

**FACULDADE SANTA MARCELINA**

**JOÃO DO VAL RODRIGUES**

**A EDUCAÇÃO MUSICAL ALIADA À HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR:  
Um relato de experiência**

**SÃO PAULO, SP**

**2020**

**JOÃO DO VAL RODRIGUES**

**A EDUCAÇÃO MUSICAL ALIADA À HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR:  
Um relato de experiência**

Monografia apresentada à Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Santa Marcelina, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado em Música.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. M<sup>ª</sup>. Marcella Gonzalez Martinez

**SÃO PAULO, SP**

**2020**

JOÃO DO VAL RODRIGUES

**A EDUCAÇÃO MUSICAL ALIADA À HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR:  
Um relato de experiência**

Monografia apresentada à Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Santa Marcelina, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado em Música.

São Paulo, 09 de Dezembro de 2020.

## DEDICATÓRIA

*A todos os voluntários e profissionais da saúde e àqueles que se foram: Aldir, Moraes, Volpe, Migliaccio, Rodrigues, Zuza e Diego Armando Maradona.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus coordenadores Sérgio Molina, Deborah Rossi e Victor Castellano. À minha orientadora, Marcella Martinez, por toda ajuda na escrita deste trabalho, e às professoras que tanto me ensinaram, indicaram caminhos e abriram portas ao longo desses dois anos: Mariane Abakerli e Maristela Loureiro. Aos meus colegas de turma por todo o apoio e companhia nesse ano tão difícil, Bruno, Eduardo, Feldman, Gabriel, Renzzo e Vinícius. Conseguimos!

A toda equipe da Arte Despertar, pela oportunidade e pela confiança. Em especial, Nausica, Jean, Cláudia, Priscila e Rosana.

À Sandra Lessa, parceira em todos os momentos de 2020, nos atendimentos no Incor, nas atividades à distância, gravações de vídeos, saraus e risadas.

Ao Samba Camará e à Semiorquestra por não deixarem a bola cair, parceria sempre.

Aos Amanticidas, Alex, Luca e Sampaio, por absolutamente tudo nessa vida. Nicholas e Dora, pelo carinho.

A todos os meus amigos, por todo suporte e amor durante esses tempos de dificuldade: Bel, Clara, Craque, Débora, Diogo, Guilherme, Gustavo, Heitor, João Pedro, Jonas, Leonardo, Loreta, Mário, Manuela, Pedro, Salles e Verônica.

A todos os meus familiares, em especial Fernanda, Toni, Isabel.

À Taís por compartilhar sonhos.

*Hoje eu estou aqui por sorte não por ser forte  
Porque que sobrevivi, não sei, sei que não foi blefe ou trote  
Anteontem na UTI foi me visitar a morte  
Mesmo sedado senti seu bafo no meu cangote*

*De susto quase morri, deu pânico, quase entrei em choque  
Quando nas mãos dela eu vi ao invés de foice, serrote  
Disse vim te advertir somente pra te dar uns toques  
Burrice tentar fugir cuide-se bem, se comporte*

*Daí desandou a rir do cateter, rir do corte  
Passou a se divertir me dando croque e mais croque  
Quando resolveu partir entregou-me um passaporte  
Gritou antes de sumir:*

*“Além de servir de mote  
Vim ajuda-lo a assumir de vez  
O seu lado pop  
Então é só decidir se morte é mote  
Pra funk ou xote”*

**Melô da UTI – Itamar Assumpção**

RODRIGUES, João do Val. **A educação musical aliada à humanização hospitalar**: Um relato de experiência. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Música) – Faculdade Santa Marcelina, São Paulo, 2020.

## RESUMO

O presente trabalho apresenta a UTIN como um ambiente de trabalho possível para o educador musical e a humanização hospitalar como objetivo. A pesquisa ocorreu no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Incor – HCFMUSP). Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a vivência enquanto licenciando em música, e arte-educador na humanização da UTI Neonatal do Incor (HCFMUSP), no mês de fevereiro de 2020. O modelo de atuação por nós adotado é chamado de Visita musical, conforme classificação de Lima, Linhares, Maximiano (2010). A humanização pode ser considerada como campo de atuação do educador musical desde que balizada pelas pedagogias abertas e pelo modelo artístico de educação musical.

Palavras-chave: humanização hospitalar, educação musical, UTIN, pedagogias abertas.

## **ABSTRACT**

The following study presents the NICU as a possible field of work for the music educator and hospital humanization as its main objective. The research took place at the Heart Institute, Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of São Paulo (Incor - HCFMUSP). This is a descriptive study of the experience report type about the experiences throughout the pursuit and graduation of a degree as a musical educator, and art-educator in the humanization of the Neonatal ICU of Incor (HCFMUSP), in February 2020. The model of action adopted by us is called Musical visit, according to Lima, Linhares, Maximiano (2010). Humanization can be considered as a field of action for the music educator as long as it is guided by open pedagogies and the artistic model of music education.

Keywords: hospital humanization, music education, NICU, open pedagogies.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AD</b>	Associação Arte Despertar
<b>GRAAC</b>	Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança
<b>HCFMUSP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<b>HCUFG</b>	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
<b>ICESP</b>	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
<b>Incor</b>	Instituto do Coração
<b>ISO</b>	Identidade Sonora
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PICC</b>	Cateter Central de Inserção Periférica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão de Saúde
<b>PNHAH</b>	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
<b>RN(s)</b>	Recém-nascido(s)
<b>RNTP</b>	Recém-nascido Pré-Termo
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBAM</b>	União Brasileira das Associações de Musicoterapia
<b>UCIN</b>	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
<b>UTI(s)</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>UTIN(s)</b>	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>O HOSPITAL.....</b>	<b>13</b>
2.1	UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL.....	13
2.1.1	<b>O Paciente .....</b>	<b>16</b>
2.1.2.	<b>A Família .....</b>	<b>20</b>
2.1.3	<b>Equipe de Enfermagem .....</b>	<b>27</b>
2.2	HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR .....	35
<b>3</b>	<b>EDUCAÇÃO MUSICAL E HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
3.1	POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO MUSICAL NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	42
3.1.1	<b>Músicos profissionais e amadores.....</b>	<b>43</b>
3.1.2	<b>Musicoterapia .....</b>	<b>43</b>
3.1.3	<b>Educadores Musicais.....</b>	<b>46</b>
3.1.3.1	As Classes Hospitalares .....	46
3.1.3.2	A música à serviço da humanização.....	51
3.2	RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	54
3.2.1	<b>Institucional .....</b>	<b>56</b>
3.2.2	<b>Modelo de atuação e os impactos estruturais do hospital .....</b>	<b>56</b>
3.2.3	<b>Equipamentos.....</b>	<b>59</b>
3.2.4	<b>O Atendimento.....</b>	<b>60</b>
3.2.5	<b>O Repertório.....</b>	<b>62</b>
3.3	PERSPECTIVAS PÓS-PANDÊMICAS .....	65
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>

<b>ANEXO A – Atendimentos remotos Incor .....</b>	<b>76</b>
---	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

Humanizar é um processo e pode ser executado de diversas maneiras e com as mais variadas ferramentas. Percebemos, através da leitura de estudos e por meios empíricos que as artes possuem um grande potencial na modificação do ambiente hospitalar. Sendo assim, este estudo propõe um aprofundamento na maneira com que a música e a educação musical podem auxiliar e fazer a diferença no ambiente hospitalar, em especial na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Para isso, iremos apresentar quem são os principais agentes dentro da UTIN e de que maneira a internação afeta cada um deles – pacientes, familiares e equipe médica. Depois, apresentaremos a humanização como uma saída para amortizar esses efeitos supracitados.

Já no segundo capítulo, exporemos como a música, com toda a sua gama de possibilidades, dialoga com o ambiente hospitalar: i) suas potencialidades e a utilização no processo de humanização; ii) os tipos de atividade mais comuns, dentro do hospital, exercidas por profissionais da música – musicoterapia, concertos didáticos, professores de música e visitas musicais aos leitos; iii) reflexões sobre o papel da música e da educação musical no cotidiano das pessoas e a sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida; e iv) trataremos, como objetivo do presente trabalho, o relato de experiência do autor, que atua como arte-educador dentro da UTIN do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Incor – HCFMUSP), que contará com percepções e questões importantes para o seu ofício, levando em consideração o ambiente, as pessoas, e o papel central que a música e a subjetividade ocupam dentro da sua atuação humanizadora.

## 2 O HOSPITAL

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma ala hospitalar que possui uma dinâmica particular, todas as expectativas que o nascimento de um bebê traz, em especial para seus familiares, são quebradas quando há a necessidade de internação do recém-nascido. Talvez isso, somado à fragilidade e vulnerabilidade características da própria etapa da vida em que os pacientes se encontram, faça com que o ambiente seja estressante para todos que por lá transitam: pacientes, familiares, equipes de enfermagem e médicos.

Neste capítulo procuraremos debater alguns pontos representativos, não só da composição físico-espacial das UTINs, mas também aqueles que pairam no ar, envolvendo e condicionando, ações e reações de seus personagens. Tais pontos, como veremos, estão umbilicalmente atrelados à necessidade e à importância de um tratamento humanizado, e, por consequência, das aptidões que um arte-educador formado em música, tem para oferecer atuando nessa ala hospitalar.

Tendo isso em vista, é pertinente abordarmos aqui os seguintes assuntos: o modo com que a internação em UTINs pode vir a afetar o desenvolvimento psicológico e psicomotor dos recém-nascidos; aspectos sobre a interação entre familiares e profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) em um período de internação; a relação mãe-bebê; e a humanização hospitalar, que dialoga com todos os pontos supracitados, um recurso que tem capacidade de amenizar alguns problemas, resultando em benefícios para uma boa evolução dos recém-nascidos (RNs) em UTINs (NASCIMENTO et al. 2017).

### 2.1 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL

De acordo com o relatório anual de 2019 feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS), todo ano nascem mais de 30 milhões de recém-nascidos de baixo peso, muitos em consequência de um parto prematuro (2019, p. 1). No Brasil, Pinheiro e Vaz (2003 *apud* RUBIA; TORATI, 2015, p. 80) nos contam que desde o início da década de 1990, a mortalidade neonatal passou a ser o

principal componente da mortalidade infantil, principalmente em função da redução proporcional de óbitos pós-neonatais.

Atualmente a OMS adota a classificação relacionada à idade gestacional do RN da seguinte maneira: pré-termo é todo aquele nascido com menos de 37 semanas completas de idade gestacional (ou com menos de 259 dias de gestação), a termo é todo aquele nascido entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semanas e seis dias de idade gestacional e pós-termo é todo aquele nascido com 42 semanas ou mais de idade gestacional (RUBIA; TORATI, 2015, p. 80).

Os RNs pré-termo (também chamados de prematuros) podem ser classificados em três grupos: prematuridade limítrofe com gestação de 35 a 37 semanas incompletas, prematuridade moderada com gestação de 31 a 34 semanas completas e prematuridade extrema com gestação inferior a 30 semanas (MEDEIROS; ZANIN; ALVES, 2009, p. 367). Montenegro e Filho (2011 *apud* SEGUNDO et al., 2018, p. 86) dizem que os RNs podem ser classificados também pelo peso de nascimento, denominando-se de baixo peso quando tem menos de 2kg, muito baixo peso com menos de 1,5kg e extremo baixo peso quando se tem menos de 1kg.

O período neonatal, de acordo com Segundo et al. (2018, p. 86), é marcado pela alta taxa de morbimortalidade, devido à grande fragilidade da vida do recém-nascido, sendo necessário o cuidado especializado nessa fase crítica. A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são unidades responsáveis por proporcionar a devida vigilância, tratamento e cuidados aos recém-nascidos pré-termo ou a termo, mas que apresentem alguma necessidade especial de cuidado.

A UTIN corresponde a uma área de assistência a recém-nascidos, criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados médicos e da equipe de enfermagem especiais e contínuos. Deve ser localizada dentro de uma estrutura hospitalar que disponha de recursos para o diagnóstico e tratamento de qualquer tipo de patologia neonatal, incluindo os procedimentos especializados, próxima do centro cirúrgico e sala de parto. (ALMEIDA *apud* SEGUNDO et al., 2018, p. 86).

Ao cabo, “UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte” (Ministério da Saúde, 2012), sendo considerados:

Recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO<sub>2</sub> maior que 30% (trinta por cento); recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO<sub>2</sub>) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. (Ministério da Saúde, Portaria N° 930, Art. 10, 2012).

Este ambiente, que proporciona um tratamento altamente especializado, do qual depende a sobrevivência do bebê, instaura vários desafios à criança e aos pais (REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 201). Apesar de ser um dos setores de maior especialização dentro das instituições de saúde, e de neste espaço restrito haver a concentração de diferentes profissionais, tecnologias e saberes, a assistência oferecida aos neonatos está orientada para o diagnóstico e a terapêutica na busca da recuperação *biológica* dos prematuros ou da cura da doença. (SCOCHI, 2001 *apud* RÚBIA; TORATI, 2015, p. 83, grifo nosso).

Contraditoriamente, apesar da grande importância da UTIN para os neonatos doentes, essa unidade que deveria zelar pelo bem-estar da criança em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas (RÚBIA; TORATI, 2015, p. 81). Tal ambiente, de acordo com a descrição de Reichert e colaboradores (2007, p. 201), é repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando, muitas vezes, desconforto e dor.

Num exercício de imaginação é possível entender o quão distante esse ambiente é, do ponto de vista do RN, do lugar em que ele antes habitava, o útero da mãe, ou então imaginar a angústia que a família deva sentir ao ver o seu mais novo rebento em um meio que é absolutamente antagônico aos preceitos que as palavras “casa” ou “lar” são capazes de conjurar.

### **2.1.1 O Paciente**

O aumento na sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) com peso de nascimento abaixo dos 2,5kg tem sido atribuído aos avanços médico-científicos e às melhorias nos cuidados intensivos neonatais, o que gera preocupações com a qualidade de vida e desenvolvimento desses RNs (GIACHETTA et al. 2010, p. 25).

De maneira não muito confortável, a bibliografia levantada para a execução da presente pesquisa (RÚBIA; TORATI, 2015; NASCIMENTO et al., 2017) indica que, um RN, cuja vida depende dos recursos tecnológicos disponíveis em uma UTIN e que lá venha a ser internado, estará sendo inserido de maneira automática e contraditória em um ambiente inóspito (GIACHETTA et al. 2010, p. 25; REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 204) e hostil (CRUVINEL; PAULETTI, 2009; OMES; HAHN, 2011).

Os recém-nascidos, principalmente os pré-termos (RNPT), fora do útero, dependem da UTIN para proteção dos seus organismos ainda imaturos. Eles apresentam nesse estágio de vida uma desorganização e desintegração entre os seus sistemas biológicos, recebendo estímulos atípicos e ao mesmo tempo privações de estímulos para o seu ótimo desenvolvimento cerebral e neuronal. (BRASIL *apud* NASCIMENTO et al. 2017, p. 25). Essa instabilidade dos sistemas de controle hormonal e neurogênico é uma das principais características de um RNPT, conforme nos conta Giachetta e colaboradores:

Isso se deve, em parte, ao desenvolvimento imaturo dos diferentes órgãos do corpo e, em parte, ao fato de que os sistemas de controle ainda não se ajustaram ao modo totalmente novo de vida. Dependendo de sua idade gestacional, do seu peso ao nascimento, e dos fatores que atuaram durante sua vida intrauterina, esses RN podem

apresentar maior risco de distúrbios durante o período neonatal e sequelas que poderão comprometer seu desenvolvimento. (GIACHETTA et al. 2010, p. 25).

Dessa forma, frequentemente, prematuros necessitam de internações por vários dias ou meses em uma UTIN, onde são mantidos na incubadora para cuidados especiais, entretanto, sendo expostos a estímulos nocivos como dor, estresse, luz forte, ruídos intensos, procedimentos invasivos e dolorosos e temperatura instável (RÚBIA; TORATI, 2015, p. 80, p. 80).

