

AMBIENTE SONORO E PSICOAFETIVO DE UMA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Mateus Azevedo¹

Rosemyriam Cunha²

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões a respeito da influência de fatores sonoros e psicoafetivos sobre o cotidiano de uma equipe de técnicas de enfermagem numa enfermaria pediátrica. A investigação se desenvolveu por meio da análise de entrevistas e de gravações do ambiente sonoro. Os resultados mostraram que essas profissionais conviviam com eventos sonoros e psicoemocionais que influenciavam a qualidade de suas vidas. Esses fenômenos resultaram de vozes, aparelhos hospitalares, equipes de trabalhadores e condições emocionais adversas à vida pessoal das trabalhadoras.

Palavras-chave: Ambiente sonoro e psicoafetivo; enfermaria pediátrica; musicoterapia; cenário acústico.

1 Graduando em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná (FAP); bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIC) da FAP através da Fundação Araucária. mateusaze@gmail.com (<http://lattes.cnpq.br/2715120778141060>).

2 Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná, Professora do curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná (FAP), Coordenadora do Comitê de Ética da FAP e líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (CNPq). rose05@uol.com.br (<http://lattes.cnpq.br/0536970443232460>).

1. INTRODUÇÃO

O interesse por estudar o ambiente sonoro e psicoafetivo de uma enfermaria pediátrica se deu a partir da indagação sobre quais os elementos sonoros e as manifestações emocionais que estão presentes na rotina diária de um hospital. A origem dessa inquietação surgiu no primeiro semestre de 2009, com a experiência no estágio de Musicoterapia realizado em uma pediatria hospitalar, na cidade de Curitiba. Nesse período, pôde-se perceber que o ambiente hospitalar era permeado por eventos sonoros e por fatores psicoafetivos que exerciam influência sobre as pessoas. As crianças estavam suscetíveis à ansiedade dos pais e tinham medo do jaleco branco, dos sussurros entre os profissionais, das seringas e até da medicação administrada via oral. A mesma verificação foi indicada por Loewy (1999), que estudou os medos conscientes ou inconscientes que os pais emanam para seus filhos. De acordo com suas constatações, esses sentimentos influem negativamente sobre o estado psíquico e físico das crianças.

Estas premissas levaram a pensar que alguns fatores sonoros e eventos afetivos presentes no contexto desse hospital poderiam ser iatrogênicos. Por esta perspectiva, observou-se que a ansiedade dos pacientes se manifestava quando alguma máquina era ligada e percebida por eles, situação que aconteceu no decorrer de atendimentos musicoterapêuticos e mostrou o empecilho que o ruído das máquinas impunham à atuação do estagiário. Em um desses casos, uma menina de 50 dias, em provável crise de anóxia, diminuição acentuada de oxigênio nas células, passava por procedimentos da enfermagem por meio de uma máquina para auxílio na respiração. Enquanto a criança recebia o

atendimento musicoterapêutico, travou-se um “duelo” entre o som contínuo e intenso da máquina e a voz do estagiário, que executava a canção escolhida para dar suporte à criança. Ocasões tensas como essas revelaram que não é somente a clientela que está sujeita a se prejudicar com os ruídos, pois como escreve Guazina (2009), os próprios trabalhadores descrevem o som das máquinas como “barulho” (p.50).

Outro elemento que emite um som constante e de intensidade alta, é a televisão. Esse aparelho pode causar incômodo e nem sempre todos os internados desejam compartilhar do som da TV. Esse elemento áudio-visual atualmente se torna uma presença nas clínicas e hospitais e parece ser considerado “indispensável” na distração da dor. Algumas programações interessam aos acompanhantes e as crianças se envolvem com os desenhos animados, que agem diretamente sobre o seu estado psicoafetivo. A trilha sonora da animação muitas vezes pode ser reproduzida e reconduzida nas interações musicoterapêuticas e colaborar com a formação do repertório sonoro/musical. Por essa perspectiva, Ferraz (2003), argumentou que a musicoterapia pode contribuir para a redução dos níveis de ruído nas enfermarias pediátricas.

O “cenário acústico” (SCHAFER, 2001) e emocional acima descrito faziam parte da vivência dos pacientes e da equipe técnica do hospital que foi observado. Assim, visualizou-se ali um campo interessante para se estudar e descrever os fatores sonoros e psicoafetivos presentes naquela enfermaria pediátrica e a influência destes sobre a rotina de trabalho da equipe técnica que atuava no local.

Na procura de literatura sobre esse tema, verificou-se que o mesmo começa a ser investigado. Buscou-se então por fundamentação teórica a partir de autores que desenvolveram estudos e teorias específicas para o reconhecimento e a caracterização de “cenários” ou ambientações sonoras. Nesse sentido, Schafer (2001), afirmou que não só de música ou “material pronto” é constituído o ambiente físico e cultural das comunidades. Esse pesquisador acredita que os sons compõem esse cenário e que a comunidade pode ser definida também pelas linhas acústicas que produz. A paisagem sonora de um lugar engloba o conjunto de sons agradáveis ou desagradáveis, fortes ou fracos, ouvidos ou não percebidos, com os quais vivemos.

Dessa forma, acredita-se que o conhecimento gerado por esta pesquisa, por se tratar de um tema ainda pouco explorado, poderá colaborar com ações de promoção da saúde coletiva. Espera-se que os resultados aqui encontrados mostrem caminhos para a construção de aportes teóricos e práticos da musicoterapia, e que suas ressonâncias beneficiem a equipe de profissionais, familiares, pacientes e outros ambientes sociais.

