem-estar e conforto como relatado pelo participante *01*.

Na fala do participante *12* pode-se perceber que as lembranças que emergiram através da escuta musical foram capazes de preencher o vazio que sentia ocasionando pelo isolamento social e o afastamento das suas atividades diárias. Relatou que sentiu menos saudades de sua casa porque a música lhe trouxe o conforto mental necessário para tornar mesmo que momentaneamente aquele espaço físico mais aconchegante e o estar hospitalizado menos doloroso.

Segundo Knill e Knill (1991) esta é uma característica da música, pois ela propicia uma estrutura na qual atividades e impressões podem ser lembradas e, a repetição de uma música pode facilitar tanto a lembrança quanto a antecipação de eventos associados a ela, ocorridos há muito tempo.

Estudos publicados no meio científico tentam comprovar a relação direta que existe entre música e as imagens mentais e quanto esta última estabelece papel preponderante nos efeitos terapêuticos atribuídos a primeira.

Albuquerque et al (2012) realizou uma pesquisa onde participaram cinco idosos com Alzheimer, que compartilharam sessões musicais. O objetivo deste estudo foi descrever os efeitos da música em idosos com Alzheimer de uma instituição de longa permanência. Os resultados mostraram que a música foi percebida como um instrumento de grande valor na formação de imagens mentais através do resgate de memórias das experiências vividas. O resgate das memórias ocorreu de forma gradual ao longo das sessões de música, expresso nas entrevistas.

Silva et al (2006) no seu estudo realizado em uma clínica de hemodiálise com 30 sujeitos que realizavam hemodiálise onde foram realizadas apresentações musicais durante

uma média de 25-90 minutos, concluiu que tal terapia complementar mostrou-se positiva quanto à alteração na percepção do tempo, proporcionando sensações de bem-estar, alegria, felicidade, relaxamento e provocando resgate de recordações positivas da vida.

Chagas, Gazaneo e Aguiar (2004) em sua pesquisa que avaliou o trabalho de musicoterapia em uma instituição oncológica com a participação de 10 sujeitos, concluiu que a música contribui para trazer o conforto; promover no enfermo uma comunicação significativa; apoiar o enfrentamento; diminuir sentimentos de isolamento e de falta de ajuda. Este efeito causa uma mudança de foco dos problemas gerados pelo câncer e provoca o reviver de boas lembranças relacionadas às músicas escutadas.

Nos dados apresentados neste estudo, bem como em dados apresentados de outras pesquisas fica evidente a capacidade da música estimular a formação de imagens mentais através do resgate de memórias afetivas, momentos felizes e significativos dos participantes. Nesta categoria a música apresentou-se como uma valiosa ferramenta para cuidar de forma humana o indivíduo em cuidados paliativos que apesar de possuir uma doença incurável de progressão devastadora, pode se deixar embalar pelas notas musicais e pela sonoridade ao mundo de lembranças mostrando que este indivíduo tem necessidades de conforto que devem ser respeitadas e a música pode ser utilizada para este fim.

#### 4.3.3 CONFORTO MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA

O conforto mental segundo Kolcaba (1992) refere-se a conscientização de si, bem-estar mental através do melhoramento da auto-imagem, identidade, sexualidade e o sentido de vida. Neste estudo quando utilizado a música no cuidado paliativo dos participantes, estes relataram que a o conforto mental foi alcançado por meio da diminuição do sofrimento; bem-estar; tranquilidade e transcendência, subcategorias que serão apresentadas a seguir.

##### 4.3.3.1 Diminuição do sofrimento

O sofrimento é uma experiência inerente à condição humana. Não se pode viver uma vida sem sofrimento, pois de uma forma ou de outra, mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor intensidade todo ser humano experiência o sofrimento. O sofrimento é, portanto, uma condição universal, mas também é individual e subjetiva. De fato, as formas de viver e

responder ao sofrimento mudam de pessoa a pessoa, visto que variam de acordo com suas histórias de vida e identidade pessoal.

Tratando do tema McIntyer (1995, p. 96) revela que o sofrimento é “um estado de desconforto severo associado a uma ameaça à integridade de uma pessoa como ser biopsicossocial, envolvendo significados profundamente pessoais, acompanhados de uma forte carga afetivos”. Esta carga efetiva de acordo com Pessini (2004) é uma ameaça real ou potencial a integridade ou à existência futura da pessoa, pela experiência de dor e desconforto causado pela ideia de morte próxima.

Cada pessoa experiência o sofrimento de forma muito particular. A percepção dos sintomas, o significado que lhes é atribuído e a forma com que são apresentados são influenciados pelo contexto social e as experiências anteriores do doente. No entanto, a experiência de uma doença, especialmente se for grave e debilitante, está ligada a alterações comportamentais e emocionais do indivíduo estando entre estes a culpa, medo, ansiedade e estresse. (DUARTE, 2002).

De acordo com Pessini (2004) o sofrimento é muito mais do que físico, afeta o conceito do *eu*, o sentir-se conectado consigo e com o mundo. Assim, o sofrimento engloba várias dimensões- física, psíquica, social, mental e espiritual. Esta é uma situação crítica nos cuidados paliativos, pois como cita Cecily Saurders o sofrimento no fim da vida “(...) é uma cólera amarga, face a injustiça do que está a acontecer e acima de tudo um desolador sentimento de falta de significações (...)” (SRANG, 2004, p.242)

Do ponto de vista operacional Gameiro (2000) engloba cinco dimensões: sofrimento psicológico, que dizem respeito as alterações cognitivas e emocionais; sofrimento físico, referente a dor, desconfortos e perda de vigor físico; sofrimento existencial respeitante a alteração da identidade pessoal, alterações do sentido de controle, limitações existenciais e limitações do projeto de futuro; sofrimento sócio-relacional relacionado as alterações afetivos relacionais.

Corroborando com isto Neto (2004, p.24) revela que no contexto dos cuidados paliativos, as principais fontes de sofrimento para os doentes em processo de terminalidade são: perda da autonomia e dependência de terceiros; sintomas mal controlados; alterações de imagem corporal; perda de sentido da vida; perda da dignidade; perda de papeis sociais; perda de regalias econômicas e alterações nas relações interpessoais.

Como se pode observar existe uma diversidade de perdas que o indivíduo em processo de terminalidade tem que experienciar que acarretam uma ameaça ao bem-estar físico,

psicológico e espiritual causando na maioria dos casos grande sofrimento. O paciente sob cuidados paliativos sofre pelo que viveu, pelo que não viveu e pelo que poderia viver. Carrega em si o peso da necessidade de aceitar que as limitações impostas pela doença fazem parte de um processo irreversível e incurável. Este sofrimento relatado pelos autores supracitados também pôde ser observado nos trechos de discursos dos participantes desta pesquisa, como destacados abaixo:

É triste não poder mais tomar conta de suas coisas, tomar banho sozinha e fazer as coisas no banheiro (PART 14)

Esta doença é ruim demais. É triste ficar aqui, emagrecer, perder o emprego e não ter minha vida normal (PART 03)

Eu tenho está doença aí, que não é fácil saber. Eu preferia nunca ter sabido de nada, pelo menos morria feliz (PART 04)

(...) eu sei que preciso ficar aqui porque estou doente, mas queria mesmo ir para casa. Porque estou longe de tudo na minha vida (PART 09)

Ficar longe da família é muito ruim, eles vêm me visitar, mas, não é a mesma coisa. É triste. Porque essa doença é ruim, desde que eu a descobri não estou mais feliz (PART 13)

Observa-se que as falas apresentadas acima estão carregadas de lamentos e angústias em relação às situações vivenciadas. Na fala do entrevistado Participante 14 percebe-se o sofrimento que sente por vivenciar a perda de sua independência. Não aceita perceber sua impossibilidade de executar atividades simples da vida diária como tomar banho sozinho. O Participante 03 relata seu sofrimento por ter sua vida e rotina modificada pela doença. Sofre pela mudança corporal, com o emagrecimento e por não se reconhecer mais diante da vida.

Para Lavoie et al (2008) as perdas físicas determinam no doente um processo de luto em relação ao corpo anterior, que o obriga a adaptar-se a um novo corpo que ele tem dificuldade em aceitar, porque lhe é estranho e porque lhe provoca desconforto e desagrado visual.

Foi relatado ainda o sofrimento pelo afastamento familiar, perda do emprego, perda da vida social e de todas as atividades prazerosas. Todo este sofrimento relatado faz com que a pessoa sob cuidados paliativos pensem que talvez fosse melhor nunca ter tido o diagnóstico da doença, como foi relatado na fala do Participante 04.

De acordo com Heidegger (2008), apesar do homem ter consciência da sua finitude e saber que um dia irá morrer, ele procura esquecer ou ignorar essa realidade, prefere não falar sobre o assunto e muitas vezes prefere nunca ter descoberto a doença. Quando a rotina e as atividades em que estava mergulhado desaparecem, o ser humano cai no vazio, no nada.

Angustiado, desperta da alienação em que vive, o que lhe permite aceder à autenticidade da sua existência – um *ser para a morte*. Assim, as perdas acumuladas durante o período em que o paciente encontra-se em cuidados paliativos, que pode durar dias ou meses, o fazem refletir sobre o momento vivenciado.

É certo que toda pessoa doente pode sofrer em alguma instância da vida, porém, quando se trata de uma doença oncológica, o sentimento de ameaça, de perda com a finitude, a incerteza, o medo, a ansiedade e angústias, estarão mais presentes e despertarão maior desconforto e sofrimento. Estes sentimentos parecem ser mais profundos quando em situações de cuidados paliativos, uma vez que se associam as perdas e incertezas diante de um processo doloroso de aceitação da própria morte.

A doença é uma enorme fonte de sofrimento que faz com que a pessoa se confronte com seus limites. Com a perda, refletem-se os valores e procuram incessantemente formas de aliviar promovendo medidas de conforto. A pessoa doente, que sofre de desconforto, não é capaz de transcender podendo perder o sentido da vida e a incapacidade de controlar o futuro. A doença é para qualquer pessoa uma experiência dolorosa e geradora de desconfortos na medida em que tem o potencial de afetar todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspectos mais individuais até aos mais sociais (MCINTYRE, 2004).

Desconforto e o sofrimento parecem ser um importantes aspectos da doença como uma resposta a experiência da perda. Os estados de conforto nos diversos contextos físico, mental, espiritual e social, funcionam como um aconchego para o sofrimento sentido pelo encerramento na doença e desconforto provocado por todo o processo, no sentido o seu apaziguamento (APÓSTOLO et al, 2006)

Embora procurar conforto seja algo comum entre os seres humanos, proporcionar conforto a quem está doente não é tarefa nada fácil, pois, como afirma Morse et al. (1994) quando a pessoa adoece existe uma alteração da sua orientação habitual com o mundo, que faz com que as estratégias de conforto, que lhe são familiares não resultam efeito. Essa situação exige do enfermeiro a capacidade de encontrar estratégias que lhe permita ajudar o doente a restabelecer o estado de orientação com o mundo, reconhecer o tipo de desconforto experimentado e ajudá-lo a encontrar conforto desejado a um nível que lhe seja possível.

A música neste estudo, também se mostrou valiosa quando oferecida a pessoas sob cuidados paliativos como meio de apaziguar o sofrimento. Ela mostrou o poder de fazer o ser humano refletir sobre a vida e o momento vivenciado. Aos participantes deste estudo a música

pareceu ter diminuído seus desconfortos e aumentado o estado de conforto, como pode ser observado nos relatos apresentados abaixo:

(...) o conforto na alma foi porque também parei de pensar besteira, fiquei menos triste com minha situação, estou mais confiante nas obras de deus (PART03)

A música ficou na minha cabeça, então não pensei coisa ruim, só coisa boa mesmo (...). Aqui a gente precisa de qualquer coisa que ajude a parar de pensar na morte. (PART 07)

Não é fácil descobrir que tem essa doença, ela é ruim, tira nossa paz, nossa alegria, mas escutando a musica senti melhor, menos sofrida (PART 14)

Estou sofrendo muito com isso, é triste, mas, estou me sentindo um pouco melhor, parei de martelar coisa ruim na cabeça (PART 15)

Pode-se perceber através dos trechos extraídos dos discursos dos participantes que ouvir música durante a hospitalização e vivência dos cuidados paliativos foi valioso, pois o conforto relatado ultrapassou a barreira física, mostrando-se no auxílio do conforto mental. Os participantes relataram que sentiram paz mental, porque pararam de pensar na morte próxima afastando pensamentos negativos que aumentavam em demasia o sofrimento que já é inerente do momento vivenciado.

A angústia não representa apenas um sentimento coloquial vivenciado no cotidiano do ser humano como tantos outros, mas é o único que pode arrancar o ser humano de sua decadência cotidiana, transcender sua condição de ser-lançado-no-mundo e assumir a facticidade de seu existir (HEIDEGGER, 2008). Nesse pensar, distinguimos na fala do Participante 14 que escutar música durante o período do estudo lhe fez sentir menor sofrimento, lhe deu força e coragem para transcender sua própria angústia de estar com uma doença avançada.

Jordá (2008) relata que basicamente a terapia com música, reduz a tensão muscular e a sensação de dor, ansiedade e stress que os pacientes com câncer sentem. Do mesmo modo, facilita o lidar com o impacto emocional causado pelo diagnóstico e com a evolução da doença. É muito positivo porque ainda facilita a adaptação da pessoa à nova realidade, aumenta a sua auto-estima, torna a comunicação mais fácil e oferece apoio emocional, necessário para lidar melhor com a doença.