Por se tratar de uma UTIN, entendemos que a prioridade aqui seria prover todos os recursos possíveis para que o indivíduo tenha direito à vida, no entanto, muitos estudos apontam para uma contradição subjacente desse ambiente:

Cruvinel e Pauletti (2009), Omes e Hahn (2011 apud MONTE, 2016) disseram que a UTIN é benéfica em termos de recuperar ou estabelecer um equilíbrio biológico nos neonatos, porém ele é físico e psicologicamente agressivo, o suficiente para afetar negativamente esse equilíbrio prioritário que tanto se almeja quando se admite um neonato em UTIN, normalmente porque tal ambiente apresenta o mesmo grau de hostilidade seja ela neonatal ou adulta, mas ele se torna mais ofensivo para o RN pela deficiência que estes possuem de lidar, adaptar-se e se organizar nesse ambiente, resultando em alterações das funções essenciais epitalâmicas, causando desvantagens no seu crescimento na produção de calor e mecanismos neurológicos. (NASCIMENTO et al. 2017, p. 26).

Os RNPT são forçados a interagir com um novo ambiente, ao qual ainda não estão totalmente adaptados e tornam-se mais suscetíveis às diversas complicações neonatais. Além do mais, a ausência de estímulos prazerosos nos primeiros dias de vida pode levar a uma dificuldade de adaptação sensorial dessas crianças. Quanto menor a idade e o peso gestacional ao nascer, maiores serão os seus comprometimentos do desenvolvimento neurocomportamental. (BARBOSA; FORMIGA; LINHARES, 2007 apud RÚBIA; TORATI, 2015, p. 80).

Giachetta et al. (2010, p. 25) também comenta sobre o impacto do ambiente hospitalar no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. Nos conta que um RN com idade e peso reduzidos ao nascer acarretam em um período de

hospitalização prolongado na UTIN, onde é submetido a: excesso de manipulação; repouso inadequado; luminosidade e sons intensos, favorecendo o estresse e estimulação sensorial inadequada, podendo afetar a morbidade. Desse modo, complementa, “a hospitalização em UTIn (sic) introduz o RN e num ambiente inóspito, onde a exposição intensa a estímulos nociceptivos como o estresse e a dor são frequentes”. Ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos são constantes nessa rotina,

O tratamento altamente especializado do qual depende a sobrevivência do RN instaura vários desafios à criança e seus pais. Autores observam interferências nos sistemas de autorregulação dos RN, o que pode acarretar desequilíbrio nos mecanismos de homeostase e no desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem. (GIACHETTA et al. 2010, p. 25).

Nesta parte do capítulo, vale dizer, daremos enfoque maior aos problemas que a internação pode causar ao bebê do ponto de vista neuromotor, mais do que sobre o seu desenvolvimento psicológico, tendo em consideração que o segundo será abordado de maneira substancial quando formos falar da família inserida no ambiente da UTIN, em especial o binômio mãe-bebê.

Dito isso, no estudo de Giachetta (2010) chamado “A influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo”, consta que além das complicações neonatais, atualmente são apontadas como fatores de risco para o comprometimento do desenvolvimento neurológico e intelectual normal, o impacto do ambiente hospitalar e o tempo em que os RNTPs permanecem internados. Segundo a autora, alguns estudos mostram que a internação em UTIN deve ser considerada como um dos possíveis fatores de risco para o atraso no desenvolvimento.

Isso pode ser explicado pelo fato de RN internados em UTIn serem privados de estímulos sensoriais adequados que facilitem a maturação dos sistemas sensoriais e o desenvolvimento neuromotor, sofrendo hiperestimulação com o excesso de luzes, alarmes, ruídos intermitentes e de alta intensidade, excesso de manuseio, de intervenções dolorosas e contínuas interrupções do ciclo sono/vigília. (GIACHETTA et al. 2010, p. 27).

## E complementa:

Algumas pesquisas mostraram que esses RN chegam a ser manipulados 134 vezes em apenas 24 horas, recebendo de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao longo do dia; e que, apesar da importância das intervenções em uma UTIn, os RN não estariam preparados para responder de maneira organizada a vir a ter comprometimento motor. (GIACHETTA et al. 2010, p. 27).

Klein e colaboradores (2011; *apud* NASCIMENTO et al. 2017, p. 27), aprofundaram-se neste assunto e em seus estudos que os maiores níveis de hormônios do estresse, o cortisol salivar, podem ser encontrados em bebês que foram submetidos a uma maior quantidade de procedimentos álgicos em UTIN até os 8 meses de idade,

Em comparação aos bebês que foram submetidos a uma menor quantidade desses procedimentos, sugerindo uma mudança no córtex cerebral ao processar os estímulos dolorosos, pelo fato que a exposição e a repetição aos estímulos quando internados em UTIN, ocasionado por uma hiperalgesia. (NASCIMENTO et al. 2017, p. 27).

Por fim, Giachetta, et al. (2010, p. 27) diz que, no entanto, o fator tempo de hospitalização não pode ser considerado o único coeficiente responsável pelo atraso do desenvolvimento nos RNs prematuros; os riscos de atraso no desenvolvimento neuromotor estão associados a questões de baixo peso e idade gestacional menor, além de fatores biológicos, sociais e ambientais, com destaque para prematuridade, morbidade neonatal e a desnutrição.

Se por um lado estamos falando que, de uma exposição precoce e intensa a estímulos dolorosos florescem obstáculos para um desenvolvimento sadio neuromotor, a privação, a supressão de estímulos essenciais (BRASIL, 2010; *apud* NASCIMENTO et al. 2017, p. 25), ou apropriados, também pode levar a esse mau desenvolvimento; agora, por outro lado, se formos pensar quais seriam as condições ideais para o crescimento e desenvolvimento do ser humano, concluiremos que o lugar que melhor as fornece é o ambiente uterino (REICHERT; LINS; COLLET, 2007, p. 201).

Há de se destacar que o parto já é em si uma etapa de muitas mudanças para a vida humana. Lembremos o difícil evento que é a transição de um ambiente intraútero, totalmente protetor, para um ambiente extraútero (NASCIMENTO et al. 2017, p. 25), ainda mais considerando que esse novo ambiente é a UTIN, com todas a sua hostilidade: estímulos dolorosos, estresse, ruídos de equipamentos, mobília, conversas de funcionários, manuseios excessivo e inadequado, procedimentos invasivos e dolorosos que lhe confere um altíssimo nível de estresse – que já é comprovado por causar danos ao seu organismo biologicamente desorganizado e na maioria das vezes imaturo.

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) propicia uma experiência ao recém-nascido bastante diferente daquela do ambiente uterino, uma vez que este é o ideal para crescimento e desenvolvimento fetal, pois possui características distintas, como temperatura agradável e constante, maciez, aconchego, e os sons extrauterinos são filtrados e diminuídos. (RÚBIA; TORATI, 2015, p. 80).

### **2.1.2. A Família**

Como vimos, o processo de internação em uma unidade de terapia neonatal é bastante delicado e pode vir a afetar de diversas maneiras a evolução psicomotora da criança. Além disso, o desenvolvimento infantil é um processo que se inicia desde a vida intrauterina e envolve vários aspectos – maturação neurológica, crescimento físico e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento e as esferas cognitiva, afetiva e social do RN. Entende-se assim que o desenvolvimento da criança é algo multifatorial, mas que, no entanto, o tempo de internação em UTINs é sim um fator significativo para se ter um desenvolvimento saudável e coerente com a sua idade. É o que diz Giachetta na conclusão do seu artigo:

Os resultados aqui encontrados mostram, em consonância com a literatura, que os recém-nascidos do grupo que permaneceu menor tempo internado apresentaram desenvolvimento motor adequado para a idade corrigida, enquanto no outro grupo, quanto maior o tempo de internação, maior foi o comprometimento motor. Conclui-se que, na

população estudada, o tempo de hospitalização influenciou o desenvolvimento motor dos recém-nascidos prematuros. (GIACHETTA et al. 2010, p. 28).

Mas, a criança não carrega sozinha os traumas dessa internação, seus familiares, durante esse período, também sofrem bastante com os sentimentos que ela provoca; em sua maioria, sensações indesejáveis e angustiantes (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 154).

Moreira (2003 *apud* NASCIMENTO et al. 2017, p. 27) revela que o ambiente da UTIN, muitas vezes, é visto pelos pais como assustador pela complexidade e tecnologia dos aparelhos que envolvem seus bebês dentro da unidade. Durante a hospitalização, continua Moreira, os pais se encontram apreensivos em razão do estado clínico do bebê, do ambiente físico da UTIN e das informações insuficientes, além de estarem passando por uma experiência dolorosa e de aflição.

É comum que o processo de internação desencadeie, nos pais da criança internada, reações muito consistentes “podendo ser iniciada com a descrença, especialmente quando é uma doença grave”, diz Maia, Silva e Ferrari (2014, p. 156). Os pais tendem a reagir com raiva e culpa pela doença apresentada pelo filho, desafiando sua capacidade como cuidadores.

Outro fator que interfere negativamente na moral dos genitores e familiares é a dificuldade de entender a linguagem médica complexa, além do afastamento que teoricamente o momento pede de seu filho, o medo da perda e o sentimento de fracasso (NASCIMENTO et al. 2017, p 25).

O não entendimento do que está acontecendo com o filho e a sensação de que nada podem fazer para ajuda-los pode provocar o distanciamento da família. [...] Os familiares sentem a internação na UTI como um sinal de morte iminente, talvez devido às suas experiências prévias ou as de pessoas conhecidas. No entanto, a tecnologia presente no setor é geradora de uma atmosfera de urgência tornando este ambiente impessoal e causador de estresse. (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011, p. 461).

Esse estudo, que fala sobre o modo com que se deu o primeiro contato das mães com seus bebês na UTIN, é bastante esclarecedor sobre a maneira

com que o ambiente físico da ala afeta as percepções e sentimentos de familiares. “Estes estímulos, sonoros e táteis, provenientes dos equipamentos utilizados para a monitorização e tratamento do RN, parecem preocupar mais os familiares do que a própria ameaça à vida da pessoa adoecida e hospitalizada” (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011, p. 461).

É perceptível que a internação de um RN impacta e suscita uma variabilidade de sentimentos entre os familiares, no entanto, é importante abriremos um espaço para tratar especialmente de como isso afeta os genitores, em especial a mãe.

Ser mãe é um momento singular, peculiar e esperado pela grande maioria das mulheres. O processo de gestação e parto faz parte da vida alterando o papel social da mulher.

Quando o casal decide ter um filho ou quando ocorre uma gravidez inesperada ou, até mesmo, indesejada, a possibilidade de algo dar errado durante a gestação pode causar apreensão. Caso ocorra alguma complicação poderá haver a necessidade da separação precoce da mãe e seu bebê e o momento do parto, tão aguardado, torna-se uma situação de crise necessitando do auxílio da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento. (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011, p. 459).

Maia, Silva e Ferrari (2014, p. 156) corrobora com a ideia lançada por Perlin sobre a separação entre mãe e bebê. De acordo com ela e seus colaboradores, durante a internação do RN na UTIN ocorre o rompimento do vínculo mãe-bebê, o que muitas vezes “[...] compromete a afetividade entre pais e filhos. Além da separação corporal o contato físico entre os dois se torna esporádico e à distância, em um ambiente frio e hostil”.

Rubia e Torati (2015, p. 81) têm o mesmo entendimento do assunto, e afirmam que “separar uma mãe de seu bebê antes que ela esteja pronta para compartilhá-lo com outras pessoas pode diluir seu sentimento de competência e importância para com o bebê”.

Essa separação entre mãe e filho é causa de diversos conflitos, ainda mais se for antecipada por algum problema de saúde, pois os pais sonham com um bebê saudável ocorrendo, então, um contraste entre a criança sonhada e aquela que eles visualizam (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011, p. 459). Assim,

a internação da criança na UTIN causa impacto familiar contrastando com o que foi idealizado na gravidez, principalmente na mãe.

Do ponto de vista da psicologia, Edilene Freire Queiroz, psicanalista especializada em psicologia clínica, discute sobre uma causalidade pré-verbal da realidade psíquica, estabelecida no corpo-a-corpo mãe-criança, em seu trabalho “O olhar do outro primordial”. Embora não faça-se imprescindível, julgamos por bem apresentar outras abordagens do assunto para ampliar a discussão e complementar nosso ponto de vista.

Em seu trabalho, Edilene levanta a hipótese de que existe um objeto que intermedia a relação mãe-filho, o olhar – “Ele é causa de desejo, institui uma falta e, como a palavra, deixa marcas no bebê” (QUEIROZ, 2006, p. 598).

Embora o ambiente hospitalar não tenha sido exatamente o que a autora tinha em mente enquanto escrevia sua publicação, acabou que a imagem do olhar da mãe sobre que conecta ao bebê se faz oportuna para nós já que, na UTIN, muitas vezes esse é de fato o único modo à disposição da mãe para estabelecer contato, e criar vínculos, com o seu filho.

Queiroz fala em determinado momento também sobre o momento do parto e o encontro das expectativas criadas pelos pais e com a realidade:

A separação do corpo da mãe estabelece uma hiância/corte entre a mãe como corpo/continente e a mãe como outro, gerando uma demanda de reencontrar aquele continente/corpo perdido. Do lado materno, o nascimento do bebê também traz consequências, pois de um lugar não visto, mas sentido (sensação dele no ventre), ao momento de olhar e sentir (toca-lo pela primeira vez), instala-se nela certo estranhamento, duradouro ou não, fruto da dicotomia entre o seu bebê imaginário e o bebê real. (QUEIROZ, 2006, p. 600).

E a seguir, ela recapitula coisas que já falamos no nosso capítulo anterior, mas de uma maneira a nos lançar para frente:

A criança muda do ambiente aquoso para o aéreo e, do mesmo modo, muda o cheiro, a textura e a temperatura do corpo materno – trata-se, agora, de uma “outra mãe”, tão estranha para a criança, quanto esta para a mãe. [...] A vida intra-uterina substituída pela intimidade mãe-bebê instala o processo de maternagem. O corpo dele precisa de um

invólucro, pois seu Eu-pele, ainda muito permeável, pode ser danificado por estímulos externos intensos. Nos primeiros momentos, a mãe funciona como uma espécie de barreira de contato do aparelho psíquico do bebê, controlando a carga de excitação. Ele precisa abrigar-se no corpo e no olhar materno, os quais nem sempre lá estão para oferecer-lhe abrigo. A experiência de separação, de alteridade implica uma presença não-toda, ou seja, uma presença/ausência. Do mesmo modo, as necessidades da criança são atendidas ou não pela mãe, conforme a interpretação que esta faz dos sinais corporais do seu bebê. É pela via do olhar que isso acontece. Se, ao nascer, ele perde as entranhas do corpo materno, em contrapartida, ganha o olhar – olhar do Outro primordial. (QUEIROZ, 2006, p. 600).

Vemos aqui que, de certo modo, os principais tópicos elencados na parte anterior ganham robustez com esse trabalho de Edilene Queiroz: a troca do ambiente uterino (aquoso) para o extrauterino (aéreo); os estímulos externos; a separação mãe-bebê; o bebê imaginário e o bebê real.

Além do mais, entende-se a importância da mãe nos primeiros momentos da vida de uma criança, onde ela exerce um papel de espécie de filtro, uma barreira, de acordo com Queiroz, entre o mundo e o seu bebê. É neste processo, que a criança irá desenvolver as primeiras noções do eu e o outro:

Primeiro, a criança vive a falta da mãe e cria um jogo fetiche para tamponar e suportar essa falta; depois, ela percebe a falta na mãe, faz-se objeto suplente dela. Dividida em ser e ter o objeto do desejo materno ela inicia sua existência de sujeito dividido: Eu/Outro, Consciente/Inconsciente, Je/Moi. (QUEIROZ, 2006, p. 608).

Acrescenta-se assim mais um elemento para os riscos que a UTIN apresenta no desenvolvimento do RN. Este, influenciado pela impossibilidade do bebê de estar junto à mãe, que por sua vez seria a responsável por filtrar os estímulos do mundo que atingem o seu filho, ao mesmo tempo que o auxilia, digamos, nos processos de discernimento e codificação do mundo.

Pois bem, chegamos agora em um momento importante do trabalho. Vimos que durante a gestação a família aguarda a chegada do seu bebê, criando uma grande expectativa, já que esperam um RN sadio que possa ser levado pra casa e integrado no seio familiar (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 160), mas

que, no entanto, há casos em que o bebê tenha que ser internado na UTIN, ocasionando um fato inesperado para as famílias, desconstruindo assim a ideia do bebê imaginário.