2. FATORES EMOCIONAIS DO AMBIENTE HOSPITALAR

No contexto deste trabalho, entende-se que os elementos psicoafetivos encontrados no ambiente são as expressividades ou pensamentos concretizados por meio da linguagem verbal ou da expressão corporal das pessoas. Essas manifestações são verificadas nos pacientes quanto ao sentimento de distanciamento de casa e vida social

em geral. Essa condição acarreta a quebra do ritmo de atividades costumeiras do dia-a-dia e a alteração do convívio com a comunidade.

Os eventos psicoafetivos que ocorrem no ambiente hospitalar e que se enquadram como causa ou reação de estados psíquicos ou fisiológicos no ser humano, foram pouco descritos em textos e artigos científicos. Na produção literária consultada, pode-se constatar que o *stress* causado pela interferência de choros de outros pacientes, ruídos internos e externos e a atuação permanente de profissionais da saúde também podem saturar o grau de tolerância dos enfermos que se encontram exilados de suas atividades corriqueiras, e este “exílio” não é metafórico, pois as “pessoas hospitalizadas são arrancadas do seu cotidiano” (LEÃO, s. d.).

O ambiente do hospital pode também favorecer a despersonalização do indivíduo, ou seja, quando ele deixa de ter um nome e passa a ser identificado pela patologia ou número de prontuário. Todo esse contexto dificulta o convívio com as pessoas mais próximas e modifica o processo inerente ao viver ou morrer (SCHULZE; MARCELINO *apud* BARBOSA, 2005).

Por estarem expostas fisicamente à fadiga ocasionada por procedimentos clínicos como a administração de soro, respirador, bolsas de sangue ou de alimentação, drenos, sondas, a equipe de profissionais, 24 horas, cumprindo tarefas e gerando movimentações intensas (SCHULZE; MARCELINO *apud* BARBOSA, 2005), as pessoas internadas têm sua taxa de produção de hormônios estressantes elevada. Essa condição causa estados de irritação que se revelam, às vezes, em

reações adversas à simples solicitações como sentar, conversar, tocar algum instrumento musical ou simplesmente realizar um movimento corporal (BARBOSA, 2005, p.63).

Toda essa ambientação afetiva e sonora vivida no dia-a-dia de pessoas que ficam internadas em hospitais pode ser impregnada de emotividades “pesadas”, sensações físicas e psíquicas que alteram e desequilibram o processo psíquico de entendimento das situações. Essa desconfiguração, quase que obrigatória, da realidade interna para uma adequação ou adaptação para a rotina de vida hospitalar, torna-se um cenário divergente da situação em que antes se encontrava o indivíduo.

Sensações de medo, de ansiedade, do exílio e do desconhecido exercem influência sobre o estado cognitivo e emocional das crianças. As redes neurais são comprometidas e prejudicam um possível restabelecimento homeostático de “cura”. Mesmo quando uma criança está se recuperando, a ansiedade se faz presente. Os pais contribuem (de forma negativa) consciente ou inconscientemente também com seus medos. Além do que, crianças novas num espaço não familiar podem ter seus relógios biológicos alterados (LOEWY, 1999). Crianças de todas as idades, em estado de hospitalização, relutam para dormir sem que um parente esteja próximo, devido ao fato de acharem que podem não acordar mais, ou seja, podem morrer.

Loewy (1999) averiguou que *Lullabies* (canções de ninar) favorecem a construção de um ambiente confiável e seguro nos hospitais e, ao tratar de expressões relacionadas ao medo nas crianças, observou que uma agulha introduzida no corpo destas pode incutir

sentimentos de desconfiança. Por ser considerado um dos piores procedimentos da doença, segundo as próprias crianças, a injeção suscita falta de controle e desrespeito com seus corpos.

As palavras de Leão (s. d.), que comentam sobre o ambiente afetivo e sonoro dos hospitais, concluem esse breve panorama a respeito dos sentimentos que se manifestam entre pessoas internadas devido a agravos de saúde:

Por mais que os profissionais que ali atuem se preocupem com esse aspecto sob a égide da humanização o ambiente hospitalar, com sua sonoridade peculiar (bips de monitores, alarmes de equipamentos, etc.) sempre é caracterizado por uma certa tensão, doses variadas de sofrimento, dor, desafios na luta pela vida, dificuldades no enfrentamento de perdas e da morte que leva a pairar no ar estados de ansiedade, depressão, temor (LEÃO, s. d., p.1).

Essa ambientação afetiva é vivida e sentida pelos profissionais da saúde que se dedicam a tratar de crianças. As sensações de medo, ansiedade, despersonalização e desrespeito provenientes da clientela, se incorporam à rotina dos trabalhadores da área da saúde. Como esta pesquisa está direcionada ao estudo dos fatores que influenciam o dia a dia destes profissionais, foi necessário entender as demandas da clientela com a qual eles lidam. Por essa razão, procurou-se contextualizar o cenário emotivo com o qual este cuidador convive. Para reforçar essa ideia, na sequência estão apresentadas pesquisas que focalizaram apenas a equipe de técnicos e enfermeiros.

