



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM COGNIÇÃO,
TECNOLOGIAS E INSTITUIÇÕES (PPGCTI)
MESTRADO EM COGNIÇÃO, TECNOLOGIA E INSTITUIÇÕES**

LEONARDO MAGELA LOPES MATOSO

**O EFEITO DA MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL NA REDUÇÃO DO NÍVEL
DE ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

**MOSSORÓ – RN
2018**

LEONARDO MAGELA LOPES MATOSO

**O EFEITO DA MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL NA REDUÇÃO DO NÍVEL
DE ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPCTI) da Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa), como requisito parcial para o título de Mestre em Cognição, Tecnologia e Instituições.

Linha de Pesquisa: Experiências Humana, Social e Técnica

Orientadora: Profa. Dra. Agostinha Mafalda Barra de Oliveira

LEONARDO MAGELA LOPES MATOSO

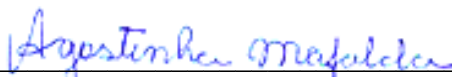
**O EFEITO DA MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL NA REDUÇÃO DO NÍVEL
DE ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPCTI) da Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa), como requisito parcial para o título de Mestre em Cognição, Tecnologia e Instituições.

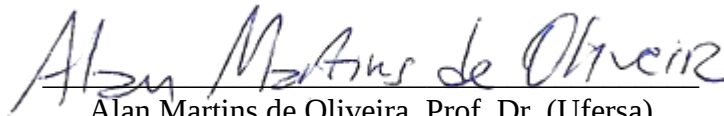
Linha de Pesquisa: Experiências Humana, Social e Técnica

Defendida em: 19 / 06/ 2018

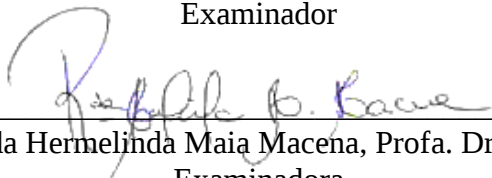
BANCA EXAMINADORA



Agostinha Mafalda Barra de Oliveira, Profa. Dra. (Ufersa)
Orientadora



Alan Martins de Oliveira, Prof. Dr. (Ufersa)
Examinador



Raimunda Hermelinda Maia Macena, Profa. Dra. (Ufersa)
Examinadora

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas
da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M581 Matoso, Leonardo Magela Lopes.

O efeito da musicoterapia organizacional na redução do nível de estresse de profissionais da saúde de um hospital público / Leonardo Magela Lopes Matoso. - 2018.

146 f. : il.

Orientadora: Agostinha Mafalda Barra de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Semi-árido, Programa de Pós-graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições, 2018.

1. Musicoterapia Organizacional. 2. Estresse. 3. Quase-Experimental. 4. Hospital. 5. Estresse Organizacional. I. Oliveira, Agostinha Mafalda Barra de, orient. II. Título.

A dedicatória deste trabalho é destinada para as pessoas que acreditaram na complexidade deste estudo e no meu potencial em realizá-lo.

Dentre as pessoas, uma me deu a motivação para escrever.

O outro, coragem, por mostrar que era capaz.

As outras me deram energia.

As primeiras, eu chamo de “mães”.

O segundo, namorado.

Já as outras, chamo de profissionais “não mais estressados”.

Dedico este trabalho para todos os profissionais desta pesquisa, que no dia-a-dia da assistência precisam lidar com seus demônios e, mesmo assim, conseguem realizar uma prática humanizada e acolhedora.

A todos vocês, gratidão.

AGRADECIMENTOS

Uma vez, Fernando Anitelli disse: “Sonho parece verdade quando a gente esquece de acordar”. Hoje, vivencio uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade para chegar até aqui, e nada disso eu conseguiria sozinho. Minha terna gratidão a todos aqueles que cruzaram o meu caminho, e que de certa forma, colaboraram para que este sonho pudesse ser efetivado.

Grato aos Deuses pelo dom da vida, e por enviar noite e dia guias espirituais que me ajudaram nesta caminhada. Sem vocês, nada sou. Além das forças divinas que nos cercam, agradeço também aos meus pais, que não são divinos, mas são meus anjos de luz.

Agradeço a minha mãe Mônica Betânia Lopes Matoso e ao meu pai Geraldo Magela Campos Matoso, que me ensinaram a viver honestamente e fizeram de tudo que podiam para que eu pudesse chegar aonde cheguei. E que após esta chegada, pudesse notar que posso ir muito mais além. Agradeço a esses dois anjos que os Deuses colocaram na minha vida, que sempre me deram amparo, força e créditos sem querer nada em troca.

Sou grato também a minha segunda mãe, Sandra Andreia Duarte de Queiroz, que me incentivou a seguir meus sonhos e fez de tudo para que eu pudesse alcançá-los, sempre pronta e disposta em ajudar. Espero que saiba que você tornou esta caminhada mais branda e menos conflituosa.

Agradeço ainda à minha irmã Karydja Angélica Lopes Matoso, essa pessoa iluminada, que me deixou fazer parte da família, mesmo depois de pedir para mamãe me trocar na maternidade porque queria uma menina, e não um menino. Obrigado irmã, por ter me ajudado tanto a ser o que sou hoje, por ter acreditado em mim e por ter a certeza que eu chegaria até aqui e ainda iria muito mais longe.

Agradeço aos membros do corpo docente, direção e administração que compõem o Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições (PPCTI) da Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa) por terem me oportunizado o sonho de ser mestre, conquistado com mérito e ética. Além disso, agradeço à minha orientadora Agostinha Mafalda Barra de Oliveira que tanto me instruiu, que me norteou quanto ao poder da escrita, que me inspirou e me mostrou a cada dia o que é fazer ciência. Foi uma grande satisfação e aprendizado trabalhar com você.

Agradeço ainda ao Governo Federal e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de mestrado concebida em seu transcurso e a minha

banca, professor Alan Martins de Oliveira e Raimunda Hermelinda Maia Macena, por terem aceitado participar desta loucura e pela disponibilidade, conselhos e paciência.

Agradeço ao meu namorado e amigo Joatan Jonas dos Santos Silva, por estar comigo durante todo este percurso e por sempre ter acreditado em mim, mesmo nos dias que eu não acreditava. Grato por todo amor, paciência e compreensão que tem me dedicado. Você me ajudou a chegar até aqui, você me incentivou a ser um mestre. Esta caminhada não seria a mesma sem você.

Assim como meu namorado que me incentivou a ser um mestre, serei eternamente grato pelos amigos cujo ‘o santo bateu’ durante o mestrado e que estiveram sempre me incentivando. Agradeço a Ulisséa Duarte, Higo Lima e especialmente a Rafael da Silva Cunha e a Rinaldo Medeiros Alves de Oliveira, que estiveram comigo durante todo o percurso. Sempre me ajudando nas dúvidas estatísticas, na escrita, na captação dos dados e na catarse em forma de fofoca e confabulação de planos. Amigos, serei eternamente grato pela ajuda de vocês e por todo carinho.

Agradeço aos meus amigos, em especial Bianca, Bárbara, Fernanda, Tâmmara, Mikaely e João Paulo, a quem desabafava e chorava quando estava com bloqueios criativos durante o processo de escrita e sobre os problemas que surgiram ao longo do caminho. Amigos, obrigado pela paciência, apoio e cumplicidade. Porque mesmo quando distantes, estavam presentes em minha vida.

Por fim, obrigado a todos os profissionais do Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC) que se propuseram a participar da minha pesquisa. Sem vocês, este sonho não seria realidade. Em especial, obrigado às meninas do Aleitamento Materno e da Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (Ucinca), vocês são exemplos de humanidade, carinho e dedicação.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para o Leonardo Matoso que sou hoje.

Agradeço a todos que diretamente ou indiretamente me ajudaram nessa caminhada.

“Toda canção tem um final, mas não há qualquer razão para não aproveitar a música” – Peyton (One Tree Hill).

RESUMO

Vive-se na contemporaneidade um período de intensa competitividade, pressão e exigência no ambiente laboral; com isso, inúmeras doenças ocupacionais, em particular o estresse, acabam comprometendo a qualidade de vida dos trabalhadores e a dinâmica organizacional. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a influência da musicoterapia organizacional receptiva nos níveis de estresse dos profissionais de enfermagem em um hospital público. Para alcançar o objetivo proposto, foi realizado uma pesquisa aplicada, de natureza explicativa, com procedimento quase-experimental, complementado com observação sistemática e entrevistas episódicas, em uma abordagem mista. O universo da pesquisa foram 200 profissionais de enfermagem de nível superior e técnico. Estes responderam um questionário sociodemográfico para sua caracterização e tiveram seus níveis de estresse mensurados pelo Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp. Os resultados iniciais indicaram que dos 200 profissionais, 32% foram classificados sem nenhum nível de estresse. Em contrapartida, 68% dos participantes estavam em algum nível de estresse. Dos profissionais que estavam com estresse, 45% encontravam-se na segunda fase, conhecido como resistência; 14,5% estavam na terceira fase, denominada de quase-exaustão; 7% foram classificados na primeira fase do estresse, conhecido como alerta; e 1,5% na última fase, classificado como exaustão. Dos 200 participantes, 74 foram selecionados para participar da musicoterapia receptiva organizacional. Após 30 dias de aplicação da musicoterapia receptiva, os 74 profissionais que participaram desta experiência tiveram seus níveis de estresse reavaliados e comparados com os níveis de estresse antes da intervenção musical utilizando o teste de *Wilcoxon*. Os resultados do teste evidenciaram que os níveis de estresse nas fases de resistência, quase-exaustão e exaustão foram minimizados após aplicação musical. Por sua vez, a fase de alerta aumentou consideravelmente depois da intervenção musical, e isso é positivo, tendo em vista que está é considerada como fase de manifestação do eustresse. Isso deveu ao fato de que os profissionais que estavam nas fases de exaustão e quase-exaustão tiveram seus índices de estresse reduzidos respectivamente para fase de quase-exaustão e resistência. Por outro lado, os participantes na fase de resistência tiveram seus níveis de estresse reduzidos para fase de alerta e quem estava na fase de alerta depois da aplicação da terapia musical passou a não possuir sintomatologias necessárias para serem enquadradas com estresse. Diante disso, e com base no teste estatístico e norteado pela entrevista episódica, concluiu-se que a musicoterapia organizacional receptiva teve efeitos significativos na redução do estresse e na melhoria da qualidade de vida no trabalho dos profissionais. Por fim, acredita-se que a utilização da música no ambiente organizacional configura-se como uma estratégia inovadora de cuidado humanizado para os profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Musicoterapia organizacional. Estresse. Quase-experimental. Hospital.

ABSTRACT

A period of intense competitiveness, pressure and demand in the work environment is living in the contemporary world; with this, numerous occupational diseases, in particular stress, end up compromising workers' quality of life and organizational dynamics. Thus, the objective of this study was to analyze the influence of receptive organizational music therapy on the stress levels of nursing professionals in a public hospital. In order to reach the proposed objective, an applied research, of an explanatory nature, with a quasi-experimental procedure was carried out, complemented with systematic observation and episodic interviews, in a mixed approach. The research universe was 200 nursing professionals at the technical and higher level. They answered a sociodemographic questionnaire for their characterization and had their stress levels measured by the Inventory of Stress Symptoms for Adults of Lipp. The initial results indicated that of the 200 professionals, 32% were classified without any level of stress. In contrast, 68% of the participants were at some level of stress. Of the professionals who were under stress, 45% were in the second phase, known as resistance; 14.5% were in the third stage, termed quasi-exhaustion; 7% were classified in the first stage of stress, known as alert; and 1.5% in the last phase, classified as exhaustion. Of the 200 participants, 74 were selected to participate in organizational receptive music therapy. After 30 days of receptive music therapy, the 74 professionals who participated in this experiment had their stress levels reassessed and compared to stress levels prior to musical intervention using the Wilcoxon test. The results of the test showed that stress levels in the phases of resistance, quasi-exhaustion and exhaustion were minimized after musical application. In turn, the alert phase increased considerably after the musical intervention, and this is positive, considering that it is considered as the manifestation phase of eustresse. This was due to the fact that the professionals who were in the phases of exhaustion and quasi-exhaustion had their stress indexes reduced respectively to the phase of quasi-exhaustion and resistance. On the other hand, the participants in the resistance phase had their stress levels reduced to alert phase and those who were in the alert phase after the application of music therapy did not have the necessary symptoms to be framed with stress. Given this, and based on the statistical test and guided by the episodic interview, it was concluded that receptive organizational music therapy had significant effects on the reduction of stress and on the improvement of the quality of life in the professionals' work. Finally, it is believed that the use of music in the organizational environment is an innovative strategy of humanized care for health professionals.

Keywords: Organizational music therapy. Stress. Semi-experiment. Hospital.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Período cronológico dos achados históricos e conceituais acerca do estresse	32
Quadro 2 – Período cronológico dos avanços da musicoterapia enquanto ciência	53
Quadro 3 – Esquema de delineamento quase experimental de grupo único com pré e pós-terapia musical.....	77
Quadro 4 – Quantitativo e porcentagem dos sinais e sintomas de estresse que indicam a fase que se encontram	91
Quadro 5 – Ideias centrais e discursos acerca da experiência musical no local de trabalho ..	112
Quadro 6 – Ideias centrais e discursos acerca das mudanças ocasionadas pela musicoterapia organizacional.....	114

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estatística de estresse do ano de 2012 a 2015 no Brasil e na região Nordeste, de acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) de 2017	40
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo de profissionais do HMAC que participaram da experiência musical no mês de Fevereiro a Março de 2018.....	81
Tabela 2 – Síntese dos quadros IssL com base nas sintomatologias somáticas e psicológicas	84
Tabela 3 – Perfil das/os profissionais de enfermagem do HMAC, conforme dados coletados no mês de janeiro de 2018.....	95
Tabela 4 – Características ocupacionais das/os profissionais de enfermagem do HMAC, conforme dados coletados no mês de janeiro de 2018	97
Tabela 5 – Setor de atuação das/os profissionais de enfermagem do HMAC, conforme dados coletados no mês de janeiro de 2018	98
Tabela 6 – Níveis e predominância de estresse identificados nas/os profissionais de enfermagem do HMAC por meio do IssL, no mês de janeiro de 2018.....	99
Tabela 7 – Frequência de sinais e sintomas típicos da fase de alerta das/os profissionais de enfermagem do HMAC, no mês de janeiro de 2018	100
Tabela 8 – Frequência de sinais e sintomas típicos da fase de resistência/quase-exaustão das/os profissionais de enfermagem do HMAC, no mês de janeiro de 2018.....	100
Tabela 9 – Frequência de sinais e sintomas típicos da fase de exaustão das profissionais de enfermagem do HMAC, no mês de janeiro de 2018	101
Tabela 10 – Resultado do teste de <i>Wilcoxon</i> para amostras pareadas (fase do estresse, sinais e sintomas antes e depois) das profissionais do HMAC que participaram da musicoterapia, em fevereiro e março de 2018	104
Tabela 11 – Resultado do teste de <i>Wilcoxon</i> para amostras pareadas (predominância da fase de estresse e dos sinais e sintomas antes e depois) das profissionais do HMAC que participaram da musicoterapia, em fevereiro e março de 2018.....	104
Tabela 12 – Caracterização qualitativa dos profissionais que compuseram a entrevista episódica, no mês de março de 2018	107

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 – Descrição gráfica das fases e da qualidade do processo do estresse.....	31
Figura 2 – Síntese das abordagens musicoterápicas.....	58
Figura 3 – Síntese das técnicas e métodos da musicoterapia	62
Figura 4 – Software utilizado no setting musicoterápico	87
Figura 5 – Sons portáteis utilizados na musicoterapia receptiva.....	88
Figura 6 – Síntese dos procedimentos de pesquisa que foram realizados	89

LISTA DE ABREVIACÕES

AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho
ALCON 1	Alojamento Conjunto 1
ALCON 2	Alojamento Conjunto 2
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CC	Centro Cirúrgico
CCO	Centro Cirúrgico Obstétrico
CID	Classificação Internacional de Doenças
CME	Central de Material de Esterilização
CNCS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões Chaves
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMAC	Hospital Maternidade Almeida Castro
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ISO	Identidade Sonora
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
ISSL	Inventário de Sintomas para Stress para Adultos de LIPP
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line</i>
Namt	<i>The Nacional Association For Music Therapy</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PPP	Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
Rn	Rio Grande do Norte
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSP	Serviço de Prontuário de Paciente
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
Ucinca	Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
Ucinco	Unidades de Cuidados Intermediários Convencional Canguru
UPQ	Unidade de Pacientes Queimados
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UPQ	Unidade de Pacientes Queimados
WFMT	<i>World Federation of Music Therapy</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 CONTEXUALIZAÇÃO	18
1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1 Objetivo Geral	22
1.2.2 Objetivos Específicos	22
1.3 JUSTIFICATIVA	22
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	24
2 ESTRESSE E O ADOECER NO TRABALHO: CONCEITOS E CONCEPÇÕES	26
2.1 ESTRESSE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	26
2.2 FASES E DIMENSÕES DO ESTRESSE	32
2.3 FATORES ESTRESSORES	35
2.4 ESTRESSE NO AMBIENTE DE TRABALHO	38
2.5 EVIDÊNCIAS EMPÍRICOS DE ESTRESSE NA ÁREA DE SAÚDE	42
3 MUSICOTERAPIA: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE	46
3.1 MÚSICA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	46
3.2 MUSICOTERAPIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	50
3.3 MUSICOTERAPIA: TÉCNICAS E MÉTODOS DE EXPERIÊNCIAS MUSICAIS	54
3.3.1 Técnicas e métodos musicoterápicos	59
3.4 MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL	63
3.4.1 Aplicações da musicoterapia organizacional	65
3.4.1.1 A música funcional e a importância da Identidade Sonora (Iso)	67
3.5 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS SOBRE A APLICAÇÃO DA MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL	71
4 PERCURSO METODOLÓGICO	76
4.1 TIPO DE PESQUISA	76
4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO	78
4.3 UNIVERSO E CAMPO DE PESQUISA	79
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA E AMOSTRA	80
4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	82
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA	85
4.7 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE	90
4.8 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	93

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES ALCANÇADOS	94
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HMAC	94
5.2 NÍVEIS DE ESTRESSE DAS/OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HMAC	98
5.3 COMPARATIVO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE APÓS APLICAÇÃO DA MÚSICOTERAPIA.....	103
5.4 RESULTADOS DA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	106
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
6.1 RESPOSTAS DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	116
6.2 CONTRIBUIÇÕES DOS RESULTADOS	117
6.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	117
6.4. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	118
7 REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	133
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	133
APÊNDICE B – FICHA DE MUSICOTERAPIA	134
APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	135
APÊNDICE D – ENTREVISTA EPISÓDICA	136
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ...	137
APÊNDICE F – MODELO DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO	138
APÊNDICE G – TERMO DE DOAÇÃO	141
ANEXOS	142
ANEXO A – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)	142
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	144

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo foi abordada a contextualização do objeto de pesquisa, onde foram tecidas algumas discussões sobre o estresse e a utilização da musicoterapia nas organizações de saúde, que convergem para a problemática desta dissertação. Na sequência, foram apresentados o objetivo geral e específicos; bem como, a justificativa do autor para a escolha da temática.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Desde os primórdios que se considera o trabalho como sendo um conjunto de atividades pelo qual o ser humano, por intermédio das suas forças e potencialidades, visa o alcance de objetivos de forma satisfatória, em uma dada sociedade.