Lidar com essa nova rotina é um obstáculo para o qual muitas famílias não estão preparadas, surgindo sentimentos indesejáveis e desencantadores. Esses sentimentos são evidenciados a cada dia, com a chegada dos pais ao domicílio, e a impossibilidade de trazer o neonato consigo, aflorando a sensação de angústia e vazio, diz Maia, Silva e Ferrari (2014, p. 160).

O mal-estar provocado por essa quebra de expectativa se intensifica quando eles se deparam com seu bebê envolto em aparatos, maquinários, sondas e outros equipamentos hospitalares. “A gente sente um impacto assim né, de UTI, desse monte de aparelhagem, tudo né. Mas agora tou mais tranquila”, diz uma das mães entrevistadas para a pesquisa realizada por Perlin, Oliveira e Gomes (2011, p. 461).

Nos deparamos aqui, conseqüentemente, com esse cenário onde os pais não podem ajudar em nada na condição do seu filho, apenas aguardar e torcer para uma melhora sem muitas sequelas, pelo menos a princípio.

Essa afirmação, entretanto, passa ao largo das ideias defendidas pela literatura do assunto. Do ponto de vista psicológico, Queiroz deixa claro que, após o parto, é necessário que ocorra o contato entre filho e mãe, tendo em vista que:

Uma nova/meia simbiose se instala, pois, a unidade quebrada pela separação mãe-bebê, gerada pelo trabalho de parto culminado pelo corte do cordão umbilical, precisa ser restabelecida, agora em outros moldes, para que o estranho se torne novamente familiar. (QUEIROZ, 2006, p. 600).

Já Perlin, Oliveira e Gomes (2011, p. 59) colocam em seu trabalho que “sabe-se que o contato físico entre mãe e filho deve ser oportunizado precocemente”, pois este desencadeia de uma série de eventos fisiológicos e comportamentais que contribuem de forma positiva, “sendo terapêutico para ambos”.

No caso da internação da criança na UTIN, este contato está comprometido e as dúvidas acerca da sobrevivência da criança são associadas,

em muitos casos, a sentimentos de incapacidade, culpa e medo, comprometendo o vínculo mãe-bebê (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011, p. 459).

Desse modo, além de enfrentarem a experiência de tornarem-se mães em um contexto adverso, conta Perlin, Oliveira e Gomes (2011, p. 459), elas terão que enfrentar seus medos e fortalecer-se para auxiliar a criança. A hospitalização em UTIN insere o RN em uma atmosfera inóspita, em que a exposição ao estresse e à dor é comum por meio de terapias complexas. “O não entendimento do que está acontecendo com o filho e a sensação de que nada podem fazer para ajuda-los provoca o distanciamento da família”. (PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011, p. 459).

Durante a realização de atividades práticas em uma UTIN, continua a autora, “percebemos que as mães que ali comparecem pela primeira vez apresentam-se angustiadas”.

Pois bem, temos diante nós, um panorama complexo, onde um RN prematuro necessita ser internado em uma UTIN, pois só lá existem os equipamentos e a equipe preparada para tratar de suas enfermidades. A UTIN, por sua vez revela-se ser, de maneira contraditória, o único ambiente capaz de curar o paciente, ao mesmo tempo que carrega consigo a pecha – sem qualquer injustiça – de ser um lugar inóspito e hostil para uma criança em tais condições, de acordo com inúmeros autores.

Concomitantemente, a criança carece do contato com seus familiares, sobretudo o da mãe, que por sua vez, encontra-se impossibilitada de estabelecer uma conexão corporal, por estar i) com medo de que o próprio contato possa agravar de alguma maneira o quadro clínico; ii) desestabilizada emocionalmente pela situação em si, e pela quebra de suas expectativas criadas ao longo do período de gestação; iii) paralisada frente ao impacto que UTI gera nas pessoas, pela quantidade de aparelhagem envolvida na internação de um bebê;

São unidades fechadas, frequentemente ruidosas, brilhantes e com grande aparato tecnológico, desencadeando uma barreira para esses pais entrarem em contato direto com seus filhos. (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 160).

iv) E por vezes, a própria equipe afasta os familiares com os termos técnicos e o aspecto de urgência do tratamento.

Agora, se a mãe e família possuem atributos que contribuem para a melhora da criança, por que esses não podem entrar em contato com o paciente? Não haveria aí um contrassenso no interesse e no objetivo dessa melhora? Se o período de internação prejudica o desenvolvimento da criança, será que não existem formas de amortizar seus efeitos? Em que ponto dessa estrutura deveria haver um enfoque de energias se quiséssemos reverter essa situação e tornar o período de hospitalização menos nocivo para as partes, bebê e família?

Bem, essas foram algumas das várias perguntas que passaram pela nossa cabeça ao longo da elaboração da pesquisa, e, ao que tudo indica, a humanização hospitalar parece apresentar propostas que, pelo menos atenuam, diversas dessas nossas questões.

### **2.1.3 Equipe de Enfermagem**

Talvez o trabalho, até o presente momento, tenha induzido o leitor ao pensamento de que a equipe de enfermagem é a principal responsável pelos problemas que constatamos, e que mudanças na conduta desses profissionais, que fazem parte do corpo de funcionários do hospital, levaria, provavelmente, a uma melhora da situação. No entanto, essa está longe de ser uma coisa a ser resolvida de maneira fácil, ademais, ser parte do problema não significa passar incólume pelas consequências por ele geradas. A equipe de enfermagem, como demonstraremos a seguir, tal qual pacientes e seus familiares, também sentem o peso de estarem atuando dentro da UTIN.

No Brasil, o art. 11 da Lei Nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe que cabe privativamente ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, e esses são os cuidados evidenciados em UTIN (BRASIL, 1986).

Na literatura mundial sobre o assunto, constata-se a importância da atuação da enfermagem na UTIN, no entanto, observa-se, no dia a dia, uma dicotomia entre o que se aprende durante a formação e o que é realizado na prática (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 3)

Na teoria, percebe-se que o cuidado ao RN na UTIN é atividade de responsabilidade da enfermeira, mas, no cotidiano do trabalho, essa profissional apresenta-se distante do cuidado direto ao RN e à família desse e se centra nas atividades gerenciais. (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 3).

As UTIs surgiram, de acordo com Vila e Rossi (2002, p. 138), a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, mas tidos como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado.

Embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudo graves recuperáveis, a UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento, morte, entre outros. (VILA; ROSSI, 2002, p 138).

Apesar de cultuarem o respeito, amor, carinho, diálogo, privacidade, atenção à família, em suma, preceitos variados do que se entende por *humanização*, os informantes do trabalho de Vila (2002, p. 141) mencionam atitudes, comportamentos, condutas que caracterizam a UTI como um ambiente mecânico e desumano com paciente, família e equipe de enfermagem.

O contexto do trabalho na UTI apresenta uma série de nuances, concordâncias e contradições que se referem ao sistema cultural da prática do cuidar em enfermagem. Assim, as subcategorias, a valorização da técnica em detrimento do cuidado - a realidade do cuidar em UTI; o relacionamento com pacientes e familiares: uma coisa

assim mais superficial - revelam a realidade do cuidar em terapia intensiva. (VILA; ROSSI, 2002, p. 141).

Nas entrevistas feitas por Vila e Rossi com membro da equipe de enfermagem da UTI do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), foram sublinhados o estresse e o cansaço causados pela sobrecarga de trabalho que envolve o ambiente cultural da UTI:

*O ambiente é estressante, pela sobrecarga de trabalho. (...) ....nunca deixa de ter alguma coisa para fazer. (...) ...se você for responsável demais, você se esgota, e não consegue vencer o trabalho que você tem aqui. (M). É muito cansativo e sobrecarregado trabalhar aqui... (...) ...exige muito da gente (D). (VILA; ROSSI, 2002, p. 142).*

Com isso, Vila complementa dizendo que a equipe de enfermagem está, provavelmente, exposta a um nível maior de estresse que qualquer outra do hospital, porque deve lidar não somente com a assistência a seus pacientes e familiares, mas também com suas próprias emoções e conflitos.

A UTI é uma unidade geradora de estresse, sendo as principais manifestações: fadiga física e emocional, tensão e ansiedade. Dentre os entrevistados por Vila e Rossi diz-se serem as fontes produtoras do estresse mais elevado o ambiente de crise, risco de vida, situação vida/morte, sobrecarga de trabalho, má utilização de habilidades médicas e a falta de reconhecimento pelos profissionais (VILA; ROSSI, 2002; MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

Montanholi, Merighi e Jesus (2011, p. 4) explicam que estudos sobre a assistência de enfermagem em UTIN revelaram que, para os profissionais, o excesso de RNs internados, a gravidade deles e o número reduzido de enfermeiras dificultam o trabalho. Sendo assim, “consideram que poderiam prestar um cuidado mais detalhado e humanizado se o quantitativo de enfermeiras na unidade de terapia neonatal fosse maior”.

Ainda nesse estudo, foram mencionados os seguintes fatores negativos que interferem no cuidado prestado pela enfermagem: inadequada relação numérica funcionários/RNs; deficiência de materiais; sobrecarga de trabalho administrativo; a presença de estímulos sonoros na unidade; dificuldade do

trabalho em equipe; e a falta de cursos de aprimoramento para aperfeiçoar o cuidado direto (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 5).

Outro fator que contribui muito para o desgaste emocional da equipe de enfermagem atuante nas UTINs é a convivência diária com extremos em relação à tecnologia. Isto é, equipamentos de última geração, contrastando com outros obsoletos, que não suprem as necessidades dos pacientes (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 5).

Apesar de usarem recursos técnicos diferentes na elaboração dos trabalhos – Vila (2002) com a etnografia e Montanholi (2011) pela fenomenologia -, ambas integraram e apresentam, no produto final de suas pesquisas, o ponto de vista dos enfermeiros.

Vila e Montanholi, agregam enormemente à discussão com as considerações que os enfermeiros têm a respeito desses problemas, sobretudo a segunda. A organização do trabalho, que fez os enfermeiros pensarem sobre o *desenvolvimento das ações* (categoria 1), as *percepções das suas ações* (categoria 2), ambos integrantes dos “motivos porque” e sobre *as expectativas* (categoria 3) que os enfermeiros têm sobre o seu trabalho, ou os “motivos para” (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, grifo nosso). Vamos a elas:

Sobre o desenvolvimento das ações, conta Montanholi, as enfermeiras afirmam realizar o gerenciamento da unidade, no que diz respeito à provisão de recursos materiais, organização e supervisão do cuidado, gerenciamento da equipe de enfermagem por meio de escalas de trabalho e padronização da assistência de enfermagem. De acordo com ela, “o modo com que esses profissionais realizam essas ações é determinado por seu acervo de conhecimento e por sua situação biograficamente determinada” (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 4).

A atividade gerencial é uma das quatro atividades que norteiam a enfermeira e que devem estar interligadas com as atividades assistenciais, educativas e de pesquisa. A padronização da assistência de enfermagem direciona o pensamento da enfermeira para decisões apropriadas sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes, os resultados que se quer alcançar e quais os melhores cuidados para atender às necessidades, considerando os resultados desejáveis. (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 4).

Além disso, as enfermeiras do estudo realizam atividades gerenciais, incluindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)<sup>1</sup>, e assistem diretamente o RN quando possível, “devido ao número reduzido de pessoal auxiliar” (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 4).

Algumas enfermeiras relatam que se sentem responsáveis pelos cuidados diretos aos RNs em estado grave e que os priorizam, assumindo os cuidados gerais, considerando esse o foco central do seu trabalho.

*Eu tento sempre tratar a dor [...] eu passo PICC (cateter central de inserção periférica), presto cuidados desde banho, medicação, coleta de exames, orientar a mãe no aleitamento materno, todos os procedimentos invasivos (E4). Assumo, geralmente, os pacientes mais graves (E10). [...] dou prioridade para a assistência, deixando a parte administrativa para quando tiver tempo, porque a prioridade é a assistência ao paciente (E1). (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p 4).*

Já em Vila (2002) encontramos relatos de enfermeiras que pensam e agem de maneira diferente:

*“...a gente é tecnicista, só quer executar, limpar e acabou... (...) A enfermagem é muito... ‘receita de bolo’, chegou lá e é isso, é isso e é isso..., a gente não para muito para refletir, para pensar, não dá valor a esse tipo de coisa. (E).” (VILA; ROSSI, 2002, p. 141).*

Outras, no entanto afirmam não dispor de tempo para esses cuidados, pois precisam atentar para todos os RNs e para a organização, realizando cuidados mais pontuais e em situações específicas.

*[...] assumo somente alguns cuidados para poder dar suporte aos outros bebês. Assumo todos os cuidados invasivos, que são atribuições da enfermeira, como punção, coleta de exames, passagem de sonda. [...] temos que priorizar o que é mais ante, não dá para olhar*

---

<sup>1</sup> A sistematização de enfermagem orienta e qualifica a assistência de enfermagem, embora, na prática, nem todas as etapas sejam sistematicamente aplicadas (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 4).

*para todas as crianças... (E9).” (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 4).*

Ainda na primeira categoria, Montanholi mostra que algumas enfermeiras afirmam inserir os pais nos cuidados dos RNs, mas que nem sempre tem disponibilidade para estar com eles, “não há protocolo para o cuidado à família”, e que para alguns membros da equipe a presença de pais na UTIN dificulta a atuação.

*“[...] adoro trabalhar com os pais, com a família. Mas tem muitos funcionários que são resistentes, preferem que o bebê fique restrito à incubadora e dizem que a mãe vai atrapalhar. [...] Não temos nenhuma padronização aqui (E12). Gostaria de poder fazer mais, às vezes, quando está muito corrido, fico com uma angústia; eu poderia ter um cuidado com os pais, mas eu tive que abrir mão, pois minha prioridade é a assistência, naquele momento (E11).” (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 5).*

Vila e Rossi comentam que, do que puderam observar, o contato dos enfermeiros com os pais é bastante formal e burocrático. Aparentemente isso é reconhecido pelos profissionais, gerando uma certa inquietação:

*“...gosto muito de conversar com a família..., ...gosto de estar orientando os familiares..., [...] ...a gente não interage muito com a família... (...) ...nosso relacionamento com a família é muito curto, muito pequeno. (H).*

*...só converso com a família no momento em que o paciente chega, a gente dá uma orientação prévia, em relação ao horário de visita. Uma coisa assim, mais superficial, não é uma interação assim, mais profunda. (I).” (VILA; ROSSI, 2002, p. 141).*

Vila e Rossi levantam um questionamento muito importante para nós no sentido do envolvimento da equipe com pacientes e familiares. Dedicam um trecho do trabalho para discorrer sobre o tema, e escolheram um nome que faz refletir bastante sobre o que é ser enfermeiro em unidades de tratamento intensivo: *envolvimento com pacientes e familiares – a gente se apega e sofre.*

Aqui, as autoras puderam constatar dos depoimentos colhidos, que alguns pacientes “sensibilizam mais a equipe” e quando isso ocorre, constatou-se um cuidado mais carinhoso. Nessas ocasiões, o cuidado se torna mais centrado no paciente, na família, mas que esse envolvimento e apego leva a uma aproximação e, conseqüentemente, ao sofrimento (VILA; ROSSI, 2002, p. 142).

*“...a gente sofre, principalmente, com os pacientes a que a gente se apega mais... (...) ...a gente envolve com a família... (...)...às vezes você fica o dia inteiro, com um paciente grave, você fica ali o tempo inteiro e de repente ele vai a óbito, então aquilo para você é sempre uma perda. (D).” (VILA; ROSSI, 2002, p. 142).*

Na categoria 2 do artigo de Montanholi, Merighi e Jesus, percebendo suas ações, é levantado como o ambiente da UTIN é barulhento e que a falta de recursos materiais interfere na qualidade do trabalho executado. Também se fala sobre como o tratamento dos RNs muitas vezes tem que ser preterido em relação ao trabalho administrativo, que é demorado e em demasiado volume (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 5). Um depoimento diz que:

*“[...] quando estou sozinha [só uma enfermeira no plantão], tenho que pensar em tudo [...] (E7). Acabo perdendo muito tempo com os papéis dos prontuários, coisas que nós, enfermeiras, temos que preencher, [...] um tempo que eu poderia estar atendendo uma criança [...] (E7)”. (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 5).*

Por fim, na terceira categoria, que fala das expectativas para o trabalho, foram levantadas questões e desejos acerca do desejo que se tem em amenizar os efeitos da internação e vislumbram mudanças que poderiam contribuir para melhoria do cuidado em UTIN, como “cursos de aprimoramento, eventos de atualização, implantação de protocolos de cuidado, humanização entre a equipe de trabalho e o equilíbrio entre o trabalho administrativo e o cuidado direto ao recém-nascido internado em UTIN” (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 6).