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), pesquisaram as ocorrências psicoafetivas com o *stress* ocupacional de enfermeiros e enfermeiras. Os pesquisadores mostraram que, no caso de cansaço por excesso de trabalho, esses acontecimentos influem sobre a satisfação e a realização profissional desses trabalhadores. Alguns tópicos foram considerados graves: a) a natureza dos serviços que prestam, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes; b) as tomadas de decisões praticamente cruciais em se tratando de procedimentos ou tratamento/ajuda, e que podem dar errado a ponto de piorar o estado do paciente, ou ainda levá-lo a óbito. Diante desses itens, os autores concluíram que o mal-estar gerado pelo seu próprio *stress*, naquele que é o seu foco de atenção (o doente) é, para o profissional de saúde, uma fonte de tensão especial (*Idem*).

Ao examinar as queixas acima, os pesquisadores puderam verificar, através de questionários, as fontes e dimensões de *stress* consideradas como as maiores geradoras de pressão. Entre elas estão:

- a) tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves;
- b) a incompetência e/ou inflexibilidade dos superiores hierárquicos;
- c) comunicar aos clientes decisões e/ou informações “difíceis” ou “delicadas”;
- d) as implicações e consequências dos insucessos ou erros que possa cometer;
- e) falar ou fazer apresentações em público, elaboração de relatórios técnicos;
- f) a falta de perspectivas de desenvolvimento e promoção na carreira;

- g) remuneração obtida;
- h) falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas profissionais;
- i) assumir responsabilidades não relacionadas com a formação que foi recebida;
- j) o favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no local de trabalho, sentir que não há nada para fazer para resolver os problemas dos clientes, problemas familiares (GOMES; CRUZ; CABANELAS, 2009, p.4).

3. FATORES SONOROS DO AMBIENTE HOSPITALAR

As ideias propostas no presente trabalho tomaram por fundamento conceitos de som e de ruído formulados por estudiosos da psicofísica da música e do ambiente acústico (SCHAFER, 2001; ROEDERER, 1998; JOURDAIN, 1998). Jourdain (1998) considerou que o som existe para os ouvidos que o ouvem. Segundo ele, para a física, o som se constitui por vibrações que podem ser medidas em altura e volume. Já para a psicologia, o som é uma experiência, informação ou sensação que o cérebro extrai do meio ambiente e cuja interpretação e significação varia de pessoa a pessoa (JOURDAIN, 1998). Os ruídos são os padrões de vibração que se tornam aleatórios, sem periodicidade e que excedem certo limiar de forma que não se consegue estabelecer nenhuma sensação de timbre ou altura definida (ROEDERER, 1998). Sendo assim, os fatores sonoros, nesta pesquisa, são todos os sons produzidos no interior da enfermaria ou sons vindos do exterior e que invadiam os quartos.

Na revisão de literatura foram encontrados estudos de teóricos da filosofia musical e da própria Musicoterapia, sobre os efeitos dos acordes musicais sobre o organismo e o humor das pessoas. Hipócrates, médico da antiguidade grega, considerado o pai da medicina pelo seu sentido de previsão e capacidade para a observação clínica, baseava seus prognósticos na relação que os elementos da natureza, em desequilíbrio com os seres humanos, exerciam sobre os corpos materiais. Essa alteração provocava enfermidades nos quatro humores do organismo: o sangue, o fleugma, a bile negra e a bile amarela. Para ele, a música, por ser uma ordem harmonicamente matemática de sons, tinha o poder de depurar catarticamente emoções ou enriquecer a mente para domínio das emoções, através de melodias extasiantes (COSTA, 1989).

Já no final do século XIX e início do século XX pesquisadores estudaram e determinaram efeitos mais específicos da música sobre o ser humano. Costa (1989) apresenta esses estudos, e diz que a música em tom maior, dissonante e alegre aumentava a frequência respiratória e cardíaca e causava vasoconstrição. A música triste, para esses estudiosos, causava vasodilatação. Encontrou-se, porém, que os sons isolados modificam e intensificam a força dinamogênica (estimulante) e atuam também sobre a circulação capilar, provocando excitações musculares e circulatórias no organismo (LEINIG, 2008). No entanto, quando se considera os temas concernentes aos ruídos e aos sons puros³

3 Tratam-se de sons que “precisam ser gerados com osciladores eletrônicos” e que causam “um movimento harmônico simples do tímpano com características constantes” (ROEDERER, 1998, p. 44).

e sua atuação sobre o humor das pessoas em hospitais, ainda são poucos os dados existentes.

Na busca por trabalhos que estudassem temas semelhantes ao aqui proposto, as pesquisas encontradas localizaram-se predominantemente na área da saúde. No contexto dessa área, Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005), investigaram as interações nocivas próprias dos ruídos nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs), ou seja, o “alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos funcionários” presentes nas mesmas. Os pesquisadores paulistas designaram essa sonoridade por “sinfonia tecnológica”. Foram demonstrados os efeitos físicos e psicológicos resultantes da influência desses fatores e comparados os resultados com os níveis de decibéis⁴ recomendados pela Organização Mundial da Saúde para estes ambientes.

Esses autores apresentaram dados referentes aos efeitos causados pelos elevados níveis de ruído como o “aumento na pressão arterial, alterações no ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, dilatação das pupilas e aumento na secreção de adrenalina” (CARVALHO; PEDREIRA; AGUIAR, 2005, p. 495). A dor se intensifica nas crianças tornando maior a necessidade de analgesia e a perda auditiva associa-se aos traumas acústicos das células cocleares causados por esses ruídos constantes, que podem afetar a personalidade da criança e reduzir sua capacidade de enfrentamento (*Ibidem*).

4 O decibel é uma forma de medição de intensidade sonora que, em física, se baseia em múltiplos de 10 e que é tida como “unidade de intensidade sonora "ponderada", conhecida como nível sonoro ponderado A, ou dBA” (CARVALHO; PEDREIRA; AGUIAR, 2005, p. 496).