Para Dejours (2015), o trabalho pode constituir-se em fonte de satisfação ou de insatisfação para o homem. No que se refere à satisfação, está não se dá apenas na esfera econômica, também está ligada ao campo pessoal, e ao reconhecimento individual e social. Quanto à insatisfação, essa pode ser consequência de alguns sentimentos, tais quais: indignidade pela obrigação de executar tarefas que são desinteressantes e sem significados; inutilidade profissional; tarefas desmotivadoras; questões salariais insatisfatórias; dentre outras. Essas insatisfações tendem a interferir nas relações econômicas, sociais e na qualidade de vida.

Jodas e Haddad (2009) defenderam que a insatisfação no mundo do trabalho ganhou notoriedade com o advento da Revolução Industrial; e intensificou-se com o processo de Globalização. Essa intensificação vem causando alguns problemas no coletivo dos trabalhadores e na dinâmica do trabalho, tais como: sobrecarga de trabalho; insatisfação salarial; absenteísmo; aposentadoria precoce; entre outros, que tendem a comprometer o desempenho no trabalho, como também a vida pessoal, social e econômica dos trabalhadores. Diante desse cenário, Gil-Monte (2012) apontou que o mundo do trabalho passou a exigir profissionais mais produtivos, mais dinâmicos, adaptáveis e capacitados para atender as organizações diante do novo mundo do trabalho.

Dentre as organizações de trabalho, citam-se as da área de saúde, mas especificamente, as organizações hospitalares, que foi cenário deste estudo. No âmbito hospitalar, os trabalhadores desenvolvem suas tarefas tendo por finalidade sanar, de forma

resolutiva, as necessidades de saúde dos usuários. Não obstante, os desafios desse novo mundo do trabalho passaram a exigir que esses profissionais se tornem mais aptos a atender as novas demandas postas (BRAVO, 2017). Essas exigências passaram a refletir na vida dos profissionais, causando-lhes desgastes tanto na esfera física quanto na psíquica, ocasionando o aparecimento de alguns transtornos relacionados ao ambiente de trabalho, tais como o estresse (DEJOURS, 2015).

Para Gil-Monte (2012), os trabalhadores no contexto hospitalar convivem diariamente com situações estressoras. Essas situações identificam-se como excedentes à sua capacidade de adaptação, dentre elas, as longas jornadas de trabalho, o trabalho noturno, a fragmentação da assistência, a sobrecarga física, a insatisfação salarial, a ambiguidade de papéis, e a exposição aos riscos físicos, ergonômicos, químicos, biológicos e de acidentes.

Podem-se elencar também como elementos estressores, as demasiadas filas, a superlotação, a insuficiência de matérias no ambiente de trabalho, e a estrutura física hospitalar sucateada (BRAVO, 2017). Além disso, os possíveis sofrimentos vivenciados no ambiente hospitalar, e a grande responsabilidade exigida, são fatores que podem levar ao estresse. Neste sentido, Magalhães, Dall'Agnol e Marck (2013) reforçaram que, a escassez de material e a superlotação hospitalar são os elementos estressores que mais causam estresse nos profissionais da saúde. Além de acarretar o aumento das iatrogênias, quedas do leito, infecções, absenteísmo e rotatividade dos profissionais.

O termo estressor se relaciona ao indivíduo que vivencia uma condição geradora de medo, angústia, ansiedade ou ameaça, que pode ser de origem intrínseca ou extrínseca. Para Seleglim et al., (2012), os trabalhadores da saúde, geralmente, convivem com os estressores da profissão e esses podem proporcionar o estresse.

Na área da saúde, o estresse foi definido como uma reação inespecífica do organismo a qualquer estímulo (SELYE, 1950). Assim, o estresse pode ser apreendido como um conjunto de reações que o organismo pode desenvolver ao se deparar com situações que exigem um esforço maior de adaptabilidade.

Lipp (2010) explicou que o estresse é uma reação de cunho psicológico com características físicas, mentais e químicas, determinadas por estímulos que irritam, amedrontam, excitam ou confundem a pessoa, e que vêm atingindo, atualmente, muitos trabalhadores. Essa assertiva tem como base uma pesquisa *online* realizada pela autora com 2.195 participantes de vários Estados do Brasil, com rendas e escolaridades diferentes. O estudo apontou que 52,46% dos trabalhadores encontravam-se estressados. De acordo com

esta pesquisa, os principais fatores que desencadeavam estresse foram as relações interpessoais no trabalho (18,56%), que figuraram como maiores estressores, seguidos das dificuldades financeiras (17,32%) e sobrecarga de trabalho (16,58%).

Corroborando com essa definição do estresse, segundo Fiorelli (2017), este pode ser definido como um conjunto de reações somáticas e mentais, que resulta da percepção individual de uma situação que desperta incomodo. Para o autor, o estresse pode estar associado a várias origens, como: 1) frustração, causada pelo fracasso na busca de um objetivo; 2) conflito, em decorrência de competição, desencadeado por motivação ou impulsos comportamentais não compatíveis; 3) mudança, ocasionada por alteração na forma de vida da pessoa; 4) pressão, por exigências e expectativas para que o indivíduo se comporte de determinada forma.

Conforme relatório do *International Stress Management Association* (ISMA), as doenças ocasionadas pelo estresse vêm apresentando proporções epidêmicas. Estima-se que a taxa de prevalência do estresse é de 1510 por 100.000 trabalhadores (ISMA, 2016). Em 2014, os relatórios da ISMA (2016) e da *World Health Organization* [(WHO), 2014]] apontaram, respectivamente, que as consequências do estresse atingem cerca de 30% dos adultos economicamente ativos do Brasil e que, aproximadamente, 20% dos adolescentes do mundo sofrem de algum tipo de doença mental incapacitante, onde o estresse encontra-se entre os problemas mais comuns.

Ainda de acordo com o relatório da ISMA (2016) os profissionais mais acometidos pelo estresse são aqueles que lidam diretamente com o público, como professores, médicos, enfermeiros, policiais e assistentes sociais. Os principais fatores de trabalho citados pelos entrevistados como causadores de estresse relacionado ao trabalho, depressão ou ansiedade, foram pressões sobre a carga de trabalho, incluindo prazos apertados, demasiada responsabilidade e falta de apoio gerencial.

Dessa maneira, é correto afirmar que o estresse pode decorrer, também, da interação entre o indivíduo e o ambiente de trabalho (SELEGHIM et al., 2012). Essa associação diz respeito ao estresse ocupacional, que é um conjunto de fenômenos que se apresenta no organismo do trabalhador incapaz de enfrentar as demandas requeridas pela sua ocupação, podendo afetar sua saúde.

Face ao exposto, algumas iniciativas científicas estruturadas em diversos referenciais teórico-filosóficos, têm procurado alternativas para prevenir ou amenizar o estresse. Uma

dessas iniciativas é a utilização da música como ferramenta alternativa e complementar para o cuidado diante do estresse ocupacional (SILVA; LEÃO; SILVA, 2014).

A música vem sendo estudada há tempos por filósofos e psicólogos que enfrentam contratempos em estruturar um conceito sobre ela. Nesse aspecto, uma nova ciência surgiu com o intuito de utilizar a música com fins terapêuticos (BRUSCIA, 2016). Essa ciência emprega elementos constitutivos da música como som, ritmo, harmonia e melodia, para o tratamento de doenças e tem sido denominada de musicoterapia (BECK; HANSEN; GOLD, 2015).

A musicoterapia aplicada no ambiente de trabalho é denominada de musicoterapia organizacional (BRUSCIA, 2016). A musicoterapia organizacional trabalha em conjunto com conhecimentos da psicologia organizacional, como também da cultura organizacional e da gestão de pessoas (CUNHA, 2014). No entanto, Bruscia (2016) revelou que a musicoterapia organizacional é pouco praticada. Contudo, ao atrelar empresa e música dentro do domínio organizacional, ela consegue fomentar discussões saudáveis entre os profissionais, auxiliando também na saúde e qualidade de vida. Podendo se tornar uma aliada como medida profilática para redução do estresse.

Ressalta-se que o desenvolvimento dessa ciência tem proporcionado uma transformação nas organizações que, a cada dia, tornam-se mais dinâmicas e flexíveis às novas tendências e práticas terapêuticas. Portanto, a musicoterapia passa a atuar no domínio organizacional com objetivo de aprimorar as relações humanas, intrapessoais e interpessoais; apoiar e desenvolver equipes de trabalho; potencializar o desempenho e a produtividade; e minimizar problemas de saúde relacionados ao trabalho, como ansiedade, depressão e estresse.

Diante do exposto, nesta dissertação buscou-se contribuir com o campo de conhecimento sobre o tema, com a seguinte problemática: **a aplicação da musicoterapia organizacional possibilita a redução dos níveis de estresse dos profissionais de enfermagem de um ambiente hospitalar?**

1.2 OBJETIVOS

Para responder a problemática apresentada foi realizada uma pesquisa em um hospital do Estado do Rio Grande do Norte (Rn), cujo público-alvo foram os profissionais de enfermagem, de diferentes setores. Sendo assim, têm-se como objetivos:

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a influência da musicoterapia organizacional receptiva nos níveis de estresse dos profissionais de enfermagem em um hospital público.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde de um hospital público;
- Aplicar a musicoterapia organizacional receptiva nos profissionais de saúde de um hospital público;
- Mensurar e comparar os níveis de estresse dos profissionais de saúde de um hospital público, antes e depois da aplicação da musicoterapia organizacional receptiva.

1.3 JUSTIFICATIVA

No mundo atual, as relações organizacionais são pautadas em tecnocracias e competitividade, onde as mudanças acontecem rapidamente, não permitindo que o indivíduo absorva e se adapte a elas. Ademais, as excessivas competições, a impaciência, a pressão diária e a exigência cada vez maior para ter sucesso no mundo dos trabalhos e nas relações sociais, atingem a qualidade de vida das pessoas, causando estresse e outras doenças de ordem psicossomática.

Desse modo, há de se imaginar que o estresse surgirá e tenderá, inclusive, a aumentar cada vez mais. Com isso, aumentarão também as doenças psicofisiológicas associadas ao estresse, a não ser que medidas profiláticas sejam estabelecidas tanto para melhorar o quadro das diversas doenças que acarreta, quanto para melhorar a qualidade de vida.

Considerando essa realidade, esta dissertação justifica-se pela importância social, organizacional e, até mesmo, política que a temática consegue transcorrer. Propõem-se, com isso, uma reflexão acerca do assunto, tornando públicos os resultados encontrados, a fim de que gestores, profissionais da saúde e até mesmo a comunidade científica como um todo possa entrar em contato com essa realidade.

Outro aspecto relevante foi o interesse pessoal do autor enquanto profissional de saúde, ao visar novas estratégias profiláticas e, até mesmo, terapêuticas para reduzir os níveis de estresse. Além disso, a pertinência do estudo recai sobre a possibilidade da utilização da musicoterapia como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em saúde, auxiliando na promoção do indivíduo com ações de cuidados que fogem do modelo hospitalocêntrico e alopático, valorizando assim, a subjetividade do ser humano (BRASIL, 2015).

Dessa maneira, e com base nos estudos empíricos elencados para formulação da problemática, e ao longo desta dissertação, que se consolida também a justificativa desse estudo. Uma vez que pesquisas demonstraram (THOMA et al., 2013; TAETS et al., 2013; BANCARALI; OLIVA, 2012; GUAZINA; TITTONI, 2009) a possibilidade da redução dos níveis de estresse após a utilização da musicoterapia. Entretanto, buscou-se, no desenvolvimento desta dissertação preencher algumas lacunas que os demais estudos deixaram ao aplicar a música no ambiente organizacional. Por exemplo, pequeno tamanho de amostra (GUAZINA; TITTONI, 2009; TAETS et al., 2013), incoerências nos instrumentos de verificação do estresse (BANCARALI; OLIVA, 2012), carência na descrição dos fatores estressores (GUAZINA; TITTONI, 2009; BANCARALI; OLIVA, 2012; TAETS et al., 2013; THOMA et al., 2013); bem como, a aplicação da música sem identificar previamente o gosto musical dos participantes (GUAZINA; TITTONI, 2009; BANCARALI; OLIVA, 2012; THOMA et al., 2013).

Além disso, trabalhos que compilaram ou abordaram a utilização da musicoterapia organizacional como forma de reduzir o estresse laboral encontram-se ainda diminutos na literatura brasileira. Prova disso, foi a realização de uma busca de estudos nas bases de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs). Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em conjunto com o operador booleano “AND” e “OR” aplicando a estratégia de busca “Estresse” AND “Música” OR “Musicoterapia” no título. Os resultados apontaram que na base de dados da Medline constava 99 artigos, no SciELO 1011 e na Lilacs 1008, totalizando 2118 estudos. Não foram utilizados critérios quanto ao tempo de publicação e nem a escolha do idioma. No entanto, a variação de estudos publicados foi de 1992 a 2017, nos idiomas Inglês, Português, Espanhol, Francês e Italiano. Do total de 2118 estudos, apenas onze abordavam a utilização da musicoterapia no âmbito das organizações. Pelo exposto, este estudo justifica-se também pela

contribuição que oferece à comunidade científica, uma vez que existe uma carência de materiais que abordam esta temática.

Contudo, é pertinente dizer que a principal contribuição deste trabalho foi à possibilidade de tecer reflexões acerca do estresse no ambiente organizacional. Com isso, fomentaram-se novos debates na gestão das organizações públicas acerca da relevância da música no desenvolvimento de tecnologias leves capazes de cooperar com o tratamento e/ou prevenção de vários problemas de saúde, em especial o estresse desencadeado no ambiente de trabalho.

Por fim, em consonância com a linha de pesquisa a que se propõe (experiências humana, social e técnica) dentro do Programa de Pós-Graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições; verificou-se que, o diálogo que esta pesquisa proporcionou entre a música e o estresse levantou possibilidades acerca da propositura de práticas cognitivas, utilizando aparato tecnológico de forma prática. A música enquanto dispositivo de tecnologia leve em saúde pode subsidiar na potencialização do plano cognitivo e auxiliar na melhoria da saúde física e mental, por isso mesmo, propõe a possibilidade de mudanças institucionais e nos processos organizacionais em sociedade.

A discussão tecida entre trabalho, estresse e música recaiu na compreensão de que a música; enquanto artefato tecnológico; colabora com a redução do estresse e de outras doenças de cunho somático e mental que podem ser desencadeadas nas organizações. Além disso, a música quando se anuncia como um dispositivo tecnológico pode adentrar nas instituições e auxiliar na promoção e prevenção em saúde.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação foi dividida em capítulos que altercam a proposta de estudo, bem como, sua fundamentação teórica, os aspectos metodológicos, os resultados e as discussões encontradas, bem como suas considerações finais. Em um primeiro momento, neste capítulo, foi construída sua introdução, que expõe a contextualização problematizando a temática, expondo conseqüentemente, a justificativa, os objetivos e sua estruturação.