Estudo clínico randomizado realizado por Clark et al (2006) analisou a eficácia de uma audição de música em 63 pacientes submetidos a radioterapia curativa (RT). Os participantes foram separados em 2 grupos, um grupo escutou música e o grupo controle. O estudo mostrou que a música diminuiu o sofrimento emocional (ansiedade, depressão e

angústia relacionada com o tratamento), isto porque os pacientes que ouviram as músicas relataram menor ansiedade e angústia relacionada com o tratamento. Dentro do grupo de música, houve uma correlação significativa entre o número de vezes que a música foi usada / semana ea mudança de tratamento relacionado a angústia, o que sugere que altas doses de música produz diminuição do sofrimento.

No estudo realizado por Amaral (2012, p.186) a música proporcionou a “percepção dos idosos em relação ao corpo-mente-alma” contribuindo para redução das queixas álgicas. Ao escutarem a música as pessoas investigadas nesse estudo puderam redirecionar sua atenção alcançando emoções de prazer e bem estar promovendo sensação corporal que reverberou para além da dimensão humana, convergindo para a concepção transpessoal que permitiram a integração corpo-mente-alma.

Assim como nos estudos apresentados a música, neste trabalho, não se apresentou como ferramenta exclusiva para reduzir o sofrimento dos participantes, mas sim, para auxiliá-los a repensar a vida e auxiliando na diminuição do sofrimento para quem encontra-se fadigado e corroído com os sentimentos de apreensão presentes com a certeza da morte.

#### 4.3.3.1 Bem-estar

O ‘bem-estar’ afigura-se um conceito abundantemente utilizado na área de saúde mas, por vezes, pobremente definido e com reduzida unanimidade conceptual (ACTON, 1994; CHAVEZ ET AL., 2005; KIEFER, 2008); o termo é referido entre leigos e profissionais como “uma palavra do dia-a-dia” (CAMERON, MATHERS e PARRY, 2006: 351).

É, por vezes, indistintamente utilizado como sinónimo de saúde, paz, felicidade, prosperidade e satisfação com a vida, ou como sinónimo ou indicador de qualidade e vida (ACTON, 1994; DIENER & RYAN, 2009; KOLCABA, 2003); ou, ainda, enquanto sinónimo de “estar bem” (*wellness*) (Mackey, 2009). Quando usado para enquadrar a “saúde” torna-se problemático por não estar claramente definido (SAYLOR, 2004).

O bem-estar pode ainda ser definido como a experiência vivida da saúde ou a congruência entre as possibilidades individuais e as práticas atuais e significados vividos de cada um e é baseado no cuidado e no sentir-se cuidado (BENNER e WRUBEL, 1989) Para HESBENN (2001, p. 22) “a saúde é a capacidade de criar novas regras de vida para substituir as que a doença ou o traumatismo afetaram”. Assim, saúde e bem-estar assemelham-se e encerram a noção de potencial para desenvolvimento ou de capacidade para a adaptação

individual: “uma experiência humana que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda [e] a perda do bem-estar não é o aparecimento de doença mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual” (BASTO, 2009: 15).

Para Leininger (1995) o propósito central da enfermagem é descobrir e explicar os diversos fatores dos cuidados que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença ou a morte de indivíduos ou de grupos. O cuidar é a essência da enfermagem e é o foco distinto, dominante, central e unificante. Assim os cuidados culturalmente congruentes são essências para o bem-estar e enfrentamento das dificuldades ou da morte pelos doentes.

Assim, a enfermagem deve colaborar para uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra num período de necessidade, ajudando-a a alcançar bem-estar e a ser mais. Assim, segundo Paterson & Zderad (1976) a enfermagem é considerada um encontro especial entre pessoas humanas e a enfermeira deve trabalhar seus cuidados no sentido de proporcionar o máximo de bem-estar para os pacientes e assim produzir conforto físico e mental

Morse (1992) considera o conforto como a denominação para o estado final das ações terapêuticas de enfermagem, definindo-o como o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estado do *continuum* “saúde-doença”. Para Kolbaba (2003) quando as pessoas estão confortáveis aumenta o seu nível de bem-estar para alcançar uma morte pacífica.

Nesse sentido depreende-se dos autores citados que saúde, bem-estar e conforto são conceitos que estão interligados. Porém, o sentido de saúde não é aqui entendido como a simples ausência de doença, mas sim, como a capacidade do ser humano em adaptar-se as circunstancia da vida e restaurar o equilíbrio físico e mental perdido pelo sofrimento sentido pela situação de adoecimento. Quando o bem-estar é alcançado consequentemente o indivíduo senti conforto, este conforto não precisa ser sentido em todos seus contextos (físico mental, espiritual e social), mas quando é alcançado em pelo menos um contexto a pessoa já experimenta o bem-estar.

Assim o propósito da enfermagem é nutrir o bem-estar e o estar-melhor dos pacientes. Segundo Paterson e Zderad (1976) o bem-estar se refere a um estado de estabilidade dos pacientes. Estar-melhor significa oferecer-lhes a possibilidade de crescimento pessoal ou estar em saúde, apesar de suas condições críticas. Logo, o encontro do enfermeiro com o paciente pode resultar em conforto, porque a pessoa pode vir a se sentir confortável mesmo

enfrentando uma doença, pois vê no enfermeiro possibilidades de ajuda e de suporte. Isso é promover o seu estar-melhor.

Ela é valorizada como necessária à sobrevivência, mas há situações em que não pode ser considerada como um objetivo plenamente alcançável; mesmo assim, a Enfermagem deverá prover cuidados de modo que seu propósito avance além do bem-estar (estado de estabilidade) para um estar-melhor (processo de tornar-se - tudo o que é humanamente possível em sua situação particular). Paterson e Zderad entendem que o interesse da Enfermagem centra-se unicamente no bem-estar de uma pessoa em seu existir mais pleno, ajudando-o a ser o mais humano possível no momento particular de sua vida (LEOPARDI, 1999).

Neste estudo o uso da música no cuidado de enfermagem com pacientes em processo de terminalidade proporcionou bem-estar:

Ah a música foi bom demais, antes eu estava triste agora que escutei a música estes dias me sinto melhor, parece que tirou um peso de minhas costas (PART 01)

Depois que começou a vir ficou bom, me senti mais feliz é como se a música tivesse transformado tudo ao meu redor (...) parece que me sinto mais leve agora, menos mal-estar (PART 03)

Escutar música nesse período foi bom, porque eu me senti bem (PART 06)

Eu me senti bem com a música, me deu um bem-estar que foi bom, foi bom me senti bem (PART 08)

Ontem depois que você foi embora eu ainda fiquei me sentindo bem, acho que foi porque meu corpo, me acalmei (PART 09)

Observa-se nas falas dos participantes que a música foi capaz de proporcionar bem-estar (Participantes 01; 06 e 08) e diminuindo o mal-estar, segundo Participante 03. A música quando faz parte do mundo cultural e dos momentos vividos dos indivíduos tem o poder de tocá-lo no seu íntimo, transformar sentimentos negativos em sensações de bem-estar, paz e calma.

Cunha (2003) acrescenta que a música e as atividades musicais estão indicadas como meios eficientes para estimular a emergência de novos comportamentos de saúde quando são utilizadas como mediadoras de experiências que impliquem a apropriação da consciência de si e da realidade vivida. Dessa forma, a música, ao evocar os sentimentos, pode fornecer meios para a expressão e estimular a verbalização, possibilitando a interação da pessoa com a própria realidade em que se insere.

Revela Jourdain (1998) que quando fazemos nossas próprias situações de vida pela música, podemos fazer o que queremos com eles. A música idealiza tanto emoção positiva como negativa. Com isso, momentaneamente melhora a vida emocional do indivíduo proporcionando bem-estar. Há evidências abundantes de que a música pode evocar tipos definidos de relações de humor. Nem todos os ouvintes, tem as relações de humor semelhantes as mesmas peças, isto porque cada pessoa estabelece ligações emocionais diferentes em relação a mesma música. Assim, a música terapêutica é uma intervenção que é usada para atender às necessidades multifacetadas de pacientes com câncer e seus cuidadores (DILEO E BRADT, 2005).

Em um estudo qualitativo Sales et al (2011) com o objetivo compreender como os familiares percebem a influência das vivências musicais na saúde física e mental de um familiar que experiência a terminalidade, utilizando metodologia do estudo de casos múltiplos e a fenomenologia existencial heideggeriana para analisar dados, junto a sete indivíduos pertencentes a duas famílias, obteve como resultado que a utilização da música no cuidado aos seres que experenciam o câncer terminal, pode proporcionar bem-estar e assim confortar também seus cuidadores.

Também no estudo com idosos de Amaral (2012) as experiências com a música compreenderam alívio, relaxamento, alegria, coragem, tranquilidade e sonolência. Além da melhora da queixa algica a vivência com a música permitiu a emersão de emoções, relacionadas a vivência do processo de enfermidade, dos medos e anseios, oriundos das diversas situações presentes durante a hospitalização.

Diante da experiência significativa vivenciada, as autoras reiteraram a importância da música no cuidado à terminalidade da vida, pois vislumbramos ser possível a humanização do cuidado através dela, por contemplar os preceitos filosóficos e humanísticos dos cuidados paliativos, caracterizando-se como um recurso valioso no cuidado de enfermagem, considerando-se o déficit de lazer e a monotonia do ambiente domiciliar.

#### 4.3.3.2 Tranquilidade

Em Situação de saúde, o corpo sente-se tranquilo, estado que se modifica com a doença (BOTTORFF, 1991). A doença afasta a tranquilidade e é através da intranquilidade que começamos a tomar consciência do conforto. Não é um estado de mero prazer que experimentamos tal como quando descansamos após um dia desgastante, mas um sentido de

crescimento, de ganho de capacidade e de esperança, uma nova forma de tranquilidade, quando tudo parecia perdido (BOTTORFF, 1991).

Na maioria das unidades hospitalares a doença, a dor e o sofrimento são uma constante. Todos os dias, muitos doentes têm que enfrentar situações terríveis de dor, de angústias, de medo e de desespero diante da situação de fragilidade e terminalidade. Para além do sofrimento provocado pela doença e sua sintomatologia e pela incerteza, o medo, a fragilidade e a impotência que lhe estão associados, a pessoa que se encontra hospitalizada sofre ainda pela situação de internamento a que está submetida. Por todas estas situações a tranquilidade e o alívio são sensações que poucos pacientes parecem experimentar durante a situação de terminalidade de vida. Na maioria das vezes, mesmo os mais espiritualizados sentem-se em desconforto com as experiências da doença e da hospitalização, que desestabilizam suas condições emocionais e os colocam diante das incertezas, do desassossego, da inquietação e da serenidade.

No seio da equipe multidisciplinar que acompanha o paciente em terminalidade é a enfermeira quem está mais de perto e que convive durante mais tempo com o sofrimento e os desconfortos do doente. No ambiente hospitalar, a(o)s enfermeira(o)s são os principais cuidadores e não são raras as vezes o(a) único(a) profissional a dar suporte (MORSE, 2001). A(o)s enfermeira(o)s habitualmente em seu trabalho procuram identificar e eliminar as fontes de desconforto antes que elas atinjam o doente e mesmo quando atinge buscam estratégias de cuidado para minimizar ou eliminar a causa do desconforto. Assim, o estado de conforto pode existir sem que antes tenha existido desconforto, correspondendo assim a um estado de tranquilidade. Contudo, quando o desconforto não pode ser evitado, é comum atenuá-los com confortos adicionais, ou seja, aliviando o desconforto.

Segundo Elkinet al (2005) a prática de Enfermagem abrange quatro áreas: a promoção de saúde; a manutenção da saúde; a recuperação da saúde e cuidar dos doentes terminais. Enquanto nas três primeiras, o enfermeiro procura ajudar as pessoas a aumentar, a manter ou recuperar a sua saúde, na última área, ele tem o objetivo de apoiar e confortar os doentes em processo de terminalidade, proporcionando bem-estar através da tranquilidade e alívio dos desconfortos.

A estrutura do conforto proposta por Kolcaba (1991) é composta por duas dimensões, três estados e quadro contextos da experiência. Os três estados de conforto são: alívio, transcendência e tranquilidade: O estado de tranquilidade (contexto de conforto designado pela teórica Kolcaba) foi alicerçado na ergonomia. Para ergonomia o conforto é definido

teoricamente como o estado de tranquilidade e contentamento que facilita a *performance* (Se não mudou a norma - nomes estrangeiros, neologismos são motivos de instituir itálico) nas rotinas. Os aspectos da ergonomia que a autora considerou importantes para a enfermagem são os seguintes: o sentido do conforto é um estado duradouro; um estado positivo que é mais do que a ausência do desconforto; não implica um desconforto prévio a partir do qual o alívio é obtido; importante como um meio para alcançar a *performance* durante uma tarefa; uma reflexão sobre o ajustamento da pessoa ao ambiente e pode ser avaliada através da correlação com as características do ambiente ( KOLCABA, 1991).

A apreensão do sentido da tranquilidade foi feita a partir das experiências relatadas pelos participantes deste estudo. Revelaram que ao escutar música se sentiram-se mais, sossegados, serenos, mais confortáveis, diante da situação vivenciada.