A insônia induzida pelo ruído pode consumir a energia necessária para o processo de cura por causa de sua relação com a imunossupressão, síntese inadequada de proteínas, confusão, irritabilidade, desorientação, falta de controle e ansiedade. A supressão do sono REM e a psicose após tratamento em unidade de cuidados intensivos podem estar associados ao ruído (*Ibid.*, 2005, p. 496).

A mesma pesquisa mostrou outros fatores aos quais os profissionais da área da saúde se encontram vulneráveis, como os sons produzidos pelos aparelhos “ruidosos”, mas necessários e que são utilizados na rotina de seu trabalho. A continuidade demasiada desses fatores sonoros pode ocasionar efeitos psicofisiológicos que comprometem a atuação desses profissionais de cuidados intensivos aos pacientes. “A pressão arterial alta, alteração no ritmo cardíaco e no tônus muscular, cefaléia, perda auditiva, confusão, baixo poder de concentração, e irritabilidade” (p. 2), serão agravantes presentes em indivíduos expostos aos níveis de ruído de 80 dBAs por mais de oito horas, conforme o Instituto Brasileiro do Trabalho.

Tendo em vista os argumentos apresentados pelos autores e o painel de conceitos encontrados na revisão de literatura, entendeu-se que os eventos sonoros e psicoafetivos que estão presentes no ambiente hospitalar fazem parte da rotina dos cuidados ao paciente. Nesse sentido parte-se do pressuposto de que os efeitos auditivos e psicofisiológicos causados pelas máquinas, embora construídas para uma finalidade de recuperação da saúde podem ser iatrogênicos para alguns pacientes e se refletir na saúde dos próprios profissionais da área. Da mesma forma, os

elementos afetivos e emocionais também presentes nesse cenário podem interferir na atuação desses profissionais.

4. A PESQUISA: METODOLOGIA

Esta pesquisa, de cunho qualitativo e exploratório, tomou por base os preceitos da musicoterapia comunitária que “contém intervenções específicas que surgem da escuta e consideração às necessidades e desejos da comunidade (formada ou em gestação) da qual o musicoterapeuta faz parte” (SICCARDI, 2005, p. 90). Nesta forma de abordagem o profissional da musicoterapia deixa de ser o representante do saber e passa a produzir conhecimento na interação com os saberes trazidos pelas pessoas. Tornar-se um aliado da comunidade e fazer uso de seus conhecimentos específicos para ampliar os saberes inatos à população com quem trabalha é um dos apanágios do profissional que atua nesta vertente da musicoterapia (CUNHA, 2006).

A pesquisa foi realizada em uma instituição, na cidade de Curitiba, que participa da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que são programas de políticas públicas da área da saúde. Essas práticas se voltam ao desafio de retomar os princípios do SUS com relação aos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde.

Após a aprovação por um comitê de ética, a investigação foi realizada por meio de questionários com perguntas abertas formulados pelo pesquisador. O questionário foi composto por questões relativas às dimensões sonoras e psicoafetivas do ambiente de trabalho das

participantes. As questões concernentes à psicoafetividade englobavam os eventos que atrapalhavam a atuação técnica e o relacionamento entre as profissionais e os pacientes. Com referência aos elementos sonoros foram avaliadas questões sobre sons que ocorriam na enfermaria e que de alguma forma atrapalhavam ou eram incômodos para a atuação das trabalhadoras.

Foi solicitada a participação de 10 profissionais entre todas as que atuavam na área pediátrica do hospital. Das pessoas convidadas, as que aceitaram participar foram as técnicas de enfermagem. Os questionários foram aplicados entre abril a junho de 2010. Um estudo piloto foi realizado e após as correções que se fizeram necessárias no instrumento, deu-se início à construção dos dados.

Verificou-se, no contato com o campo, que o quadro de funcionárias da unidade era formado na totalidade por mulheres, o que resultou na participação apenas do sexo feminino na pesquisa. As visitas ao hospital, para a aplicação dos questionários foram feitas em horário compatível com a disponibilidade das profissionais, de acordo com informações obtidas previamente. Elas foram convidadas a responder às perguntas e recebiam uma explicação sobre a origem e o propósito da pesquisa.

As reações, em seu maior número, foram de concordância. Cinco das técnicas de enfermagem precisaram de auxílio para a compreensão de alguns itens do questionário. Percebeu-se que elas participavam com satisfação, por estarem auxiliando numa pesquisa voltada ao seu proveito. Uma delas, quando indagada se gostaria de participar,

demonstrou desinteresse e sua expressão facial denotava desgosto, porém, respondeu às perguntas.

4.1. **Influência de fatores psicoafetivos na interação entre profissionais**

Entende-se por fatores psicoafetivos que atrapalham a interação entre profissionais da pediatria, os sentimentos, os afetos, atitudes, posturas e estados de saúde presentes nas interações entre as técnicas e que interferem na atuação e desempenho de função dos mesmos. Abaixo, estão disponibilizados, no Quadro 1, os resultados mais significativos e as justificativas dadas pelas participantes às suas respostas:

Quadro 1 – Fatores psicoafetivos que atrapalham a interação entre profissionais.	
FATORES	EFEITOS
Problemas pessoais, externos trazidos para o trabalho, depressão	Deixam o profissional impaciente e depressivo, tomam medicação muito forte, ficam distraídos, esquecidos
Mau humor, <i>stress</i> , falta de ética profissional, respeito e afetividade	
Sofrimento dos colegas	A equipe é uma família. “Se um sofre, todos sentem”

Entre os fatores psicoafetivos que interferiam na interação entre as profissionais que participaram deste estudo, o evento que mais se destacou foi a depressão. As técnicas de enfermagem justificaram essa

resposta ao citar que os problemas pessoais, originados externamente à prática técnica, deixavam as trabalhadoras impacientes e depressivas. A medicação que tomavam, segundo seus depoimentos, causava efeitos como distração e esquecimento.