O segundo capítulo foi composto em cinco tópicos. O primeiro tópico discorreu sobre os aspectos históricos e conceituais do estresse. No segundo, abordou-se as fases do estresse e suas dimensões. Já no terceiro tópico foi apontado os fatores estressores atribuído as questões pessoais e profissionais. Por sua vez, no quarto tópico dissertou-se o estresse no ambiente de

trabalho em saúde, trazendo algumas teorias e estatísticas que subsidiam essa discussão. Por fim, no quinto tópico, foi descrito uma gama de estudos empíricos e experimentais que desvelam o estresse no ambiente e na saúde.

Com relação ao terceiro capítulo, este também foi dividido em quatro tópicos. No primeiro foi dissertado alguns conceitos e aplicações da música e musicoterapia, historicizando o processo de construção musical desde antiguidade até os dias atuais. Com relação ao segundo tópico, neste foi apresentado uma caracterização sobre a musicoterapia, suas técnicas e métodos de experiência musical, onde em um subtópico, foi abordado os métodos musicoterápicos. Já no terceiro tópico discutiu-se a musicoterapia organizacional, com ênfase na música receptiva e funcional. E no quarto tópico, foi apresentado alguns estudos experimentais e não experimentais que fizeram uma interlocução entre música e saúde.

No quarto capítulo, realizou-se uma apresentação dos métodos e técnicas de pesquisa, bem como a descrição do universo de pesquisa e as estratégias de coleta, as variáveis, instrumentos de coleta de dados e a forma de análise que foram trabalhados nesta dissertação, em síntese, tem-se neste capítulo o percurso metodológico.

Para finalizar, no quinto capítulo têm-se os resultados e discussões deste estudo. No sexto capítulo foram apresentadas as considerações finais com base nos resultados alcançados. Por sua vez, no sétimo capítulo foram descritas as referências utilizadas ao longo desta dissertação e, por fim, têm-se os apêndices e anexos, que trazem os documentos utilizados durante a condução da pesquisa.

2 ESTRESSE E O ADOECER NO TRABALHO: CONCEITOS E CONCEPÇÕES

No mundo contemporâneo, o termo estresse faz parte do vocabulário corrente tanto quanto a sentença “hoje estou estressada(o)”. Não obstante, o estresse pode ter diversos significados, conforme o contexto em que é introduzido. Em certos momentos faz-se referência aos antecedentes do estresse, enquanto em outros se designa suas consequências ou a maneira como é vivenciado. Essas nuances foram desveladas neste capítulo cujo objetivo é resgatar o aporte teórico que circunda o estresse na atualidade. Em busca de compreender seus conceitos e concepções, assim como, suas consequências, fases e sua relação no âmbito das organizações.

2.1 ESTRESSE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A palavra “estresse” é proveniente do latim medieval, vem de *stringero*, que significa tencionar, apertar ou comprimir. Essa palavra passou a ser usada em inglês como “*stress*” apenas em 1440, no campo da física e da engenharia por Hobert Hook (BUXTON, 2013). Hook utilizava o termo *stress* para designar força ou pressão exercida sobre um determinado objeto, em específico, as barras de metais que resistiam às tensões (*stress*) infligidas sobre elas, até que se deformassem ou rompessem (LIPP, 2000).

De acordo com o que está exposto no *Oxford English Dictionary*, o conceito de *stress* sofreu diversas transformações ao longo do tempo. Em 1440, *stress* era compreendido como força ou pressão exercida sobre objetos; em 1655, passou a ser utilizado como força ou pressão infligida sobre um ser humano, a fim de obrigá-lo a fazer algo ou extorqui-lo; por volta de 1690, começou a ser utilizado para indicar um esforço extenuante; já em 1704, o termo *stress* passou a ser adotado para designar sofrimento, adversidade e aflição; em 1756, foi usado como sinônimo para dar ênfase a algo inexistente; e em 1843, o *stress* passou a ser utilizado para indicar uma força excessiva realizada pelos órgãos corporais ou pela mente (BUXTON, 2013).

Salienta-se que a palavra *stress* é destacada, ainda, no *Oxford English Dictionary*, como sendo uma derivação da palavra *distress*, que advém do francês antigo. Assim, o termo *stress* perdeu no processo de tradução linguista por aférese¹ a sílaba “di” (BUXTON, 2013). Por sua vez, o *Webster’s International Dictionary*, traz a etimologia da palavra *stress* oriundo

¹ Aférese é a supressão de um fonema ou de uma sílaba no início de uma palavra (HOLANDA, 2010).

do latim medieval e derivado de *distresse*. No entanto, o *distresse* perde a letra “e” por um processo linguístico chamado *apócope*², evoluindo para *distress* (NEILSON, 1936). Já no Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, a palavra *estresse* tem sua base etimológica de *stress*. Desse modo, tanto *stress* como *distress*, têm sua procedência do inglês (HOLANDA, 2010) e não são sinônimos. A diferença entre esses termos será discutida posteriormente.

Diante desse contexto histórico nota-se uma evolução no termo *stress*. O que antes era visto como uma palavra utilizada na física para designar o estado dos objetos, atualmente, passou a ser utilizada em um sentido mais ampliado, ligado ao ser humano, principalmente ao processo de saúde-doença. Assim, ressalta-se que nesta dissertação foi utilizado o termo *estresse*, na língua portuguesa.

Os primeiros estudos científicos que passaram a fundamentar o estresse foram realizados junto aos soldados que haviam participado da 1ª e 2ª Guerras Mundiais. No entanto, Myers (1999) ressaltou que o interesse médico pelo estresse remonta a Hipócrates (470-377 a. C.). Porém, foi somente em 1910, por meio dos estudos do psiquiatra e professor Glynn, no Instituto Médico de Liverpool, que o estresse passou a ser conceituado em áreas diversas (por exemplo: no trabalho, na família e nos estudos).

Glynn, ao estudar grupos de pessoas com neuroses traumáticas³, identificou que o trauma era responsável pelo estresse. A partir de 1920, vários autores (CANNON, 1929; SELYE, 1950; KHOROL, 1975) ampliaram o conceito de estresse. Principalmente depois de 1929, após os trabalhos do fisiologista Walter Cannon, que formulou o conceito de homeostase, atrelando-o às reações do estresse, que passou ser entendido como um fenômeno relacionado ao corpo e a mente (MYERS, 1999).

Cannon (1929) descreveu o estresse como sendo qualquer exigência no campo intrínseco (orgânico) ou extrínseco (ambiental), que cria um estado de tensão ou ameaça que requer mudanças ou adaptações, rompendo assim, a homeostasia. A homeostasia é compreendida como um processo de regulamentação que o organismo faz diante da dinâmica interna e externa, visando manter o equilíbrio corporal.

Ampliando o conceito de Cannon (1929), em 1936, o médico endocrinologista Hans Selye, influenciado por seus dois amigos fisiologistas Claude Bernard e Walter Cannon, começou a perceber que havia algo em comum entre os seus pacientes. Alguns apresentavam

² Apócope é a supressão fonética de um ou vários fonemas no final de uma palavra (HOLANDA, 2010).

³ Neuroses Traumáticas era o termo descrito na época para o que hoje conhecemos como Distúrbio de Stress Pós-Traumático. A nomenclatura mudou em meados dos anos 80 e permanece até hoje na Classificação Internacional de Doenças [ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1993].

sinais e sintomas⁴ que independiam da doença base, mas sim, com a condição geral de estar doente, em que ele denominou como Síndrome de Estar Doente (SELYE, 1950).

Selye (1950) identificou que a Síndrome de Estar Doente era desencadeada pelo estresse e provocada por vários agentes nocivos denominados, mais tarde, de agentes estressores. Essa síndrome a que Selye se referia era a adaptação que o ser humano tende a enfrentar diante de qualquer situação que lhe foge do habitual, do controle, ou seja, é a resposta que o corpo dá quando tenta se adequar às situações de mudança, emoções e acontecimentos inesperados.

Sendo assim, após longo período de pesquisa baseando-se nos princípios da fisiologia, Selye definiu estresse como sendo um estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por alterações produzidas no sistema biológico de um indivíduo (LIPP, 2010). A esse conjunto de reações produzidas pelo corpo e pela mente, que levariam ao estresse, Selye denominou de Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome de Adaptação Geral (SAG) (SELYE, 1950).

A SAG foi apresentada como sendo um conjunto de respostas não específicas a uma lesão somática ou psíquica. Essa lesão provocava a dilatação do córtex da suprarrenal, atrofia dos órgãos linfáticos, e úlceras gastrointestinais. Além da perda de peso e outras alterações, por isso ele denominou de síndrome, que a grosso modo, significa o conjunto de sinais e sintomas que caracteriza uma determinada doença. Essa síndrome era desenvolvida em três fases, a saber: 1ª Fase – Alarme, caracterizada por manifestações agudas; 2ª Fase – Resistência, quando as manifestações agudas desaparecem; e 3ª Fase – Exaustão, quando ocorre a volta das reações da primeira fase e o colapso do organismo (SELYE, 1950). Essas fases foram exploradas no próximo subtópico, intitulado “*as fases e dimensões do estresse*”.

Em 1952, Selye publicou um resumo de seus estudos e conferências, contendo a evolução do conceito de estresse e da dinâmica da SAG, bem como seu potencial na gênese da doença. O autor terminou o texto reconhecendo a necessidade de outros olhares sobre seu tema de estudo, e autorizou a ampliação do conceito de estresse, por pesquisadores não só da área biológica, mas também da psicologia, da sociologia, e de estudiosos da saúde ambiental e humana (ARANTES; VIEIRA, 2010).

Por volta de 1966, Richard Lazarus resgatou os estudos de Selye e conceituou estresse como sendo o resultado da interação entre a pessoa e o contexto em que ela está inserida.

4 Sinal é aquilo que pode ser percebido e mensurado por outra pessoa sem o relato ou comunicação do paciente. Sintoma é a queixa relatada pelo paciente, mas que só ele consegue perceber, é subjetivo e sujeito à interpretação (POTTER et al., 2013).

Mais especificamente, a reação psicológica de estresse aparece quando o indivíduo estima que as exigências do contexto o solicitem de um modo crucial ou excedem os recursos de que ele dispõe, ameaçando assim, seu bem-estar (LAZARUS; DELONGIS, 1983). O estresse implica, portanto, em um desequilíbrio e a necessidade de reestabelecer a homeostasia.

Corroborando com Lazarus e Delongis (1983), o médico soviético Ivan Khorol, retomou os estudos sobre o estresse e os pressupostos de Selye. Khorol (1975) defendeu que o processo de adaptação é, provavelmente, o mais importante da vida e que, em biologia, essa reação do corpo frente a esse processo é chamada de estresse. Em sua ótica, o estresse se apresenta de variadas formas, os sistemas do nosso organismo reagem de maneiras semelhantes, sempre com uma hiperatividade na substância cortical, nas glândulas suprarrenais e uma atrofia do timo (glândula endócrina). O que difere um caso de outro é a intensidade com que ocorrerão essas reações.

Essas reações acontecem como parte do processo de adaptação que, segundo Khorol (1975), trata-se da compreensão da adaptação, que é procurar conhecer como um indivíduo se ajusta a uma situação e se torna apto a nela se desenvolver. No que diz respeito às condições de adaptação, Feldman (2015) estabeleceu uma diferença entre “se adaptar a uma situação” e “sair-se bem” (*coping*). “Se adaptar a uma situação” pressupõe que o acontecimento escapa do controle do indivíduo; seus comportamentos precisam ajustar-se às circunstâncias. Por sua vez, “sair-se bem” implica que as consequências da ação dependem das decisões do indivíduo. Desse modo, o estresse não está associado apenas ao perigo ou a situações desagradáveis, as coisas boas também podem provocar estresse porque requerem adaptação se os indivíduos quiserem ir ao encontro de suas necessidades.

Outros pesquisadores como Corte (1988), Moreira e Mello (1992) e Rodrigues (1997), trouxeram algumas contribuições para fundamentar o conceito de estresse. Corte (1988), buscando mapear a importância do aspecto psicológico na reabilitação de pacientes com cardiopatias, utilizando o conceito de Selye acerca da SAG, apontou que é após as três fases do processo adaptativo que as doenças surgem.

Moreira e Mello (1992) discutiram a importância do estado emocional dos pacientes na evolução das doenças infecciosas e neoplásicas. Eles definem estresse como um termo que compreende um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo não apenas no nível físico e psicológico, mas também em nível social, acarretando uma gama de efeitos danosos ao ser humano.

Da mesma forma, Rodrigues (1997) conceituou o estresse como sendo uma relação indissociada entre uma pessoa, seu ambiente, e as circunstâncias às quais está submetida. Essas circunstâncias serão percebidas pela pessoa como uma ameaça ou algo que exija dela mais do que suas habilidades e recursos possam dar conta, podendo pôr em risco sua saúde física e mental.

Por sua vez, Lipp (2000), influenciada pelos estudos de Canon em 1929, conceituou estresse como sendo uma reação psicológica com características físicas e mentais determinadas por estímulos que irritam, amedrontam, excitam ou confundem a pessoa. Desse modo, o estresse é o resultado de reações somáticas e mentais, frente às mudanças potenciais que qualquer ser humano vivência.

Embora o termo estresse tenha frequentemente uma conotação negativa, Selye (1950), inferiu que este estado psicológico não é sempre negativo, uma vez que não seria possível escapar totalmente dele e, tampouco seria desejável poder chegar a isso. Na verdade, certo nível de estresse permitiria regular a motivação, o crescimento, o desenvolvimento e a mudança. É o que Lipp (2010) chama de estresse construtivo ou eustresse. Em contrapartida, existe o estresse que decorre de situações dolorosas, não desejadas e difíceis de administrar que é chamado de distresse.

O eustresse, para Lipp (2010), é necessário para o bom desempenho da pessoa através de respostas satisfatórias, diante dos estressores ou agressores. É uma experiência desejada que dê sensação de bem-estar e sentimentos de satisfação por saber lidar com a situação que desencadeou o estresse. Nessa ótica, as respostas ao estresse são suaves e controláveis, podendo ser estimulante e excitante ao indivíduo, uma vez que seria necessário evocar novas respostas, e isso consequentemente possibilitaria o crescimento, prazer, desenvolvimento emocional e intelectual. Já o distresse, se refere às respostas exigidas por uma demanda de estímulos intensos e prolongados, agradáveis e desagradáveis, ultrapassando a capacidade de resistência e adaptação do organismo como um todo.

É importante deixar claro, que o que pode ser considerado distresse para um indivíduo pode ser considerado eustresse para outro, logo, não será um fator de estresse. O que causará o estresse vai depender dos significados que cada indivíduo atribui às experiências ou aos fatores estressores (LIPP, 2010). Assim, as diferenças fundamentais estão nos significados atribuídos ou na subjetividade de quem avalia as experiências que vive e das habilidades para lidar com os desafios e as exigências de adaptação.

Segundo Lipp (2010) pode-se visualizar, graficamente, os movimentos ou oscilações dos níveis de estresse (amplitude), suas fases (alarme, resistência e exaustão) e qualidades (eustresse e distresse) ao longo do tempo (processo), segundo a Figura 1 a seguir:

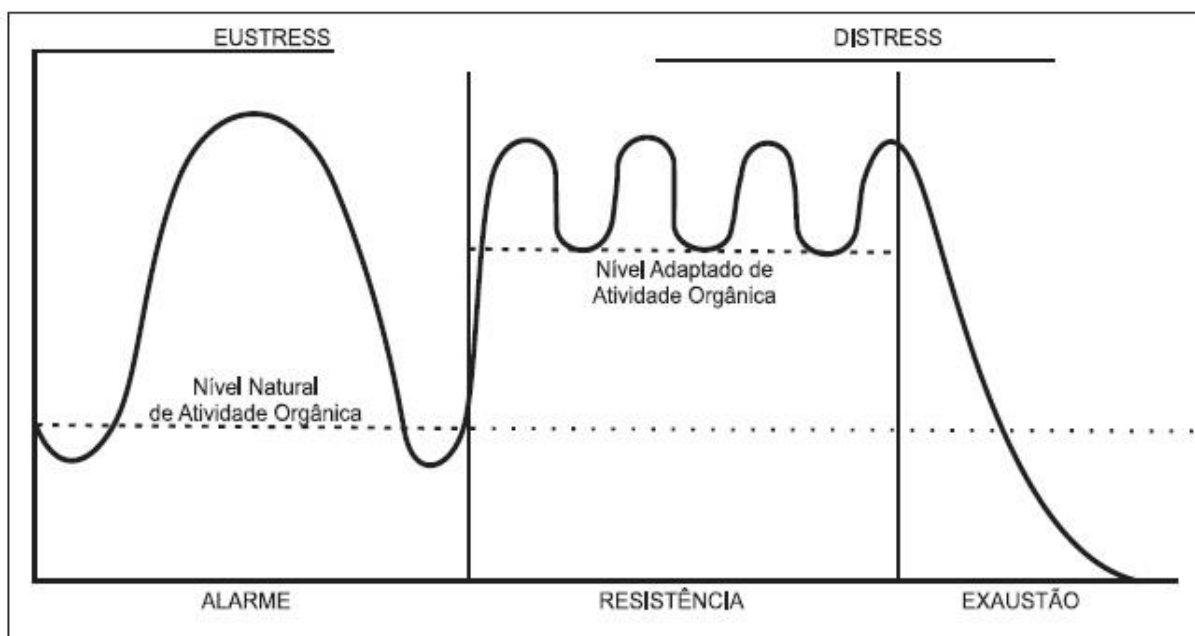


Figura 1 – Descrição gráfica das fases e da qualidade do processo do estresse

Fonte: Elaborado por Lipp (2010)

Tomando Lipp (2010) como referência e buscando agregar novos autores ao conceito de estresse, Martins (2010) explicou que o estresse pode ser considerado um estado de tensão em que o organismo é submetido a qualquer tipo de agressão, seja ela física ou psicológica. Corroborando com Martins (2010), Minari e Souza (2011) descreveram o estresse como sendo um processo complexo em que interagem fatores ambientais, psicossociais, organizacionais e individuais de cada ser humano.