Fiquei mais tranquila, menos triste, parece que me **deu esperança** (PART 01)

A música ela me ajudou muito, porque eu fiquei **mais leve**, menos nervosa (PART 02)

Fiquei um pouco mais confortável com a música, porque fiquei tranquila e ela preencheu o vazio que estava sentindo, ontem e hoje (PART 08)

Foi bom escutar música. Porque foi, assim eu fiquei tranquila Tem um tempo que não fico tranquila, desde que entrei aqui fiquei **com medo** (PART 12)

Aí eu não sei mais não, eu senti tranquilo também. Uma **paz** no pensamento ne? Acho que isso é tranquilidade, se sentir bem (PART 13)

Depois que você foi embora ontem ainda fiquei me sentindo bem, **a paz** na minha cabeça continuou, foi bom. Olha eu senti tranquilidade também (PART 14)

Antes de você chegar eu estava bastante nervoso (...) agora estou mais tranquilo, vou ter paciência de esperar pela ordem de Deus e dos médicos (PART 15)

Foi possível perceber nos discursos dos participantes que a música proporcionou a tranquilidade por meio da diminuição do medo (Part 12), proporcionando paz mental ( Part 13 e Part 14) e sensação de leveza (Part 02).

Ainda foi possível observar na falas que a tranquilidade foi associada a calma e a serenidade que a experiência com a música é capaz de proporcionar.

Porque quando estou nervosa sinto mais falta de ar e a música me deixou calma. Meu corpo todo ficou leve (PART 05)

Eu senti calma também, estava um pouco nervosa estes dias porque tem muito tempo que estou aqui, agora estou um pouco mais tranquila (PART 10)

Foi muito bom mesmo. Ontem eu me senti melhor, hoje também. Porque eu senti que fiquei mais calmo (PART 11)

A partir destes trechos de discursos é possível depreender a contribuição da música como estratégia para promoção do conforto de pacientes em processo de terminalidade, um objetivo essencial do cuidar cuidado humanizado, que deve estar pautado no respeito a individualidade e no sofrimento vivenciado. A música foi responsável pelo sentimento de harmonia e tranquilidade sentida pelos participantes que não costuma ser comum em um ambiente estressante como o hospitalar. Esse fenômeno é reforçado por Arruda e Marcelino (1997, p.158) quando afirma que para...

Alcançar o conforto, como uma meta de enfermagem, implica em que a pessoa experiencie um sentimento agradável de harmonia consigo mesmo e com o ambiente, sinta-se cuidado e estimado, seja capaz de viver uma vida tão normal, quanto possível, na situação que está enfrentando e se sinta seguro e protegido.

Para esses autores, o enfermeiro que possui o compromisso genuíno com o bem-estar do paciente, integrando-os aos seus conhecimentos e habilidades, certamente conseguirá promover o mais alto nível de conforto para seu cliente, sentindo-se, da mesma forma, confortado e realizado. Assim a música pode apresentar-se como uma boa estratégia de cuidado, um recurso terapêutico complementar, que de forma individualizada e relacionada a história de vida de cada pessoa em processo de doença ou na terminalidade pode determinar benefícios em relação a seu bem-estar.

O essencial é que a atuação da(o) enfermeira(o) não seja só mais uma, dentre outras, mecanizadas como parte de um contexto biomédico vigente. Que não sirva apenas como uma ponte auxiliar para o serviço de outros profissionais. O mais importante/relevante é que ela(e) faça a diferença, em suas ações, que sejam dotadas de atitudes renovadoras, que vislumbrem seu reconhecimento como profissional humano, não só na percepção dos usuários que recebem seus cuidados, mas, também, entre os demais profissionais da saúde, na sua instituição de trabalho e na sociedade como um todo.

#### 4.3.3.2 Transcendência

Transcendência é considerada por Kolcaba (1991) como um estado em que o paciente suplanta os seus problemas, situações em que a pessoa tem competência ou potencial para planejar sua vida, encarar os problemas, elevar-se da situação vivenciada. Para Ruis e

Tittanegro (2007) significa subida, ascendência, passagem de um lugar para outro no sentido de movimentos mentais, movimentação para o alto.

Assim, transcender significa mover-se para outras dimensões com sonhos e esperanças cultivados, criando novas formas de perceber o que já é vivenciado. Quando a pessoa transcende, cria forças para originar novas formas de enxergar a vida mesmo que momentaneamente, transformando assim, seus padrões de vida. A mudança é um processo contínuo do ser humano em interação com o meio ambiente, movendo-se do que é para o que ainda não se é. As novas maneiras de ver a vida são incorporadas às anteriores.

Porém, para as pessoas que vivenciam o sofrimento de conviver com o câncer, momentos de transcendência são escassos. Todos os dias, têm de enfrentar situações terríveis de dor, de angústia, de medo, de desespero. Para além do sofrimento provocado pela doença e sua sintomatologia e pela incerteza, o medo, a fragilidade e a impotência que lhe estão associados, a pessoa que se encontra em situação de terminalidade sofre ainda pela situação de internamento a que está submetida, pelo ambiente que lhe é estranho, pelo afastamento dos seus familiares e amigos, pela dependência em relação aos profissionais, entre outras razões. Assim, o dia-dia de sofrimento não deixa espaço para emergirem sonhos e sentimentos positivos ligados ao passado ou ao futuro.

Quando o psicológico do paciente está afetado, ocasiona a ansiedade, a tensão e a pessoa apresenta fâcias retorcidas, demonstrando atitudes de desconforto. Há necessidades de fazer o paciente transcender o sofrimento vivenciado, proporcionando momentos de bem-estar, mesmo diante da difícil situação de doença e hospitalização. Assim o objetivo principal da Enfermagem deve ser a promoção do conforto e este paciente em sofrimento (PATERSON E ZDERAD,1988).

Os enfermeiros são os principais cuidadores do sofrimento (MORSE, 2001). Wright (2005) é também da mesma opinião e acrescenta que a redução ou a diminuição do sofrimento é o centro, a essência e o coração da prática das enfermeiras, por isso, o objetivo ético e obrigatório da Enfermagem deve ser reduzir o sofrimento emocional, físico e/ou espiritual dos doentes.

A abordagem da enfermeira ao paciente em processo de terminalidade de vida requer sensibilidade, autenticidade, presença genuína a fim de oferecer o conforto na medida em que satisfaça as suas necessidades multidimensionais. O uso da música neste estudo proporcionou aos participantes transcender do ambiente hospitalar, afastou pensamentos negativos ligados à

doença e a morte o fazendo viajar dentro de suas emoções o que parece ter diminuído o sofrimento vivenciado, como observado nas falas dos Participante 09,13 e 11.

Parei de pensar na doença e até esqueci que estava aqui, fechei os olhos e só pensei coisa boa (PART 09)

As horas que estava escutando música, esqueci até que estava aqui (hospital), na verdade eu nem fiquei pensando nisso (PART 13)

Parei de pensar nas coisas ruins da minha vida, esqueci um pouco que estava aqui, longe de todo mundo, morrendo aos poucos (PART 11)

Transcender é sair do lugar, sonhar, movimentar pensamento, esquecer problemas vivenciados. Logo, os participantes do estudo relataram que transcenderam do hospital para onde a felicidade habitava. Para paciente em processo de terminalidade ter a oportunidade de esquecer momentaneamente do sofrimento, é valioso já que momentos de felicidade e paz muitas vezes tornam-se raros na vivencia da terminalidade.

O paciente com o auxílio da música foi capaz ainda de “voltar a ser ele mesmo”, ter momento de felicidade e alívio.

(...) foi ótimo porque eu voltei a me sentir um pouco como me sentia, parece que não sou eu que estou aqui, escutar música me fez sentir de novo “eu” (PART 05)

Antes da música eu passava os dias aqui esperando a morte. Depois que você começou a trazer parei de pensar, ontem passei o dia dando risada, feliz (PART 02)

(...) parece que meu espírito saia um pouco do meu corpo, parei de pensar em doença, dá alívio parar de pensar um pouco nisso tudo (PART 04)

Parece que minha alma ficou forte de novo. Esqueci um pouco de tudo que estou vivendo. Foi bom (PART 12)

Assim como mostrado nas falas acima, a música não só teve o poder de relaxar, diminuir o sofrimento e a dor, trazer bem-estar e tranquilidade (categorias apresentadas acima), mas também tornou a transcendência uma experiência possível aos pacientes em processo de terminalidade. A música com finalidades terapêuticas deveria ser de uso mais comum nos centros de cuidados paliativos, visto que, é extremamente eficiente para as pessoas em processo de terminalidade, proporcionando algum conforto e alívio físico e psicossocial, facilitando assim o adeus a vida, de diferentes modos (LEOW, DRURY e HONG, 2010).

Assim o uso de terapias complementares de cuidado em especial a música (defendida neste estudo) pode ser utilizada como terapia nos cuidados paliativos para oferecer mais dignidade e tranquilidade no viver até o morrer. Segundo Louro (2010) a música pode levar ao autoconhecimento necessário para a “trans-formação”, a formação interior que transpassa o nível básico da dor e a redimensiona para uma forma de aprendizado sobre si e sobre o mundo.

#### 4.3.4 CONFORTO ESPIRITUAL ATRAVÉS DA MÚSICA

Neste estudo, o bem-estar sentido pela escuta musical fez emergir uma nova categoria relacionada às sensações agradáveis e pensamentos favorecedores da espiritualidade nos participantes da pesquisa, que passamos a identificar como *conforto espiritual*. Esses sentimentos fortaleceram a fé, as lembranças das crenças espirituais, refletiram no aumento da esperança, tão positivos na sua recuperação. Assim percebeu-se que em situações de fragilidade física e emocional algumas pessoas podem se apegar a fé em algo superior, que ajuda a fortalecer alicerces emocionais, para além do conforto psicológico.

Kolcaba (1991, 2003) define como um de seus contextos o “psicoespiritual”, não fazendo distinção entre o conforto mental e o conforto espiritual, como aqui passamos a designar neste estudo. A autora relata que sua revisão sobre o holísmo não suporta a diferenciação entre a experiência da mente e do espírito. Assume que os atributos do conforto psicológico e espiritual estão sobrepostos sendo difícil separá-los. Segundo a autora quando analisados separadamente, o conforto espiritual seria a relação íntima com o ser mais elevado, elevando a espiritualidade que pode está ligada ou não com a religiosidade.

Há inúmeras definições na literatura sobre religiosidade e espiritualidade. Embora sejam rotineiramente utilizadas como sinônimas, apresentam conceitos distintos. A espiritualidade é uma experiência universal que engloba o domínio existencial e a essência do que é ser humano; não significa uma doutrina religiosa, mas sim uma filosofia do indivíduo, seus valores e o sentido atribuído à vida (CHAN, 2006) A dimensão da espiritualidade visa a favorecer a harmonia com o universo, esforçando-se para responder a questões sobre o infinito, que entra em evidência quando o indivíduo se encontra em situações de estresse emocional, doença física e morte, buscando um sentido para os acontecimentos, a integridade, a paz, a harmonia, e a Individualidade (NARAYANASAMY, 2001). Já a religiosidade, é uma

relação com a força divina ou sobrenatural; está ligada ao sagrado e a uma doutrina; serve como veículo pelo qual o indivíduo expressa sua espiritualidade, a partir de valores, crenças e práticas rituais que podem fornecer respostas às perguntas essenciais sobre as questões de vida e morte (CHAN, 2006).

A Espiritualidade tem sido considerada, por diversos autores, como uma dimensão central da conduta humana, passível de constituir um foco de aprendizagem relevante para um desenvolvimento humano mais harmonioso e integral. É, igualmente neste âmbito, que poderemos enquadrar e entender à Espiritualidade enquanto Dimensão Humana Universal que se expressa através de relacionamentos, criatividade, emoções, manifestações físicas e religião (MARQUES, 2003).

A investigação relativa à Dimensão Espiritual da Pessoa, no âmbito Disciplinar da Enfermagem, tem apresentado, nos últimos anos, um olhar cada vez mais interessado e atento, na intenção de aprofundar o conhecimento científico que sustente uma melhor prática cuidativa que corresponda às necessidades e expectativas dos utentes relativamente à satisfação das suas necessidades espirituais.

Dentro do contexto dos cuidados paliativos, a espiritualidade é um aspecto central e histórico, assumindo um significado próprio em relação a outras áreas da saúde. A literatura aponta a espiritualidade como um aspecto positivo do cuidado e da saúde e em geral reconhece a necessidade de investigação qualitativa rigorosa em relação à espiritualidade no contexto dos Cuidados Paliativos (DELGADO, 2005). Logo, os Cuidados Paliativos, que têm como objetivo a integração do ser humano diante de sua terminalidade, tem sua essência espiritual, pois ousa transcender o sofrimento humano e a morte dando a ela um significado. Enquanto houver significado na experiência humana há esperança (SAPONETTI, 2008).

O estudo realizado por McClain, Rosenfeld e Breitbart (2003) entrevistou 160 pacientes em um hospital de cuidados paliativos com uma expectativa de vida de menos de 3 meses, com o objetivo de avaliar a relação entre bem-estar espiritual, depressão, e desesperança em pacientes na fase terminal. Os resultados mostraram que o Bem-estar espiritual oferece alguma proteção contra o sofrimento no fim-de-vida aqueles para quem a morte é iminente e podem ajudar a gerar uma sensação de paz e significado. Logo, o bem-estar espiritual parece estar associado a menores índices de depressão, ideação suicida, desejo de morte e desesperança em pacientes terminais.