Também foi comentado um pouco mais sobre como os trabalhos administrativos interferem no cuidado dos bebês. Inclusive, citam um trabalho

realizado em um hospital em Brusque, Santa Catarina, onde a equipe de enfermagem apontou como principal dificuldade o fato de, ao desenvolver a SAE na UTI, o enfermeiro despende mais tempo do dia a dia nessa atividade do que o habitual (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER *apud* MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 6).

As autoras comentam que mesmo reconhecendo que o cuidado direto é realizado, na maioria das vezes, pelo pessoal auxiliar e a importância do enfermeiro na gerência do cuidado ao recém-nascido na UTIN, as enfermeiras manifestam o desejo de ficar mais próxima da atividade assistencial (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 6).

*“[...] eu gostaria de poder assumir a criança integralmente, mas, no momento, não estamos conseguindo fazer isso [...] porque aqui não temos uma pessoa para ficar resolvendo os outros problemas [...] (E9). Eu gostaria de fazer um pouco menos a parte administrativa, tem muitos papéis que a enfermeira tem que preencher [...] (E7)”. (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011, p. 6).*

Todos os recortes de entrevistas supracitados nos ajudam a entender como os dilemas e contradições da UTIN, cujo levantamento foi feito ao longo desse capítulo, se fazem presentes tanto nas ações, quanto nos pensamentos dos enfermeiros. Nas palavras de Vila (2002, p. 141), “o contexto do trabalho da UTI apresenta uma série de nuances, concordâncias e contradições que se referem ao sistema cultural da prática do cuidar em enfermagem”.

Os enfermeiros, performam um papel distinto de bebês e mães aqui nesse ambiente, por integrarem o corpo de funcionários do hospital. Além disso, pudemos observar nos relatos das mães de pacientes, levantados por Perlin (2011), que a equipe de enfermagem é enxergada como parte dos problemas da UTIN.

Entretanto, tivemos a oportunidade de entender como ocorre essa dinâmica das unidades de tratamento intensivo na perspectiva do enfermeiro, que é plural e varia, basicamente, de pessoa para pessoa. Muitos tem a vontade de se aproximar de familiares e pacientes e executar um cuidado mais atencioso, mas muitas vezes não conseguem pois encontram sobrecarregados de afazeres administrativos; outros preferem executar tarefas mais especializadas e se

atentar ao cuidado de todos os bebês, de forma que o tempo para cada um é menor e, conseqüentemente, o atendimento é menos individualizado; outros ainda veem o atendimento menos individualizado como uma maneira de se proteger frente ao afeto que podem desenvolver com os pacientes e a dor que ele gera caso o enfermo venha a óbito; existem aqueles que gostam de interagir com os pais e os que acreditam que esses interferem negativamente no seu trabalho.

Fato é, encontramos todas as sortes de pensamentos e ações de uma equipe de enfermagem, e que isso irá repercutir diretamente em pacientes e familiares pelo tempo que tiverem de se relacionar.

## 2.2 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um local destinado a receber RNs que necessitam de cuidados especiais. Diversos são os fatores que podem ser apontados como causa de internação, como prematuridade, má formação congênita e incompatibilidade sanguínea. “Para esses cuidados, a UTIN deve dispor de uma equipe capacitada, espaço físico adequado, materiais e equipamentos sempre disponíveis e em funcionamento” (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 156).

A assistência ao RN em UTINs tem passado por importantes transformações. Com base na filosofia do cuidado centrado na família, o suporte à família e participação dos pais nos cuidados diretos ao RN, bem como a inclusão deles nas decisões sobre seu filho, devem ser uma das prioridades nos serviços de neonatologia (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 156). A intervenção prolongada dos bebês e a privação do ambiente aumentam o estresse dos pais e da família, podendo prejudicar o estabelecimento do vínculo e apego.

No Brasil, foi apenas no final da década de 80 que a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada. O fator determinante em defesa dos direitos da criança foi a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, resgata-se o direito da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, proporcionando condições para a permanência do mesmo (BRASIL, 1990).

Apesar do artigo 12, da Lei nº 8.069 de 1990, estabelecer esse direito, este procedimento ainda não é uma realidade em muitas instituições estabelecimentos brasileiros, mesmo sabendo-se que a presença da mãe é o método mais efetivo para minimizar os traumas psicológicos da hospitalização (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 156).

As autoras nos contam que o processo de humanização nas unidades neonatais surgiu a partir do estabelecimento do alojamento conjunto, onde as mães permaneciam em contato direto com o filho recém-nascido. Atualmente, essas unidades são consideradas locais destinados a bebês que são assistidos por uma equipe multidisciplinar, mesmo que em incubadoras.

O Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, em julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o Método Canguru, com o objetivo de contribuir para mudança de postura dos profissionais, e visando à humanização da assistência ao RN. Isso implica em, a partir do nascimento do bebê, e havendo necessidade de permanência em UTIN e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), especial atenção é dada no sentido de estimular a entrada dos pais nesses locais, e de estabelecer contato pele a pele com o bebê, de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos (BRASIL, 2000).

Conforme nos conta Nascimento et al. (2017), a humanização se tornou uma política nacional do Brasil criada pelo Ministério da Saúde, com fins de materializar, por meio do comprometimento entre gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios doutrinários e organizacionais de assistência, associado com a comunicação o acolhimento e a construção do vínculo para a formação das partes fundamentais do avanço científico. Por escassez dessa relação na prática dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS, detectada pelo Ministério da Saúde, ocorreu a necessidade da implantação de uma Política Nacional de Humanização (PNH). Essa PNH, por sua vez, tem, no cuidado em saúde, características “dinâmicas, desfragmentada, multidirecional, integral, de preservação cultural do indivíduo e de construção permanente” (NASCIMENTO et al., 2017, p. 24).

Existem algumas concepções de humanização, podendo o termo ser definido como “uma escuta atenta, uma boa relação com o paciente, reorganização de gestão dos processos de trabalho e facilitação de acessos

para a melhoria dos ambientes de cuidado” (MONGIOVI et al. *apud* NASCIMENTO et al., 2017, p. 25).

Vila e Rossi, por sua vez, dão anuência à Nascimento et al, entendendo que humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual. Além de envolver o cuidado ao paciente, a humanização estender a todos aqueles que estão envolvidos no processo de saúde-doença neste contexto, que são, neste contexto, não só o paciente, mas também os familiares, a equipe multiprofissional e o ambiente (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

Indo de encontro ao escopo deste trabalho, as autoras advertem, no entanto, que “o aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza é um dos mais difíceis de ser implementado”, por conta da rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI. Conseqüentemente, isso faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor. (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

Por força dos efeitos negativos do ambiente sobre o paciente, família e equipe multiprofissional, uma série de estudos volta-se para a necessidade de humanização dos serviços que utilizam alta tecnologia. O paciente internado nas unidades intensivas, continuam, necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam indissociáveis à questão física.

Em decorrência disso, as autoras destacam a importância em abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem em unidades de tratamento intensivas, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, dos enfermeiros.

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI. (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

O ideal é que deva existir dentro da UTIN uma interação com os profissionais da equipe de saúde e destes com a família, propiciando assim um ambiente humanizado, onde o RN receba toda a atenção e o carinho da equipe. Em relação à equipe de enfermagem, esta assume, de acordo com Maia, Silva e Ferrari (2014, p. 156), um leque de atribuições e responsabilidades que, por sua vez, demandam capacidades essenciais para avaliar, entender e apoiar, com segurança, o RN e sua família durante esse tempo crítico.

A presença dos pais contribui para o cuidado do filho hospitalizado, principalmente na redução do estresse causado pela situação e no preparo para o cuidado a domicílio, além de estabelecer o vínculo afetivo mãe-filho. Mesmo assim, embora a internação signifique vida e segurança pela promoção à saúde, ela também traz sentimentos de medo e insegurança diante dos sentimentos de impotência e do desconhecido. Implementar uma prática que inclua a família no contexto, exige do profissional a habilidade de captar nuances da experiência da família, desfazendo-se da imagem de que o cuidado deve ser realizado com os indivíduos e não com o grupo familiar (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 157).

Da mesma forma, para dar suporte ao familiar e ao RN como seres holísticos, contam as autoras, os profissionais de saúde necessitam compreender o problema, planejar e promover assistência eficiente no processo de formação de vínculo. Devem observar a singularidade de cada caso, englobando os aspectos biopsicossociais, pois cada mãe tende a reagir influenciada pela herança cultural e por suas vivências. Portanto, essa assistência deve basear-se no conhecimento de reações, sentimentos, significados, hábitos, valores e costumes (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 157).

É importante termos em mente, nos lembram as autoras, que a equipe de enfermagem, nesse sentido, é o elo de aproximação da família com o RN, e o que acontece muitas vezes é a insegurança apresentada pelos pais, tornando-os receosos na participação do cuidado. Cabe ao enfermeiro, portanto, estimular sua participação a fim de amenizar os sentimentos de impotência e incapacidade em colaborar com a assistência.

Sendo assim, através da interação com os membros da equipe de saúde e do cuidado prestado ao filho, os pais passam a se ver dentro do processo de hospitalização do mesmo, valorizando o cuidado e a dedicação dos profissionais, de modo a construir uma relação de parceria (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014, p. 161).

O cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa. (VILA; ROSSI, 2002, p. 140).

Da perspectiva dos entrevistados por Vila e Rossi, cuidar humanamente significa, em última instância, “tratar o paciente como eu gostaria de ser tratado” (VILA; ROSSI, 2002, p. 140). Eles também relacionam humanizar a tornar o ambiente agradável e mais próximo da realidade.

O ambiente tem influência direto no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional. O ambiente físico poder ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios psicológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, privação de sono devido aos ruídos constantes, de modo que todos os aspectos que puderem ser melhorados nesse sentido devem ser valorizados (VILA; ROSSI, 2002, p. 140).

Maia, Silva e Ferrari (2014, p. 161) argumentam que levando-se em conta a importância de tornar o ambiente acolhedor para mãe e filho, o profissional enfermeiro adquire o papel de criar e fortalecer laços afetivos, com o intuito de aproximar a família e minimizar os efeitos negativos ao internamento.

Portanto, podemos entender que humanizar é levar em consideração o ser humano com base em uma visão global, buscando superar a fragmentação da essência (RODRIGUES *apud* NASCIMENTO et al., 2017, p. 26). De modo que o cuidado prestado ao paciente leve em conta não só a enfermidade, mas também o indivíduo paciente, sua família e sua constituição biopsicossocioespiritual (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

Podemos entender também que humanizar significa considerar a pessoa como um todo, e que esse trabalho se torna melhor em conjunto para superar barreiras comportamentais de uma equipe, refletindo-se em melhores resultados para os pacientes assegurando-lhes dignidade que é geralmente excluída nas abordagens dos cuidados de saúde (MARTINEZ-GUITIERREZ *apud* NASCIMENTO et al., 2017, p. 26).

Em última instância, humanizar não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente, procurando realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento no hospital (REICHERT; LINS; COLLET, 2007 *apud* NASCIMENTO et al., 2017, p. 26).

Até o momento, dedicamos nossa escrita à demonstração das características da UTIN enquanto ala hospitalar e de que maneira ela impacta nos aspectos psíquicos, sensoriais e emocionais das pessoas que integram a sua rotina. Como pudemos observar, ela exige muito de todos ali presentes – eventualmente causando traumas -, mas, em contrapartida, apresenta-se como a melhor possibilidade de recuperação de um paciente em condições graves de saúde dentro do hospital.

E com isso nos perguntamos: em que peso o fato das unidades de terapia intensiva se apresentarem, muitas vezes, como a única opção viável para a manutenção da vida de um indivíduo, existiria algum modo de amortizar os seus efeitos colaterais? A resposta para essa pergunta nos direciona para a *humanização*, uma área da saúde que possui uma quantia significativa de pesquisas à respeito, e que segundo consta, possui grande potencial e efetividade na redução dos efeitos causados pela internação nesse espaço.

### 3 EDUCAÇÃO MUSICAL E HUMANIZAÇÃO

A utilização da música como uma prática complementar, dentro dos serviços de saúde, indica mudanças no modelo de atenção, tanto no cenário da gestão, como na implantação de políticas que estimule ou incentive o uso de diferentes práticas terapêuticas, promocionais à saúde, no âmbito profissional, com uma melhor articulação das equipes, e preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. (ALMEIDA, 2012, p. 24).

Os pensamentos de Leão (2009 *apud* ALMEIDA, 2012, p. 24) sobre música e saúde mostram que a música traz esse universo de possibilidades porque tem uma “natureza polissêmica, precede qualquer disciplina e já está inserida, na esfera humana, desde sempre, portanto, traz a subjetividade em sua essência e tem condições de promover, ao outro, um cuidado em todas as dimensões”.

Para Collière (1999 *apud* ALMEIDA, 2012, p. 24), surge, pois, como necessário para reconsiderar a utilização de instrumentos e de técnicas inserida na amplitude relacional. E que enquanto houver separação, de um lado a tecnologia e do outro as relações, o processo de cuidado continuará empobrecido, criando frustrações para quem presta cuidado e graves dissabores a quem os recebe.

Bergold e Alvim (2009 *apud* ALMEIDA, 2012, p. 24) comentam que a Enfermagem vem retomando as mudanças de paradigma acerca do cuidado, procurando atender ao homem em sua integralidade e, para isso, busca em outras disciplinas, recursos disponíveis que possam ampliar essa prática, assim como o uso da música, por exemplo.

Os primeiros relatos sobre a influência da música no ser humano datam mais de 100 anos, foram papiros médicos egípcios encontrados pelo antropólogo inglês Flanders Petrie, aproximadamente em 1899 (LEINIG, 1977 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 172). Já na Grécia antiga, a doença era entendida como um desequilíbrio dos elementos que constituíam a natureza humana, e a música era utilizada para reequilibrar (TORO, 2000 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 172).

Durante a Primeira Guerra Mundial, segundo Costa (1989 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 172), a música era utilizada nos hospitais dos Estados Unidos

por músicos profissionais, após a comprovação dos efeitos relaxante e sedativo, produzidos pela audição musical nos doentes de guerra.

Na Segunda Guerra Mundial, a música ressurgiu como terapia nos Estados Unidos, em hospitais para recuperação de neuróticos de guerra e, na Argentina, por ocasião de uma epidemia de poliomielite, que dizimou centenas de pessoas. Esses fatos levaram à criação dos primeiros cursos de formação de musicoterapeutas na Argentina e nos Estados Unidos. (SILVA JÚNIOR, 2012, p. 172).

O uso de música no campo da saúde, no entanto, não tem sido somente uma prática de musicoterapeutas. Silva Júnior nos conta que:

Outros profissionais de saúde utilizam a música como mais um recurso em suas práticas profissionais. Há ainda músicos profissionais ou amadores que realizam apresentações musicais nos hospitais. Os educadores musicais também atuam no hospital, com o objetivo de ensinar música ou como forma de promover melhoria na qualidade de vida do paciente internado, ou seja, a humanização no ambiente hospitalar. (SILVA JÚNIOR, 2012, p. 172).

Podemos ver que são diversas as potencialidades e os benefícios que o trabalho com música dentro de hospitais pode trazer para todos que circulam por esse ambiente. Sendo assim, trataremos, nesse capítulo, de demonstrar quais são as possibilidades de atuação para músicos, musicoterapeutas e educadores musicais nos hospitais.

Há de se destacar que principalmente musicoterapeutas, educadores musicais, que atuam tanto nas classes hospitalares, como na humanização, possuem diversos pontos de intersecção nas suas atividades.

### 3.1 POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO MUSICAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

Há diversos profissionais que utilizam a música na saúde, dentre eles musicoterapeutas, músicos profissionais e amadores, profissionais da saúde e educadores musicais. Nessas diferentes possibilidades existem intersecções no que diz respeito a abordagem, o local de atuação e o resultado. Logo, é

importante destacar que o que diferencia cada uma dessas práticas é o processo de formação dos profissionais e os objetivos a serem alcançados (SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173, grifo nosso).