Face ao exposto, nota-se que o conceito de estresse vem evoluindo ao longo do tempo graças aos estudos, em diferentes áreas (física, biologia e saúde), que têm possibilitado novas informações. Atualmente sabe-se que o estresse é um aglutinado de reações psicossomáticas que o organismo desenvolve ao se encontrar em uma situação que se exija adaptação. Sabe-se também, que as percepções das situações estressoras, como também as consequências do estresse, são variadas e individuais, dando-lhe um caráter multicausal.

Destarte, para efeito desta dissertação, define-se estresse como reações somáticas e mentais, que resultam da percepção individual a uma situação que desperta incômodo. Convém ressaltar que o estresse não deve ser considerado uma doença, ou que tem apenas

propriedades malélicas, no caso quando há o distresse; ao contrário, o estresse também pode ser benéfico, no caso, quando há o eustresse. No entanto, o estresse é uma condição de adaptabilidade do organismo para enfrentar desafios, dificuldades e perigos. Em si, não é negativo ou positivo. Só se torna positivo ou negativo conforme o indivíduo vivencia certa situação, e sua gradação negativa traz consigo uma série de doenças, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Como modo de sintetizar a construção histórica e conceitual acerca do estresse, consolidam-se tais achados no Quadro 1.

Quadro 1 – Período cronológico dos achados históricos e conceituais acerca do estresse

Século	Achados históricos e conceituais
XV	<i>Stress</i> , termo do latim medieval e era compreendido como força ou pressão exercida sobre objetos (BUXTON, 2013).
XVII	1655 – Estresse passou a ser utilizado como força ou pressão infligida sobre um ser humano a fim de obriga-lo a fazer algo ou extorqui-lo (BUXTON, 2013). 1690 – Estresse começou a ser utilizado para indicar um esforço extenuante (NEILSON, 1936).
XVIII	1704 – Estresse passou a ser utilizado para designar sofrimento, adversidade e aflição (HOLANDA, 2010). 1756 – Estresse foi usado como sinônimo para dar ênfase a algo inexistente (MYERS, 1999).
XIV	1843 – O estresse era utilizado para indicar uma força excessiva que estava sendo realizada pelos órgãos corporais ou pela mente (CANNON, 1929).
XX	1910 – O conceito de estresse passa a ser trabalhado dentro do campo da saúde mental (BUXTON, 2013). 1929 – O conceito de homeostase é atrelado às reações do estresse, passando a ser entendido como um fenômeno relacionado ao corpo e a mente (BUXTON, 2013). 1936 – O estresse foi conceituado pela primeira vez no campo da saúde envolvendo corpo, mente e sociedade (SELYE, 1950). 1950-52 – Surge o conceito da SAG (SELYE, 1950). 1975 – O processo de adaptação é compreendido como o mais importante da vida e que, em biologia, essa reação do corpo frente a esse processo passa a ser chamada de estresse (KHOROL, 1975). 1988 – Selye aponta que é após as três fases do processo adaptativo (alarme, resistência e esgotamento) da SAG que as doenças surgem (SELYE, 1950; KHOROL, 1975). 1992 – O estresse é definido como um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo em nível físico, psicológico e social (LIPP, 2000). 1997 – O conceito de estresse passa a ser trabalhado como uma relação indissociada entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias nas quais está submetida (LIPP, 2000). 2000 – O estresse é conceituado como sendo uma reação psicológica com características físicas, mentais e químicas determinadas por estímulos que irritam, amedrontam, excitam ou confundem a pessoa (LIPP, 2010; FELDMAN, 2015).
XXI	2010, surge o conceito de eustresse e distresse. O estresse passa a ser visto como sendo um processo complexo em que interagem fatores ambientais, psicossociais, organizacionais e individuais de cada ser humano (LIPP, 2010).

Fonte: Desenvolvido pelo autor (2018)

2.2 FASES E DIMENSÕES DO ESTRESSE

Dentre as conceituações discutidas no tópico anterior, compreendeu-se que o estresse se fundamenta como uma reação somática e mental que resulta da percepção individual, a uma situação que desperta incomodo. Indivíduos expostos a situações estressoras podem estar

susceptíveis a uma série de doenças que são desencadeadas pelo estresse, como gastrite, hipertensão arterial, bronquite, asma, câncer, dentre outras. Como toda doença, o estresse apresenta sinais e sintomas que podem ser diagnosticados previamente, caso identifiquem as fases e dimensões que o compõem.

A cerca das fases e dimensões que compõem o estresse, Selye (1950) explicitou que a reação ao estresse somático e psicológico se dá em três fases, as quais ele denominou como SAG. São elas: reação de alarme, resistência (ou adaptação) e exaustão.

A primeira fase foi nomeada por Selye (1950) como fase de alerta ou reação de alarme, uma vez que é nesta fase que se observam as primeiras respostas do organismo para as defesas contra os agentes nocivos. Durante essa fase, o sistema imunológico fica suprimido, pois seu organismo passa a reagir diante do agente estressor, causando alterações neurofisiológicas relacionadas a essa exposição. Devido ao rebaixamento do sistema imunológico, o indivíduo fica mais susceptível a afecções somáticas e psicológicas (MORIN, 2009).

Lipp (2010) salientou que a fase de alerta é constituída por dois ciclos, onde o primeiro, denominado de fase de choque, é o momento no qual o agente estressor é sentido pelo indivíduo como prejudicial; o segundo seria a fase de contrachoque; ou seja, quando o organismo coloca em funcionamento suas defesas, iniciando assim, a mobilização das forças orgânicas contra um determinado agente. Nesse processo podem ocorrer sintomas como: sudorese excessiva, taquicardia, taquipnéia, cefaléia, irritabilidade, insônia, fadiga, tensão muscular, aumento ou queda da pressão arterial, alterações de humor e sensação de esgotamento.

Cumprir frisar que, na fase de alerta, quanto maior é o esforço para adaptar-se e reequilibrar a harmonia interior, maior é o desgaste do organismo. Quando o organismo consegue se adaptar completamente, e resiste ao estressor de forma adequada, o processo de estresse é interrompido sem deixar sequelas (LIPP, 2010). Segundo Minari e Souza (2011), se o processo de estresse permanecer em exposição contínua, tem início a segunda fase do estresse: a fase de resistência.

Durante a fase de resistência, o organismo começa a dar seguimento ao processo de resposta diante dos agentes estressores. Nessa fase o gasto de energia é excessivo, é por esse motivo que começam a surgir sinais e sintomas intensos, tais como: cansaço excessivo, esquecimento, medo, nervosismo, ansiedade, apetite oscilante, isolamento social e dúvidas a respeito de si mesmo; entre outros sintomas somáticos e psicológicos (FELDMAN, 2015).

Conforme Potter et al. (2013), a fase de resistência aparece logo após a fase de alerta, mas isso só acontece se os agentes nocivos persistirem frente as respostas de defesa do organismo. Diferente dos sinais e sintomas da fase anterior, esta tem suas particularidades, uma vez que as reações aos agentes estressores são opostas as da primeira fase, como também os sinais e sintomas iniciais são alterados. Nesta fase, o indivíduo procurar lidar com os fatores estressores de modo a manter seu equilíbrio físico e mental. Se os estressores persistirem com frequência e intensidade, há uma ruptura na resistência do indivíduo e ela passa para a fase de exaustão.

A fase de exaustão, segundo Feldman (2015), acontece porque o indivíduo excede a reserva de energia adaptativa do organismo, manifestando quadros exaustivos juntamente com uma série de doenças. Nesta fase, o organismo já não consegue mais se manter equilibrado, ou seja, sua homeostasia entra em ruptura e, conseqüentemente, surge a falência adaptativa. A falência adaptativa pode ser compreendida como um esgotamento devido a esforços psicossomáticos a situações de tensão. Isso faz com que o organismo desencadeie uma série de sintomatologias, tais como: gastrite, hipertensão arterial, câncer, dermatites, alergias e rinites, são alguns dos sinais e sintomas característicos dessa fase.

A fase do esgotamento para Potter et al. (2013), se distingue das demais pela exposição de longa duração do agente estressor. Nessa fase, ocorre o não restabelecimento do equilíbrio orgânico, e desta forma, surge à exaustão e o colapso dos mecanismos presentes nas doenças proporcionadas pelo estresse. Nesse momento de esgotamento, o organismo deve extrair energia de adaptação de suas reservas mais profundas, ocasionando como consequência, danos que podem ser irreparáveis a saúde.

Feldman (2015) alertou que é na fase de esgotamento que surge a Síndrome de *Burnout*. A palavra *Burnout* é de etimologia inglesa, composta por dois vocábulos: *Burn*, que quer dizer queimar e *Out* que significa exterior, fora. Em tradução literal, *Burnout* quer dizer “queimar para fora” ou “consumir de dentro para fora”. Desse modo, pode ser compreendida também como uma combustão completa que se inicia na mente, nos aspectos psicológicos e culmina em problemas somáticos e sociais.

Nesse contexto, o *Burnout*, é uma resposta do estresse crônico e que afeta diretamente a qualidade de vida, causando consequências negativas a nível individual, profissional, familiar e social. Benevides-Pereira (2012) advogou que a Síndrome de *Burnout* atualmente se configura como um dos grandes problemas de saúde psicossocial, acometendo principalmente profissionais da área da educação, saúde, telemarketing, atendentes de lojas e

policiais. Isso fez com que despertasse o interesse e a preocupação por parte da comunidade científica e das empresas, devido à gravidade das suas consequências, quer ao nível individual, quer ao nível organizacional.

É pertinente acentuar, que embora o modelo desenvolvido por Selye (1950), sobre as fases que compõem o estresse tenham sido discutidas na comunidade científica por muitos estudiosos, desde sua descoberta até os anos 2000, nenhuma pesquisa que se tenha conhecimento, havia sido realizada para validar as fases que compõem o estresse. Partindo desse pressuposto, Lipp (2000) desenvolveu o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSA) e, além de incluir as três fases de desenvolvimento de estresse propostas por Selye, acrescentou uma quarta fase, que foi identificada tanto clinicamente em seus estudos como estatisticamente: a fase de quase-exaustão.

A fase de quase-exaustão encontra-se entre a fase de resistência e a fase de exaustão. Essa fase se fundamenta pelo enfraquecimento do indivíduo que não está mais conseguindo se adaptar ou resistir aos processos estressores. As doenças que surgem nessa fase não são tão graves como as da fase de exaustão. Como também, as pessoas na fase de quase-exaustão ainda conseguem atuar na sociedade até certo ponto, diferente da fase de exaustão onde o indivíduo encontra-se comprometido em nível somático e mental (LIPP, 2010). Assim, este modelo proposto por Lipp foi considerado de quadrifásico, por constituir as fases de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

Nesse íterim, no que concerne as fases e dimensões do estresse, sintetizam-se os achados nesta dissertação, mostrando que de acordo com Selye (1950), Lipp (2010), Potter et al. (2013) e Feldman (2015), o estresse se fundamenta em quatro fases: alarme, resistência, quase exaustão e exaustão. Tais fases são desencadeadas por fatores estressores que quando não diagnosticados precocemente proporcionam doenças e comprometem a qualidade de vida. Esses fatores foram discutidos no próximo tópico.

2.3 FATORES ESTRESSORES

Pode-se perceber no tópico anterior que o estresse é proveniente dos mecanismos estressores. Estes, por sua vez, podem ser compreendidos como mecanismos eventuais ou estimulatórios que podem ser de origem ambiental ou orgânica (FELDMAN, 2015).

Conforme Feldman (2015), os estressores de cunho ambiental podem ser classificados como acontecimentos vitais (*life-events*), acontecimentos diários menores e situações de

tensão crônica. Já as situações estressoras de cunho orgânico podem ser de origem química ou oriunda de ameaças internas que provêm dos conflitos pessoais de cada um. Essa ameaça internalizada pode refletir na sensibilidade afetiva diante da vida e em suas perspectivas atuais e futuras.

Os chamados *life-events*, estudados pela primeira vez por Thomas Holmes e Richard Rahe em 1967, têm sido um grande foco da epidemiologia psiquiátrica nas últimas décadas. No campo literário, os *life-events* têm sido denominados de eventos de vida estressores, eventos de vida negativos ou acontecimentos vitais (HOLMES; RAHE, 1967). Como forma de padronizar o termo mais adequado, optou-se por conveniência, trabalhar nesta dissertação com o termo “eventos de vida estressores”.

Os eventos de vida estressores podem ser classificados como dependentes e independentes. De acordo com Holmes e Rahe (1967), os eventos de vida estressores dependentes se caracterizam pelo modo como o indivíduo se coloca diante das reações interpessoais e do meio no qual está inserido. Já os eventos de vida estressores independentes, estão relacionados com os eventos que fogem do controle do indivíduo. Ou seja, eles independem da sua participação, sendo inevitável o seu acontecimento.

Alguns estudiosos como Feldman (2015), Morris (2004) e Morin (2009), diferenciaram os eventos de vida estressores dos eventos traumáticos. Para eles(as) o evento traumático se caracteriza como a exposição do indivíduo diante de um sofrimento psíquico prolongado, onde o mesmo poderá sofrer consequências por décadas mesmo após se distanciar desse evento. Ressalta-se que o evento traumático grave é aquele no qual ocorre o comprometimento da integridade física e psicológica no indivíduo. Por outro lado, o evento de vida estressor, é aquele que mesmo causando efeitos psicológicos e fisiológicos, uma vez removido, acarreta também a minimização do quadro psicopatológico.

Mudanças significativas na vida, como casar-se ou divorciar-se, começar um novo trabalho, sofrer um acidente, realizar algum sonho até então impossível, são apresentadas por Lipp (2010), como geradores de respostas estressoras. Averiguar a ocorrência destes eventos pode ser uma forma de apreender a frequência com que determinado indivíduo desencadeia uma resposta de estresse e consequentemente assumir medidas de prevenção e promoção à saúde.

Além dos eventos de vida estressores, Feldman (2015) defendeu que os denominados acontecimentos diários menores, podem ser vivenciados em diversas situações cotidianas como, por exemplo: perder coisas, esperar em filas por longas horas, ouvir músicas e/ou sons

desagradáveis, dentre outros. Muitas vezes estes acontecimentos diários menores, quando rotineiros, geram situações de estresse, causando efeitos psicológicos e biológicos significativos.

No que tange às situações de tensões constantes; que geram estresse relativamente intenso e que persistem ao longo do tempo, Silva (2006) inferiu que essas situações estressoras geram importantes efeitos psicopatológicos.

Na ótica de Silva (2006), ao falar sobre o estresse, o mesmo apresenta uma visão biopsicossocial, cujos estímulos estressores estão presentes tanto no âmbito intrínseco (pensamentos, fantasias e sentimentos) quanto extrínseco (ambiente e sociedade). A autora relacionou também o estresse às condições ou estados emocionais advindos da reação do indivíduo diante das mudanças significativas em suas vidas. Essas mudanças podem ser positivas ou negativas ao ponto que acionam modificações nos hábitos diários, nas relações interpessoais e nas concepções de sua autoimagem com o objetivo de adaptação do indivíduo a estas transformações.

Nesse contexto, é pertinente dizer que existem vários tipos de atividades que são consideradas estressantes por serem realizadas em ambientes que auxiliam para os surgimentos de desgaste físicos e mentais. Para Benevides-Pereira (2012), os fatores estressores podem manifestar sintomas nas pessoas tanto no nível pessoal quanto organizacional. Esses sintomas podem comprometer o estado físico e psicológico do indivíduo em graus severos, capaz de levar até a morte. Os sintomas em nível pessoal podem ser dores nos ombros e coluna, dificuldades respiratórias, depressão, aumento da pressão arterial, irritabilidade acentuada, arritmias cardíacas, dentre outros. Por sua vez, os sintomas organizacionais, se apresentam como absenteísmo, rotatividade, queda na qualidade da produção, entre outros.

Diante do exposto, as causas de estresse podem ser agrupadas em diversas categorias e ocasionadas pelas próprias relações pessoais, pelo trabalho, por papéis organizacionais insatisfatórios, dentre inúmeros outros fatores. Desse modo, percebe-se a importância de compreender os fatores estressores que desencadeiam o estresse, sejam esses gerados pelo trabalho ou por acontecimentos da vida, ambos constituem um fenômeno complexo no sentido de serem multicausais.