Portanto, é necessário sempre que possível, perguntar ao paciente em processo de terminalidade o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhar

com o controle dos seus sintomas. Deve-se conferir ao paciente todas as condições necessárias para que o conforto seja alcançado em todas suas dimensões. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância (OKON, 2005). Ignorar a dimensão espiritual torna a abordagem do paciente incompleta e para isto a busca por novas abordagens de cuidado no sentido de oferecer maior conforto vem crescendo.

Samano et al (2004) estudou, se rezar, enquanto medicina complementar, corresponde a uma melhora na qualidade de vida de um grupo de pacientes oncológicos brasileiros. Concluiu que a utilização de medicina complementar em nosso meio é frequente em pacientes com câncer e que a crença na sua eficácia e a prática de orações se correlacionam significativamente com uma melhor qualidade de vida, de forma que tais práticas não devem ser desestimuladas pelos profissionais da área médica.

Ao estudarem o uso de medicina complementar entre pacientes urbanos em um departamento de emergência Rolniak et al (2004) observaram que os pacientes devem ser questionados rotineiramente sobre o uso espontâneo de medicina complementar para poder ser orientados sobre os efeitos positivos e negativos destas intervenções em interação com os tratamentos convencionais. Os três tipos os mais comuns de medicina complementar relatados por estes pacientes foram: oração, música-terapia e meditação.

Assim, o uso de terapias complementares parecem ter tomado cada vez mais espaço dentro do contexto dos cuidados paliativos e a música, neste estudo, também se apresentou como uma ferramenta valiosa dentro do contexto de conforto espiritual.

No estudo realizado por Lewis et al (2003) em *San Diego Hospice* que investigou a utilização de terapias complementares dentro dos princípios de cuidados paliativos, concluiu que as terapias complementares promovem resultados favoráveis na diminuição do sofrimento e promovendo o bem-estar mental e espiritual aos pacientes em processo de terminalidade.

O emprego da musicoterapia no tratamento de pacientes com câncer está segundo Jordá (2008), expandindo-se gradualmente em hospitais e seus resultados são altamente positivo em todos os aspectos da prática clínica. Basicamente, esta terapia reduz tensão muscular, sensação de dor, a ansiedade e o stress que os pacientes com câncer sentem. Do mesmo modo, facilita o impacto emocional do diagnóstico e a evolução da doença. É também muito positivo porque favorece a espiritualidade e torna a comunicação mais fácil, graças ao apoio emocional que a música oferece.

Corroborando com os achados dos pesquisadores supracitados, neste estudo, o bem-estar sentido pela escuta musical fez emergir sensações agradáveis e pensamentos

favorecedores da espiritualidade nos participantes da pesquisa, de modo que, fortaleceram a fé, as lembranças das crenças espirituais, refletindo no aumento da esperança de sua recuperação. Sobre isto, encontramos na literatura que diante do conviver com a situação de fragilidade física e emocional, algumas pessoas podem se apegar à fé em algo maior, para sustentá-los e fortalecer alicerces emocionais como observado nas falas abaixo:

(...) na música que escolhi a cantora fala que Deus pode tudo, que Deus dá força, então, eu posso vencer isso, eu tenho força porque eu tenho Deus (PART 01)

Estava um pouco depressiva, brigando até com os enfermeiros, mas agora estou alegre, confiante no poder de Deus (PART 01)

[A música] Me fez sentir a presença de Deus na minha vida, estava tão triste antes, achando que Deus me abandonou, mas agora confio nele e o que ele quer para minha vida (PART 05)

(...) quando escutei musica ontem, lembrei de Deus e isto me deixou mais calma (PART 10)

Não sei mais, só sei que foi bom, porque eu confio mais em Deus agora (PART 12)

Não sou muito de religião não, foi bom porque pensei em Deus, deu força. Todo mundo precisa de Deus ne? Eu que esqueci, mas agora não esqueço mais. (PART 13)

É possível perceber nas falas dos participantes deste estudo que a música manifestou-se como uma ferramenta eficaz para o fortalecimento da espiritualidade e das crenças religiosas e portanto para o conforto espiritual. Segundo o Participante 12 a música lhe fez pensar em Deus o que lhe deixou mais calmo, assim como relatado também pelo Participante 01. Para o Participante 05 a música proporcionou o fortalecimento da esperança e fé em Deus. O relato do Participante 13 confirma que a música teve a função de reviver as crenças espirituais dos praticantes do estudo. Ele relatou que havia esquecido de Deus, mas a música lhe ajudou aproximar-se novamente de suas crenças religiosas e isto lhe deu força

Segundo Bergold (2005) isto acontece porque a música pode promover um momento de contato do cliente com sua subjetividade e/ou um momento de reflexão sobre os acontecimentos que influenciam sua vida no momento, além de fortalecer a fé em situações estressantes, como o adoecimento e internação hospitalar. A vinculação da música ao espaço subjetivo e espiritual está relacionada ao que Ruud (1998) descreve a experiência musical como uma ferramenta que promove um sentimento indefinido e indescritível, que se aproxima do sentimento de pertencer a uma realidade maior, além do mundo cotidiano, dentro das experiências espirituais e subjetivas.

Burns et al (2001), em estudo piloto, pesquisaram o efeito da terapia musical em um Centro de Ajuda no Tratamento do Câncer. A intervenção consistiu em uma terapia musical de grupo compreendida em ouvir música de um gravador e ao vivo, que induzia ao estado de relaxamento e também improvisar música de relaxamento com instrumentos de percussão. Os resultados indicaram bem-estar, aumento da espiritualidade, aumento do estado de relaxamento e minimização da tensão durante a escuta da música, aumento da energia e minimização da tensão durante a improvisação. Observou-se aumento das taxas de hemoglobina salivar A e diminuição do cortisol em ambas as experiências.

Outro estudo desenvolvido por Araújo e Silva (2010) utilizando música durante o período de 30 min em pacientes conscientes internados em uma Unidade de Terapia Intensivo, concluíram que a música tem o poder de fortalecer a fé e esperança na recuperação aumentando, desta forma, sensações de bem-estar.

O ser humano deseja transcender. Transcender os limites do seu corpo, os limites de sua alma. Assim, os Cuidados Paliativos que têm como objetivo a integração do ser humano diante de sua desintegração final e falar sobre Cuidados Paliativos é encarar nossa finitude e ir além (SAPORETTI, 2008). Neste estudo o uso da música auxiliou para o estabelecimento do conforto espiritual indo ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos. Pois somente quando é considerada a importância e pertinência da satisfação e o bem-estar da pessoa como ser global é que podemos ir ao encontro do paradigma holístico do cuidar, abordando realmente o indivíduo no seu todo, incluindo o mais profundo de si: o espírito (MONTEIRO, 2010).

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Enfermagem, desde muito cedo nos é ensinado que o cuidado deve ser prestado de modo holístico, abordando o humano como um ser multidimensional. Entretanto, a realidade nos aponta para uma Enfermagem com muitas amarras no modelo biomédico e com ações direcionadas à dimensão física desconsiderando as demais. Talvez por isso, o cuidado humano e dual que tanto se discute encontra-se muito na teoria e pouco na prática. É preciso romper as amarras e experimentar novas abordagens de cuidado que fujam do modelo biológico rígido, para um cuidar pautado no respeito a diversidade e a subjetividade humana, atingindo assim a principal meta da enfermagem: o conforto.

A principal condição para que ocorra o conforto é o ambiente favorável, isto é, um ambiente em que a pessoa se sinta cuidada. Assim, na área dos cuidados paliativos parece coerente usar técnicas/estratégias que se aproximem do ser humano em sua totalidade, em uma disciplina que se propõe a fazer isto em sua prática diária. No caso deste estudo propomos o uso da música terapêutica para cuidar do paciente sob cuidados paliativos.

Assim, os resultados deste trabalho apontam para um horizonte valioso, mesmo que, ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde. Podemos constatar que a música apresenta-se não só como um poderoso instrumento nos cuidados paliativos de pacientes em processo de terminalidade, mas também, uma alternativa simples, criativa e eficaz no conforto físico, mental, espiritual e no estímulo de memórias do passado através de imagens mentais.

O conforto é uma experiência subjetiva e pessoal, isto porque o que pode ser conforto para uma pessoa é diferente para outra, o que determina é a vivência atual e cultural. Aos participantes deste estudo que apesar de suas peculiaridades passavam por momentos similares de dor, perda e sofrimento em relação a vivência com a terminalidade de vida, o conforto pôde manifestar-se através da escuta musical. A música proporcionou aos participantes experiências de conforto no âmbito físico, mental e espiritual. Identificou-se ainda relatos de florescimento de lembranças de momentos felizes da vida e da infância, que foram imprescindíveis para o alívio da solidão, através das imagens mentais induzidas pela escuta musical.

Os participantes puderam viajar em seus pensamentos, acessando a fantasia escolhida por eles mesmos, sendo, na maioria das vezes para um mundo cheio de vida, amor, companheirismo, amizade e lembranças de uma vida saudável, porém carregada de esperança. De modo que, o momento da escuta musical, evidenciou-se como um momento de

transcendência do ser hospitalizado. Os indivíduos foram capazes de interiorizar a música, influenciando, por assim dizer, no ritmo dos pensamentos, na melodia de suas emoções e na harmonia de seu corpo. Essa parece ser a própria essência da transcendência e nesse sentido, observamos nos relatos dos sujeitos, uma melhora em seu estado, emocional e espiritual e porque não dizer físico?

O conforto físico apresentou como experiências ligadas ao relaxamento do corpo e alívio e/ou cessação da dor física e mental. A melhora do estado psicoemocional, tirou do foco mental a dor, a angústia da patologia, dando lugar a melodia musical, promovendo momentos de distração essenciais para as sensações de bem-estar corporal. Foi observado também que o aspecto lúdico da música proporcionou ao paciente a abertura de canais de comunicação para melhor ajudá-lo no enfrentamento da doença e das perspectivas de vida-morte.

No contexto do conforto mental os participantes experimentaram a tranquilidade, bem-estar, transcendência e a diminuição do sofrimento. Vale ressaltar ainda, que por seu potencial subjetivo os participantes experimentaram, através da música, conforto espiritual, tão negligenciado na atualidade pelos profissionais da área da saúde. Mesmo diante de instrumentos tão insipientes para mensurar quantitativamente os períodos de bem-estar desse grupo de pacientes e mesmo diante da falta de interesse das equipes médicas em monitorar os hormônios que caracterizam esse tipo de conforto, estamos convictos que a música merece maior utilização no âmbito dos cuidados paliativos, integrando-se principalmente entre as prioridades do plano de cuidados de Enfermagem.

Ela pode auxiliar na redução do estresse psico-fisiológico e do sofrimento causado pela vivência com o processo de terminalidade, no momento em que proporcionou conforto e melhora do estado emocional dos participantes.

Verificou-se que a música não atua no processo de cura da patologia em si, mas sim, na diminuição do estresse psicofisiológico, e na redução da percepção da dor; ajuda o paciente a enfrentar de maneira efetiva os transtornos causados pelo enfrentamento da terminalidade e do isolamento social proporcionado por este ambiente, bem como na angústia pelo desejo de voltar a ter uma vida normal onde a doença não faça parte do processo.

Desta forma, a Música fazendo parte do cuidado de Enfermagem, pode de certa forma, acolher as angústias, medos e ansiedades das pessoas em processo de terminalidade de vida, respeitando sua singularidade diante dos fatores estressores existentes, relacionados à hospitalização e a doença.

É importante ressaltar que o uso da música como facilitadora dos processos de cuidado aqui propostos depende do que se estabelece na relação da pessoa com a música, os sentidos que ela tem, e sua ligação com a cultura e com seus itinerários de vida. Partimos da consideração de que o ritmo musical é benéfico ao paciente, desde que, ele faça parte de sua história musical e lhe traga paz interior, tranquilidade e recordações boas da vida. O cérebro de cada pessoa processa a música de uma determinada forma, sendo difícil encontrar regras universais; para uma música ser estimulante ou relaxante, por exemplo, há a influência da conexão que se cria com ela, do universo musical da pessoa, seus contextos e culturas. Portanto, estas sensações de prazer e transcendência foram possíveis porque a melodia musical que os participantes escutavam tinha haver com a trilha sonora que compunham suas vidas, seus gostos, pois foi esta a principal estratégia do estudo, identificar o gosto musical primeiro do paciente para depois trazer o repertório, respeitando suas preferências.

A música terapêutica é uma intervenção de baixo custo, não-farmacológica e não-invasiva, que pode ser empregada no espaço hospitalar visando promover conforto emocional e físico ao paciente, possibilitando alternativas de cuidado, que ultrapassam uma assistência fragmentadora e desumanizada focada exclusivamente na doença e não no ser humano,. E, se a música nos conduz ao cuidar sensível, criativo e humanizado, a Enfermagem como ciência cuidadora precisa se preparar para utilizá-la como recurso terapêutico ao tratamento de pacientes hospitalizados. Sendo ainda, facilitadora do processo, não só como executora do projeto, mas também como avaliadora de sua eficácia.