Outro fator psicoafetivo indicado foi o mau humor, o *stress*, a falta de ética profissional, respeito e afetividade. O sofrimento das colegas foi indicado com marcante, pelo motivo de que a equipe, para elas, é uma família e, se uma sofre, todas sentem.

As relações entre as profissionais da saúde que trabalham com crianças, no universo pesquisado, apareceram marcadas por sentimentos de cansaço, de tristeza, de distração, mau humor, efeitos medicamentosos e sofrimento. Esses dados mostram traços da qualidade de vida e das condições de trabalho vividas pelos participantes desta pesquisa.

O contato cotidiano com a dor, doença e a morte são constantes na vida dos profissionais da saúde. Barbosa (2005) referiu-se ao fato de que, na maioria das vezes, esses profissionais têm dificuldade em enfrentar tal realidade somada aos próprios problemas existenciais. A rotina hospitalar, formada por um quadro de funcionários 24 horas, intensamente disponíveis ao cuidado da doença e do doente, exigindo o exato cumprimento das tarefas, acarreta em *stress* para o paciente e também para a equipe hospitalar “que lida com situações desgastantes emocionalmente” (p. 10).

4.2. Influência de fatores psicoafetivos na interação profissional e paciente

Os fatores psicoafetivos que atrapalham a interação entre profissionais e os pacientes da pediatria foram aqui entendidos como nervosismo, impaciência, ansiedade de pais e crianças internadas, a interrupção dos tratamentos e a depressão dos funcionários. No Quadro 2, estão disponibilizadas as respostas que mais se destacaram:

Quadro 2 - Fatores psicoafetivos que atrapalham a interação entre profissional e paciente.	
FATORES	EFEITOS
A não conclusão dos tratamentos	Por motivos exteriores
Nervosismo dos pais; impaciência, nervosismo e ansiedade dos pacientes; Necessidade de “mais compreensão de ambos os lados”	Devido ao procedimento e tratamento feito com o filho; atrapalha a comunicação entre profissionais
Depressão	Não dá para esconder dos pacientes, eles percebem

Os fatores psicoafetivos recorrentes que influíam na interação entre as profissionais e os pacientes, indicados nos questionários, foram os sentimentos negativos que estavam associados à condição da doença e da pouca comunicação entre a população e as técnicas. Outro acontecimento que interferiu nas interações foram as interrupções dos tratamentos devido a motivos externos. Para as funcionárias, o fator depressão também impediu que as interações tivessem mais qualidade.

Segundo seus depoimentos, “não tinham como esconder a depressão dos pacientes, eles percebem”.

Esses dados mostraram que, em relação aos fatores psicoafetivos que atrapalham a interação entre profissional e paciente, estavam as dificuldades de comunicação e o desconhecimento ou desconsideração das condições sentidas por ambas as partes. Os tratamentos não concluídos e a depressão também apareceram como acontecimentos que se interpunham nas interações.

Quanto a esses eventos emotivos, também Pereira, Toledo, Amaral e Guilherme (2003), informaram que, “um ambiente ruidoso dificulta um descanso confortável causando nos pacientes perturbação do sono, alterações psicológicas com desorientação e até mesmo ansiedade nas enfermeiras mais susceptíveis” (p. 770).

4.3. Fatores sonoros do interior da unidade e sua influência na prática profissional

Entre os sons emitidos no interior da pediatria aqui estudada, constaram os gritos e choros das crianças internadas, ruídos provenientes de máquinas com defeito e conversas paralelas com forte intensidade sonora. Esses dados estão organizados no Quadro 3:

Quadro 3 – Fatores sonoros do interior da unidade que atrapalham a prática profissional.	
FATORES	EFEITOS
Gritos e choros das crianças	Não poder fazer nada quando o paciente está medicado, e as mães ficam nervosas

Defeitos na bomba infusora ou no sensor	Consumem tempo desnecessário
Conversas paralelas e “tom alto”	

Os fatores sonoros do interior da pediatria que atrapalhavam a prática das profissionais foram descritos como os sons vocais produzidos pelas crianças, originados pelo medo e aversão à situação que estas viviam, além da sensação de impotência das técnicas para ajudar mais, além da administração da medicação, fato que também gerava nervosismo nas mães. Os sons acusados pelos defeitos na bomba infusora e seu sensor foram outros itens citados pelas participantes da pesquisa e, para elas, o tempo consumido para reparar esse fato era desnecessário. Por fim, nesta categoria, houve queixas sobre as conversas paralelas em intensidade forte, ou seja, “tom alto”.

Em relação à produção sonora no interior da unidade pediátrica e que atrapalhava a prática das técnicas em enfermagem, os dados obtidos englobam o choro e o grito das crianças enfermas, os sons provindos das disfunções mecânicas da bomba infusora e as conversas descontextualizadas em intensidade forte. Essas informações ocasionavam uma reação de impotência nas profissionais por não poderem auxiliar os pacientes de outra forma que não fosse medicando. Conforme as respostas obtidas: “defeitos na bomba infusora ou no sensor” e “consumem tempo desnecessário”, entendeu-se que as técnicas despendiam muito tempo tentando consertar os defeitos nas máquinas. Desta forma, elas percebiam uma perda de tempo

desnecessária em relação a um aparelho e que talvez pudesse ser melhor aproveitado na dedicação às suas reais funções de cuidadoras.