Faremos agora um breve panorama sobre essas diferentes práticas, seguindo a classificação apresentada no artigo “Música e saúde: a humanização hospitalar como objetivo da educação musical” (SILVA JÚNIOR, 2012).

### **3.1.1 Músicos profissionais e amadores**

Os músicos profissionais e amadores geralmente atuam no hospital executando músicas instrumentais e/ou vocais para os pacientes ouvirem. Essas apresentações podem acontecer nos leitos dos pacientes ou em concertos para toda a população do hospital (SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173).

Rahme (2009 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173), descreve o projeto Música nos Hospitais, no qual ocorrem apresentações de uma orquestra em hospitais da rede pública e privada. As apresentações duram no máximo uma hora e, segundo o autor, não têm como objetivo fazer musicoterapia “mas atingir individualmente os pacientes/ouvintes, convidando-os a experimentar uma audição diferenciada, que possa ajuda-los na ressignificação do seu momento de vida” (RAHME, 2009, p. 275 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173). Os concertos são dirigidos aos pacientes, corpo clínico, acompanhantes e funcionários, bem como ao público em geral do hospital.

### **3.1.2 Musicoterapia**

“A musicoterapia é uma área de conhecimento cujo objetivo é a utilização da música como meio para alcançar objetivos terapêuticos”, nos conta Silva Júnior. Existe um processo musicoterápico, composto pela entrevista inicial, ficha musicoterápica, estudo biográfico, testificação musical, contrato terapêutico, objetivos terapêuticos, sessões musicoterápicas, observações das sessões, relatório progressivo e alta (BARCELLOS, 1999 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173).

A Federação Mundial de Musicoterapia coloca que busca-se facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas do cliente (UBAM *apud* CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 3).

Já segundo Bruscia (2000 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173), o foco primário da musicoterapia é ajudar o cliente a melhorar, recuperar ou manter sua saúde física. Standley (1986 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173) cita as possíveis aplicações da musicoterapia na área médica: reduzir estresse, trauma e o medo da doença e das lesões, tanto para o paciente quanto para seus familiares; trabalhar com sentimentos sobre morte, invalidez, etc.; resolver conflitos interpessoais entre pacientes e seus entes; facilitar a tomada de decisão acerca do tratamento a ser realizado; reduzir a depressão ansiedade, e a insônia devido à doença, ao tratamento ou à convalescença; facilitar grupos de apoio de pacientes; reforçar atitudes positivas e saudáveis.

Ainda segundo Bruscia (2000, p. 124 e 127 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 173), são quatro os métodos principais da musicoterapia, a saber:

- 1) Experiências com improvisação: o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso;
- 2) Experiências re-criativas: o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo;
- 3) Experiências de composição: o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a cria qualquer tipo de produto musical como vídeos com música ou fitas de música;
- 4) Experiências receptivas: o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade;

Sendo assim, baseados na visão de Andrade, Alonso e Louro (2006, p. 64), pode-se dizer que a musicoterapia é um processo sistemático que requer planejamento e monitoramento, no qual o que importa é a relação da música com o paciente e não a música em si mesma, nem os conceitos estéticos e

teóricos que a permeiam. Além disso, o musicoterapeuta, quando fala de música, faz referências às estruturas musicais – melodia, ritmo, harmonia, timbre, intensidade, entre outros -, não a um repertório ou conhecimento teórico ou técnico – músicas estruturadas, conjunto de obras de determinado período ou de períodos diversos.

Gerárd Docourneau (1984) corrobora com a afirmação ao mencionar que, para o musicoterapeuta, 'o importante não é uma grande cultura musical. É muito mais importante conhecer os elementos fundamentais e os efeitos produzidos por eles'. Sendo assim, não é o gosto musical do terapeuta que está em jogo, que guia as sessões, mas o gosto musical ou sons com os quais os pacientes se identificam. (ANDRADE; ALONSO; LOURO, 2006, p. 64).

Na musicoterapia, a identificação de tais sons é delimitada a partir da Identidade Sonora (ISO), essa é a base do processo musicoterapêutico. "A ISO é composta pelo complexo de sons que integram o todo psico/fisiológico de cada ser humano" (ANDRADE; ALONSO; LOURO, 2006, p. 64), ou seja, os sons e movimentos internos que resumem nossos arquétipos e vivências sonoras gestacionais, intrauterinas, de nascimento e infantis até os dias de hoje. Entre esses sons estão a natureza, o corpo humano, os instrumentos musicais, os aparelhos eletrônicos, os sons percebidos internamente (batimentos cardíacos), as vibrações, os silêncios, entre outros. É sobre a ISO de cada paciente que o musicoterapeuta trabalha.

Gainza (1998 *apud* ANDRADE; ALONSO; LOURO, 2006, p. 64) enxerga a musicoterapia como "aplicação científica das possibilidades da música para contribuir ou favorecer os processos de recuperação psicofísica das pessoas". Complementarmente, apresentamos a maneira com que Bruscia percebe a musicoterapia:

Não é uma série aleatória de experiências, não é um processo não planejado e sem monitoramento, e seus resultados não são meramente casuais [...] a musicoterapia é definida por sua natureza de processos e não somente pelo resultado. Cada experiência que venha a ser benéfica, que melhora a saúde, ou mesmo que seja 'terapêutica', não é necessariamente 'terapia'. [...] Há uma diferença importante entre uma experiência que produz um efeito terapêutico e os encontros

repetidos, que tipificam o processo terapêutico. (BRUSCIA 2000 *apud* ANDRADE; ALONSO; LOURO, 2006, p. 65).

### 3.1.3 Educadores Musicais

As atenções do meio acadêmico estavam, antes, voltadas para as experiências em arte-educação dentro do ambiente escolar. Hoje, investigar as relações entre arte e educação sob essa ótica não é mais suficiente, pois percebe-se que existem múltiplas esferas acolhendo a arte, o que redimensiona o campo de estudo e a atuação dos arte-educadores. A educação atualmente precisa estar voltada para novos modelos, o hospital, assim, torna-se um espaço de novas experiências para o profissional da educação, no qual a arte se faz presente de forma significativa (NETO; OMAR, 2014, p. 2-3).

No espaço não formal da educação, a arte torna-se impulsionadora de um cenário educacional possível de emancipação para cada indivíduo, espaço para ressignificação e construção de experiências. Assim, acredita-se ser a arte fundamental no processo de desenvolvimento social do indivíduo e não poderia deixar de estar presente em nenhum espaço educacional. A partir da ação do arte-educador, o hospital torna-se um espaço de ensino/aprendizagem, possibilitando o acesso dos pacientes à arte (NETO; OMAR, 2014, p. 4).

Dito isso, podemos dizer, com base em nossas leituras, que os educadores musicais utilizam a música no contexto musical de duas maneiras: ou como professores atuantes nas classes hospitalares, ou então, como arte-educadores voltados para a humanização.

#### 3.1.3.1 As Classes Hospitalares

Aqui, Cunha e Carmo (2011 *apud* SILVA JÚNIOR, 2012, p. 174) nos contam que o objetivo dos educadores musicais é proporcionar a aprendizagem musical aos alunos-pacientes, conforme revela a Lei nº 7.853, de 1989 (BRASIL, 1989).

Nos últimos 60 anos um fato tem chamado a atenção, no Brasil, de profissionais da saúde e da educação: a inserção de crianças e adolescentes na

escola hospitalar (BRASIL, Lei Nº 1.126). Quando em situação adversa de saúde, essa clientela necessita internar-se para realizar tratamentos diversos, há uma interrupção dos estudos uma vez que ficam afastados da escola. Sendo assim, com base no direito à educação básica (Lei 9.394/96 *apud* CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 1), crianças e adolescentes hospitalizados tem o direito de iniciar e/ou continuar seus estudos mesmo estando no hospital (FONSECA, 2003 *apud* CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 1)

Importante destacar aqui que crianças e adolescentes ao se internarem para realização de tratamentos de saúde, interrompem vínculos importantes, como família, escola, amigos, objetos pessoais. Também passam a morar no hospital, local que possui suas próprias especificidades e demandas, o que o tornam sua aparência fria e distante. Além disso, como já vimos no capítulo anterior, elas passam a ter contato com pessoas estranhas que lhe aplicam medicamentos às vezes dolorosos, provocando-lhes medo, ansiedade e insegurança (GONÇALVES, 2001 *apud* CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 1-2).

É neste contexto que se insere a escola hospitalar, apresentando propostas pedagógicas que incorporam aprendizagem e ludicidade, possibilitando assim momentos de alegria em meio às dores advindas do processo de adoecimento. Também é neste contexto que a Educação Musical pode ter um papel fundamental, restaurando ao doente o papel de sujeito. Além disso, proporciona aprendizagem significativa, experiência estética, e prazer artístico. (CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 2).

Magalhães (2012 *apud* NETO; OMAR, 2014, p. 6) reforça o que dissemos acima ao relatar que “assim, quando o hospital se torna um lugar de desenvolvimento cognitivo e criativo, ao inserir a arte neste contexto, ele precisa ser reconhecido também como um lugar de ressignificação”. A ideia do arte-educador no ambiente hospitalar estabelece uma prática em ações inseridas nos projetos e programas em mobilidade de cunho pedagógico e formativo, que podem ocorrer em diversos ambientes do hospital, como por exemplo, unidades de internação e ambulatórios. Assim, a presença do educador nesse tipo de instituição, possibilita a prática de inclusão do indivíduo em um sistema no qual ele havia sido excluído pela doença, de modo que seja possível entender que

em suas práticas, o educador buscaria construir conhecimentos para o bem estar do indivíduo nas condições específicas. Para isso, Matos (2001, p. 16 *apud* NETO; OMAR, 2014, p. 5) afirma que o papel da educação:

Torna-se cada vez mais importante face à multiplicidade de demandas das necessidades sociais emergentes; é o motivo pelo qual precisa a educação, como mediadora das transformações sociais, com o apoio das demais ciências, contribuir, com maior rapidez e criatividade, para uma sociedade mais consciente mais justa e mais humana.

Os objetivos e os processos da educação musical dentro da escola hospitalar, no entanto, não são os mesmos para todos os pesquisadores do assunto. Podemos perceber isso ao comparar as definições de educação apresentadas por Neto e Omar em relação às de Carmo e Magalhães, duas das principais fontes desse capítulo. Vejam.

Émile Jaques-Dalcroze e Margarete Arroyo foram os autores apresentados por Carmo e Magalhães. Aqui parte-se do princípio de que a educação musical é um campo particular da música, que se ocupa do ritmo do ser humano, fomentando nas crianças a liberdade dos seus atos musculares e nervosos, ajudando a triunfar sob resistências e inibições, harmonizando suas funções corporais com as do pensamento (DALCROZE, 1939 *apud* CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 3). E entende-se também que cabe à educação musical a

Introdução ao estudo formal da música e todo o processo acadêmico que o segue, incluindo a graduação e pós-graduação. [...] O ensino e aprendizagem instrumental e outros focos; [...] o ensino e aprendizagem informal de música. Desse modo, o termo abrange todas as situações que envolvam ensino e/ou aprendizagem em música, seja no âmbito dos sistemas escolares e acadêmicos, seja fora deles. (ARROYO, 2002 *apud* CARMO; MAGALHÃES, 2011, p. 3).

Ou seja, vê-se aqui que, para Carmo e Magalhães (2011, p. 4), a aula de música realizada em ambiente hospitalar tem como objetivo proporcionar o ensino e a aprendizagem musical a crianças e adolescentes em situação de internamento para tratamento de saúde.

Em contrapartida, Neto e Omar acreditam que “as relações estabelecidas dentro da instituição hospitalar visam possibilitar a ressignificação da educação neste contexto, ao seguir pressupostos de Paulo Freire, voltados para a prática de uma educação libertadora” (SIMAS, 2012 *apud* NETO; OMAR, 2014, p. 7). Assim, a arte forneceria capacidade ao indivíduo para compreender a realidade, ajudando-o a transforma-la com objetivo de torna-la mais humana. Podendo, assim, compreender que a educação, nesse espaço, existe como forma de integração do indivíduo com a nova realidade social e que a prática artístico-pedagógica estaria além da transmissão de ideias, não sendo atividade de aplicação de método e técnica de ensino, mas se configurando como prática social no contexto hospitalar (NETO; OMAR, 2014, p. 7).

Acredita-se que impulsionar as práticas pedagógicas de arte/educação no ambiente hospitalar propiciaria o surgimento de um cenário educacional emancipador. Há uma especificidade nesta *práxis* pedagógica, pois ela dá margem para trabalhos significativos em arte, já que a prática educativa no hospital oferece um intenso diálogo com o indivíduo e seu contexto. (NETO; OMAR, 2014, p. 9).

Essa última visão dialoga muito com Violeta Gainza (1998 *apud* ANDRADE; ALONSO; LOURO, 2006, p. 64), que vê a educação musical como “modo de sensibilizar e desenvolver integralmente o educando, e capacita-lo para tornar possível seu sucesso ao conhecimento e prazer musical”.

Aqui vemos presentes figuras importantes, não só da educação musical, como o caso de Violeta Gainza, mas também da pedagogia, como Paulo Freire. Isso nos compele a trazer para a discussão a *pedagogia musical aberta*, e *modelo artístico de educação musical* elemento central para o desenvolvimento deste estudo.

De acordo com Simonovich (2009 *apud* BRITO, 2012, p. 114) a abertura pedagógica tem como objetivo não se vincular a modelos, mas sem ignorá-los. Implica em uma ampliação da visão; eliminar preconceitos e dogmatismos, aceitando outros modos de organização de ensino.

Mas [...] a real abertura é mental, é a aceitação, a compreensão e o aproveitamento da diversidade estética, filosófica, pedagógica,

ideológica e musical. É também a predisposição para agregar, para experimentar novas propostas e manter-se atento ao que emerge. O contrário da abertura é o fechamento, a limitação, a estagnação. Concluindo, a abertura pedagógica é uma posição humanista no campo da educação. (SIMONOVICH, 2009 *apud* BRITO, 2012, p. 114).

Segundo Violeta Gainza, a pedagogia musical aberta surgiu como uma resposta à situação musical latinoamericana no final do século XX “que, já nos anos noventa, em pleno neoliberalismo, rendera-se ao fascínio pelas modas e modelos educativos que vinham se multiplicando desde a década de 80” (GAINZA, 2011 *apud* BRITO, 2012, p. 114). As colocações da educadora musical argentina referem-se às mudanças que, segundo ela, enfraqueceram as relações entre reflexão e prática nos territórios da educação, enfaticamente na área das artes. Ainda sobre isso ela explica:

A implantação de um panorama pedagógico marcado por políticas neoliberais gerou o desenvolvimento de propostas marcadas pelo condutismo e pelo modelo curricular que já se instalavam nos territórios da educação desde a realização dos cursos de planejamento pedagógico sob os auspícios da UNESCO. Se de um lado era esse o panorama, por outro lado outra tendência emergiu, de modo que, nas últimas décadas do século XX, duas tendências colocaram-se, uma em oposição à outra: (a) o modelo didático ou curricular, fundamentado nos princípios teóricos da pedagogia geral defendida pelo neoliberalismo educativo e (b) o modelo artístico ou musical, apoiado nos aspectos práticos e ativos da pedagogia artística. (Gainza, 2011 *apud* BRITO, 2012, p. 114-115).

Sobre o modelo artístico de educação musical Simonovich afirma que:

Modelo artístico significa trabalhar com a música a partir da música, construindo conhecimentos a partir de uma fazer sensível e inteligente, diferente de um fazer meramente empírico. Com as reflexões e fundamentos teóricos pertinentes e sempre com base nas experiências vivenciadas pelo aluno. E, especialmente, contando com um elemento que se destaca na arte, que é a já mencionada criatividade, que surge de maneiras e de modos inesperados, invalidando uma planificação

exaustiva, de curto prazo. (SIMONOVICH, 2009 *apud* BRITO, 2012, p. 115).

Dessa maneira, trabalhar conforme os preceitos acima implica em contar com educadores musicais reflexivos que, sem descartar as contribuições provenientes de diversas propostas, trazidas por especialistas e pesquisadores, mantem-se dispostos a estudar, a ler, a pesquisar, etc.; educadores que refletem e transformam suas práticas dinamicamente, com base em suas experiências, em seus estudos e, especialmente, na observação de seus alunos (BRITO, 2012, p. 116). Dessa forma, Brito nos diz que considerar os aspectos que emergem no decorrer dos distintos processos torna-se uma questão essencial às pedagogias abertas, posto que fatos imprevistos demandam mudanças imediatas nos planejamentos pedagógicos, com vias a alcançar os objetivos em planos que tenham significado para os alunos.