Porém, não basta uma ação unilateral, faz-se necessário, mobilizar instituições comprometidas com a formação de profissionais que possam contemplar cuidado humano, considerando a influência da arte e, em especial da música, na expressão da criatividade e na promoção da singularidade do sujeito do cuidado. Já que, nos currículos dos cursos da área de saúde pouco se tem valorizado os aspectos que ultrapassem o processo diagnóstico humanístico-lúdico-artístico na área das ciências da saúde, ainda estamos vivendo as restrições das ações terapêuticas e das de diagnósticos, centradas nas limitações do cartesianismo médico das dimensões corporais. Desta forma, temos que o objetivo do estudo foi contemplado, uma vez que foram evidenciadas experiências de conforto dos participantes do estudo dentro do âmbito dos cuidados paliativos, numa ótica multidimensional.

Nossa expectativa com esse estudo foi a de que este trabalho possa promover reflexões a cerca do uso de música como instrumento de cuidado a pessoa em processo de terminalidade de vida. Corrobore para a formação e capacitação de profissionais mais

reflexivos no âmbito da utilização de práxis complementares, tendo em vista um cuidado que considere a influência da mente para o bem estar do corpo. E, quiçá permita reflexões que possam contribuir para este tipo de metodologia do cuidado em instituições de ensino superior, na formação de futuros profissionais que possam ampliar a utilização da música, procurando estimular nos estudantes o pensamento crítico-reflexivo-criativo para o cuidado mais sensível e sobretudo mais humano nas instituições de saúde.

Ressalta-se ainda a necessidade de se desenvolver pesquisas nacionais, tanto com abordagens qualitativas quanto quantitativas, que demonstrem, de forma sistematizada, os benefícios que a intervenção musical proporciona ao paciente/cliente, família e equipe de saúde no ambiente institucional ou no domicílio. A produção de trabalhos interessados na interface entre música e os cuidados, oferecidos nos processos de terminalidade é, ainda, em sua maioria, de origem internacional. A prática dos cuidados paliativos, apesar de sua inegável importância para a produção de cuidado em saúde, que transponha os limites da abordagem curativa, é ainda, um campo em recente construção no Brasil.

É indispensável que as práticas de saúde no Brasil exercitem possibilidades complementares de cuidado no sentido de ultrapassarem uma assistência fragmentadora e desumanizada indo ao encontro de um cuidado verdadeiramente humanizador principalmente àquele que se encontra num devastador e doloroso processo de terminalidade de vida.

---

**REFERENCIAS**

## 6 REFERENCIAS

ABU-SSAD, H.H; COURTENS, A. Developments in Palliative Care. In\_\_\_\_\_ABU-SSAD, H.H. **Evidence-based palliative care: across the life span.** Oxford: Blackwel Science, 2001.

ACTON, G. L. Well-being as a concept for theory, practice, and research. **The Online Journal of Knowledge Syntesis for Nursing.** V. 1, n.11, 1994. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-475X.1994.00088.x/abstract>. Acesso em: 10 nov 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro : Diagraphic, 320p, 2009.

ALBUQUERQUE, M.C.S; NASCIMENTO, L.O; LYRA, S.T; FIGUEREDO, T.M.C.S; BRÊDA, M.Z. Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência Rev. **Eletr. Enf. [Internet]**. V.14, n.2, p.:404- 13,abr/jun, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a21.htm>.. Acesso em: 25 nov 2012.

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, J.S.Y. **O saber da Enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo, Cortez: 1986.

ALVARENGA, R.E. **Cuidados paliativos domiciliares: percepção do paciente oncológico e seu cuidador.** Porto Alegre: Moriá, 162p, 2005.

AMARAL, J.B. **A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: a luz da teoria de Jean Watson.** Salvador, 2012. Originalmente apresentada como Tese de doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. 2012.

ANDRADE FILHO, A.C.C. **Dor: diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Roca, p. 53-61, 2001.

APOSTOLO, J.L.A; BATISTA, A.C.M; MACEDO, C.M.R; PEREIRA, E.M.R. Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. **Revista Referência.** V.2, n 3, 2006. Disponível em: [http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?target=DetalhesArtigo&id\\_website=3&id\\_artigo=108&pesquisa=dor](http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?target=DetalhesArtigo&id_website=3&id_artigo=108&pesquisa=dor). Acesso em: 14 nov 2012.

ARRUDA, E. N, et al. Comfort: immigrant hispanic cancer patients' views. **Cancer Nurs.** v.15. n.6, p.387-94, 1992.

ARRUDA, E.N. Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Texto e contexto enferm.** Florianópolis. V.7, n. 2, 1998.

ARRUDA, M.L. **Depressão: Musicoterapia Como Uma Forma De Tratamento.** Curitiba, 2005. P. 44. riginalmente apresentada como trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Artes do Paraná.

ARAÚJO, T.C. **A Música: uma estratégia cuidativa na recuperação de pacientes em UTI** – Abordagem Convergente-Assistencial, Originalmente apresentado como Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2010.

AURÉLIO, B. H. F. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

BACKES, D.S; DDINE, S.C; OLIVEIRA, C.L, BACKES, M.T.S. Música: terapia complementar no processo de humanização de um CTI. **Rev. Nursing**. V.66, n.6, p.35-42, Nov. 2003

BASTO, M. L. Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. **Pensar Enfermagem**. V.13, n.2, p.11-18, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70. Título original: L'analyse de contenu. 2009.

BARRETO, S.S; PEREIRA, M.N; SANTOS, J.A; NEVES, E.P. (Des)conforto de trabalhadores de enfermagem: uma questão de (in)justiça social. **Rev Bras Enf**. Brasília: 56 (6); 615-18, 2003.

BERNARDO, C.L.E. Nos Cuidados Paliativos. In\_\_\_\_\_BARACAT, F.F. et al. **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.

BERGOLD, L; SOBRAL, V; Music for care humanization. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.2, n.3, December 2003 [Online]. Available at: [www.uff.br/nepae/objn203bergoldsobral.htm](http://www.uff.br/nepae/objn203bergoldsobral.htm)

BOULAY, S. **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders**. 2. ed. Great Britain: RMEP, 2007.

BOYKIN, A.A. Enfermagem como conforto: O artístico no cuidado. **Texto e Contexto Enf**, Florianópolis v. 7, n.2, 1992.

BOTTEGA, R. T. C. et al. Desarrollo de la medicina paliativa en Latinoamérica. In: SANCHO, M. G. et al. **Medicina Paliativa en la cultura latina**. Espanha: ARÁN, Cap. 20, 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 19. Brasília, jan, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.329/GM. Brasília, jul, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.535. Brasília, set, 1998

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (Princípios e Diretrizes), Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer- INCA. **Situação do câncer no Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/situacao/> .Acesso em: 20 de nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. **Estimativa de incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões**. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=1793](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793). Acesso em: 6 Abr. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer- INCA. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 312p, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96, de 10 de out. 1996**. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CAPONERO, R. Muito além da cura da doença, profissionais lutam para humanizar o sofrimento humano. **Rev. Prat. Hosp.** São Paulo. N. 22,p, p.29-34, 2002.

CAMERON, B.L. The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. **Journal of Advanced Nursing** , v.18, p. 424-36, 1993.

CAMERON, E; MATHERS, J; PARRY, J. 'Health and well-being': questioning the use of health concepts in public health policy and practice. **Critical Public Health**. V.16, n.4, p. 347-354, 2006. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581590601128166#preview>. Acesso em: 12 dez 2012.

CANDE, R. **História Universal da Música**. São Paulo: Martins Fontes. 2002.

CERVO, A. L. **Metodologia Científica**. 6 ed. – São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.

CHAN, M.F; CHUNG, L.Y; LEE, A.S, WONG, W.K; LEE, G.S; LAU, C.Y. et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. **Nurse Educ Today**. V.26, n.2, p.139-50, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16213063>. Acesso em: 7 DEZ 2012.

CHAVEZ, A. C., BACKETT-MILBURN, K., PARRY, O; PLATT, S. Understanding and researching wellbeing: Its usage in different disciplines and potential for health research and health promotion. **Health Education Journal**, 64 (1), 70-87. Disponível em: [http://buzz.tamu.edu/669\\_Folder/Understanding%20and%20researching%20wellbeing-Its%20usage%20in%20different%20disciplines%20and%20potential%20for%20health%20research%20and%20helath%20promotion.pdf](http://buzz.tamu.edu/669_Folder/Understanding%20and%20researching%20wellbeing-Its%20usage%20in%20different%20disciplines%20and%20potential%20for%20health%20research%20and%20helath%20promotion.pdf). Acesso em: 15 out 2012.  
, 2005

CHAGAS M, GAZANEO L, AGUIAR M. Projeto encanto: avaliando uma proposta de humanização hospitalar. ANAIS DO 5º ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA. Rio de Janeiro: CBM/ CEU; 2004. [CD-ROM]

CLARK, M; ISAACKS-DOWNTON, G; WELLS, N; REDLIN-FRAZIER, S; ECK, C; HEPWORTH, J.T; CHAKRAVARTHY, B. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. **J Music Ther**. Fall. V.43, n.3, p.247-65,2006.

COOK, J.D. Music as an intervention in the oncology setting. **Cancer Nursing**. V.9, n.1, p.23-28, 1986.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Parecer normativo do COFEN nº 004/95. Dispõe sobre as atividades em Terapia alternativa. Bol Inf COREn 1995; 18(4):8.

COSTENARO, R; DAROS,A; ARRUDA,E.N. O cuidado na perspectiva do acompanhante de crianças e adolescentes hospitalizados. **Esc. Anna Nery. Enferm.** V.2, n.1/2, p. 111-126, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (BR). Resolução COFEN 197. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo (SP); 1997.

CREMESP. Cuidados Paliativos: simpósio internacional acontece no dia 14/11. **Jornal do CREMESP**. Edição 242, Out. 2007. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=915&Coluna=nao>. Acesso em 27 set. 2011

DAVIES, E, HIGGINSON, I. **The solid facts: palliative Care**. Geneva: WHO; 2004.

DELGADO, C. A Discussion of the Concept of Spirituality. **Nursing Science Quaterly**. V. 18, n.2, p. 157-162. 2005. Disponível em: <http://nsq.sagepub.com/content/18/2/157.abstract>. Acesso em: 23 DEZ 2012.

DIENER, E; RYAN, K. Subjective well-being: a general overview. **South African Journal of Psychology**, v.39, n.4, p.391-406, 2009. Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/45828528/subjective-well-being-general-overview>. Acesso em: 18 dez 2012

DILEO, C; PARKER, C. Final moments: The use of song in relationship completion. In: DILEO, C; LOEWY, J. (ORG). **Music Therapy at the End-of-Life**. pp. 43-56. Cherry Hill: Jeffrey Books. 2005.

DOLAN, J.A. **Nursing in society**: a historical perspective. 15th ed. Philadelphia: Saunders; 1983.

DONALDSON, S. K. Breakthrough in scientific research: the discipline of nursing, 1960-1999. **Annu Rev. Nurs. Res**, v.18, 2000.

ELKIN, M; PERRY, A; POTTER, P. **Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos**, 2 ed, loures: lusociência, 2005.

FERNANDO, J. et al. **Enfermagem Oncológica - Formasau, Formação e Saúde**. Coimbra: Sinais Vitais, 2004.

FIGUEIREDO, M. T. A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Rev. Prática Hospitalar**, v.8, n.47, p.36-40, 2006.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURAT, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan, 2008.

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. Nov. 2006. **Rev. Eletr. Enf.** Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a10.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm)> Acesso 01 nov. de 2009.

FONSECA A.C, FONSECA M.J.M . Cuidados paliativos para idosos na UTI. **Sci Med**. V.20, N.4, p. 301-309, 2010.

FRANCO M, RODRIGUES AB. A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. **Rev einstein**. 2009;7(2 Pt 1):147-51

FREDERICO, E. **Música** : breve história. São Paulo: Irmãos Vitale, , p. 117, 1999.

GAYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução de Bárbara de Alencar Martins et al. Rio de Janeiro: Elsevier,2006.

GAMEIRO, M.G.H. O sofrimento humano como foco de intervenção de enfermagem. **Revista Referência**, Coimbra. V. 9, n. 0, p. 5-12, 1998.

GIANNOTTI, L.A; PIZZOLI, L.M.L. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. **Nursing**. 2004

GONZAGA, M.L; ARRUDA, E.N. Fontes e significados de cuidar na perspectiva de crianças e adolescentes em hospital pediátrico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 17-26, dezembro 1998.

GONÇALVES, LM. Com palavras não sei dizer: a musicoterapia em cuidados paliativos. **Conservatório Brasileiro de Música**. 2001; p 4-21.

GUTIERREZ, P.L. O que é o paciente terminal? **Rev. Ass Med**. V.47, n.2, p. 85-109, 2001.

HATEM, T.P. **Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

HATEM, T.P; LIRA, P.I. C.; MATTOS, S. S. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria**. Vol. 82, Nº3, 2006.

HESBEEN, W. **Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001.

HILL, A. **Guia das medicinas alternativas**: todos os sistemas de cura natural. São Paulo (SP): Hemus.[sd].

KHALFA, S. O Poder da Música. **Revista viver mente e cérebro**, Duetto. São Paulo. n 149. P. 52 a 77, Junho, 2005.

KOLCABA, K. Y. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image**. Vol. 23, nº 4, p. 237-240, 1991.

KOLCABA, K ; KOLCABA, R. An analysis of the concept of comfort. **Jornal of Advanced Nursing**, v. 16, 1991.

KOLCABA, K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Adv. Nurs. Sci.**, v.15, n.1, p.1-10, 1992.

KOLCABA, K. A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of advanced Nursing**, v.19, 1994.

KOLCABA, K.. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. **Nursing Outlook**. 49 (2), 86-92, 2001.