A respeito da sonoridade de alta intensidade nos ambientes hospitalares, Pereira *et al.* (2003), comentaram que o avanço tecnológico dos últimos anos tem trazido um aumento do número de equipamentos técnicos. Os alarmes acústicos somados aos sons de vozes e das práticas profissionais transformam as unidades ruidosas e estressantes, o que prejudica as funções laborativas e a recuperação dos pacientes.

4.4. **Influência das máquinas e aparelhos sobre a atividade laboral das técnicas de enfermagem**

Outros sons, característicos das máquinas e aparelhos hospitalares, foram indicados como causadores de incômodo para as atuantes da unidade pediátrica. Entre as respostas obtidas foram encontradas as que indicaram a bomba infusora, o oxímetro, o telefone, o computador, a enceradeira, a televisão e a trava das macas, como as sonoridades desagradáveis. As indicações estão no Quadro 4:

Quadro 4 – Máquinas e aparelhos que causam incômodo.	
MÁQUINAS E APARELHOS	EFEITOS
Bomba infusora e oxímetro	Durante horas ouve-se o som irritante, ocasionando “certo desconforto” como cefaléia e irritabilidade e “são ruídos irritantes”

Telefone	Interrompe e desconcentra a tarefa das profissionais
Computador	Por ser um som constante
Enceradeira	O som “invade” a pediatria, mesmo que esteja sendo usada longe
Televisão	Com volume alto (intensidade)
Trava das macas	Irrita

Os sons ou ruídos produzidos pelo funcionamento de máquinas e aparelhos prolongavam-se, na unidade investigada, por horas. Essa sonoridade ocasionava “desconforto”, “cefaléia” e “irritação”. Para as participantes, o telefone interrompia a atenção despendida ao paciente, o computador gerava um som contínuo seguido de incômodo, e o aparelho televisivo, ligado num som alto em termos de intensidade, também era considerado iatrogênico. Segundo as profissionais, o som da enceradeira invadia a pediatria onde quer que ela estivesse sendo usada. Outro fator determinado como incômodo foi o ruído que a trava das macas produzia: “é irritante”. As técnicas de enfermagem do período da noite mostraram em suas respostas uma realidade diferente. Para elas, não havia sonoridades incômodas provindas de aparelhos, uma vez que as máquinas não eram ligadas durante a noite.

Pereira *et al.* (2003) lembraram que o nível de ruído para ambientes hospitalares, recomendado pela *United States Environmental Protection Agency* e pela ABNT, é de 45 dBAs e a *World Health Organization* recomenda até 40 dBAs para diurno e até 35 dBAs para noturno. Sobre esse assunto, Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005)

indicaram resultados obtidos em medição do som e ruído gerados pelos aparelhos hospitalares. A medida feita com um equipamento específico (Entelbra ETB 142) mostrou que o ventilador mecânico emite frequências entre 60 e 65 dBAs, o alarme do ventilador mecânico emite frequências entre 70 e 85 dBAs, o alarme da bomba de infusão, 65 até 75 dBAs, o alarme da oximetria de pulso: 60 a 75, o monitor cardíaco (ECG), 50 a 55, e o sistema de aspiração endotraqueal chegando a 50 e 60 dBAs.

Foi observado que as profissionais da instituição estudada estavam expostas a altas intensidades de ruídos por mais de 8 horas diárias. Esse fato podia se configurar em um quadro iatrogênico com relação aos sons que as máquinas produziam e seus efeitos sobre os pacientes e as trabalhadoras da saúde.

4.5. Influência de fatores sonoros sobre a interação entre profissionais

Os fatores sonoros que atrapalhavam a interação entre os profissionais foram indicados como os sons das bombas de infusão e os sons da máquina enceradeira. Estes sons irritavam as profissionais, fato que dificultava o desenvolvimento de uma comunicação saudável entre elas.

Conforme registrado na literatura de musicoterapia, há dados científicos que discutem a ação do som sobre o organismo humano. Os autores dizem que, assim como os astros em órbita no Universo e os elétrons ao redor dos núcleos dos átomos vibram e têm sua frequência de ressonância, nosso corpo faz da mesma maneira em relação com outros corpos. Essa premissa leva à conclusão de que todo órgão, tecido

e osso do corpo humano vibra em certa frequência. Ao identificar cinco sistemas ressonantes do corpo humano, pesquisadores verificaram que estes podem se expandir e alcançar outros corpos também (ver LEINIG, 2008).

A mesma autora apresenta que, em estudos, Charles Feré verificou que os sons agudos provocam fadiga no organismo humano, ocasionam sensação de penetração e dor paroxística e tensão, sendo que os graves inspiram tristeza, amplitude, profundidade (LEINIG, 2008). Apesar dessas constatações, que podem embasar os acontecimentos sonoros e as suas influências sobre os pacientes e técnicas de enfermagem, as manifestações causadas pelos sons agudos e graves não podem ser tomadas como uma regra geral, pois cada indivíduo tem uma constituição fisiológica idiossincrática e diversos fatores como o contexto social e a situação psicológica podem influenciar no resultado final do processo.