2.4 ESTRESSE NO AMBIENTE DE TRABALHO

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho repercutem nas práticas sociais e na vida humana dos trabalhadores. Uma vez que, têm contribuído para o surgimento de sintomas de insatisfação e precarização das condições de trabalho, assim como, para o chamado estresse ocupacional.

Alguns autores (HIGASHI et al., 2013; FERREIRA et al., 2015) definiram o estresse ocupacional como sendo a percepção que um indivíduo tem acerca das demandas do trabalho que excedem as suas capacidades de enfrentá-las. Higashi et al. (2013), apontaram que o estresse ocupacional se dá em decorrência da exposição aos estressores de natureza psicossocial, quando relacionado com a organização do trabalho. Por conseguinte, Ferreira (2015) defendeu o que estresse ocupacional pode ser conceituado como as situações de ameaças percebidas pelo trabalhador em seu ambiente de trabalho. Ameaças essas que poderão interferir nas suas necessidades de realização tanto pessoal quanto profissional.

Para compreender melhor os fatores de estresse no trabalho, pesquisadores de diferentes campos de atuação propuseram algumas teorias. Optou-se nessa dissertação por apresentar dois modelos teóricos que são conceituados e utilizados atualmente na prática clínica, por exercerem influência na psicologia e mais precisamente no estresse relacionado ao ambiente de trabalho. São as teorias de Robert Karasek (1979) e de Johannes Siegrist (1996). Esses dois autores se baseiam na noção de adequação entre os indivíduos e o meio de trabalho.

O modelo de Karasek (1979) versa sobre duas dimensões psicossociais no trabalho, uma relacionada ao controle sobre o trabalho e a outra sobre a demanda psicológica advinda dela. É com base na combinação dessas dimensões psicossociais que se distinguiram situações no trabalho que estructurem riscos ocupacionais que podem comprometer a saúde.

No que concerne o modelo de Siegrist (1996), a falta de reciprocidade entre os esforços que um empregado investe em seu trabalho e as recompensas que auferir provoca reações de estresse. Em outras palavras, quanto mais os indivíduos cogitam as relações custo e benefício no ambiente de trabalho, mais estresse elas vivenciam. Desse modo, o estresse provocado pelo trabalho é decorrente da relação de percepção que uma pessoa tem de fornecer uma quantidade significativa de esforços pelas recompensas adquiridas.

Segundo Fiorelli (2017), as causas do estresse ocupacional advêm de várias naturezas. Essas causas são divididas em quatro grupos, mas são relacionadas umas às outras, a saber:

normas, tarefas, processos e relações interpessoais. As normas abrangem todos os tipos de instruções, regulamentos, política da organização e as diretrizes. Quanto às tarefas, referem-se à competência técnica, a carga psíquica e outros fatores relacionados à tarefa executada no ambiente de trabalho. Os processos dizem respeito à qualidade das informações assim como à quantidade e à precisão das mesmas. Já as relações interpessoais dizem respeito à interação do indivíduo com os demais trabalhadores e clientes da organização.

Desse modo, o estresse ocupacional acaba surgindo de uma desigualdade entre as demandas existentes no trabalho e a habilidade ou possibilidade do trabalhador em enfrentá-las (FIORELLI, 2017). As causas do estresse no ambiente de trabalho podem ser muitas, dentre as mais comuns, destacam-se: inadequação do salário; ambiente desagradável; longas jornadas; falta de autonomia; conflitos com colegas e superiores; monotonia; insegurança; má atribuição de responsabilidade, dentre outros. Essas causas de acordo com Ferreira et al. (2015) são classificadas como relacionadas ao conteúdo do trabalho (trabalho monótono, não importante, prazos curtos) e relacionadas ao contexto do trabalho (pagamentos, carreira, relações com colegas).

De acordo com Ladeira (1996), os fatores desencadeadores do estresse ocupacional podem ser enquadrados ainda em seis categorias, a saber: 1) Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho, como jornada prolongada, sobrecarga das funções, inclusão de novas tecnologias, dentre outras; 2) Papel do indivíduo na organização, esse fator se refere a presença de ambiguidades e expectativas externas sobre o comportamento individual; 3) Relacionamento interpessoal, como a convivência entre superiores, colegas e subordinados; 4) Carreira e realização, aqui destaca-se a satisfação pessoal; 5) Estrutura e clima organizacional, como por exemplo as ameaças potenciais à integridade do indivíduo, sua autonomia e identidade pessoal; 6) Casa e trabalho, onde os fatores externos ao ambiente de trabalho passam a ser preponderantes na causa do estresse.

Esses fatores que levam o indivíduo ao estresse o colocam como um problema de saúde pública. No Brasil, o estresse é a segunda doença relacionada ao trabalho que leva os trabalhadores ao afastamento e demissões. Estima-se que no Brasil 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB) é gasto com custos relacionados ao estresse no trabalho (BRASIL, 2016).

Segundo o relatório de acompanhamento mensal dos benefícios de auxílio e doença dos previdenciários, concedido de acordo com os códigos da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), em 2016 muitos indivíduos brasileiros tiveram incapacitações relacionadas ao trabalho. Apenas no ano de 2016, 2.142.702 pessoas receberam auxílio-

doença por apresentarem incapacidades para o trabalho. Dessas, 8.212 receberam benefícios devido a situações de estresse no ambiente laboral (AEAT, 2017).

Corroborando com o relatório supracitado, os dados do anuário estatístico de acidentes do trabalho (Gráfico 1) registraram em todo Brasil dados preocupantes sobre as reações ao estresse grave e transtornos de adaptação relacionados ao trabalho. No Brasil, em 2015, 10.886 pessoas foram afastadas do mercado de trabalho por causa do estresse, dessas, 1.895 pessoas eram da região Nordeste.

Com estes dados fica evidente o quanto os aspectos relacionados ao trabalho podem ser causadores de transtornos mentais. Nesse ínterim, Lipp (2010) defendeu que devido às necessidades impostas pelos avanços no conhecimento, pelas inovações tecnológicas e pelas necessidades determinadas por um mercado de trabalho altamente competitivo, os profissionais da área da saúde estão entre os profissionais que mais desenvolvem estresse ocupacional. O relatório do ISMA (2016) consolidou as observações feitas por Lipp (2010) ao apontarem que os profissionais da saúde se encontram entre os trabalhadores que mais desenvolvem estresse.

Gráfico 1 – Estatística de estresse do ano de 2012 a 2015 no Brasil e na região Nordeste, de acordo com o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) de 2017



Fonte: Adaptado pelo autor [com base no AEAT (2018)]

Os profissionais no ambiente de trabalho, em especial, os da área da saúde, são permeados por uma gama de complexidades por lidarem todos os dias com o processo saúde-doença. Essa complexidade, ligada a vida e a morte dos pacientes, e a necessidade de

suprirem as demandas inerentes da profissão, bem como, da ânsia de desenvolver seu processo de trabalho com qualidade, gerenciando conflitos e tomando decisões, faz com que o profissional da saúde se torna vulnerável ao desencadeamento do estresse ocupacional (FERREIRA et al. 2016).

Os fatores que coadunam para o estresse ocupacional são de diversas naturezas, no entanto, pode-se destacar que a precariedade das condições de trabalho, a forma de lidar com problemas e o próprio perfil do trabalho colaboram para o adoecimento dos profissionais da saúde (ISMA, 2016). Esses profissionais lidam diariamente com situações muitas vezes temidas pelo ser humano, como doença, sofrimento, desamparo e morte. Além disso, as incertezas e limitações do conhecimento médico e a frequente precariedade das condições de trabalho no sistema assistencial são alguns dos fatores que causam o estresse ocupacional (LIPP, 2010).

De acordo com Higashi et al. (2013), o estresse no ambiente profissional em saúde é um problema que pode ser gerenciado utilizando os modelos de promoção e prevenção em saúde pública. Os autores expõem que em um ambiente de trabalho, principalmente na área da saúde, sempre irá existir estressores. No entanto, quando bem administrados, esses estressores podem produzir efeitos positivos ao invés de negativos.

Para Amaral et al. (2013), os mecanismos que geram estresse no ambiente de trabalho em saúde estão baseados em três variáveis distintas: demandas psicológicas, controle exercido pelo trabalhador e, suporte social no trabalho. A primeira variável diz respeito às demandas psicológicas inerentes ao modo em como os profissionais executam suas tarefas. A segunda variável é o controle exercido pelo profissional referente ao trabalho que ele exerce, relacionado ao grau de habilidade que a atividade exige. A terceira variável refere-se ao suporte social no trabalho. É imprescindível que exista um suporte adequado no ambiente de trabalho, como confiança e motivação, pois a falta desse suporte psicossocial possivelmente contribuirá para o desgaste no trabalho.

Buscando agregar mais definições acerca dos estressores no ambiente de trabalho em saúde, Seleglim et al. (2012) pontificaram que os fatores que levam ao estresse ocupacional podem ser: pressão relacionado ao tempo de trabalho, trabalhos noturnos, baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia e conflitos com superiores, são certamente, alguns dos estressores relacionados ao ambiente de trabalho em saúde.

Face ao exposto, os profissionais da saúde estão entre as profissões mais susceptíveis ao estresse. Na ótica de Potter et al. (2013), devido o constante contato dos profissionais da

saúde com pacientes vulneráveis tanto fisicamente como psicologicamente, acabam tendo contato rotineiramente com fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica.

Dessa maneira, a complexidade dos inúmeros procedimentos, o grau de responsabilidade em tomadas de decisão, a falta de profissionais, os acidentes de trabalho e o trabalho por turno, aumentam a angústia e a ansiedade dos trabalhadores da saúde. Principalmente aqueles que atuam nos serviços de Urgência e Emergência, bem como, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esses múltiplos fatores causais, acabam por desenvolver nos profissionais o estresse (POTTER et al., 2013).

Sendo assim, percebe-se que os estressores podem ser de diversas formas e que estão relacionados ao conteúdo e ao contexto do trabalho. Além disso, a junção desses fatores, com as características individuais de cada profissional, pode gerar o estresse ocupacional. Isso pode ser visualizado no âmbito das organizações em saúde, onde o estresse é desencadeado por uma resposta fisiológica ou psicológica a determinadas situações e podem ocasionar sérias consequências individuais e organizacionais. Essas consequências podem ser evidenciadas com estudos empíricos apresentados no próximo tópico.

2.5 EVIDÊNCIAS EMPÍRICOS DE ESTRESSE NA ÁREA DE SAÚDE

Neste tópico foram discutidos alguns resultados de estudos no âmbito das organizações em saúde por autores (JACQUES et al., 2015; BARRETO et al., 2016; BARROS et al., 2016; SILVA et al., 2016; PEREIRA; GOMES, 2016) que buscaram identificar o estresse e suas nuances.

Jacques et al. (2015) propuseram identificar os fatores que contribuem para o estresse em 15 trabalhadores de enfermagem do Centro Cirúrgico de um hospital público de grande alta complexidade do Paraná. Os autores concluíram que os profissionais vivenciam o estresse decorrente da sobrecarga de trabalho, da falta de planejamento das atividades nas organizações, dos problemas vivenciados nos recursos humanos, pela falta de materiais e equipamentos, e por trabalharem em um ambiente fechado.

Corroborando com o estudo supracitado, Barreto et al. (2016) realizaram uma pesquisa em um hospital público da cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, cujo objetivo era identificar as interferências do estresse na saúde do trabalhador de enfermagem. Os autores buscaram também descrever os problemas relacionados ao estresse na saúde desse

profissional e avaliar a relação do estresse como fator de risco para o surgimento de câncer na saúde dos trabalhadores.

A pesquisa foi conduzida com seis enfermeiros, três do setor de Emergência e três do setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP). Observou-se que os profissionais de enfermagem dos setores pesquisados sofrem diversas situações de estresse no seu ambiente de trabalho e que muito deve ser feito para evitar as situações estressantes. As situações que levam ao estresse hospitalar devem ser evitadas tanto para o profissional de enfermagem quanto para outros trabalhadores, uma vez que o estresse ocupacional pode ocasionar problemas graves para sua saúde, incluindo o surgimento da Síndrome de *Burnout*, que pode provocar danos irreversíveis até mesmo a morte (BARRETO et al. 2016).

Buscando investigar a presença da Síndrome de *Burnout* entre os médicos intensivistas, além de possíveis preditores da síndrome, Barros et al. (2016) utilizaram o *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) e um questionário para caracterização sociodemográfico e laboral. O *Maslach Burnout Inventory* foi o primeiro instrumento a ser criado para analisar a incidência da Síndrome de Burnout. O instrumento conta com 22 questões e foi elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978.

O estresse no campo organizacional foi discutido também por Barros et al. (2016), que fizeram uso de uma amostra composta por 122 médicos intensivistas, atuantes em UTI's no Estado de Sergipe, nas áreas de Medicina Geral, Pediatria, Neonatologia e na Unidade de Pacientes Queimados (UPQ). Os participantes eram predominantemente casados (61,5%), com filhos (66,4%) e idade média em 38,7 anos, não havendo predominância de gênero. Os resultados indicam altos níveis de Esgotamento Emocional e Despersonalização, além de baixos níveis de Realização Pessoal.

Ainda com relação a essa pesquisa, observou-se que 42,6% dos participantes apresentavam diagnóstico positivo para a Síndrome de *Burnout* e os preditores identificados foram: trabalhar na UTI por necessidade, sentir-se sobrecarregado, vivenciar uma relação estressante com colegas de trabalho, além de não utilizar o horário livre para assistir TV ou para dormir. Considerando o contexto laboral no qual atuam os médicos intensivistas, tais achados contribuem com rol de evidências empíricas acerca da precarização do trabalho no contexto da atuação em UTI, podendo embasar ações de prevenção e intervenção junto à categoria dos profissionais da saúde (BARROS et al. 2016).

Com a pretensão de identificar o nível de estresse em enfermeiros que atuam em cuidados diretos com pacientes críticos, Almeida et al. (2016) realizaram um estudo

transversal, de cunho quantitativo, com uma amostra de 30 enfermeiros que atuavam diariamente em um hospital da atenção secundária em Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados utilizando-se a Escala Bianchi de *Stress* constituída por caracterização sociodemográfica e 51 itens das atividades desempenhadas por enfermeiros. Os autores identificaram que a maioria (60%) apresentou nível médio de estresse. Os domínios que obtiveram maiores pontuações foram: assistência de enfermagem (3,7), administração de pessoal (3,2) e condições de trabalho (3,2).

Silva et al. (2016) desenvolveram um estudo com 40 enfermeiros em um Hospital Militar no Rio de Janeiro cujo objetivo era verificar a correlação do estresse com os fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Os autores identificaram que o estresse aumenta de forma significativa os níveis pressóricos da pressão arterial, capaz de causar Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e outras doenças mais graves, como Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O trabalho citado anteriormente verificou também que o uso dos contraceptivos hormonais (8,0%), tabagismo (7,0%), etilismo (2,0%), sedentarismo (21,0%), estresse (25,0%), consumo excessivo de sal (11,0%), obesidade (8,0%) e dieta hipercalórica e hiperprotéica (18,0%) são fatores de risco em potencial para a HAS. Essa pesquisa denota a necessidade de mudanças no estilo de vida dos profissionais, pois os fatores de risco associados aos níveis pressóricos podem contribuir para o aparecimento de HAS e outras doenças cardiovasculares (SILVA et al. 2016).

Pereira e Gomes (2016) buscaram analisar o estresse laboral em enfermeiros de um Hospital Privado em Portugal. O objetivo era avaliar aspectos psicológicos do funcionamento de profissionais enfermeiros e a importância dos processos de avaliação cognitiva no ajustamento aos contextos de trabalho. Foram aplicados em 153 profissionais instrumentos de avaliação do estresse ocupacional, da avaliação cognitiva primária e secundária, da Síndrome de *Burnout* e da Sintomatologia Depressiva. Os níveis de estresse, da Síndrome de *Burnout* e de Sintomatologia Depressiva confirmaram que essa profissão é exigente do ponto de vista emocional e psicológico. Os processos de avaliação cognitiva foram determinantes na explicação da experiência de estresse ocupacional, evidenciando o papel central da avaliação cognitiva na adaptação humana aos contextos de trabalho bem como a utilidade do modelo transacional no estudo do estresse laboral.

Em síntese, este estudo confirmou as exigências psicológicas colocadas por essa profissão bem como o papel da avaliação cognitiva no modo como os profissionais reagem ao

trabalho. Por isso, ficou reforçada a importância de investigações futuras analisarem mais profundamente de que modo os processos de avaliação cognitiva ajudam a explicar a forma como as pessoas se adaptam aos seus contextos de trabalho (PEREIRA; GOMES, 2016).

Os resultados dos estudos apresentados reforçam a relação do estresse no âmbito das organizações em saúde. Com eles, pode-se perceber que o estresse é causado por múltiplos fatores, na maioria das vezes estão relacionadas às características do ambiente de trabalho como, por exemplo, os setores hospitalares, como a UTI e o Pronto Socorro (JACQUES et al., 2015; BARRETO et al., 2016). Outros fatores que levam os profissionais da saúde ao estresse foram ressaltados nos estudos como pertencentes a sobrecarga de trabalho (BARRETO et al., 2016; BARROS, et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016; PEREIRA; GOMES, 2016), falta de planejamento das atividades nas organizações em saúde (JACQUES et al., 2015), falta de materiais e equipamentos, problemas interpessoais e falta de remuneração adequada (JACQUES et al., 2015; BARRETO et al., 2016; BARROS, et al., 2016; ALMEIDA et al., 2016; SILVA et al., 2016; PEREIRA; GOMES, 2016).