KOLCABA, K.. **Comfort theory and practice**: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company. 2003

KNILL, C.; KNILL, M. Percepção, contato e comunicação corporal: um programa de utilização da música com pessoas portadoras de graves deficiências da percepção. In: RUUD, E. (organizador). **Música e saúde**. São Paulo: Summus, p.87-93, 1991.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 290p 1981.

JACOBS, G. D. Clinical applications of the relaxation response and mind-body interventions. **J. Altern. Complem. Med**, v. 7, n. 1, p. 93-101, 2001.

JORDÁ, E.G. Music therapy in oncology **Clin Transl Oncol**. V.10, p.774-776, 2008.

JOURDAIN, R. **Música, cérebro e êxtase**: como a música captura nossa imaginação. Rio de janeiro: objetiva, 1998.

LEOPARDI, M.T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livro; 1999. 226 p.

LEVITIN, D.J. **Tu cerebro y la música**. Trad. de José Manuel Álvarez. Barcelona: RBA Libros, 2008

LEÃO, E.R; SILVA, M.J.P. A relação entre música e dor crônico músculo-esquelético. **Jornal do Brasil online de Enfermagem**. V. 4, n. 1, abril. 2005. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn401leaotal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn401leaotal.htm). Acesso em: 20 nov 2012.

LEWIS, C.R; DE 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**. V.20, n.3, p.221-8, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12785044>. Acesso em: 20 DEZ 2012.

LEOW M., DRURY V. & HONG P. The experience and expectations of terminally ill patients receiving music therapy in the palliative setting: a systematic review. **JBI Library of Systematic Reviews**. V. 8, n.27, 2010.

LEE, Y.Y; CHAN, M.F; MOK, E. Effectiveness of music intervention on the quality of life of older people. **Journal of Advanced Nursing**. v.66, n.12, p. 2677–2687, 2010.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts theories research and practices**. 2ª ed. New York : McGraw-Hill, 1995.

LEÃO ER, SILVA MJP. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev Latino-am Enfermagem**. V.12, n.2, p. 235-41, março-abril, 2004.

LEÃO, E.R. Por uma compreensão e inserção da música no cuidar. In:\_\_\_LEÃO, E.R. **Cuidar de Pessoas e Música – Uma Visão Multiprofissional**. 1 ed, São Caetano do Sul, SP: Editora – Yendis , 2009.

LOURO, VS. As contribuições da educação musical: música e deficiência. IN: LEÃO, E.R (ORG). **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. 2010.

LOPES, M.C; LABORDA, R. Enfermagem paliativa busca uma nova visão dos cuidados com o paciente. **Enfoque**. V 3, p 28-9, 1994.

MATHEUS, M.C.C; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**, 1º ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, p. 23-28, 2006.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os Cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev. Prática Hospitalar**, v.47, n.8, p. 46-49, 2006.

MARQUES, M. **Reflexões sobre as relações interpessoais ao cuidar do paciente terminal**. Lisboa: Servir, 2002.

MACKAY, S. Towards an ontological theory of wellness: a discussion of conceptual foundations and implications for nursing. **Nursing Philosophy**. V.10, p.103-112, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19291198>. Acesso em: 15 dez 2012.

MARQUES, L.F. Ensaio Temático – Psicologia Transpessoal. In:<http://www.prorext.ufrgs.br/nucleos/niete/Ensaio%20Tem%20Eltico%20Luciana.doc> Criado em 2003, acessado em Dezº 2005

MCCLAIN, C.S; ROSENFELD, B; BREITBART, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. **Lancet**. V.7, p.361:1603, 2003.

MCINTYRE, T.M. Perda e sofrimento na doença: contributos da psicologia da doença. **Psychologica**. Coimbra. N 35, p. 167-179, 2004.

MCINTYRE T.E VILA-CHÃ, C. **O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares**. Braga: Associação Portuguesa dos Psicólogos. 1995.

MECCELELLAND, R. **O poder terapêutico da música**. São Paulo: Siciliano , 1994.

MCILVEEN, K. H; MORSE, J.M. The Role of Comfort in Nursing Care: 1900-1980. **Clinical Nursing Research**. V. 4, p. 127-147, 1995.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004

MUSSI, F. C.. Conforto e lógica hospitalar: análise da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.1, p. 72-81, 2005.

MUSSI F.C. **Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio**. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.

MORSE, J. M.; BOTTORFF, J. L; HUTCHINSON, S. The paradox of comfort. **Nursing Research**, v.44, n.1, p. 14-9, 1995.

MORSE, J. M.. Finding the comfort zone. No more pill popping when pillows will do. Disponível em <http://www.ualberta.ca/~iiqm/>, 2003.

MORSE, J. M. Comfort: the refocusing of nursing care. **Clinical Nursing Research**. Vol. 1, nº 1, p. 91-106, 1992.

MORSE, J.M. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. **Texto e contexto Enferm**. Florianópolis, v. 7, n. 2, 1998.

MORITZ, R.D; LAGO, P.M; SOUZA, R.P; SILVA, N.B; MENESES, F.A; OTHERO, J.C.B ET AL. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. V.20, n.4, p. 422-428, 2008.

MOHALLEM, A; RODRIGUES, A. **Enfermagem Oncológica**. Editora Manole, 2007.

MONTEIRO, F; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Revista da Dor**. V. 11, n. 3, p. 242-248, 2010.

NARAYANASAMY, A; OWENS, J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. **J Adv Nurs**. V.33, n.4, p.446-55, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251732>. Acesso em: 15 JUN 2011.

NATIONAL HOSPICE ORGANIZATION. **Proative responses to the assisted suicide/eutanásia debate**. Arlington [s.l] , 1996.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Calcium and Cancer Prevention: Strengths and Limits of the Evidence.. National Cancer Institute Web site. Recuperado em 25 de agosto de 2010, de [www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/prevention/calcium#9](http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/prevention/calcium#9). 2009.

NAKAYAMA, H ; KIKUTA, F, TAKEDA, H. A Pilot Study on Effectiveness of Music Therapy in Hospice in Japan. **Journal of Music Therapy**, XLVI (2), p.160-172, 2009.

NETO I; AITKRN H; PALDRON T. **A dignidade e o sentido da vida: uma reflexão sobre a nossa existência**. 1 ed. Cascais: pergaminho, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a Enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociencia, 2005.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. Revisão Maria aparecida bessana. São Paulo: Pioneira, 1997.

OHL, R.I.B. A utilização da abordagem qualitativa na pesquisa em Enfermagem. In\_\_\_\_\_ Matheus MC, Fustinoni SM. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo (SP): Livraria Médica Paulista; 2006. p. 24-7.

OLIVEIRA, C.M.G.S. **O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões**. Originalmente apresentada como Tese de doutorado. Universidade de Lisboa, 2011.

ORLANDO, I.J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente**. São Paulo EPU,. Cap.1, p.7-11, 1978

ORTIZ, J.M. **O tao da música: utilizando a musica para melhorar sua vida**. Tradução de Marcello Borges. São Paulo: Mandarin, 1998.

PATERSON, J. G; ZDERAD, L. T. **Humanistic nursing**. New York: John Wiley & Sons, 1976.

PISSINI, L. A filosofia dos Cuidados Paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In\_\_\_\_\_PISSINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 3 ed , 2006.

PISSINI L.E; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004

PIVA, J.P; CARVALHO,P.R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Tervista Bioética*. V.2, n.1, p. 129-38, 1993.

PISSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre : Artmed, 2004.

QUEIROZ, G.J.P. **A música compõe o homem, o homem compõe a música**. São Paulo: Cultriz, 2000.

RIBEIRO, J.M; et al. Conforto na hospitalização: a perspectiva infanto-juvenil. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 9, 1997. Anais , p.205.

ROLNIAK, S.; BROWNING, L.; MACLEOG, B.A.; COCKLEY, P. – Complementary and alternative medicine use among urban ED patients: prevalence and patterns. **J Emerg Nurs.** V. 30, n. 4, p.318-24, 2004. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176704002053>. Acesso em: 10 DEZ 2012.

ROSA, L.M. et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 410-404, jul/set, 2008.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados Paliativos**: uma análise de conceito. Originalmente apresentada como Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

RUIZ, C.R ; TITTANEGRO, G.R. Tecnologia e responsabilidade a partir de Has Jonas. In: RUIZ, C.R; TITTANEGRO, G.R. **Bioética uma adversidade temática**. São Paulo: Difusão, 2007.

RUUD, E. **Música e saúde**. Tradução: Vera Bloch Wrobel, Gloria Paschoal de Camargo, Miriam Goldefeder. São Paulo: Summus, 1991

SALES, C.A; SILVA, V.A; PILGER, C.; MARCON, S.S. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Rev. esc. enferm. USP**. v.45, n.1. São Paulo Mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100019). Acesso em: 20 nov 2012.

SAYLOR, C. The circle of health. **Journal of Holistic Nursing**, v.22, n. 2, p.98-115, 2004. Disponível em: <http://jhn.sagepub.com/content/22/2/97.abstract>. Acesso em 18 dez 2012.

SAMANO, E.S.T.; GOLDENSTEIN, P.T.; RIBEIRO, L.M.; LEWIN, F.; VALESIN FILHO, E.S.; SOARES, H.P. et al. Praying correlates with higher quality of life: results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer. **São Paulo Med J**. v.122, n. 2, p.60-3, 2004.

SAPORETTI L.A. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: cuidados paliativos Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008

SAPETA, A.P. Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica, In: **Investigação em Enfermagem**, nº7, Coimbra: Ambar, Fevereiro, 2000. SÃO MATEUS, L.A. **A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico**. Originalmente apresentada como Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão, 1998.

SELA, R. A.; BRUERA, E.; CONNER-SPADY, B. et al Sensory and affective dimensions of advanced cancer pain. **Psycho-Oncology**, v. 11, n. 1, p. 23-34, 2002

SEKI, N.H.; GALHEIGO, S.M. The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.273-84,abr./jun, 2010.

SIEFERT, M. L. Concept analysis of comfort. **Nursing Forum**, v.37, n. 4, p.16-23, 2002.

SIEDLIECKI, S.L; GOOD, M. Effect of music on power, pain, depression and disability. **Journal of Advanced Nursing**. V. 54, n.5, p.553-562, 2006.

STRANG, P; STRANG, G; HULTBORN, R; ARNÉR,S. Existential Pain: an entity a provocation or a challenge?. **Journal of pain and symptom management**. V.37, n. 3, 2004

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 186-187.

TWYCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia y Consideraciones éticas. **Acta Bioethica**. v. 6, nº 1, 2000.

TWYCROSS, R. **Cuidados paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

THANH N.N.et al. Music Therapy to Reduce Pain and Anxiety in Children With Cancer Undergoing Lumbar Puncture: A Randomized Clinical Trial. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. V.27, n.3, 2010.

THAMINE P; HATEM, P.I.C; LIRA, S.S.M. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria** - Vol. 82, Nº3, 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

UEDO N; ISHIKAWA, H; MORINOTO,K; ISHIHARA, R; NARAHARA, H; AKEDO,I. Reduction in salivar cortisol level by music therapy during colonoscopic examination. **Hepatogastroenterology**, n.51, v. 46, 2004.

WALKER, A. C. Safety and comfort work of nurses glimpsed through patient narratives. **Journal of Nursing Practice**, v.8, p. 42-48, 2002.

WALKIRIA, S.B; SALÍCIO, M.A; PINHEIRO, S.F; LELL, D. O Efeito da Música Clássica no Alívio da Dor de Crianças com Câncer. **UNICIÊNCIAS**, v.14, n.1, 2010.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem** ; trad. J. Enes. Loures : Lusociência, 2002.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da Enfermagem**. Loures (PT): Lusociência, 2002

WALL, P. **Dor: A Ciência do Sofrimento** - 2ª Ed, Lisboa: Ambar, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care report**. Geneva: WHO, 1990

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Better palliative care for older people**. Geneva: WHO; 2004.

WHIPLE , B; GLYN , N.J. Quantification of the effects of listenig to music as a noninvasive method of pain control. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal**. V.6, n.1, p.43-57, 1992.

XIAO-MEI L. et al. Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial. **Journal of Advanced Nursing**. V.66, n.2, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978087>. Acesso em: 23 out 2012.

ZAMPRONHA, MARIA DE LURDES SEKEFF. **DA MÚSICA, SEUS USOS E RECURSOS**. 2 ED, UNESP: SÃO PAULO, 2007.

ZIV, N; GRANOT, A; HAI, S; DASSA, A; HAIMOV, I. The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients. **J Music Ther**. V.44, n.4, p.329-43, 2007.

ZUAZABAL, J. U. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. In\_\_\_\_\_ASTUDILLO, W. et al. (org.) **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, p.15-30, 2007.

ZALBIDEA, V. R. Cuidados paliativos en el enfermo no oncológico. In: ASTUDILLO, W. et al. (org.) **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2007. p.59-81.

ZAMBONI, M.; CARVALHO, W.R. **Câncer do Pulmão**. São Paulo: Atheneu, 2005.

---

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A – Roteiro para entrevista



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TÍTULO DO PROJETO:** Experiências de conforto com o uso da música: percepção de pessoas sob cuidados paliativos.

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

#### I. IDENTIFICAÇÃO

Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Quanto tempo está internado \_\_\_\_\_ Diagnostico médico \_\_\_\_\_

1. Gosta de escutar música? ( ) não ( ) sim . Se sim que estilo musical tem preferência?
2. Tem algum cantor, grupo musical ou música que gostaria de escutar aqui?