Hans-Joachim Koellreutter também defendia posição semelhante, ainda que sem se valer da mesma terminologia, nos conta Teca Brito (2012, p. 116). O compositor e educador alemão dizia que o educador deve “facilitar situações para uma aprendizagem autodirigida, com ênfase na criatividade, em lugar da padronização, da planificação e dos currículos rígidos presentes na educação tradicional” (BRITO, 2009, p. 33 *apud* BRITO, 2012, p. 116).

Sendo assim, podemos entender que a pedagogia aberta e o modelo artístico de educação musical expandiram as possibilidades de trabalho com o ensino de música; novas maneiras de planejar e novos conteúdos para aprender. Além disso, de certa maneira, aumentaram também os objetivos e os lugares onde a educação musical poderia chegar; dentre eles, a humanização e o hospital.

### 3.1.3.2 A música à serviço da humanização

Nessa proposta de humanização, a música se insere como meio para a melhora da qualidade de vida do paciente internado, através do fazer musical, do agir sobre o objeto musical, no qual o paciente tem um papel ativo na busca de sua melhoria e alta hospitalar. As atividades musicais de cantar, tocar um instrumento e ouvir música podem

exercer um papel terapêutico e melhoria da qualidade de vida do indivíduo, além de caracterizar o ensino e aprendizagem da música. (SILVA JÚNIOR 2012, p. 172).

A humanização está entre os principais assuntos relacionados à saúde por parte da ação governamental. A prova é o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, onde o principal objetivo é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais de saúde entre si e do hospital com a comunidade. Segundo consta, busca-se também a valorização da dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde (BRASIL, 2001, p. 7).

Em 2004, o mesmo programa propõe a adoção da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão de Saúde (PNH), na rede de hospitais que integram o SUS, com a intenção de produzir mudanças nas formas tradicionais de gerir e prestar assistência à saúde. Para isso, a PNH sugere que sejam utilizadas ações que valorizem as relações interpessoais e o respeito mútuo, incentivando a cultura da paz nas unidades de saúde e a utilização das linguagens da arte, a fim de provocar reflexão sobre as atitudes cotidianas nas relações com o outro (PNHAH, 2004 *apud* LIMA; LINHARES; MAXIMIANO, 2010, p. 737).

Temos a música como elemento presente no cotidiano e na cultura dos seres humanos, sendo assim uma forte aliada aos programas que pretendem um atendimento mais humano às pessoas que passam por situações hospitalares estressantes. Considerada uma linguagem universal, a música se encontra presente nas atividades de diversos profissionais e em projetos variados com cunho terapêutico, sociocultural, de responsabilidade social, entretenimento, etc. (LEÃO, 2007 *apud* LIMA; LINHARES; MAXIMIANO, 2010, p. 736).

Pesquisas na área de saúde demonstram a importância da música como forma de humanização e cuidado do ambiente hospitalar, promovendo benefícios para pacientes e profissionais da saúde. É sabido também que:

Por meio de mecanismos já conhecidos, pode-se assegurar que os sons musicais ativam o sistema de recompensa do cérebro, liberando

neurotransmissores relacionados à sensação de prazer, como a dopamina e a serotonina. Isso faz com que se diminua a dor, a tensão; acelere a recuperação dos pacientes e minimize os efeitos do isolamento social se constituindo, portanto, em um excelente recurso para a promoção e recuperação da saúde. (LIMA; LINHARES; MAXIMIANO, 2010, p. 737).

Lima, Linhares e Maximiano (2010) realizaram um projeto cujo objetivo da educação musical era colaborar com o processo de humanização. A música serviu de recurso através de i) concertos didáticos; ii) visitas musicais nos leitos dos pacientes; iii) oficinas de canto coral para os funcionários do hospital.

O modelo de humanização hospitalar que será descrito no relato de experiências a seguir é, segundo a classificação de Lima, Linhares e Maximiano, o de visitação aos leitos dos pacientes. Essa prática ainda carece de estudos aqui no Brasil (ANGERAMI, 1998 *apud* LIMA; LINHARES; MAXIMIANO, 2010, p. 737) e acreditamos contribuir para sua divulgação e estudo com o relato de experiência.

Uma última ressalva deve ser feita, antes de seguirmos para a próxima parte do estudo, a respeito do papel da educação musical em projetos sociais. Carlos Kater, educador, propõe em seu texto “O que podemos esperar da educação musical em projetos de ação social”, de 2004, uma reflexão sobre a ampliação, do espaço e da função do educador musical, tendo em vista “explorar de maneira mais efetiva e pertinente os recursos oferecidos por sua ferramenta de trabalho e, assim, aproximar-se das necessidades efetivas, bem como de expectativas de setores da sociedade” (KATER, 2004, p. 43).

De acordo com o autor, em muitos dos projetos de ação social existentes vemos a música presente, quase sempre, na condição prática de elemento de integração social. Conforme o projeto, sua função se estende também, algumas vezes também, à artística. Se isso ocorresse com mais frequência, produzindo resultados para além do “satisfatório”, talvez nos restasse apenas requerer essa mesma utilização em outros projetos já existentes e futuros. Ocorre, contudo, que ela se mostra consideravelmente subaproveitada em seu potencial formador de modo que, ao invés de ser um valioso recurso educativo, acaba sendo empregada mais numa espécie particular de lazer ou passatempo (KATER, 2004, p. 44).

Essa situação resulta de uma análise fragmentada da realidade – compreensão parcial da demanda –, implicada por sua vez numa condição específica de classe e ideologia (com tudo o que esse termo evoca). Como consequência nos deparamos com a inexistência de programas de formação de profissionais com competência para atuarem diretamente em empreendimentos de ação social (bem como junto a instâncias administrativas e pedagógicas, no planejamento, coordenação, orientação ou supervisão de seus projetos), que contemplem uma abordagem mais associada à rede de conhecimentos de áreas afins (psicologia, pedagogia, sociologia, serviço social...) e sobretudo uma qualificação da formação pessoal do próprio educador, sob a luz de um enfoque humanizador da educação musical. (KATER, 2004, p. 44).

O que queremos dizer aqui é que, ainda nas palavras de Kater (2004, p. 44), a música e a educação são produtos da construção humana, de cuja conjugação pode resultar uma ferramenta original de formação capaz de promover tanto processos de **conhecimento** quanto de **autoconhecimento** (grifo nosso). E, nesse sentido, entre as funções da educação musical teríamos a de favorecer modalidades de compreensão e consciência de dimensões superiores de si e do mundo, de aspecto muitas vezes pouco acessíveis no cotidiano, estimulando uma visão mais autêntica e criativa da realidade.

Esse ponto levantado é de suma importância para esse trabalho, pois diz respeito a tópicos pouco explorados na nossa formação enquanto educadores, e com o qual trabalhamos diariamente dentro do hospital.

Sendo assim, partimos agora para a descrição do trabalho de humanização em UTINs, onde traremos alguns pontos pertinentes da nossa prática, considerações sobre o espaço da perspectiva do arte-educador e de que maneira utilizamos a música nesse processo.

### 3.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A presente pesquisa foi desenvolvida por nós, discente do curso de Licenciatura em Música da Faculdade Santa Marcelina, e arte-educador

contratado da Associação Arte Despertar (AD), pela qual realizamos nossos atendimentos na UTIN do Incor – HCFMUSP, entre o mês de fevereiro e março de 2020.

Assim como Silva Júnior (2012), optamos por desenvolver uma abordagem descritiva, tendo em vista a subjetividade que envolve a relação homem-música, especialmente dentro do ambiente hospitalar, levando em consideração a quantidade de elementos que influenciam nos atendimentos de humanização em leitos.

*A priori*, tínhamos como intuito trazer também abordagens quantitativas e qualitativas dos atendimentos, entrevistas semiestruturadas, documentação das atividades executadas e depoimentos. No entanto, a pandemia do Coronavírus, e o decreto da quarentena em todo o estado de São Paulo, a partir do dia 24 de março<sup>2</sup>, forçaram a suspensão de todas as atividades de humanização e de voluntariado no Incor, bem como a da atuação da Associação Arte Despertar, de modo que a presente pesquisa teve de ser encerrada de maneira precoce, inviabilizando, assim, etapas do nosso planejamento inicial.

Desta forma, procuraremos aqui, com base no mês que tivemos de trabalho, descrever a dinâmica da nossa atuação, trazendo à discussão elementos que influenciam na qualidade do trabalho – ambiente; paciente, família e equipe médica; arte-educadores; repertório -, além de reflexões acerca da educação musical e o auxílio que ela presta ao processo de humanização hospitalar.

É importante reforçar que a grande presença da subjetividade, somada à impossibilidade de coletar dados, realizar entrevistas e colher depoimentos, e ainda, a falta de bibliografia (ANGERAMI, 1998 *apud* LIMA; LINHARES; MAXIMIANO, 2010, p. 737) quando tratamos da humanização hospitalar no estilo de *visitas musicais aos leitos* e o contexto de pandemia fizeram com que esse trabalho tenha sido bastante desafiador.

---

<sup>2</sup><<https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/03/quarentena-comeca-a-valer-nesta-terca-feira-em-todo-o-estado-de-sp.shtml>> Acesso em: 30 out. 2020.

### **3.2.1 Institucional**

A Associação Arte Despertar<sup>3</sup> (AD) é uma organização social atuante há 23 anos em hospitais públicos e filantrópicos de São Paulo e que adota a música, a narração de histórias e as artes plásticas para ressignificar o momento vivido pelos pacientes. A ação envolve também seus acompanhantes e profissionais da saúde e tem como objetivos: i) recuperar a autoestima do paciente; ii) resgatar suas experiências, conectando com as suas histórias e vida com o momento em que está atravessando; iii) humanizar as relações e o ambiente beneficiando o hospital como um todo.

O projeto ocorre, atualmente, em sete hospitais da capital paulista: Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança (GRAAC), Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Incor, Santa Casa de São Paulo, Hospital Municipal Tide Setúbal e Hospital Infantil Darcy Vargas.

Para o trabalho de humanização hospitalar, a associação conta com uma equipe técnica de 15 arte-educadores (8 musicistas e 7 contadores de história), 1 pedagogo e 1 psicólogo.

Em janeiro, os arte-educadores foram divididos em duplas (um musicista e um contador de história) que atuariam em um dos hospitais parceiros ao longo do ano de 2020. Dentro de cada hospital são delimitadas as áreas em que as atuações deverão ocorrer, conforme as necessidades de cada instituição.

A carga horária cumprida dentro do hospital é de 8h semanais dividida em turnos de 4h, que podem acontecer em um ou dois dias da semana. Procura-se variar os espaços dos atendimentos entre os dias para que mais pacientes e mais profissionais da saúde possam ser atendidos, ampliando assim o número de áreas humanizadas. Podemos considerar aqui que a frequência de atendimento para uma determinada ala era de uma semana.

### **3.2.2 Modelo de atuação e os impactos estruturais do hospital**

Seguindo os tipos de ações de humanização hospitalar com música trazidos por Lima, Linhares e Maximiano (2010, p. 741), o modo de trabalho da

---

<sup>3</sup> <https://artedespertar.org.br>. Acesso em: 30 out. 2020.

AD se encaixa melhor com a classificação “Visitas musicais aos leitos”, embora os atendimentos não sejam restritos ao espaço físico dos leitos em si.

Essa linha de atendimento proporciona uma proximidade muito grande entre os arte-educadores e aqueles que estão sendo atendidos, sejam pacientes, familiares ou equipe médica. Essa proximidade não é apenas física, ela ganha caráter de intimidade, especialmente com os pacientes e seus familiares, já que ao adentrar o leito de alguém, essa pessoa está abrindo um pouco do seu mundo e da sua vida conosco. Assim sendo, essa abertura, somada à proximidade física, permite a criação de uma conexão, um elo de troca, que será fundamental para que o atendimento ocorra.

A doença que o paciente possui, seu quadro de evolução, seu estado de saúde em geral e o ponto do tratamento em que ele se encontra também serão fatores determinantes para o desenvolvimento dos atendimentos. Um paciente com uma doença grave é uma pessoa diferente daquele com um quadro mais brando; um paciente que está em plena evolução rumo a alta apresenta-se uma pessoa distinta daquela cujo o quadro piora ou que é estável, mas num estado de saúde ruim; um paciente que está livre das dores é uma pessoa diferente daquela que as sente; bem como uma pessoa que ainda não foi operada (e está ansiosa) é uma pessoa diferente daquela que está se recuperando da cirurgia. Como podemos ver, entram também na equação dos atendimentos o estado físico e mental em que os pacientes se encontram, e as são diversas as suas variáveis.

Dessa forma, podemos afirmar que é a partir dessa conexão estabelecida entre as partes é o elemento que irá condicionar toda a dinâmica do trabalho. É ela quem irá ditar, por exemplo, a duração dos atendimentos, a temática das histórias e das músicas e que tipo de relação se estabelecerá entre atendentes e atendidos.

Com toda essa proximidade e refinamento de interação é possível dizer que cada atendimento é único, mesmo que ocorrendo mais de uma vez com um mesmo paciente. Temos aqui o tempo como um fator determinante dessa dinâmica, já que, por se tratar de um ambiente de tratamentos e de recuperação/manutenção de saúde, a perspectiva de uma semana entre um atendimento e outro, dentro do contexto da UTIN, possibilita que os quadros dos pacientes evoluam, é de modo que a cada encontro é como se encontrássemos

peças novas. Digo, mesmo quando encontramos um mesmo paciente ele já não é a mesma pessoa do atendimento anterior, logo, esse novo atendimento não será igual.

Outro fator importante na dinâmica dos atendimentos é qual ala do hospital em que ocorrerá o atendimento. O ambiente exerce influência nos atendimentos através de duas frentes, as suas características espaciais e os aspectos psicológicos. O primeiro, diz respeito a maneira com que a ala é organizada, ou seja, de que maneira os pacientes estão dispostos no ambiente (quartos individuais, em duplas ou trios, salas coletivas) e como é feita a divisão entre os pacientes (biombos, cortinas, paredes ou sem divisão). Já o segundo nos diz respeito à condição dos pacientes e quais os desafios que eles estão enfrentando na sua internação.

Por exemplo, pacientes com problemas ortopédicos (fraturas ou deslocamento de ossos) apresentam uma condição física diferente daqueles que precisam fazer uma sessão de quimioterapia. Os desafios em cada um dos casos são singulares e bem como a maneira com que impactam a vida das pessoas. Do mesmo modo que um paciente na unidade de queimados estará fisicamente e mentalmente disposto de maneira diferente daquele paciente na UTI.

Além disso, pelos diferentes tipos de tratamento que são feitos dentro de um hospital percebemos que a ala também é determinante no tempo de recuperação de cada paciente, e por consequência, na quantidade de atendimentos que costumamos fazer com cada indivíduo. Por exemplo, o intervalo de uma semana dentro de uma UTI é muito grande em comparação com um paciente na ortopedia.

Outro ponto que irá interferir nos atendimentos é a paisagem sonora do ambiente (SCHAFER, 2011, p. 107-184). A quantidade maior ou menor de pessoas no lugar, dispositivos eletrônicos de uso pessoal (celulares) e coletivo (televisão), a sua rotina (horário de refeições, abertura para visitantes, número de pacientes e equipe médica), refrigeração da sala (ar-condicionado, ventilador ou janelas), os tipos de procedimentos médicos aplicados e os equipamentos à disposição, são alguns dos fatores que irão compor a paisagem de sons de cada ambiente e que ajudarão na escolha de músicas, instrumentos e intensidade do canto.

Esses foram os elementos do ponto de vista macro que condicionam o nosso atendimento, eles dizem respeito aos aspectos gerais da estrutura fornecida pelos hospitais, os equipamentos, o espaço e características que as diferentes alas apresentam.

Agora passamos para os aspectos do plano micro, ou seja, o plano daquele que é atendido por nós, que podem ser colocados aqui de maneira mais generalizada.

### **3.2.3 Equipamentos**

Para esse trabalho é obrigatório a utilização do avental da Arte Despertar, que serve para proteger e distinguir os arte-educadores da equipe médica do hospital.