3 MUSICOTERAPIA: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE

No campo organizacional, algumas medidas de promoção e prevenção em saúde têm sido realizadas com o objetivo de reduzir os índices de doenças ocupacionais. Algumas dessas medidas profiláticas recaem sobre o uso da música no ambiente organizacional, é a chamada musicoterapia organizacional.

Neste capítulo foi apresentada a fundamentação teórica da música e da musicoterapia. Expondo o histórico e os conceitos, segundo os principais autores que trabalham e desenvolvem o tema, bem como, apresentando também as práticas de musicoterapia que são aplicadas atualmente na prevenção e promoção dos agravos à saúde.

3.1 MÚSICA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Quando se discute música, é necessário abordar seus principais elementos constitutivos: ritmo e som. De acordo com Benenzon (1976), o ritmo é uma manifestação básica da vida. Efetivamente, todos os elementos vivos têm ritmo. É tudo aquilo que flui, que se move regularmente. A natureza pulsa em ciclos rítmicos, como por exemplo, o movimento das marés, as fases da lua, o dia e a noite, o vento nas folhas das árvores, a expressão dos animais.

Nos seres humanos, o coração, o pulso, os movimentos viscerais, o andar, a respiração e o encontro sexual, indicam ritmo tanto da espécie quanto do indivíduo. A vivência intensa do ritmo dá-se desde a vida fetal. Os batimentos cardíacos da mãe, seus sons viscerais, o pulsar da placenta já envolve o bebê em movimento rítmico. Depois do nascimento, esta vivência ganha novos contornos, tanto através de experiências internas, como a respiração, a sucção, o defecar e suas explosões intestinais, quanto através do ambiente, pelos sons da casa, da natureza, dos objetos, dentre outros (BENENZON, 1976).

Nesse sentido, desde a antiguidade, o ritmo, os sons e a harmonia que os compõem são percebidos pelos povos como elementos naturais do universo. Esses elementos não estão sozinhos, eles se agregam a chuva, ao vento, aos animais, aos trovões e terremotos, ao dia e noite, aos níveis do mar e aos ciclos lunares. Todos esses elementos são delimitados pelo tempo-espço e são vivenciados pelo homem. Eles dão ritmos e sons ao planeta, compondo inúmeros compassos musicais.

Desse modo, o sentido humano do ritmo é uma disposição instintiva para o agrupamento de impressões sensoriais (recorrentes, precisas e vividas) marcadas pelo tempo ou pela intensidade, ou por ambos ao mesmo tempo. O ritmo está diretamente relacionado com a propagação de movimentos e conseqüentemente dos sons. O som é uma propagação de ondas compressivas que se chocam em materiais que habitam o ambiente; como as matérias sólidas, líquidas ou gasosas (REDFIELD, 1961).

Redfield (1961) esclareceu que o som foi conceituado no campo da física como sendo tudo aquilo que expressa ondas elásticas de alta frequência e audíveis. Assim, o som pode ser compreendido como uma sensação que se produz no ouvido humano, logo após o movimento das ondas que explica a física.

Schaffer (1991) pontificou que a partir do momento em que os sons e/ou ruídos foram sistematizados pelo homem no tempo e no espaço, deu-se origem ao que se chama de música, ou até mesmo, a uma “paisagem sonora”. A música pode ser concebida como organizações sonoras no decorrer de limitado espaço de tempo. Ou seja, a música é composta pelos sons que são culturalmente organizados pelo homem. Essa música é vivenciada no dia-a-dia das pessoas e se constitui como um fato cultural integrado em todas as atividades humanas. É utilizada desde tempos remotos como recurso em rituais, cerimônias e como potencial curativo para doenças psicossomáticas.

Barcellos (2015) explicou que a música surgiu, a priori, como uma necessidade de comunicação dos humanos com as divindades, com os animais e com os fenômenos da natureza que eram temidos, como o trovão, por exemplo. A utilização da música era perpetuada pela voz e pelo corpo dos humanos, para se comunicarem com as divindades, animais ou com a natureza, para melhor compreenderem os fenômenos ou para pedirem que as manifestações das catástrofes naturais cessassem e que as doenças fossem curadas.

Os primeiros indícios acerca do valimento da música no ser humano estão documentados em papiros encontrados em Kahum, no Egito, pelo Antropólogo Inglês Flandres Petrie, em 1899 (REDFIELD, 1961). Os papiros datam do Século II a. C. e descrevem o fascínio do povo egípcio pela música, no qual atribuíam um potencial curativo sobre a fertilidade da mulher (BENENZON, 1988).

No final do Século II a. C., as civilizações do Vale do Indo (atualmente o Paquistão) e os Huang He (atualmente a China), passaram a incorporar a musicalidade no dia-a-dia. A iconografia dessas regiões é repleta de exposições em paredes de cavernas e monumentos das práticas relacionadas à música e aos instrumentos musicais. Os primeiros documentos

dessas civilizações mostram a música como atividade atrelada à magia, à saúde, à metafísica e até à política, tendo papel fundamental em rituais religiosos, festas e em guerras (CANDÉ, 2001).

Na Grécia antiga (Século III a. C.), Apolo, um dos deuses da mitologia grega, era considerado o senhor da música ao tocar sua lira para cuidar dos enfermos. A importância da música era explicada através da sua estrutura musical que possuía ordem, harmonia e equilíbrio. Para os Gregos, essas três características estabeleciam a homeostasia do ser humano e sua maneira sistemática tinha o poder de prevenir e curar doenças (BARANOW, 1999).

Segundo Ruud (1990), nessa época, os gregos acreditavam que as doenças eram desencadeadas por vermes ou por uma quimera⁵. Quando esses seres surgiam acontecia uma desarmonização interna entre os humores do corpo o que ocasionava as doenças. Como forma de tratar as doenças, uma das maneiras utilizadas pelos gregos era o uso da música como instrumento para harmonizar o espírito. Essa explicação de cunho mitológico para o surgimento das doenças foi utilizada durante toda era pré-científica. Nesse ínterim, a música era utilizada também como instrumento de cura relacionada à magia, ao sobrenatural para curar possessões espirituais e/ou desequilíbrios provocados por entidades malignas.

Posteriormente, passou a ser relacionada com os dogmas religiosos da época por filósofos como Platão, Aristóteles e Esculápio. Platão utilizava a música em suas abordagens terapêuticas para cuidar da saúde mental, em especial vencer as angústias fóbicas vivenciadas naquela época. Já Aristóteles apontava os benefícios da música no cuidado da tristeza, melancolia e outras emoções incontroláveis. Descrevia também que a música auxiliava na provocação da catarse dos indivíduos mais deprimidos. Por sua vez, Esculápio prescrevia a música para os indivíduos em depressão (COSTA, 1989). Assim, a música grega é compreendida pela comunidade científica como a percussora das bases para todo o sistema de modos e escalas utilizados na música ocidental atualmente.

No entanto, foi durante a Renascença, por volta de 1450 d. C., que o pensamento médico relacionado a utilização da música na saúde passou a seguir um caminho próprio. Nessa época há uma ruptura da música ligada ao campo sobrenatural, pois a concepção das doenças deixa de estar ligada a magia, ao ser maléfico capaz de causar enfermidades e recai sobre a ótica cartesiana. Na ótica cartesiana, a música passa a ser estudada de forma mais

⁵ Quimera é um termo grego que significa *χίμαιρα*. Em transliteração assume o sentido de *chímaira*. É uma figura mística caracterizada por uma aparência híbrida de dois ou mais animais e a capacidade de lançar fogo pelas narinas e de trazer doenças, sendo, portanto, uma fera ou besta mitológica (BULFINCH, 2006).

profunda para responder os problemas relacionados às desordens mentais (BARANOW, 1999).

De acordo com Benenzon (1988), em meados da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a música passou ser vista como instrumento de entretenimento para auxiliar na recuperação dos feridos da guerra. Assim, os gestores dos hospitais passaram a contratar músicos profissionais para tocar e cantar. Observando os resultados positivos que a música exercia sobre os pacientes e cuidadores, os médicos começaram a estudar a influência da música na saúde e a propor o treinamento de profissionais específicos para trabalhar a música direcionada à busca da saúde.

No entanto, foi apenas na Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que os benefícios da música sobre a saúde física, mental e espiritual do homem foi reconhecida como ciência e incorporada nas práticas de atuação em saúde (BENENZON, 1988). Enquanto prática de atuação no campo da saúde, Benenzon (1988) afirmou ainda que a música é algo que escapa da realidade atual, pois ela vai além do que a razão humana pode compreender. A música é um fator inerente ao homem, é peculiar e transformadora, capaz de alterar os estados psíquicos e físicos do ser humano.

Desse modo, Redfield (1961) definiu a música como um fenômeno acústico e de movimento que utiliza oito fatores, a saber: harmonia, melodia, ritmo, tempo, forma, dinâmica, cor⁶ e timbre. Esses fatores podem ser utilizados de forma isolada ou em conjunto, contando que seu produto final seja uma combinação harmoniosa e expressiva de sons. Já para Benenzon (1988) a música é capaz de exercer ações psicofisiológicas, favorecendo o indivíduo através de seus elementos constitutivos (ritmo), elementos ativos (melodia), elementos afetivos (harmonia) e elementos intelectuais, alcançando o bem-estar e solucionando problemas por meio dos métodos terapêuticos.

No âmbito da saúde, o valor terapêutico da música estar na capacidade de produzir efeitos no ser humano nos níveis biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais (BLASCO, 1996). Esse valor é o que dá margem para as ações da musicoterapia que surge no âmbito da saúde utilizando a música como tecnologia leve para subsidiar na promoção, prevenção e reabilitação da saúde do ser humano.

6 A relação da cor com a experiência musical relaciona-se ao processo de sinestesia, que de acordo com Redfield (1997) e Sacks (2007), é uma condição neurológica, em que uma experiência sensorial (música) automaticamente desencadeia outra percepção sensorial ou cognitiva. Por isso, algumas pessoas com sinestesia podem, literalmente, ver a cor ou gosto do som.

Face ao exposto, nota-se que a música vem sendo discutida há muito tempo, desde os primórdios, com a criação da terra e do universo. A música foi usada com a finalidade de curar mulheres inférteis no Egito, em relações sociais e políticas, cantadas em guerras, rituais e festas. Não o bastante, a música foi usada também para curar pessoas com manifestações sobrenaturais, até que passou a ser incorporada no âmbito da saúde e aplicada no indivíduo e na comunidade. Em termos teóricos, nota-se que todos os relatos demonstraram os benefícios da música na saúde do ser humano.

3.2 MUSICOTERAPIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

As ações da música na saúde do ser humano existem a milhares de anos, mas foi apenas no século XX que a música enquanto instrumento terapêutico se consolidou cientificamente. Bruscia (2016) assinalou que nesse período, escolas e universidades de diversos cantos do mundo passaram a criar disciplinas e organizar cursos no qual atrelavam aspectos terapêuticos à música, criando assim, a musicoterapia.

É importante destacar que em 1903, foi fundada em Nova York a *National Society of Musical Therapeutics* (Sociedade Nacional de Terapêutica Musical). Em 1926, surgiu na Noruega a *National Association for Music in Hospitals* (Associação Nacional de Música em Hospitais). E em 1941, em Nova York, a *National Foundation of Music Therapy* (Fundação Nacional de Musicoterapia). O objetivo dessas organizações era utilizar a música enquanto terapia complementar em saúde. No entanto, embora essas organizações tenham contribuído com as primeiras revistas, livros e cursos educativos em musicoterapia, infelizmente as mesmas não conseguiram desenvolver uma prática clínica organizada (BRUSCIA, 2016).

Bruscia (2016) assinalou ainda, que o desenvolvimento da musicoterapia como uma profissão teve início em 1940, na Universidade de Michigan. Em 1944, são criados os primeiros programas de treinamento em musicoterapia. Em 1950, a musicoterapia se consolidou enquanto profissão nos Estados Unidos. Nesse mesmo ano, surge a Associação Nacional de Terapia Musical (*The National Association for Music Therapy* - NAMT). Para Blasco (1996), a NAMT tinha como finalidade formar profissionais musicoterápicos para utilização da música em atividades terapêuticas, de recuperação, promoção ou prevenção em saúde, sendo o musicoterapeuta o facilitador das práticas terapêuticas.

Segundo Benenzon (1988), o crescimento da ciência musicoterápica a partir da fundação da NAMT, fez com que outras instituições mundo afora comessem a construir

seus próprios cursos. Em 1958, por exemplo, surge na Inglaterra a Sociedade de Musicoterapia e Música Remediana (*Society for Music Therapy and Remedial Music*), que atualmente é denominada de Sociedade Britânica de Musicoterapia (*British Society for Music Therapy*), destinada em especializar médicos e enfermeiros nas artes musicoterápicas. Neste mesmo ano, surgem cursos especializados para musicoterapeutas em outros lugares da Europa e da América Latina, bem como, movimentos, associações e cursos técnicos profissionalizantes de musicoterapia, também na África.

No Brasil, a musicoterapia surgiu como ciência em 1970, no Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro. A finalidade era ampliar as formas educacionais e pedagógicas com o auxílio de novas formas de se pensar música. No entanto, ela adentra as clínicas e hospitais apenas em 1992, com a proposta de promoção e reabilitação da saúde (BLASCO, 1996).

Para Ruud (1990), a musicoterapia é um ramo da medicina que utiliza ciência, arte, terapia e música, como elementos sonoro-rítmico-musicais na prevenção, tratamento, reeducação, reabilitação e recuperação de indivíduos nas mais diversas situações e quadros patológicos. A premissa da musicoterapia é buscar estabelecer uma relação de equilíbrio entre as três áreas da conduta humana: mente, corpo e mundo externo.

Conforme Benenzon (1988), a musicoterapia se ocupa na investigação da interação som/ser vivo. Tendo em vista que musicoterapia é uma especialidade paramédica recente, que apresenta fundamentos científicos, permitindo estabelecer de forma clara uma metodologia de trabalho e uma série de técnicas e métodos que podem ser desenvolvidas.

Benenzon (1988) defendeu ainda que a musicoterapia pode ser compreendida por meio de duas possibilidades: uma levando em conta o aspecto científico e a outra, o aspecto terapêutico. Considerando o aspecto científico a musicoterapia é uma especialização que se ocupa em estudar e investigar o complexo som/ser humano; seja o som musical ou não; tendente a buscar os elementos diagnósticos e os métodos terapêuticos do mesmo.

Por sua vez, considerando o aspecto terapêutico, Benenzon (1988) discorreu que a musicoterapia é uma área paramédica, ou seja, direcionada para médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, dentre outros profissionais da saúde. Essa prática terapêutica alternativa faz uso do som, da música e dos movimentos para gerar efeitos regressivos e abrir canais de comunicação, cujo objetivo é delinear através desses canais o processo de treinamento e recuperação em saúde.

Segundo Serna-Oviedo e Rivera (2013), a musicoterapia é fruto da junção entre ciência e arte, ou seja, dar-se pela interação de áreas distintas, que podem ser indissociáveis. Uma vez que a musicoterapia não surge de fronteiras imutáveis, mas sim de uma junção dinâmica e multifacetada de diversas disciplinas pertencentes a duas áreas: música e terapia.

Para Bruscia (2016), a musicoterapia é um processo interpessoal, sistemático e dinâmico que pode ser compreendido como uma sequência de intervenções que envolvem terapeuta e paciente por intermédio da música e todas as suas facetas – física, emocional, mental, social, estética e espiritual – para prevenção, recuperação ou manutenção da saúde.

Bruscia (2016) defendeu ainda que a musicoterapia tem o potencial de ir além daquilo que se propõe, uma vez que ela é transdisciplinar por natureza. Para o autor, o surgimento da musicoterapia como um campo científico teve início com as constatações de bons resultados terapêuticos em consequência da utilização da música em diversas áreas que abrangiam não só a área da saúde, mas também a educação e a comunidade.

No entanto, a musicoterapia é considerada uma ciência que se encontra ainda em desenvolvimento. Fato que a coloca em uma série de discussões complexas acerca da sua fundamentação teórica. Nesse sentido, Benenson (1988) discorreu que devido à musicoterapia não ter ainda uma teoria própria, ela se apropria da filosofia e da psicologia para embasar suas técnicas e métodos.

Ruud (1990), em seu livro *Caminhos da Musicoterapia*, discutiu a relação entre a musicoterapia e os diferentes modelos teóricos em saúde mental. As teorias que ele incluiu são: a médica, a behaviorista, a humanista e a psicanalítica. Para o autor, é impossível introduzir um único modelo teórico numa ciência que lida diretamente com a transdisciplinaridade do homem, como propõe a musicoterapia. Com isso em mente, ela apontou que se um dia a teoria da musicoterapia for consolidada, essa deve ser feita a partir da sua prática.