#### II. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Antes de escutar música como o senhor(a) estava se sentindo em termos de conforto? Por quê?
2. Como foi escutar música durante este período? Por quê?
3. Quando o senhor(a) estava escutando música como o senhor se sentiu em termos de conforto? Por quê?
4. O que a música fez o senhor (a) sentir de diferente?
5. O que o senhor acha sobre o uso da música no cuidados dos pacientes?

## APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

1ª via Participante

ESCOLA DE ENFERMAGEM

2ª via Investigadora

CEPEE – UFBA Tel.: (0\*\*71) 3283-7615

### Termo de consentimento livre e esclarecido

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: “Experiências de conforto com o uso da música: percepções de pessoas sob cuidados paliativos” - desenvolvido pela Enfermeira e mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, Taise Carneiro Araújo sob orientação do Prof. Dr. Alvaro Pereira- os seguintes aspectos:

- **INTRODUÇÃO:**

Este documento fornece uma descrição do estudo do qual você está sendo convidado a participar. Também resume as informações atualmente disponíveis em relação às condutas a serem avaliadas. Será assinado em duas vias ficando uma via com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

- **OBJETIVO DO ESTUDO:**

Analisar as percepções de pessoas sob cuidados paliativos sobre as experiências de conforto com o uso da música.

- **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:**

Caso concorde em participar do estudo, você escutará durante dois dias as músicas de sua preferência durante 30min/dia e após a escuta, responderá algumas perguntas. Seu depoimento será gravado em gravador digital e depois transcrito na íntegra, com sua identidade preservada. As investigadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como as entrevistadas não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo.

- **PROVÁVEIS RISCOS:**

O estudo não oferece riscos caso concorde em participar. Será respeitado o seu gosto musical minimizando possíveis desconfortos. Os pesquisadores irão respeitar sua vontade de deixar de fazer parte da pesquisa em qualquer momento da mesma. Qualquer dúvida pode ser esclarecida com a pesquisadora Taise Carneiro Araújo pelo telefone (71) 8164-4000 e/ou o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez – Av. Dom João VI, nº 331, Brotas, Salvador – Ba. Fone (71) 3357 6997. 82

- **PROVÁVEIS BENEFÍCIOS:**

Os resultados do estudo será apresentado ao Hospital Aristides Maltez e futuramente publicado em revistas da área de saúde/enfermagem, podendo assim, contribuir para a melhoria da assistência as pessoas sob cuidados paliativos. Seus resultados poderão se reverter em maior utilização de ferramentas leves de cuidado e instrumento da ciência para o estado da arte.

- **CONFIDENCIALIDADE:**

Todos os dados obtidos durante o estudo, relacionados a você, serão tratados como confidenciais. Nenhuma informação envolvendo seu nome será fornecida a qualquer pessoa. Você não será identificado pessoalmente em nenhum momento da pesquisa. Os dados serão computadorizados e, anonimamente, utilizados em um relatório final da pesquisa, como preconiza a resolução 196/96.

- **PROTEÇÃO DO ENTREVISTADO:**

**Comitê de Ética.**

Este protocolo foi submetido à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA e do Hospital Aristides Maltez cuja finalidade é verificar se as condições exigidas para sua proteção e o respeito aos seus direitos vêm sendo cumpridos. Os Comitês aprovaram o projeto antes de iniciar esta coleta. Em caso de dúvida entrar em contato com a Coordenação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Aristides Maltez – Liga Bahiana Contra o Câncer pelo telefone (71) 3357 6997 e/ou a Coordenação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA pelo telefone (71) 3283-7615.

- **SEUS DIREITOS:**

Você tem toda a liberdade para decidir se quer ou não participar desta pesquisa. Poderá recusar e, se aceitar, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem ter que fornecer qualquer razão que justifique sua decisão. Se você tiver qualquer pergunta sobre este estudo, por favor, exponha-as.

### CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

**Título:** Experiências de conforto com o uso da música: perspectiva de pessoas sob cuidados paliativos.

**Pesquisadora:** Taise Carneiro Araújo

Tel: 71 8164-4000

E-mail: tai\_araujo1@yahoo.com.br

Endereço: Rua Engenheiro Jaime Zaferuxa, 267, BL J, CJ 15, AP 04. Bairro federação, Salvador- BA

**Orientador:** Prof. Dr. Álvaro Pereira

Tel: 71 9974 0090 E-mail: alvaro\_pereira\_ba@yahoo.com.br

Considerando que fui devidamente esclarecido (a), sobre o tema e objetivo da pesquisa, pela pesquisadora, e por se tratar da coleta de dados mediante entrevista semi-estruturada gravada para fins acadêmicos e elaboração da dissertação de mestrado da pesquisadora, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, eu \_\_\_\_\_ confirmo minha aceitação

em participar da pesquisa, prestando as informações solicitadas.

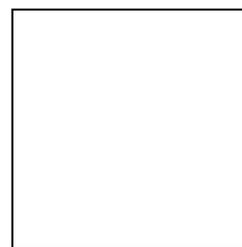
Declaro estar ciente de que estas serão utilizadas, somente, para fins científicos, sendo que não terei meu nome divulgado na pesquisa, nem quaisquer outros dados que possam me identificar, como também tenho plena liberdade em retirar meu consentimento para participar da referida pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo financeiro, hierárquico ou de qualquer natureza.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino-o juntamente com o pesquisador.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2012

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante



Impressão Digital

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202

---

Ass. da Pesquisadora

## APÊNDICE C – ENTREVISTAS

<b>PARTICIPANTE 01</b>
------------------------

Ficar aqui internada é muito ruim, eu queria está em casa como minha família. Conforto .... Conforto mesmo desde quando cheguei aqui não senti não. Porque fica longe de casa né, e longe de casa não dá para sentir conforto. Conforto é estar em casa com minha família, com meus amigos, meu marido, sem sentir dor como sinto agora. Poder tomar banho sozinha, levantar sozinha, trabalhar no meu salão, ir ao culto todo domingo. Quero minha vida de volta. Todo dia é uma tristeza só, eles aqui (os profissionais) nos tratam muito bem, são carinhosos, mas não é a mesma coisa. Quando você chegou aqui, trazendo essa música foi muito bom, porque aqui não tem televisão, não tem amigos, a família não pode ficar aqui o tempo todo. Então, a música fez isso aí, parece que trouxe todo mundo para perto de mim. Me senti mais confortável sim, porque sei lá, porque.... ela fez isso, trouxe as lembranças de minha vida sem essa doença. Fiquei mais tranquila, menos triste, parece que me deu esperança. Porque a palavra de deus é poderosa. Na música que escolhi a cantora fala que deus pode tudo, que deus dá força, então, eu posso vencer isso, eu tenho força porque eu tenho Deus. Ah a música foi bom demais, antes eu estava triste agora que escutei a música estes dias me sinto melhor, parece que tirou um peso de minhas costas. Estava um pouco depressiva, brigando até com os enfermeiros, mas agora estou alegre, confiante no poder de Deus. Eu acho sim que deve ter para todo mundo aqui, a música devia ter para todo mundo que quisesse. É muito bom.

<b>PARTICIPANTE 02</b>
------------------------

Sei te responder isso não, é difícil ter essa doença. Estar aqui é difícil. Eu tenho um salão sabia? Agora estou aqui doente tem quase 1 mês, não consigo nem tomar banho no banheiro, os enfermeiros que tem que me dar. É sofrido. Conforto? Conforto, a gente tá longe de sentir. Porque, tem tudo isso né? Ficar longe de casa, da minha casa, do meu salão, eu só queria minha vida de volta. Saber que vai morrer, tá perto disso. Eu estaria confortável se hoje o médico dissesse que posso ir embora e que estou curada. A música ela me ajudou muito, porque eu fiquei mais leve, menos nervosa. Parece que me deu um calmante enquanto escutava ela. Até a dor chata, que nunca ia embora mesmo dando um monte de remédios, ela desapareceu. Meu marido falava que eu tinha era dor de alma, se for isso a música mandou ela embora estes dias. Foi muito bom escutar a música, porque eu queria escutar a música evangélica e você trouxe ela para mim. Me senti melhor com certeza. Antes da música eu passava os dias aqui esperando a morte. Depois que você começou a trazer parei de pensar, ontem passei o dia dando risada, feliz. Hoje foi ótimo também. Antes eu não estava confortável, agora eu acho que estou mais. Minha alma está leve, até o hospital parece que ficou mais legal, eu acho que é a forma da gente enxergar né? A música me fez enxergar melhor as coisas. Trazer a música para os outros? Você deveria fazer isso com todo mundo que aceite. Devia ter para todo mundo e não para poucos.

<b>PARTICIPANTE 03</b>
------------------------

Antes de escutar música? Confortável desde quando eu entrei aqui não me sinto, tem uns 20 dias que estou aqui e por mais que minha família venha me visitar eu não me sinto da mesma forma. Esta doença é ruim demais. É triste ficar aqui, emagrecer, perder o emprego e não ter minha vida normal. Mas, estou confiante que tudo vai dá certo. Ontem quando você chegou, eu não acreditei muito que poderia mudar muita coisa não, mas mudou. Sempre gostei de escutar sertanejo é a música que escuto quando estou feliz e escutar ela aqui me fez lembrar como minha vida foi boa. Fui muito feliz, quer dizer sou muito feliz. Mudou que antes de você vim conversar comigo eu estava me sentindo mal, estava triste. Depois que começou a vir ficou bom, me senti mais feliz é como se a música tivesse transformado tudo ao meu redor. O conforto que senti foi no corpo e na alma. Porque no corpo eu relaxei demais, parece que me sinto mais leve agora, menos mal-estar, senti menos dor também, menos dor nas

pernas. O conforto na alma foi porque também parei de pensar besteira, fiquei menos triste com minha situação, estou mais confiante nas obras de deus. A música me fez sentir diferente mesmo, sei lá, lembrei dos meus amigos e da minha família, todo mundo junto sendo feliz. Fique mais relaxando, mais feliz. Até o hospital pareceu mais agradável, acho que se tivesse música para a gente escutar ficaria mais fácil ficar aqui, porque a nossa vida não ficaria tão esquecida, a música resgatou minha vida.

**PARTICIPANTE 04**

Olha, antes de escutar a música que você me deu para escutar, eu com certeza estava menos feliz. Eu tenho está doença aí, que não é fácil saber. Eu preferia nunca ter sabido de nada, pelo menos morria feliz. Aprontei muito na minha vida e acho que agora estou colhendo os frutos disso. Não queria está aqui, queria está em casa. Está confortável para mim seria isso. Seria ter minha vida de volta, minha capacidade de andar, tomar banho, comer, mas sem dúvida, está confortável é não ter esta doença comigo. Estou confortável quando estou em casa, trabalhando. Mas, a música, pode parecer incrível, mas a música me trouxe paz interior, me senti mais confortável quando estava escutando ela e mesmo depois ainda estive melhor do que se não nunca estivessem trazido ela para mim. Eu me senti melhor. Parece que me deu uma nova força, estou sofrendo muito com tudo isso, só pensava na morte e agora comecei a pensar na vida, na minha vida sem esta doença, sem ela comigo. Senti menos dor também, na verdade estava nem pensando nela. Relaxei bastante meu corpo, meu corpo ficou mais leve. parece que meu espirito saia um pouco do meu corpo, parei de pensar em doença, dá alívio parar de pensar um pouco nisso tudo.

**PARTICIPANTE 05**

Foi bom escutar música aqui no hospital. Esquece um pouco de tudo que está passando. Foi bom, eu gostei. Eu não estava me sentindo nada bem em está aqui, afinal quem senti ne? Ficar internada no hospital é horrível. Já tem uns 3 meses que estou aqui, falam que não posso

voltar para casa porque preciso de um oxigênio. Confortável? Como? Conforto é estar com minha família, trabalhando. Conforto eu sentia quando tinha minha vida, não sentia esta falta de ar. Estes 2 dias que fiquei ouvindo música que eu escolhi foi ótimo porque eu voltei a me sentir um pouco como me sentia, parece que não sou eu que estou aqui, escutar música me fez sentir de novo “eu”. Me senti mais confortável sim, até minha falta de ar parou um pouco, acho que relaxei. Porque quando estou nervosa sinto mais falta de ar e a música me deixou calma. Meu corpo todo ficou leve. Me fez sentir a presença de deus na minha vida, estava tão triste antes, achando que deus me abandonou, mas agora confio nele e o que ele quer para minha vida. Acho que deve ter música para todo mundo que queira, para a gente que tem no momento tão pouco um pouco de paz de espírito faz muita diferença.

**PARTICIPANTE 06**

É difícil se sentir confortável aqui, apesar do povo todo tratar a gente bem. Eu não me sentia confortável não, mas a música me ajudou. Porque ela me trouxe recordação da minha vida antes de ficar com essa doença. Lembrei muito dos meus filhos, sinto muita falta deles, meus netinhos. Eu senti também que a música relaxou meu corpo, parece que me deu paz no coração. Estou menos triste agora. Eu me sinto mais confortável agora que escutei música. Porque eu fiquei feliz, sumiu todos meus pensamentos ruins, é pouco tempo que ficamos escutando, mas mesmo assim é bom. Seria melhor se tivesse todos os dias. Eu me senti leve, paz no coração. Eu Senti que comecei a entender as coisas na minha vida, se estou doente é porque preciso está, não estou mais com raiva da vida... Está aqui no hospital pareceu não menos difícil, mas pelo menos mais confortável. Acho sim que deveria ter música para todo mundo que está aqui, porque é bom.