4.6. Influência de fatores sonoros sobre a interação entre profissional e paciente

Na opinião das trabalhadoras, os fatores sonoros que atrapalhavam a interação entre as profissionais e os pacientes, eram os sons resultantes das travas das macas, dos gritos e de vozes emitidas em intensidade. Esses elementos são apresentados no Quadro 6:

Quadro 6 – Fatores sonoros que a trapalham a interação entre profissional e paciente

FATORES	EFEITOS
Som das travas das macas	Deixam os profissionais irritados e, mesmo evitando, o som é “muito alto”
Gritos e voz alta	Muitas pessoas no mesmo local

Os fatores sonoros que influíam de forma prejudicial na comunicação e interação entre as profissionais e os pacientes foram os que produziam ruído “muito alto” e irritante, que afetavam as profissionais. Gritos e “vozes altas” provindas de um agrupamento de pessoas no mesmo local também foram consideradas perturbadoras para a interação entre cuidador e internado.

Leinig (2008) concluiu que o som atua em nosso corpo gerando duas classes de reações: as diretas e as indiretas. As primeiras são reflexas, e variam conforme o estado geral do organismo da pessoa que recebe a excitação naquele momento. As indiretas atuam nas representações psíquicas de emoções musicais precedentes e despertam memórias similares a estas emoções. E conforme publicações encontradas, o nível de ruído em unidades de terapia intensiva (UTI) está acima do desejado gerando recordações desagradáveis nos pacientes internados (PEREIRA *et al.*, 2003).

4.7. Fatores sonoros que beneficiam a interação entre profissionais

A última pergunta do questionário indagava se havia algum fator sonoro que beneficiava a interação entre as trabalhadoras da pediatria hospitalar. Segundo as respostas encontradas, as músicas da televisão, quando a programação era evangélica, ouvidas pelos acompanhantes dos doentes e as apresentações de corais eram músicas suaves que contribuíam para uma boa atuação profissional. O grupo de Musicoterapia, que atuava uma vez por semana no local, também foi indicado como benéfico. Conversas moderadas, sons da televisão e de alguns brinquedos também foram apontados pelas voluntárias da pesquisa como fatores que beneficiam sua interação. Abaixo, no Quadro 7, estão as respostas:

Quadro 7 – Fatores sonoros que beneficiam a interação entre profissionais	
FATORES	EFEITOS
Músicas da televisão evangélica que os acompanhantes assistem	“É suave”
Músicas suaves e alegres, apresentação de corais	Relaxa, acalma, harmoniza. “Adoro música”. Crianças adoram, acompanhantes e profissionais ficam mais calmos
Grupo de Musicoterapia uma vez por semana	“Abrilhanta” as tardes, as crianças adoram
Conversas moderadas	Ajuda a entender e resolver situações
Televisão	Depende da idade da criança
Som de alguns brinquedos	

Os fatores sonoros descritos como os que beneficiavam a interação entre as profissionais apresentaram características acústicas suaves, relaxantes, calmantes e harmonizantes. Conforme as técnicas de enfermagem, as crianças e as profissionais adoravam e sentiam-se mais calmos com essas músicas. O grupo de Musicoterapia, que comparecia ao local uma vez por semana, também foi considerado como fator sonoro saudável para a atuação das técnicas, por “abrilhantar” as tardes e porque as crianças “adoravam”.

Partindo do mesmo princípio de que a musicoterapia pode ofertar momentos propícios ao esquecimento da dor, para os enfermos, e de amenização de *stress*, para os funcionários, Ferraz (2003) proporcionou encontros com médicos onde eles “exploraram instrumentos musicais e sentiram os benefícios do fazer musical” (p. 2), sendo estes valiosos ao processo de implementação da Musicoterapia no hospital.

Mussalem e Farnettane (2008) concordaram com Ferraz (2003) quando afirmaram que o trabalho musicoterapêutico “pode ser realizado não só com os pacientes internos como também com os profissionais [...] buscando uma melhor relação entre todos” (p. 247).

5. CONCLUSÃO

O estudo dos fatores sonoros e psicoafetivos presentes em ambientes hospitalares começa a ser explorado por profissionais de diversificadas áreas do saber. A musicoterapia, campo do conhecimento que se dedica ao cuidado do aspecto sonoro que envolve a existência humana, pode contribuir com estudos, pesquisas e práticas que

favoreçam o bem estar e a saúde dos profissionais que atuam em hospitais.

Este trabalho direcionou as suas investigações para uma equipe de técnicas de enfermagem que atuavam em uma enfermaria pediátrica. Embora elas trabalhassem com crianças, muitos dos dados encontrados podem ser aproximados à realidade vivenciada por profissionais de outras unidades hospitalares, pois os elementos apresentados e os fatores citados são comuns a outros setores de casas de saúde.

A pesquisa mostrou que os fatores psicoafetivos – afetos, posturas de empatia e o próprio estado de saúde dos pacientes – exerciam influência sobre a atividade laboral das técnicas de saúde. A depressão foi o evento mais citado e chamou a atenção pela maneira sincera com a qual foi abordada. As profissionais explicitavam o sofrimento emocional pelo qual passavam e pareciam ter necessidade de comentar sobre o fato. A depressão que atinge os profissionais da saúde foi assunto também abordado por autores vistos na revisão de literatura. Esse conjunto de dados mostrou a demanda desse setor por cuidados da sua própria saúde. Nesse sentido a literatura musicoterapêutica indica os benefícios trazidos pela prática da musicoterapia na operacionalização da PNH para a melhoria das relações entre as equipes, fortalecendo emocionalmente e oferecendo alívio de tensão dos profissionais de saúde.