Diante do que foi exposto, existe uma complexidade ao se discutir musicoterapia. Em parte, por ser uma profissão recente⁷, que ainda não tem uma identidade definida e nem se definiu completamente como ciência da saúde, da educação ou de qualquer outra área, além de não possuir funções de carreira (BRUSCIA, 2016). Por ser um campo ainda em descoberta, existem muitas teorias que corroboram com a atuação da musicoterapia, ou seja, não existe ainda uma abordagem única empregada na musicoterapia.

⁷ Musicoterapeuta é considerado profissão pela Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) desde 2010, cujo código da ocupação é 2239-15 (CBO, 2017).

Dessa maneira, Bruscia (2016) afirmou que a musicoterapia é uma ciência que se encontra ainda em ascensão. As suas teorias estão apenas começando a surgir, e na atualidade as necessidades de pesquisas estão se tornando mais claras e definidas. Como profissão, a musicoterapia existe há apenas algumas décadas, como revelou Benenzon (1988), ao afirmar que o movimento e desenvolvimento da musicoterapia tem crescido. Exemplos disso podem ser notados pela busca de autores que se interessam por pesquisas que relacionem saúde e/ou educação com a musicoterapia (PINTO JÚNIOR et al., 2012; SCARPETTA et al., 2012; TAETS et al., 2013; SERNA-OVIEDO; RIVERA, 2013; CAITANO et al., 2014; YONG et al., 2014; CASTRO; FERREIRA, 2016) e pelo surgimento de acervo bibliográfico mais denso, que começa a aparecer de forma cada vez mais profunda sobre o tema. Em síntese, no Quadro 2 é demonstrada a cronologia da ciência musicoterápica, desde o início dos tratados sobre o tema, passando pela sua origem, até os dias atuais.

A evolução conceitual da musicoterapia tem uma abrangência no que tange a intervenção desta ciência, que agora não se reserva apenas as áreas clínicas, mas também as áreas educacional, organizacional e social. Diante disso, a Comissão de Prática Clínica da *World Federation of Music Therapy* (WFMT, 2011, s. n.), conceitua musicoterapia como:

[...] a utilização profissional da música e seus elementos como uma intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional, intelectual e espiritual da saúde e bem-estar. Pesquisa, a prática, educação e treinamento clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos.

Quadro 2 – Período cronológico dos avanços da musicoterapia enquanto ciência

Século	Achados históricos e conceituais
II a. C.	Documentos encontrados no Egito, Índia e China revelam que a música era utilizada na saúde, na política e nas relações sociais (REDFIELD, 1961; BENENZON, 1976; CANDÉ, 2001).
III a. C.	Na Grécia, a música era usada para cuidar dos enfermos. Pois, se compreendia que a doença ocorria pela desarmonia do corpo causada de forma sobrenatural e a música estruturava essa harmonia (RUUD, 1990; BARANOW, 1999).
XV d. C.	O uso da música foi desvinculado do ambiente sobrenatural e passou a ser utilizada no tratamento das desordens mentais (COSTA, 1989; BENENZON, 1976).
XX d. C.	– Surgimento da <i>Society for Music Therapy and Remedial Music</i>, atual <i>British Society for Music Therapy</i>, na Inglaterra (BLASCO, 1996; BENENZON, 1976). – Surgimento de cursos de graduação e especialização em musicoterapia na Europa, como também na América Latina e na África (BRUSCIA, 2016). – Desenvolvimento de novas teorias e aplicações da musicoterapia como ciência (BRUSCIA, 2016).

Fonte: Desenvolvido pelo autor (2018)

Em síntese, com base no que foi abordado pelos autores (BRUSCIA, 2016; BENENZON, 1988; SERNA-OVIEDO; RIVERA, 2013) a musicoterapia envolve um processo interpessoal e sociocultural e pode ser vista como uma ciência ou uma técnica. Do ponto de vista científico, musicoterapia é um ramo da ciência que lida com o estudo e a investigação do complexo som-homem, bem como métodos terapêuticos e dos elementos diagnósticos que lhes são inerentes. Do ponto de vista da técnica, a musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e para abrir canais de comunicação que permitem iniciar um processo terapêutico, de recuperação, promoção ou prevenção em saúde. Para efeito deste trabalho a musicoterapia foi concebida enquanto técnica.

3.3 MUSICOTERAPIA: TÉCNICAS E MÉTODOS DE EXPERIÊNCIAS MUSICAIS

A musicoterapia é atualmente utilizada no tratamento de uma gama de doenças somáticas e mentais, em diversas áreas de atuação. Essa variedade de possibilidades de se intervir no processo saúde-doença faz com que a musicoterapia, com seu perfil transdisciplinar, possua diversas técnicas e métodos. Desse modo, essa diversidade implica em muitas variações para pôr em prática as técnicas terapêuticas, que são organizadas e classificadas de acordo com suas similaridades e diferenças. Essa organização e classificação estabelecem limites entre as fronteiras internas da musicoterapia e auxiliam na sua aplicação de acordo com o problema do paciente, da intervenção do terapeuta e do objetivo a ser alcançado (BRUSCIA, 2016).

Enfatiza-se que enquanto técnica a musicoterapia tem a finalidade de melhorar a qualidade de vida de um indivíduo, grupo ou comunidade, em todas as suas dimensões com base em intervenções terapêuticas. Para tanto, Bruscia (2016) e Benenzon (1988) defenderam que as áreas da musicoterapia consistem de abordagens clínica-terapêuticas que variam de acordo com os níveis de prática terapêutica, aplicabilidade clínica, área de atuação e área de prática terapêutica. Estas abordagens serão descritas a seguir.

Uma prática terapêutica pode ser desenvolvida em três níveis: amplo, profundo e/ou significativo. Isso vai depender do processo terapêutico e dos objetivos que precisam ser alcançadas. Um nível terapêutico amplo recai sob a prática da necessidade de tratar uma gama de problemas de saúde, prioritários e secundários, levando a modificações intensas nos indivíduos. Já o nível profundo, tem como finalidade lidar com os fatores casuais, estruturais,

latentes ou inconscientes inerentes ao processo saúde-doença do indivíduo. Assim como, com as questões sintomáticas ou manifestas, levando a transformações interiores e exteriores. No que se refere ao nível terapêutico significativo, sua finalidade é modificar as práticas que causam adoecimento em nível individual e coletivo, levando em conta o contexto e as múltiplas dimensões – biopsicossocial e espiritual do indivíduo e/ou do grupo (BRUSCIA, 2016).

Quando é definida a melhor prática terapêutica observam-se a aplicabilidade clínica, que podem ser auxiliares, aumentativas, intensivas e primárias. É desse modo que se constroem as práticas clínicas e terapêuticas da musicoterapia (BRUSCIA, 2016).

A aplicabilidade auxiliar na musicoterapia inclui qualquer prática que tenha metas musicais ou não musicais que não sejam relacionadas à saúde, mas que sejam benéficas. A prática não as qualifica como terapia, seja na meta, conteúdo, método ou relacionamento entre quem vivencia a experiência musical e quem aplica a música (BRUSCIA, 2016). Exemplos do nível auxiliar incluem o ensino de música para alunos especiais; uso de música de fundo para melhorar o ambiente de trabalho, familiar ou terapêutico; o uso pessoal da música para relaxar, diminuir o estresse, afastar a solidão, examinar ou liberar sentimentos; o uso pessoal da música para recreação; o fazer musical recreativo dentro da comunidade; o uso da música como acompanhamento em cerimônias, rituais, comícios, dentre outros.

Quanto à aplicabilidade aumentativa, este inclui qualquer prática na qual a música ou a musicoterapia é usada para aumentar os esforços de outras modalidades de tratamento e para fazer contribuições de apoio à saúde do indivíduo (BRUSCIA, 2016). A prática serve para intensificar a educação, o desenvolvimento ou a terapia de indivíduos (BENENZON, 1988). Neste contexto, “aumentar” significa adicionar algo único, seja aos esforços do próprio indivíduo nas transformações terapêuticas, seja nos serviços, programas ou modalidades de tratamento que também estão sendo oferecidas a ele. É claro, o adicional único é a música.

No tocante a aplicabilidade intensiva, essa inclui qualquer prática na qual a musicoterapia assume um papel significativo ao abordar questões prioritárias da saúde do indivíduo e promover transformações significativas à condição atual de saúde. Já a aplicabilidade primária, a musicoterapia assume função indispensável ou singular no cuidado das principais demandas terapêuticas do indivíduo, provocando transformações penetrantes em sua saúde e em sua vida. O indivíduo passa por um tratamento mais intenso e abrangente voltado para a alteração das suas estruturas básicas e daquelas que mantém com seu meio ambiente, abordando assim, as causas nucleares de sua condição de saúde (BRUSCIA, 2016).

Ressalta-se que a musicoterapia com aplicabilidade primária quase sempre envolve a integração de áreas distintas. Como tais, as áreas da musicoterapia começam a se fundir para que todos os recursos possam ser aplicados para tratar as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade.

De acordo com Benenzon (1988), a aplicação da musicoterapia é definida pelo foco clínico primário ou pelo que está no primeiro plano terapêutico do usuário, do terapeuta ou da instituição clínica. Com base nesse pensamento o autor definiu três áreas de atuação em musicoterapia: individual, grupal e psicoprofilática.

A primeira área de atuação da musicoterapia é a individual, essa é exercida sobre uma determinada pessoa, estabelecendo uma relação vincular terapêutica em um contexto não verbal. Já a área de atuação grupal tem a finalidade de atuar com duas ou mais pessoas, onde o processo terapêutico é exercido considerando as particularidades de cada indivíduo de modo a integrar os participantes em uma só prática terapêutica. Esta área se divide em três grandes áreas, a didática, a familiar e a institucional (BENZON, 1988). A área didática ou área de formação tem por objetivo a formação técnica e científica dos profissionais musicoterapeutas e todos aqueles profissionais que trabalham na área da saúde mental. Já a área institucional, é aquela exercida em todos os âmbitos, como hospitais, comunidades, institutos e escolas.

Por sua vez, a área de atuação psicoprofilática é utilizada no processo de formação uterina, durante a gestação ou nos primeiros anos de vida até a idade escolar. Seu objetivo é promover e prevenir, por meio da música, doenças de ordem mental.

Bruscia (2016) trouxe uma nova abordagem à classificação de Benenzon (1988) que definiu as áreas de aplicação da musicoterapia de modo a dissociar as práticas individuais e coletivas, bem como, atrelar tais práticas mais direcionadas para saúde mental. Bruscia (2016) clarificou que não importa a área de prática terapêutica, ela pode ser tanto individual quanto coletiva e as divide em seis áreas, a saber: didática, médica, curativa, psicoterapêutica, recreativa e ecológica. Essas áreas podem ser correlacionadas a depender do objetivo.

Para Benetti, Gisard e Silva (2014), a musicoterapia aplicada à área de prática didática é aquela que possui como foco a aquisição de conhecimentos. Como o foco da terapia é auxiliar o indivíduo a alcançar aquilo que se deseja, é de suma importância que estes adquiram conhecimentos, comportamentos e habilidades necessárias para sua vida funcional.

Em relação à área de prática médica, Bruscia (2016, p. 194) afirmou que essa “[...] inclui todas as aplicações da música ou musicoterapia em que o foco primário é ajudar o indivíduo a melhorar, recuperar ou manter a saúde física”.

É preciso esclarecer que a música não é um instrumento exclusivo do musicoterapeuta. Inúmeros profissionais da área da saúde como enfermeiros, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos utilizam a música como recurso terapêutico. Partindo dessa assertiva, Dileo (1999), para distinguir a utilização da música pelo musicoterapeuta e por outros profissionais, dividiu tal prática em: música em medicina e musicoterapia em medicina. A música em medicina pode ser realizada por profissionais da área da saúde, em geral como terapia alternativa e complementar em variadas situações, como estresse, ansiedade e dor. No entanto, não existe um processo terapêutico, uma vez que inexiste a relação entre o usuário e o profissional, e a música é apenas um complemento terapêutico. Já a musicoterapia em medicina é efetuada por um musicoterapeuta qualificado, que faz uso de técnicas e métodos sistemáticos da musicoterapia. Nesse caso, existe um processo terapêutico e a relação se desenvolverá na música de acordo com as práticas e técnicas musicoterápicas adotadas pelo profissional. Desse modo, a musicoterapia realizada na área de prática médica pode ser utilizada em hospitais, clínicas, centros de reabilitação e em domicílios.

No tocante a área de prática curativa, Bruscia (2016) definiu como aquela que envolve a plenitude e interconectividade das relações harmônicas que podem ocorrer dentre e entre corpo, mente, espírito, comunidade, sociedade, cultura e meio ambiente. McElligot (2010) ofereceu uma conceituação teórica e operacional acerca da definição de cura. O conceito teórico de cura para a autora é um processo positivo, subjetivo e imprevisível, que envolve a transformação do ser humano para um novo sentido de totalidade. Ela transcende o espírito e reinterpreta a vida. Já o conceito operacional de cura, é compreendido como uma experiência pessoal de transcender o sofrimento e transformar em uma plenitude que resulta em serenidade, interconectividade e um novo senso de significado.

Desse modo, a definição da prática curativa da musicoterapia, pode ser entendida como a utilização das propriedades universais da vibração, do som e da música visando à restauração da harmonia do indivíduo e deste com o universo. Benetti, Gisard e Silva (2014) reforçaram que o ponto central de compreensão desta área – e que a difere das práticas ecológicas – é que nela a música é uma manifestação vibratória da ordem, do equilíbrio e da harmonia inerentes ao universo.

Por sua vez, a área de prática psicoterapêutica está preocupada em ajudar os indivíduos a encontrar significado e completude em suas vidas (BRUSCIA, 2016). Nesse sentido, encontram-se aqui todas as aplicações musicais ou musicoterápicas onde o objetivo primário é auxiliar os usuários a encontrarem significação e satisfação em suas vidas.

Já a área de prática recreativa é aquela que tem como foco a “[...] aplicação da música, de atividades musicais e da musicoterapia sob o divertimento, o brincar, a recreação, as atividades ou o entretenimento” (BRUSCIA, 2016, p. 212). Nesse ponto de vista, a área recreativa tem a finalidade de proporcionar uma satisfação pessoal ao atrelar o prazer com práticas lúdicas que trazem a diversão e inclusão em atividades sociais e culturais.

Existe ainda à área de prática ecológica. Esta tem como foco a promoção e prevenção da saúde em comunidades, isso inclui famílias, locais de trabalho, sociedade e qualquer grupo em termos de ambiente físico. Essa é uma área recente que se encontra em desenvolvimento, devido a isso, muitas questões relacionadas à condução dessa área não foram contextualizadas ou desenvolvidas (BRUSCIA, 2016). No entanto, é na área ecológica que está inserida a musicoterapia organizacional que tem por finalidade auxiliar na promoção da saúde em ambientes de trabalho. Essa prática começou a ser despertada no campo organizacional visando uma melhor qualidade no ambiente de trabalho, por este motivo foram abordadas com mais ênfase nos tópicos seguintes. Na Figura 2 estão sintetizadas as abordagens musicoterápicas discutidas até aqui.

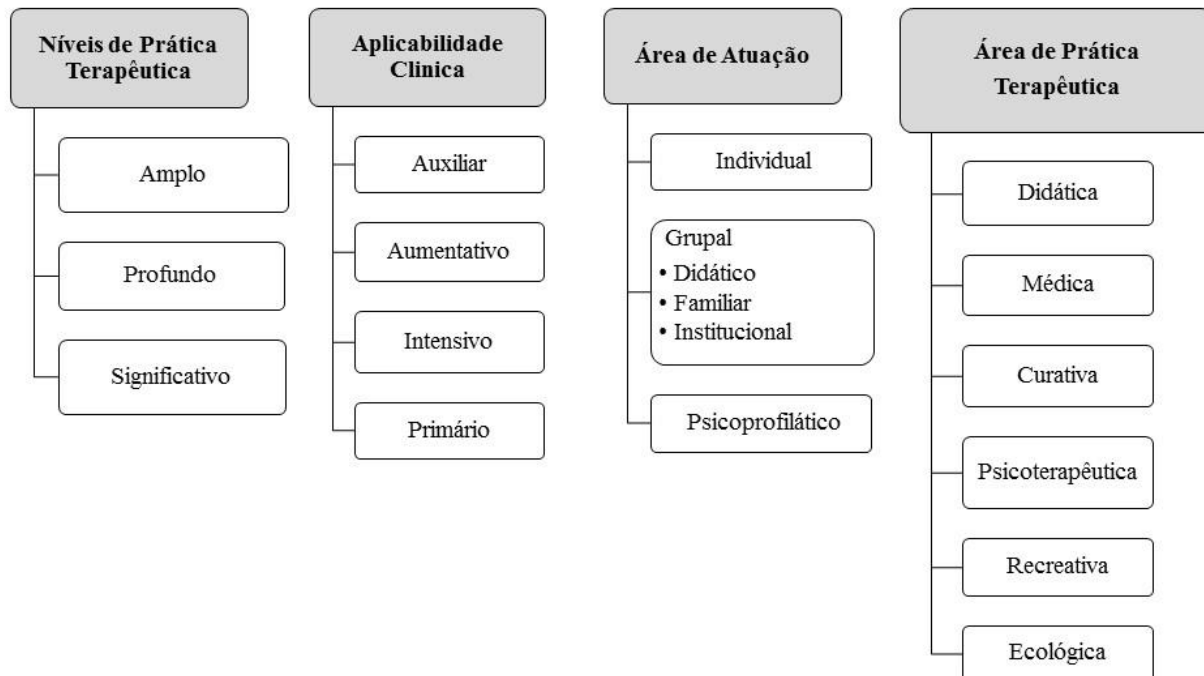


Figura 2 – Síntese das abordagens musicoterápicas

Fonte: Elaborado pelo autor [com base em Bruscia (2016) e Benenzon (1988), 2018]

3.3.1 Técnicas e métodos musicoterápicos

A utilização da musicoterapia no campo clínico, terapêutico e de diagnóstico baseia-se nas técnicas musicoterápicas que são realizadas com base em experiências musicais, que podem ser ativas e receptivas. Ambos são considerados centrais no momento da realização da musicoterapia, pois se constituem como abordagens terapêuticas e de diagnóstico (BRUSCIA, 2016).