Cada musicista leva consigo um instrumento que irá dar suporte ao seu atendimento, ao seu canto, sendo que a sua escolha varia conforme as habilidades do arte-educador. A lista de instrumentos disponibilizados pela AD é variada, mas sua utilização não é obrigatória, já que, caso prefira, o musicista pode levar seus instrumentos pessoais para os atendimentos.

O trabalho no hospital requer mobilidade e praticidade, portanto, é recomendável a utilização de instrumentos de fácil transporte e portabilidade. Além disso, por se tratar de um ambiente em que as pessoas estão passando por um momento fisicamente delicado, é prudente utilizar instrumentos em que se possa ter um controle da intensidade do som. Além disso, não se pode depender de energia elétrica para que o instrumento funcione, sendo assim, o trabalho é feito, necessariamente, com instrumentos acústicos. Aqui estão alguns dos instrumentos mais utilizados pela equipe: violão, viola caipira, cavaco, sanfona, pandeiro, ganzá, guizos, triângulo, carrilhões.

É comum que os musicistas carreguem consigo mais de um instrumento para ampliar o seu leque de opções na hora dos atendimentos (a associação disponibiliza uma bolsa para que possamos carregar tudo conosco).

No meu caso, para acompanhar as músicas que possuo no meu repertório, utilizo o violão como instrumento principal, e sempre tenho comigo um par ganzás e um pandeiro.

### 3.2.4 O Atendimento

O momento que entramos no leito e iniciamos o atendimento propriamente dito é a última etapa de uma série de indagações que fazemos ao chegar na UTIN. Para decidirmos com qual música ou história iremos executar é necessário estar conectado com o ambiente ao redor e em sintonia com a equipe médica e, principalmente, com quem está sendo atendido.

Nós já mencionamos, anteriormente, que o ambiente onde o atendimento ocorrerá traz consigo diversas características que irão influenciar diretamente na escolha do repertório, e por consequência na qualidade do atendimento: se está muito movimentado, quais as demandas que os pacientes possuem, sua recuperação, os procedimentos que foram/serão submetidos, bem como o dia da semana e o horário, entre outros.

Como os dias nunca são iguais dentro de um hospital, a primeira coisa que fazemos ao chegar na UTIN é nos dirigir à estação dos enfermeiros, uma espécie de quiosque no centro da unidade, onde ficam os computadores da equipe médica e os prontuários dos pacientes. Ali pedimos as primeiras informações a respeito dos pacientes: perguntamos se é possível trabalhar naquele dia (já aconteceu de um paciente falecer poucos minutos antes de chegarmos à UTIN e os enfermeiros pedirem para voltar outro dia); perguntamos se há alguma precaução de contato (em certos casos os pacientes estão, ou não podem pegar, uma doença transmitida por vias aéreas, o que implica em não podermos atendê-los ou atendê-los apenas da porta, sem entrar no leito); perguntamos se tem algum paciente em especial que seria bom atendermos (pacientes que estão para receber alta geralmente são indicados para que façamos uma “festa” na sua despedida, ou então pacientes que estão em um momento muito difícil e que precisam muito de atendimento); também perguntamos se a equipe de médicos e enfermeiros gostaria de ouvir uma música ou uma história (raramente eles não aceitam).

Assim, passada essa primeira etapa de ambientação, nós nos dirigimos aos leitos, onde acontece a principal parte da humanização, o contato com familiares e pacientes.

Ao chegar no leito, a primeira coisa que fazemos é pedir licença para ver se podemos entrar – já mencionamos que o leito é um lugar de intimidade e é

preciso ter compreensão do momento que as pessoas estão passando e que nem sempre elas estão dispostas a ouvir o que queremos falar para elas.

Geralmente, a mãe, ou algum outro responsável, é quem fica aos cuidados do bebê, mas caso isso não aconteça tem sempre alguém da equipe de enfermagem presente nos leitos. Via de regra preferimos realizar o atendimento com a presença dos pais, justamente para poder conhecer melhor a história da criança, no entanto, caso eles tenham ido embora, ou demorem para retornar o atendimento acontece sem a sua presença (há também a possibilidade de seguirmos para outro atendimento e voltar mais tarde). Antes de tocarmos alguma música ou contarmos uma história, conversamos um pouco com a mãe para saber, por exemplo, como que eles (mãe e bebê) estão se sentindo naquele dia e se estão dispostos a ouvir o que nós arte-educadores temos para oferecer. Esse primeiro contato é muito importante, é nele que a relação de confiança se estabelece entre as partes e é dele que irão surgir os temas que nos ajudarão na escolha do repertório a ser executado no atendimento.

Não há protocolo ou fórmula certa para como essa conversa deva ser conduzida, os pais podem tanto achar estranho duas pessoas entrarem no seu leito, vestindo avental, mas empunhando um violão e outros apetrechos e isso os deixar desconfiados, reclusos, como essa mesma dupla os suscitar curiosidade e ânimo. Nos dois casos, cada impressão acarretará em processos diferentes, mas estaremos sempre buscando uma boa comunicação e a abertura para que possamos executar nosso trabalho.

Procuramos também, muitas vezes, saber um pouco sobre a família da criança: se a mãe ou os pais são jovens, se são de São Paulo ou vieram de outro lugar, há quanto tempo estão no hospital e um pouco sobre as condições sociais e econômicas daquela família. Também costumamos perguntar se a mãe tem o hábito de contar histórias e cantar músicas pro bebê e quais seriam essas.

Vale dizer que muitas vezes, durante conversas, os responsáveis se abrem quanto ao quadro clínico do bebê, explicam diversos aspectos, qual a doença, o que estão esperando, há quanto tempo estão ou irão esperar. Por outro lado, há pessoas que não comentam nada sobre o fato de estarem ali, que preferem focar em outros pontos. Esse é um ponto muito interessante do

trabalho porque vemos como as pessoas reagem de diferentes com as adversidades.

Há também casos de pais que se mostram indiferentes com a nossa presença ali, não querem conversar e tampouco demonstram interesse (podem estar dormindo, vendo vídeo ou jogando jogos no celular).

Às vezes também uma enfermeira está junto nesse momento e também nos oferece informações sobre o bebê – diz se ele se alimentou, se teve um dia agitado ou se conseguiu dormir bastante.

Esse contato com os enfermeiros e médicos, pacientes e familiares já configura o que estamos chamando aqui de atendimento. Mas esses questionamentos, que são muito importantes, configuram uma etapa prévia, de ambientação, que nos encaminhará para a execução de um repertório.

### **3.2.5 O Repertório**

Como já falamos aqui, através das informações que coletamos no processo de ambientação é possível entender qual repertório se encaixará melhor nos atendimentos daquele dia. As informações passadas pela equipe médica, bem como a nossa própria percepção do lugar nos ajudam a entrar em sintonia com o ambiente. Já a conversa com os familiares e com a enfermeira responsável por cada leito nos ajuda a entender o contexto daquele paciente específico, conhecer sua família e suas origens. Procuramos perguntar também sobre qual tipo de música e histórias os familiares costumam contar pro bebê para entendermos que tipo de sonoridade ele está acostumado a ouvir.

Estudos sobre música e bebês mostram como é importante cantar para os filhos ainda no período de gestação, processo esse que irá contribuir para o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho (FRIDMAN, 2000; QUEIROZ, 2006; PERLIN; OLIVEIRA; GOMES, 2011) e também irá contribuir com a formação subjetiva do bebê (MACHADO, 2012).

Importante lembrar que nosso objetivo aqui é, em larga medida, amortizar os efeitos da internação do RN e abrandar o que for possível dessa experiência para ele e sua família (RUBIA; TORATI, 2015; GIACHETTA et al, 2010;

NASCIMENTO et al. 2017). Além de tornar o ambiente menos hostil para aqueles que lá trabalham (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011; VILA; ROSSI, 2002).

Como arte-educadores não temos condições técnicas para ler, do ponto de vista médico, as respostas do bebê ao ouvir uma canção que lhe é familiar do período de gestação. Porém, esse repertório e essa reação, que é o que procuramos ao conversarmos com familiares e médicos sobre a história daquele bebê, vão muito de encontro com a fala de Kater (2004), que trouxemos no capítulo anterior, a respeito do potencial de acesso ao autoconhecimento que a educação musical proporciona. Ao cantarmos estamos justamente querendo acessar uma memória que retire, mesmo que momentaneamente e mentalmente, aquele sujeito daquele ambiente; é evocar a subjetividade de um indivíduo que ainda não pode se desenvolver por completo, e que ainda está decifrando o que é a vida extrauterina; é fazer-lo tomar contato com o que já lhe é conhecido, familiar, seguro.

Dessa forma, essas trocas de informações são momentos preciosos, que contribuem significativamente, na escolha do que tocar no atendimento. Somado a essa questão ocorre a contribuição de um novo elemento: a subjetividade do próprio arte-educador. Há de se ter em mente que nem sempre será possível acessar o repertório próprio de cada paciente, e que isso não é necessariamente um problema porque as músicas que o arte-educador trouxe com a sua bagagem também podem suscitar boas respostas no paciente. Carlos Kater, em outra passagem do seu texto traz uma fala que é pertinente para esse momento:

A direção do processo educativo musical em ações sociais parece sempre se desenvolver de maneira análoga à de como escrevemos um texto ou criamos uma música. Temos um projeto em mente, algumas hipóteses de construção, várias informações disponíveis, muitas ideias a realizar, inúmeras alternativas de desenvolvimento, inimagináveis possibilidades de agenciamento... [ ] Lidamos com diálogos, da consciência de onde estamos com a emergência daquela onde estaremos no instante seguinte. Possuindo acesso a rico patrimônio de conhecimentos, técnicas e métodos diversos, a dificuldade maior de trabalho reside no encontrar uma linha, um fio condutor que dê sentido às ideias básicas, organicidade lógica a todo o discurso, coerência entre ser, pensar, fazer. Por isso, especialmente nos primeiros momentos, mas ao longo de todo processo também, necessitamos da

justa percepção de quem somos e quem são aqueles que procuramos formar, tão necessário saber ouvir o que há de ser dito (padrões e expectativas) tão importante forjar recursos de expressão a partir da exploração de potenciais. (KATER, 2004, p. 50).

Se por um lado temos todo o ambiente hospitalar, a ala, os pacientes e sua subjetividade como elementos que agem sobre o arte-educador e o impactam, existem também o lugar desse arte-educador dentro do hospital; o arte-educador também como um elemento daquele ambiente, que também é ativo e que atua modificando as coisas ao seu redor. Da mesma forma que o hospital e os pacientes, mesmo que repetidos, nunca são iguais de um dia pro outro, podemos dizer que o mesmo acontece com o arte-educador.

O arte-educador também é um ser humano, dotado de sua própria subjetividade, que possui a sua trajetória e formação única como músico. Ele irá dispor de um certo repertório, seu, que estará à disposição para as diversas situações que possa encontrar dentro de um hospital, dentro de uma UTIN.

Por se tratar de um ambiente com um recorte de idade é natural que haja um esforço em direção ao domínio de músicas que sejam coerentes com aquela fase da vida: canções de ninar, brincadeiras com músicas e cantigas populares são músicas que fazem parte do repertório considerado infantil. No entanto, não há no nosso caso nenhum tipo de restrição em relação ao repertório, eventualmente, por conta de conversas com pais ou enfermeiras, pela interação com o repertório do parceiro contador de histórias, ou então por vontade e ímpeto próprio, o arte-educador pode julgar que uma música que não se encaixe nessa classificação possa ser apresentada em um atendimento.

Entendemos, assim, que é uma miríade de situações e estímulos que nos levam a escolher qual música tocar em um atendimento – que por sua vez não possui um tempo definido ou um número fechado de músicas e histórias a ser feito.

Depois de executada uma música temos a reação dos participantes do atendimento, e bem como tudo que viemos falando até aqui, não existe um padrão de reação por parte dos atendidos. Nunca se sabe o que uma música pode suscitar no ouvinte, pode ser riso, tristeza, choro; pode tanto dar

esperança, como ser um choque de realidade. Isso tudo está fora do controle do arte-educador.

### 3.3 PERSPECTIVAS PÓS-PANDÊMICAS

A pandemia do Coronavírus trouxe uma série de impactos para a sociedade, dentre eles o lockdown, o distanciamento social e novos hábitos de higiene – pelo menos até a chegada de uma vacina ou o alcance da imunidade de rebanho<sup>4</sup>. A sobrecarga sofrida pelo sistema de saúde obrigou os hospitais a mudarem suas rotinas e cancelarem todos os tipos de serviços prestados ali que não fossem diretamente relacionados com o tratamento de doentes. Dessa maneira, serviços de humanização e voluntariado, por exemplo, foram desativados até segunda ordem.

A partir de setembro, no entanto, pessoas que trabalham como voluntários no Incor puderam retomar suas atividades, tendo em vista que o número de internados com Covid diminuiu. Dessa forma, retomamos as atividades de humanização realizadas através de recursos digitais das chamadas de vídeo. Essa nova fase dos atendimentos iniciou-se no dia 2 de setembro de 2020, ocorrendo todas as quartas-feiras – exceto feriados.

A dinâmica funciona assim: o voluntário possui o meu número de celular e o da minha dupla (a mesma do começo do ano quando os atendimentos eram presenciais). Ele nos liga por vídeo quando chega a um leito para iniciar o atendimento.

O resto da dinâmica segue parecido com o presencial, na qual questionamos o paciente e a partir das respostas extraímos o repertório de músicas e histórias para contar a ele ou então executamos algo que nos inspire.

Uma diferença fundamental entre os atendimentos remotos em relação aos presenciais é fato de os arte-educadores não terem autonomia para poder escolher quem irão atender, tampouco a área do hospital onde atuar. No modelo atual – que não sabemos por quanto tempo se estenderá –, está a cargo do

---

<sup>4</sup> De acordo com o Instituto Butantan, imunidade de rebanho é a “forma de proteção indireta contra doenças infecciosas que ocorre quando uma determinada porcentagem da população se torna imune a uma infecção”. Disponível: <<https://coronavirus.butantan.gov.br/index>> Acesso em: 08 dez. 2020.

voluntário a escolha de qual ala e quem serão os atendidos. Essa suspensão da autonomia adiciona ao trabalho uma camada extra de imprevisibilidade já que não sabemos nada até o instante em que o serviço se inicia.

Outra mudança em relação a maneira como funcionavam os atendimentos presenciais é que, com as chamadas de vídeo, é possível contatar os familiares dos pacientes. Por causa da pandemia nenhum paciente pode ficar com um acompanhante, o que acarreta uma solidão excessiva, dificultando o período de internação e eventualmente a própria reabilitação.

Com a tecnologia essa distância pode ser superada, acrescentando aos atendimentos uma camada que era difícil de se acessar. Antes, quando perguntávamos aos pacientes ou acompanhantes como era, por exemplo, a casa deles ou onde moravam, contávamos apenas com a ilustração evocada pelo seu relato. Nesse novo momento, conseguimos ver esses lugares; podemos associar o que se diz no atendimento com uma imagem (diversas vezes a imagem inclusive substitui a própria fala); é possível ver a fisionomia de um parente, que antes só era possível de ser acessado pela palavra. Ou seja, é possível agora transportar não só a família, que de certa forma já estava presente nos atendimentos presenciais, mas o conjunto família e lar, amplificando e potencializando ainda mais a humanização e seus efeitos.

Por outro lado, nessa situação estamos *à mercê* da tecnologia e da internet. O hospital é um ambiente grande, com muitas paredes grossas, salas e equipamentos eletrônicos; é difícil garantir que todos os cantos tenham um bom sinal de Wi-Fi ou de 4G. Além disso, o atendimento depende não só da internet do voluntário, mas também dos arte-educadores e dos familiares – o que nem sempre era possível. Dessa forma, a comunicação entre as partes muitas vezes era difícil, a ligação com muitas interferências deixava difícil de dizer se a música e a história foram captadas com qualidade pelos pacientes, e na outra via, tínhamos dificuldades na compreensão do discurso em diversas ocasiões.

Veza ou outra, quando o atendimento não pôde acontecer, os arte-educadores gravavam um vídeo ou um áudio contendo uma música e uma história. Esse material era enviado para os voluntários por Whatsapp e eram exibidos para os pacientes conforme o combinado entre ele e o Incor.