Os fatores sonoros que influenciavam as práticas e as relações sociais entre as profissionais, neste estudo, foram indicados como os sons dos aparelhos que são utilizados no cuidado aos pacientes. Embora

esses aparelhos sejam indispensáveis no dia a dia hospitalar, eles colaboravam na “sinfonia tecnológica” que atualmente têm ocasionado emotividades desconfortáveis, fadiga, *stress* e outros efeitos fisiológicos nas técnicas de enfermagem.

As pessoas que participaram desta pesquisa falaram de outros sons presentes na pediatria, que produziam efeitos benéficos. As sonoridades suaves, a música ao vivo e a equipe de musicoterapeutas foram elementos considerados capazes de atuar na promoção da saúde das trabalhadoras. Essas informações demonstraram que a possibilidade de trabalhar com as sonoridades, de maneira a reconduzi-las, na interação musicoterapêutica em hospitais, pode ser uma opção importante no auxílio e fortalecimento das equipes da área da saúde. A presença da musicoterapia no processo de humanização reforça a ideia de que a prática desta profissão é eficaz em hospitais.

Por fim, pode-se pensar em algumas sugestões que contribuam para tornar o ambiente hospitalar pediátrico mais silencioso, agradável e acolhedor. Os alarmes e bips das máquinas poderiam ser substituídos por um alarme visual, sendo que “abaixar” o volume seria arriscado, pois os acompanhantes ou as próprias profissionais, segundo suas reflexões, poderiam não ouvir algum indicativo de perigo à saúde dos doentes. A análise e manutenção dos aparelhos periodicamente poderiam acusar algum defeito com mais precocidade e também indicar gradativos aperfeiçoamentos na emissão dos sons e diminuição de ruídos. Outra sugestão que consideramos importante é a publicação das pesquisas já realizadas sobre assuntos afins para que a conscientização e orientação dos profissionais da saúde possam ser efetivadas. Portanto, as

funções laborais podem se tornar práticas mais satisfatórias para essas profissionais e sua interação e relações sociais podem equilibrar-se favoravelmente para si próprias, desde que iniciativas de cuidados aos aspectos sonoros e emocionais presentes no ambiente de trabalho sejam tomadas.

6. REFERÊNCIAS

BARBOSA, Rosemeire Peyerl. *A audição musical como recurso terapêutico no processo musicoterápico com pacientes oncológicos gravemente enfermos em um ambiente hospitalar*. 81 f. TCC Curso de Musicoterapia - Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba, 2005.

CARVALHO; PEDREIRA; AGUIAR. *Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos*. In: *Jornal de Pediatria*, RJ. p. 495-498, 2005.

COSTA, Clarice Moura. *O Despertar para o outro: Musicoterapia*. São Paulo – SP: Summus, 127 p. 1989.

CUNHA, Rosemyriam. *Musicoterapia social*. In: XII Simpósio de Musicoterapia / VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia / II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia – Mesa Redonda 08: Musicoterapia em diferentes *settings* – Goiânia, 2006.

FERRAZ, Cristiane. *A Personal Experience in the Process of Implementing Music Therapy in a Hospital in Brazil*. In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved. Vol. 3, November 1, 2003. Tradução Livre: Mateus Azevedo.

GOMES; CRUZ; CABANELAS. *Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses*. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Braga – Portugal, Vol. 25 nº 3. p. 307-318, 2009.

GUAZINA, Laize; TITTONI, Jaqueline. *Musicoterapia Institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e*

produções. In: Revista Psicologia & Sociedade, São Paulo, v. 21, n. 1. p. 108-117, 2009.

JOURDAIN, Robert. *Música, cérebro e êxtase: Como a música captura a nossa imaginação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 441 p. 1998.

LEÃO, Eliseth Ribeiro. *Música nos hospitais*. s. d.

LEINIG, Clotilde Espínola. *A música e a ciência se encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia*. Curitiba: Juruá, 652 p. 2008.

LOEWY, J. *The use of music psychotherapy in the treatment of paediatric pain*. In: C. Dileo (Ed.) *Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, 1999. Tradução Livre: Mateus Azevedo.

MUSSALEM, Ana Christina Santos; FARNETTANE, Andréia Toledo. *Musicoterapia no hospital geral de Guarus – uma perspectiva no setor público*. In: COSTA, Clarice Moura (org.). *Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos*. Rio de Janeiro: Ed. CBM, 2008. p. 238-249.

PEREIRA et al. *Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral*. In: Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. V.69, n.6, p. 766-771. nov./dez. 2003.

ROEDERER, Juan G. *Introdução à física e psicofísica da música*. Tradução de Alberto Luis da Cunha. São Paulo: Edusp, 310 p. 1998.

SCHAFER, R. Murray. *A afinação do mundo: uma exploração pioneira pela história passada e pelo atual estado do mais negligenciado aspecto do nosso ambiente: a paisagem sonora*. Tradução de Marisa Trench Fonterrada. São Paulo: UNESP, 381 p. 2001.

SICCARDI, Maria Gabriela. *Musicoterapia Comunitaria*. In: PELLIZZARI, Patrícia C.; RODRIGUEZ, Ricardo J. *Salud, escucha y creatividad: Musicoterapia preventiva psicossocial*. Buenos Aires: Ed. Universidad del Salvador, 2005. p. 87-95. Tradução livre: Mateus Azevedo.