**PARTICIPANTE 07**

Não estava me sentindo bem. Não, eu não estava confortável. Ficar longe de casa é difícil então não dá para sentir conforto aqui. Eu me sinto confortável na minha casa com meus filhos. Trabalhando, ter minha vida de volta. Ela era tão boa. Escutar musica nesse período foi bom, porque eu me senti bem. Ficamos aqui sem ter o que fazer, então pensamos em muita

coisa e acabamos ficando triste. A música ficou na minha cabeça, então não pensei coisa ruim, só coisa boa mesmo. Pensei na minha vida antes de saber que tinha esta doença aí. Senti paz também, paz de coração. A música me fez sentir mais confortável sim. Porque parei de pensar coisas ruins. Lembrei de minha família. Relaxou meu corpo, me senti mais leve e minha mente também. Eu acho bom, é bom que tenha musica aqui. Aqui a gente precisa de qualquer coisa que ajude a parar de pensar na morte.

**PARTICIPANTE 08**

Eu me senti bem com a música, me deu um bem-estar que foi bom, foi bom me senti bem. Porque ela me trouxe paz, eu estava precisando de um pouco de paz. Não eu não estava confortável. Porque eu estava triste. Conforto é estar perto de quem a gente ama, não está doente e poder ficar em casa, cuidando das nossas coisinhas, filhos e tudo mais. Fiquei um pouco mais confortável com a música sim, porque ela preencheu o vazio que estava sentindo, ontem e hoje. Pena que acabou, mas foi bom, pensei muito na minha vida, mesmo depois que você foi embora. Foi bom, porque pude relaxar o corpo um pouco, estava tão nervosa que sentia dor em tudo que era canto, já estava ficando muito triste aqui. Não sei dizer porque, mas senti um alívio tão grande. Eu acho sim que deve ter musica aqui no hospital, porque é bom para quem gosta, para mim foi bom.

**PARTICIPANTE 09**

Não, conforto não sinto aqui não. Eu sei que preciso ficar aqui porque estou doente, mas queria mesmo ir para casa. Porque estou longe de tudo na minha vida, estaria confortável em casa. Se nunca tivesse tido o diagnóstico dessa coisa. A música me fez sentir melhor, um pouco melhor. Porque eu senti que relaxou meu corpo, quando estava escutando as músicas eu senti calma, tudo de ruim que sentia foi embora naquele momento, foi bom. Parei de pensar na doença e até esqueci que estava aqui, fechei os olhos e só pensei coisa boa. Eu senti paz dentro de mim. Ontem depois que você foi embora eu ainda fiquei me sentindo bem, acho que foi porque meu corpo, me acalmei. Sim deveria ter para a gente escutar quando quisesse, seria bom.

**PARTICIPANTE 10**

Eu gostei muito. Não estava confortável não. Porque tem dia que sinto dor e conforto é não sentir dor nunca. Porque aqui é um lugar difícil de ficar, quando estou em casa esqueço um pouco a doença, mas aqui não tem como viver. Achei bom, escutar música foi melhor do que imaginei. Porque fiquei feliz. Eu até cochilei hoje, fiquei esperando você chegar e me trazer a música que pedi. Eu senti alegria, porque lembrei de minha família, sempre escutamos lá em casa estas músicas, então lembrei disso. Eu senti calma também, estava um pouco nervosa estes dias porque tem muito tempo que estou aqui, mas quando escutei musica ontem, lembrei de deus e isto me deixou mais calma. Quando a gente descobre esta doença, fico com um pouco de raiva de deus, mas agora compreendo que tudo na vida tem seu momento. Acho que só isso. Eu gostaria que tivesse um aparelho destes para a gente escutar todos os dias. Acho que seria bom para todo mundo.

**PARTICIPANTE 11**

Eu estava bem não. Ficar aqui não é bom para ninguém eu acho. Conforto? Tem como sentir aqui não, fico preso na cama, dependendo de todo mundo, isso é ruim. Se eu estivesse em casa seria bom. Perto de minha família. Sem sentir esta agunia sabe! Essa dor chata que não vai embora nunca. Confortável estaria no meu trabalho, podendo tomar banho sozinho, comer sozinho, nem falar mais direito eu consigo. Eu gostei de escutar essa música, eu pedi e você trouxe para mim. Foi muito bom mesmo. Ontem eu me senti melhor, hoje também. Porque eu senti que fiquei mais calmo, relaxou meu corpo sabe? Eu não sei explicar bem, mas relaxou e eu me senti mais leve. Parei de pensar nas coisas ruins da minha vida, esqueci um pouco que estava aqui, longe de todo mundo, morrendo aos poucos. Só. Eu acho que deve ter sim, música para todo mundo, seria bom, porque muita gente sofre aqui.

**PARTICIPANTE 12**

Foi bom escutar música. Porque foi, assim eu fiquei tranquila. Tem um tempo que não fico tranquila, desde que entrei aqui fiquei com medo. Porque se vim para o hospital é porque estava ruim e isso me deixa com medo. Fico com saudade de meu marido, ele vem todo dia, mas não é a mesma coisa. Estava me sentindo confortável não. Porque aqui não é nossa casa ne? E além do mais estou confortável quando não sinto dor nem incomodo e aqui eu sinto. O pessoal aqui trata a gente bem, com educação, mas bem eu estaria na minha casa, mesmo doente. Queria poder trabalhar de novo, eu gostava do meu trabalho, de vender minhas coisinhas. Foi bom, eu gostei de ficar aqui escutando música. Porque eu lembrei de minha vida, parece que senti menos saudade de casa depois que escutei as músicas. Relaxei também, eu estava com medo, depois eu fiquei mais calma. Parece que minha alma ficou forte de novo. Esqueci um pouco de tudo que estou vivendo. Foi bom. Pena que acaba hoje ne? Você não disse que hoje é o último dia? Mas valeu, foi bom sim. Não sei mais, só sei que foi bom, porque eu confio mais em deus agora. Acho que devia ter a possibilidade de todos escutarem.

**PARTICIPANTE 13**

Eu me senti bem escutando a música que eu escolhi escutar. Antes estava pior do que estou agora, com certeza. Porque estava triste em estar aqui no hospital. Ficar longe da família é muito ruim, eles vêm me visitar, mas, não é a mesma coisa. É triste. Porque essa doença é ruim, desde que eu a descobri não estou mais feliz, tem dia que sinto muita dor, mas ontem e hoje eu não senti, acho que foi a música. Porque eu esqueci da dor. Eu senti que meu corpo relaxou um pouco também, eu até dormi hoje. Foi bom mesmo. Lembrei de muita coisa da vida também, dos meus amigos, família, das pessoas que amo. Estou longe de casa, sou do interior, sinto falta da fazendo, dos meus bichos. Essas horas que estava com a música, esqueci até que estava aqui, na verdade eu nem fiquei pensando nisso. Não sou muito de religião não, foi bom porque pensei em Deus, deu força. Todo mundo precisa de Deus ne? Eu que esqueci, mas agora não esqueço mais. Aí eu não sei mais não, eu senti tranquilo também. Uma paz no pensamento ne? Acho que isso é tranquilidade, se sentir bem. Eu me senti bem com a música. Acho bom que tenha aqui mesmo, tomara que você consiga colocar música para todo mundo. Seria bom.

**PARTICIPANTE 14**

Eu não tenho me sentindo bem aqui. Estou cada dia menos feliz com tudo isso que tenho passando. Não é fácil descobrir que tem essa doença, ela é ruim, tira nossa paz, nossa alegria, mas escutando a música senti melhor, menos sofrida. Minha família não quer dizer, mas eu sei que estou perto de ir embora. Então, os dias aqui eu fico triste, triste mesmo. É triste não poder mais tomar conta de suas coisas, tomar banho sozinha e fazer as coisas no banheiro. Quando você chegou ontem falando da música eu me animei porque eu gostava de escutar música em casa, música da igreja. Aqui já estou a um tempinho e estava sentindo falta de conversar com Deus. Eu fiquei muito feliz. Eu me senti mais animada, alegre depois de escutar as músicas. Deu paz no coração sabe? Paz porque esqueci de pensar besteira. Depois que você foi embora ontem ainda fiquei me sentindo bem, a paz na minha cabeça continuou, foi bom. Olha eu senti tranquilidade também. Ah minha filha, eu pensei muitas coisas boas, lembrei de minha família, dos nossos momentos felizes. Todo dia eu sentia um dor em local diferente, mas ontem e hoje eu não senti mais estas dores, sei lá parece que ela sumiu, acho que foi porque fiquei mais feliz ne? (risos) . Eu acho que foi só. Eu só quero dizer mais uma coisa, queria dá parabéns pela vontade que você teve de fazer a gente feliz. Foi muito bom pena que acabou. Claro que acho que deveria ter todo dia para a gente escuta, acho que ficaria mais fácil ficar aqui, pelo menos um pouco.

<b>PARTICIPANTE 15</b>
------------------------

Não estava confortável não. Porque eu não gosto de ficar aqui, aliás quem gosta? Eu estou longe de minha família, de minha casa, eu quero logo ter alta, mesmo que não me curem eu quero voltar para casa. No dia que tiver alta eu vou ficar muito confortável (risos). Foi bom escutar a música, eu gostei muito. Porque eu lembrei da minha roça, espero que meus filhos estejam cuidando bem do meu gado. Lembrei do tempo de criança na roça do meu pai, alí eu era feliz e não sabia. Tinha liberdade de fazer o que queria. Aqui eu não posso escolher nada, nem o horário de comer, nem tomar banho. Estou sofrendo muito com isso, é triste, mas, estou me sentindo um pouco melhor, parei de martelar coisa ruim na cabeça. Antes de você chegar eu estava bastante nervoso, minha mulher estava agoniada já. Agora estou mais

tranquilo, vou ter paciência de esperar pela ordem de Deus e dos médicos. Eu estava sempre com dor de cabeça, passei a semana toda, as enfermeiras me davam remedia e nada de passar, só passou ontem. A música me deixou livre desta dor, eu acho que foi a música. Porque um pouco antes de você chegar eu estava com dor, depois que você foi embora não estava mais, só pode ter sido a música. E hoje também não tive dor de cabeça. Me senti aliviado. Acho que foi só isso mesmo. Eu acho bom que tenha para todo mundo, seria bom se o hospital deixasse, seria bom.

---

**ANEXOS**



LIGA BAHIANA CONTRA O CÂNCER - LBCC  
Comitê de Ética em Pesquisa Artur Ventura de Matos

Of.025 /2012

Salvador, 01 de junho de 2012.

As Senhoras

**Taise Carneiro Araújo** (pesquisadora responsável), Álvaro Pereira (orientador), Mariana Mendonça e Sheila Nunes Freitas - Co- Orientadores HAM.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da LBCC/HAM apreciou e aprovou nos termos apresentados, com o compromisso pelos pesquisadores do envio ao Comitê de relatórios semestrais e um exemplar com os resultados obtidos no final da pesquisa, o Protocolo de Pesquisa **CEP/HAM nº 001/12 intitulado: "Experiências de conforto com o uso da música: perspectivas de pessoas sob cuidados paliativos"**, em Reunião Ordinária de 28 de maio de 2012.

Atenciosamente,

  
**Adm. Maria Guilhermina Almeida**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
LBCC/HAM

MGA/dso.

## PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO: Nº 51/2011

PROJETO DE PESQUISA: Experiências de conforto com o uso da música: perspectivas de pessoas sob cuidados paliativos.

PESQUISADORA: Taise Carneiro Araújo.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Álvaro Pereira

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao mestrado em enfermagem da EE-UFBA que tem por objetivo "analisar as percepções de pessoas sob cuidados paliativos sobre as experiências de conforto com o uso da música" (p.9). Fundamentado em sólido capítulo em que revisa a literatura sobre cuidados paliativos, conforto e a relação entre música e saúde, bem como num capítulo metodológico em que especifica a natureza da pesquisa (estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, instrumentalizada adequadamente por entrevista e instrumento de investigação do nível de conforto semi-estruturada a ser gravada e transcrita) os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos e local da pesquisa (HAM, em Salvador).

Considerando que o projeto apresenta toda a documentação exigida pelo CEP\_EEUFBA ( Folha de rosto, devidamente preenchida, diretamente da página do SISNEP, assinada pelo pesquisador principal e pelo representante da instituição onde será desenvolvida a coleta, carimbada, com cargo e função do representante institucional; Carta de Encaminhamento do Protocolo ao CEP; Declaração de que não foi iniciada a coleta de dados, de comprometimento para atender ao disposto na resolução 196/96 MS e para entregar relatório final; Carta de anuência da instituição -- com logotipo/marca e carimbo-- onde será realizada a pesquisa); considerando que o TCLE, elaborado em linguagem acessível, assegura aos "sujeitos" da pesquisa sua autonomia plena para recusar tanto a participar da pesquisa como um todo quanto par responder as questões que não queiram; considerando que os *curricula* evidenciam a capacidade técnica e ética do orientador e da pesquisadora para a realização da pesquisa, sou de parecer favorável a aprovação do projeto. Salvador, 02 de fevereiro de 2012.

7/3/12

*Darci Santa Rosa*  
 Darci de Oliveira Santa Rosa  
 Coordenador do CEP-EEUFBA  
 COREN-BA 10111