Com a transição de um lugar para o outro era demorada, ainda mais com os protocolos de segurança reforçados dentro do hospital, raramente era possível executar mais do que dois atendimentos dentro do horário de trabalho.

Não há na política de trabalho da AD uma recomendação de quantos atendimentos devem ser feitos por hora, o ideal sempre foi priorizar a qualidade em detrimento da quantidade. No entanto, sentíamos que muito tempo era destinado a essa mudança de ambiente, o que é diferente quando comparado com a dinâmica dos atendimentos presenciais.

Fazendo um exercício de previsão, não consigo ver o atendimento virtual substituindo por completo a humanização presencial. Acredito que um dos pontos principais da humanização é poder estar perto dos pacientes – no sentido de presença física -, como forma de amortização do ambiente gelado e estéril da UTIN, trazendo calor e afeto por meio da música, da arte e da cultura. No entanto, é possível que parte dos atendimentos possa ser feita nesse modelo virtual e que se acrescente a possibilidade de fazer vídeo chamadas para incluir parentes mais distantes que não podem acompanhar o paciente. Esse último, provavelmente, foi um ponto positivo que podemos tirar de toda essa experiência.

A adaptação a uma nova vida pós-pandêmica é talvez o maior desafio para a sociedade como um todo e a humanização também terá que encontrar os seus próprios caminhos nesse novo mundo.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com essa pesquisa pudemos observar que o ambiente da UTIN é agressivo para todos aqueles que circulam por ele: pacientes, familiares e bebês. Dessa forma, é imperativo haver ações de humanização para que os efeitos da permanência em tal lugar sejam, ao menos, atenuados. Ações essas, que por sua vez, são garantidas na lei, podendo ser feitas de diversas formas, e que encontram nas artes, em especial a música, uma grande aliada.

A música, no que lhe concerne, possui uma gama de possibilidades de engajamento dentro do ambiente hospitalar: apresentações de músicos profissionais e amadores, musicoterapia e também educação. Neste trabalho,

ao nos debruçarmos sobre as possibilidades de atuação do educador musical dentro do hospital, percebemos que dentre as suas alternativas estão i) as classes hospitalares, que emulam o ambiente escolar para pacientes, de modo que os eles sejam também alunos comuns e que têm matérias comuns (português, matemática, história e, no caso, música); e ii) a humanização, que apresenta também uma série de possibilidades: concertos didáticos, oficinas de canto coral e visitas musicais nos leitos dos pacientes.

Vimos assim, que a demanda de humanização que o hospital possui, em especial a UTIN, está ao alcance da educação musical. No entanto, para que a humanização seja encarada como uma atividade pedagógica, é preciso refletir sobre a definição de educação que está sendo adotada.

Casos seja enxergada como um processo acadêmico de transmissão de conhecimento, apenas as classes hospitalares podem ser consideradas um ambiente passível de atuação para educadores musicais. Em contrapartida, ao adotarmos noções mais amplas de educação, como no caso das pedagogias musicais abertas e dos modelos artísticos de educação musical, é possível incluir a humanização na atuação desses educadores. Possibilitando assim, a realizar interações não só com aqueles pacientes em idade escolar, mas com todos os internados, e também incluindo médicos, enfermeiros e todos aqueles que trabalham, ou prestam serviços a instituição. Em suma, o hospital, com toda sua equipe e estrutura, tornam-se um terreno a ser explorado pelos educadores musicais.

É importante destacar que apresentamos aqui uma tríade, com áreas de atuação distintas, mas que dialogam entre si, o educador que humaniza, o musicoterapeuta e o enfermeiro. Todos possuem um objetivo comum que é promover a melhora da vida do paciente, no entanto, o método e as ferramentas utilizadas para que isso seja alcançado é o que os distingue entre si:

- a) Educadores humanizadores e musicoterapeutas, no nosso caso, possuem a música como ferramenta comum para alcançar o tal objetivo. Entretanto, os métodos empregados são totalmente distintos; enquanto o educador procede com perguntas sobre a vida da pessoa afim de encontrar alguma música em seu repertório que a transporte para um lugar familiar, de conforto, o musicoterapeuta engaja procedimentos de

exames e testagens para estabelecer a melhor estratégia para o seu tratamento (aqui no seu sentido medicinal);

- b) Musicoterapeutas e enfermeiros, apresentam similaridades nas suas técnicas. Voltados à saúde, ambos realizam testes e exames, trabalham com históricos de doenças e prontuários, porém, não possuem as mesmas ferramentas de conhecimento; um entende e está apto a utilizar a música nos procedimentos de cura, enquanto o outro sabe trabalhar com medicamentos e outros procedimentos médicos;
- c) Já educadores e enfermeiros não possuem nem ferramentas, nem métodos similares para alcançar a melhora dos pacientes;

Desse modo, é possível percebermos que esses três profissionais são insubstituíveis, pois atuam de maneira distinta sobre o paciente. Isso tampouco impede que eles possam trabalhar de maneira coordenada e concomitante. Justamente por serem áreas diferentes, mas com ferramentas ou métodos similares, é que as funções se tornam complementares, de modo que suas ações podem acarretar em melhoras consideráveis no período de internação ou pós.

Na parte final do trabalho procuramos descrever, através de um relato de experiência, a dinâmica de um arte-educador que atua com humanização hospitalar em UTINs, mais especificamente com visitas musicais aos leitos, e evidenciar quais são os fatores que influenciam no seu trabalho e na dinâmica dos seus atendimentos. Dada a pandemia de Coronavírus e a quarentena vivida desde março de 2020 (e ainda sem saber o que acontecerá em 2021) a presente pesquisa teve de ser adaptada, e não pode contar com materiais que seriam coletados em campo, já que os atendimentos foram suspensos durante boa parte do período de desenvolvimento do trabalho. Sendo assim, foram trazidas, como maneira de compensar essa situação, e como complemento à pesquisa, impressões do que foi trabalhar com humanização remotamente, num contexto de pandemia global; também foram feitos exercícios de projeção para o futuro, buscando extrair aprendizados das experiências do presente e tentando entender de que maneira a humanização poderá vir a ser realizada quando o mundo tiver, enfim, assimilado as mudanças acarretadas por essa pandemia.

Extraímos dessa pesquisa que a educação musical precisa estar atenta para outros ambientes que não apenas as salas de aulas. Concordamos com Carlos Kater (2004), que nos trouxe a importância e a potencialidade que a

educação musical possui dentro de projetos de ações sociais; como ela é subaproveitada, de maneira geral, e como a formação de educadores musicais não provém condições para que esses profissionais atuem em áreas de projetos sociais. Percebemos que existem muitos diálogos entre o que Kater nos conta e os processos de humanização hospitalar e que as demandas de um valem para o outro.

Uma das principais motivações para se realizar essa pesquisa foi a pouca quantidade de fontes que abarcassem o tema da humanização no que diz respeito às visitas musicais aos leitos – todas as vezes que encontrávamos algo falando sobre esse tipo de atuação na humanização eram fazendo referência ao mesmo artigo de 2010 de Lima, Linhares e Maximiliano.

Além disso, havia uma outra motivação, pessoal, para a execução desse trabalho: refletir sobre a humanização hospitalar e tentar conectar de maneira mais firme o modo com que ela dialoga com a educação musical – coisa que no começo dessa pesquisa não era nada clara.

Acredito que a humanização deva crescer nos próximos anos, especialmente passada a pandemia do Coronavírus. Penso isso em decorrência de, em primeiro lugar, o trauma e sobrecarga que o nosso sistema de saúde está sofrendo e que carecerá de uma atenção especial depois que a situação se resolver; segundo, porque a educação musical precisa expandir-se, e apropriar-se em definitivo dos espaços que ela pode atuar.

Esse momento de reclusão e reflexão compulsório, somado ao destaque que os hospitais e a saúde ganharam no nosso dia a dia – com notícias, boletins médicos, etc. -, bem como toda a tensão acumulada por não se saber quanto tempo viveremos sob essa ameaça, deverão fazer com que os olhos dos educadores musicais se voltem para os espaços hospitalares. Por oportunidade, mas principalmente pela necessidade de levar humanidade para os médicos e enfermeiros que estavam na linha de frente nesse momento tão difícil.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francismeuda Lima. **A música na Promoção do Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva**. 2012. 65 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2012.

ANDRADE, Alex Ferreira de; ALONSO, Luis Garcia.; LOURO, Viviane dos Santos (prep.). **Educação musical e deficiência: propostas pedagógicas**. São José dos Campos, SP: Ed. do Autor, 2006. P. 63-67.

ASSOCIAÇÃO ARTE DESPERTAR. 2020. Disponível em:  
<<https://artedespertar.org.br>>. Acesso em: 30 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO ARTE DESPERTAR. 2020. Disponível em:  
<<https://artedespertar.org.br/o-que-fazemos/atendimento-nos-hospitais/>>.  
Acesso em: 30 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 7.498/86, de 25 de jun. 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Brasília, DF, 1986. Disponível em:  
<[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>.  
Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 930, de 10 de mai. 2012. Define as diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Brasília, DF, 2012. Disponível em:  
<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>.  
Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 7.853, de 24 de out. 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências, sua integração social. Brasília, DF, 1989. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm)> Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de jul. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 693, de 5 de jul. 2000. Aprova a Norma de Orientação para a implementação do Método Canguru. Brasília, DF, 2000. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRITO, Teca Alencar de. **FLADEM – Fórum latinoamericano de educação musical: Por uma educação musical lationamericana**. Revista da ABEM, vol. 20, nº 28. Londrina, PR, 2012.

CARMO, Rosângela Silva do; MAGALHÃES, Luiz César Marques. **Música no hospital: Educação musical ou musicoterapia?** X ENCONTRO REGIONAL NORDESTE DA ABEM. Recife, PE. 2011. P. 1-11. Disponível em:

<<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/idiomas/musica-no-hospital-educacao-musical-ou-musicoterapia/56182>>. Acesso em: 3 mar. 2020.

FRIDMAN, Ruth. **The Maternal Woomb: The first musical school for the baby**. Association of Pre and Perinatal Psychology and Health (APPPAH), vol. 15, out. 2000. Disponível em:

<<https://birthpsychology.com/journal/article/maternal-womb-first-musical-school-baby>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

GIACHETTA, Luciana et al. **Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascido pré-termo**. Fisioterapia e Pesquisa, vol. 17, nº 1. São Paulo, SP, 2010. P. 24-29.

INSTITUTO BUTANTAN. **Imunidade de rebanho, você sabe o que é?** Disponível em: <<https://coronavirus.butantan.gov.br/index>>. Acesso em: 8 dez. 2020.

KATER, Carlos. **O que podemos esperar da educação musical em projetos de ação social**. Revista da ABEM, vol. 10, mar. 2012. P. 43-51.

LIMA, Scheila Farias de Paiva; LINHARES, Leonardo Barreto.; MAXIMIANO, Kenya Jeanne. **Educação musical e Humanização Hospitalar: Uma experiência voltada à formação docente em música.** In: XIX CONGRESSO NACIONAL DA ABEM: Políticas Públicas em Educação Musical. Goiânia, GO, out. 2010. P. 736-744.

MACHADO, Silvia De Ambrosis Pinheiro. **Canções de ninar brasileira: Aproximações.** 2012. 326 p. Tese de doutorado em Teoria Literária e Literatura Comparada. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MAIA, Júlia Martins Azevedo; SILVA, Larissa Barbas da; FERRARI, Evelyn de Andrade Santiago. **A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem.** Revista Enfermagem Contemporânea, vol. 3, nº 2. Bahia, 2014. P. 154-164.

MEDEIROS, Juliana Karina Brugnolli; ZANIN, Rafaela Olivetti; ALVES, Kátia da Silva. **Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela fisioterapia.** Revista Brasileira de Clínica Médica, vol. 7. Londrina, PR, 2009. P. 367-372.

MONTANHOLI, Luciane Langona; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. **Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Vol. 19, nº 2, mar-abr, 2011. P. 1-8. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_11](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11)>. Acesso em: 17 ago. 2020.

NASCIMENTO, Jaciene Santos do. et al. **Humanização na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão de literatura.** Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e de Saúde, vol. 4, nº 1. Aracajú, SE, 2017. P. 23-30.

OMAR, Amanda Caline da Silva; NETO, Inácio Alves Dantas. **Humanização, formação e ensino: reflexões sobre práticas de arte/educação.** XII CONGRESSO INTERNACIONAL DE TECNOLOGIA NA EDUCAÇÃO. Olinda, PE, 2014. **Anais eletrônicos.** Disponível em:

<[https://www.academia.edu/34458234/Humanização\\_ formação\\_e\\_ensino\\_reflexões\\_sobre\\_arte\\_ educação\\_com\\_contexto\\_hospitalar](https://www.academia.edu/34458234/Humanização_ formação_e_ensino_reflexões_sobre_arte_ educação_com_contexto_hospitalar)>. Acesso em: 4 mar. 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Relatório anual de 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 07 ago. 2020.

PERLIN, Diana Amanda; OLIVEIRA, Stella Minasi; GOMES, Giovana Calcagno. **A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2011. P. 458-464.

QUEIROZ, Edilene Freire. **O olhar do outro primordial.** Revista Latino-americana de psicopatía fundamental, ano IX, nº 4. 2006. P. 598-610.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. **Humanização do Cuidado da UTI neonatal.** Revista Eletrônica de Enfermagem, vol. 9, nº 1. 2007. P. 200-213.

RUBIA, Aline da Silva Cosmo.; TORATI, Cassia Valeska. **Humanização em unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão.** Revista Salus – Journal of health sciences. 2015. P. 79-86.

SCHAFER, Murray. **O ouvido pensante.** Tradução e prefácio de Marisa Trench de Oliveira Fonterrada. 2ª ed. São Paulo, SP: Editora Unesp, 2011.

SEGUNDO, Williams Germano Bezerra et al. **A importância das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e de cuidados intermediários neonatal (UCIN) para o recém-nascidos prematuros.** Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, vol. 16, nº 2. João Pessoa, PB, 2018. P. 85-90.

SILVA JÚNIOR, José Davison. **Música e Saúde: a humanização hospitalar como objetivo da educação musical.** Revista da ABEM, vol. 20, nº 29. Londrina, PR, 2012. P. 171-183.

SOARES, Regiane. Quarentena começa a valer nesta terça-feira em todo o estado de SP. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 de mar. 2020, São Paulo. Disponível em:

<<https://agora.folha.uol.com.br/sao-paulo/2020/03/quarentena-comeca-a-valer-nesta-terca-feira-em-todo-o-estado-de-sp.shtml>>. Acesso em: 30 out. 2020.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva**: “Muito falado e pouco vivido”. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 10, nº 2. 2002. P. 137-144.

## ANEXO A – Atendimentos remotos Incor

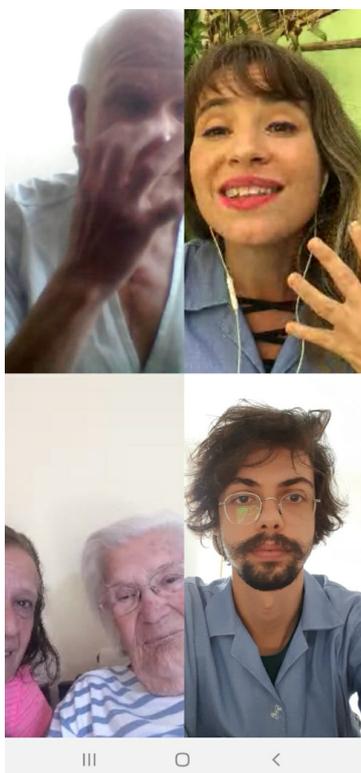


Figura 1 - Atendimento remoto  
Incor: 9 set. 2020



Figura 2 - Atendimento remoto  
Incor: 9 set. 2020



Figura 3 - Atendimento remoto  
Incor: 16 set. 2020



Figura 4 - Atendimento remoto  
Incor: 23 set. 2020



Figura 5 - Atendimento remoto  
Incor: 30 set. 2020



Figura 6 - Atendimento remoto  
Incor: 30 set. 2020



Figura 7 - Atendimento remoto  
Incor: 7 out. 2020



Figura 8 - Atendimento remoto  
Incor: 14 out. 2020



Figura 9 - Atendimento remoto  
Incor: 25 nov. 2020



Figura 10 - Atendimento remoto  
Incor: 25 nov. 2020



Figura 11 - Atendimento remoto  
Incor: 2 dez. 2020