Na musicoterapia a utilização das técnicas ativas faz com que o indivíduo reproduza a música em conjunto com o musicoterapeuta. É também denominada de musicoterapia interativa, pois permite uma interação do musicoterapeuta com o indivíduo que está comprometido com o processo terapêutico por meio do fazer música. Já a musicoterapia com técnicas receptivas é embasada teoricamente pela concepção holística e é uma terapêutica na qual o indivíduo ouve a música e responde a ela de forma silenciosa (BENENZON, 1988). O propósito das técnicas musicoterápicas ativas e receptivas estar em modificar o comportamento do indivíduo com objetivo de alterar os hábitos e atitudes que ofereçam riscos à saúde de forma integral.

É preciso acentuar que Benenzon (1988) e Baranow (1999) chamaram de métodos musicoterápicos ativos e receptivos, o que Bruscia (2016) classificou como técnicas ativas e receptivas. Para Bruscia (2016), estes não se constituem métodos, mas sim, técnicas de experiência musical. Nessa linha, é com base nas abordagens musicoterápicas e das técnicas que se escolhem os métodos a serem empregados na terapia musical. Assim, segundo Bruscia (2016), na musicoterapia existem quatro tipos de métodos musicais que podem ser aplicadas com base nas técnicas. A técnica ativa, trabalha com os métodos de improvisação, re-criação e composição. Já a técnica receptiva, atua por meio do método auditivo.

Antes de continuar a descrever de forma mais ampliada os métodos musicais, deve-se esclarecer alguns termos relacionados à metodologia da musicoterapia que são muitas vezes confundidos. Na literatura, são comumente encontrados os termos “método”, “procedimento”, “abordagem”, “técnica” e “modelo”, como sendo sinônimos e usados indistintamente. O que na verdade não se configuram como sinônimos e causam alguns embaraços quando se discute musicoterapia. Assim, propõem-se definir cada um desses termos, embora não haja uma forma óbvia e inequívoca de definição, mas necessário que tais definições sejam esclarecidas.

Nessa ótica, Bruscia (2016) apontou que um método é entendido na musicoterapia como um tipo singular de experiência musical usada para diagnóstico, tratamento, reabilitação

ou avaliação. Desse modo, existem quatro métodos de experiências musicais (improvisação, re-criação, composição e audição), que são consideradas principais para construção terapêutica. Essas quatro experiências musicais podem ser delineadas de diversas formas, uma vez que os métodos têm muitas variações e serão detalhadas após esse esclarecimento quanto aos termos.

Com o intuito de engajar o indivíduo nessas experiências musicais, o terapeuta se utiliza de diferentes procedimentos. Um procedimento, para Baranow (1999), é uma sequência estruturada de operações e interações que o terapeuta faz uso ao direcionar o indivíduo pela experiência musical. Procedimentos são como tijolos básicos da sessão de musicoterapia que um terapeuta faz para organizar e implementar o método.

Esse método segue uma abordagem ou técnica que precisa ser desenvolvida pelo terapeuta. Uma técnica é uma operação ou interação singular que um terapeuta utiliza para extrair uma reação imediata do indivíduo ou para moldar o curso imediato da experiência vivenciada durante a musicoterapia. Assim, uma técnica é uma operação menor, individualizada, dentro de um procedimento, enquanto um procedimento pode ser visto como uma série de técnicas (BRUSCIA, 2016).

Quando um terapeuta começa a desenvolver uma abordagem sistemática utilizando um ou mais dos quatro métodos de uma forma em particular, seguindo sequências procedurais específicas e se baseando em certas técnicas, um modelo está sendo desenvolvido. Para Benenzon (1988), um modelo é uma abordagem ampla para diagnóstico, tratamento, reabilitação e avaliação que inclui princípios teóricos, indicações e contraindicações clínicas, metas, diretrizes e especificações metodológicas e o uso característico de certas técnicas e sequências procedurais.

Em síntese, um método, é um tipo particular de experiência musical na qual o indivíduo se engaja com propósitos terapêuticos. Um procedimento é tudo o que o terapeuta deve fazer para engajar o indivíduo nessa experiência ou método. Por sua vez, uma técnica é um passo dentro de qualquer procedimento que um terapeuta utiliza para dar forma à experiência imediata do indivíduo. E um modelo é uma abordagem sistemática e única do método, procedimento e técnica baseada em certos princípios.

Face ao exposto, pode-se agora examinar os quatro métodos principais da musicoterapia em maiores detalhes, a saber: improvisação, re-criativo, composição e a auditiva.

De acordo com Redfield (1961), no método de improvisação há o engajamento do indivíduo no fazer música; que pode ser tocando algum instrumento, cantando, criando alguma melodia, ritmo, ou até mesmo uma peça musical de improviso. Nesse método, Bruscia (2016) esclareceu que o terapeuta ajuda o indivíduo fornecendo demonstrações necessárias, oferecendo uma ideia ou estrutura musical como base de improvisação, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação.

Algumas das finalidades do método de improvisação, para Bruscia (2016), estão relacionadas ao tratamento de crianças com Transtornos Obsessivos Compulsivos (TOC) e adultos com Transtornos de Personalidade Borderline ou Narcisística. Esse método auxilia também no tratamento de autistas, crianças que não falam, impulsivas ou com desenvolvimento atrasado. Bem como, adolescentes agressivos, e/ou adultos inibidos e depressivos em qualquer idade.

No método de re-criativo ou da recriação, o indivíduo apresenta uma música instrumental ou vocal, de qualquer gênero musical, com base em uma música já existente. Também estão incluídos atividades ou jogos musicais estruturados nos quais o paciente cumpre papéis ou apresenta comportamentos que foram especificamente definidos (BRUSCIA, 2016). Recriar é um termo mais amplo que inclui representar, reproduzir, realizar ou interpretar qualquer parte de um trabalho musical já existente, seja isto feito com ou sem uma audiência.

Os principais indivíduos indicados para experiências re-criacionais, são aqueles que necessitam de estrutura para desenvolver habilidades específicas e funções comportamentais. Também é indicado para indivíduos que precisam entender e adaptar-se a ideias e sentimentos de outros, enquanto ainda retém sua própria identidade; assim como aqueles que precisam trabalhar em equipe com outras pessoas ou que lidam diariamente com muitos indivíduos (BUIRAGO, 2014). Experiências re-criacionais auxiliam os indivíduos a conviver com seus próprios sentimentos, ao mesmo tempo em que também compartilham e se identificam com os sentimentos dos outros.

Enquanto que no método de composição, o musicoterapeuta auxilia o paciente a escrever canções, letras ou peças instrumentais. Normalmente o terapeuta tem a responsabilidade pelos aspectos mais técnicos do processo e dosa a participação do paciente de acordo com suas capacidades musicais (BRUSCIA, 2016). É comumente utilizado em pacientes com baixa autoestima, que precisam desenvolver habilidades de tomada de decisão e/ou habilidades cognitivas (BARANOW, 1999).

Por sua vez, no método auditivo, também conhecido como experiências receptivas, o indivíduo apreende o som através do aparelho auditivo. O paciente escuta a música e vivência o significado da mesma a nível do consciente, pré-consciente e inconsciente, respondendo as experiências músicas silenciosamente, verbalmente ou através de outro modelo terapêutico adotado (BRUSCIA, 2016).

Ainda de acordo com Bruscia (2016), as experiências receptivas podem ser utilizadas com a finalidade de promover a receptividade; promover estímulos e relaxamentos; desenvolver atividades áudio-motoras; explorar ideias e pensamentos; facilitar a memória e regressões; estabelecer conexões entre o ouvinte e o grupo comunitário ou sociocultural, dentre outros.

Cabe destacar que as músicas utilizadas nas experiências receptivas podem ser ao vivo, gravações de improvisações, execuções ou composições do cliente ou do terapeuta, ou ainda músicas comerciais de diversos estilos (BRUSCIA, 2016). A música receptiva é comumente utilizada como prática meditativa; para reduzir a dor, minimizar o estresse ou tensão, reduzir ou combater ansiedade, induzir relaxamento corporal ou facilitar a entrada em estados alterados de consciência.

Por fim, destaca-se que a classificação das técnicas e métodos musicoterápicos proposto por Bruscia (2016) foi utilizado nesta dissertação como embasamento teórico. Assim, considera-se que há uma distinção de técnicas (ativas e receptivas) e de métodos, sendo estes, improvisação, recriação, composição e método auditivo. As técnicas e métodos da musicoterapia estão sintetizados na Figura 3. Nessa mesma linha, ressalta-se que para efeito desta dissertação, foi utilizada a técnica receptiva, que corresponde ao método auditivo.



Figura 3 – Síntese das técnicas e métodos da musicoterapia

Fonte: Elaborado pelo autor [com base em Bruscia (2016) e Benenzon (1988), 2018]

3.4 MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL

Atualmente, as organizações têm sido alvo de vários pesquisadores. Muito se discute sobre os componentes que circundam a área organizacional, o quanto esta área é complexa e como ainda precisa de esclarecimento para compreender seus aspectos. Esta busca para compreender o campo organizacional vem provocando mudanças corriqueiras, uma dessas mudanças é a possibilidade de inclusão da musicoterapia nesse ambiente.

Nas definições apontadas ao longo desse estudo sobre as práticas da musicoterapia, é possível entender as aplicações possíveis dessa ciência nos mais variados casos e ambientes. No campo das organizações, a musicoterapia organizacional fundamenta-se na aplicabilidade clínica auxiliar, na área de atuação grupal – institucional, com prática terapêutica na área ecológica. Enfatiza-se que a área de prática ecológica é uma modalidade terapêutica que envolve empresa e música ao proporcionar aplicações de terapias musicais direcionados à promoção e recuperação da saúde. Quanto aos níveis de intensidade dessa prática terapêutica, pode ser em nível amplo, profundo e/ou significativo.

De acordo com Prodossimo (2006), a musicoterapia organizacional atua com foco na escuta dos indivíduos que compõem as organizações e a saúde do trabalhador. Tem como finalidade tanto a escuta externa do ambiente de trabalho quanto interna, visando favorecer as relações intra e interpessoal no trabalho e a promoção da saúde integral. Corroborando com este autor, Bruscia (2016) apontou ainda que a musicoterapia organizacional é a utilização da música com a finalidade de auxiliar o desenvolvimento das equipes de trabalho, assim como melhorar as relações em ambientes de trabalho e em grupos profissionais.

Castro, Valentin e Sá (2015) ressaltaram que a musicoterapia organizacional incentiva e desenvolve essas relações auxiliando na integração grupal e no alcance dos objetivos focados no progresso das equipes. Com isso em mente, eles defenderam que a musicoterapia organizacional é uma prática criativa e inovadora, que pode contribuir significativamente com o aumento da produtividade, minimização dos índices de absenteísmo, potencialização da proatividade e melhoria nas inter-relações organizacionais. Além disso, ainda salientaram que a musicoterapia organizacional consegue ir além do que simplesmente atuar nas relações pessoais no ambiente de trabalho.

A musicoterapia organizacional consegue transcender e contemplar as fronteiras organizacionais ao atuar em aspectos específicos frequentemente expostos nas organizações de trabalho e que estão relacionados com problemas ambientais, psicossociais, físicos,

cognitivos e criativos. Desse modo, ela tem o potencial para desenvolver e dá suporte ao quadro de trabalhadores de uma determinada organização e para aprimorar as relações no ambiente de trabalho e em grupos profissionais (O'NEILL,1995).

Conforme apontou Prodossimo (2006), a musicoterapia organizacional não deve ser considerada uma terapia pessoal e/ou tradicional, cujo foco é investigar as causas de determinados comportamentos e atitudes. As dimensões analisadas e trabalhadas nessa área são aquelas que estão ligadas ao desempenho diante do trabalho e em situações em equipes. Por essa razão, a musicoterapia organizacional oferece uma melhor adaptação e inserção dos trabalhadores no ambiente laboral, o que faz com que contribua para o bom desempenho individual e grupal.

Diante dessa assertiva, Prodossimo (2006, p. 9) afirmou que a musicoterapia organizacional tem a função de:

[...] promover a saúde da organização, através da intensificação na interação e comunicação entre os integrantes desta, e que pode ter como consequência, uma melhoria na qualidade de vida pessoal e/ou profissional do funcionário, bem como da sua produtividade.

Em complemento, para Castro, Valentin e Sá (2015), a musicoterapia organizacional se deriva da teoria sistêmica. Essa teoria é sustentada pelo fundamento de que todas as partes de um sistema estão relacionadas entre si, com vários níveis de influências recíprocas. Assim, a musicoterapia nos ambientes organizacionais pode ser de diversas formas, desde individual à grupal. Contando que o contexto familiar, social, institucional, comunitário, político e ambiental não seja dissociado da prática terapêutica.

Corroborando com essa assertiva, Steinberg (2006, p. 3), advogou que “a musicoterapia organizacional é uma ação política, social, cultural, criativa e saudável”. A autora explicitou também que a musicoterapia organizacional pode ser considerada uma ação política por abranger a construção de valores subjetivos, tais como, bem-estar e felicidade no âmbito laboral das organizações. A terapia musical pode ser também social, porque ela promove o acolhimento, humanização e cooperação entre empresas, funcionários e ambiente. Como também ela pode ser cultural, pois estar na cultura da saúde, da música e da organização e é criativa quando estimula a criação e inovação nas organizações.

Nessa ótica, para Baleroni e Silva (2010), a musicoterapia organizacional reúne conhecimentos da psicologia organizacional e pode se inserir na organização como uma prática que promove melhorias no ambiente de trabalho; na promoção da saúde e na

prevenção de doenças ocupacionais, como o estresse. Portanto, a musicoterapia organizacional pode ser utilizada ainda como um meio para liberar pulsões, reduzir os níveis do estresse, auxiliar os trabalhadores a desenvolverem suas potencialidades, habilidades, comunicação e competências (BRUSCIA, 2016). Pode auxiliar ainda na manutenção do equilíbrio e auxiliar os indivíduos a integrar-se a uma organização dinâmica, que vive num mundo em constantes mudanças (PRODOSSIMO, 2006).

Com base nos conceitos citados pelos autores abordados neste tópico, percebe-se que a musicoterapia se insere no âmbito organizacional como uma nova proposta para a qualidade de vida do trabalhador. Assim, define-se a musicoterapia organizacional, como sendo a utilização dos sons, da música e de seus elementos constitutivos, no ambiente de trabalho, cuja finalidade é auxiliar na manutenção ou melhora da qualidade de vida dos trabalhadores, tanto no âmbito laboral, quanto nos demais ambientes nos quais estejam inseridos.

3.4.1 Aplicações da musicoterapia organizacional

Apesar do desenvolvimento da ciência musicoterápica, o ramo da musicoterapia organizacional ainda se encontra em ascensão. O que significa que, até o momento, são diminutos os estudos que relacionam a musicoterapia organizacional com a redução de estresse, foco dessa dissertação. Na concepção de Prodosimo (2006), reforçado por Cunha e Oliveira (2014), bem como, Castro, Valentin e Sá (2015), a musicoterapia em ambientes de trabalho ainda é pouco desenvolvida e explorada, mas possui um grande potencial na resolução dos problemas organizacionais com uma ótima relação custo-benefício.

No que se referem as suas aplicações, Castro, Valentin e Sá (2015) destacaram que a musicoterapia organizacional possui forma de abordagem, objetivos e direções diferentes da tradicional. Tendo como área de atuação os grupos sociais de um determinado ambiente laboral, e não mais o indivíduo em sua singularidade como trata a musicoterapia tradicional. Não que o indivíduo seja excluído, mas não é o objetivo principal desse tipo de abordagem. Na musicoterapia organizacional, o indivíduo fará parte de grupos, e esse será trabalhado mediante as técnicas adotadas na terapia musical.

Deste modo, para Steinberg (2006), a musicoterapia organizacional faz conexões com a saúde ocupacional e com as medidas de prevenção primária em saúde. Além disso, devido a musicoterapia organizacional geralmente acontecer mediante grupos terapêuticos de cada setor laboral, essa relação terapêutica, acaba auxiliando na ambientação, na tomada de

decisão, no processo de trabalho, conhecimento e nas relações tecidas no ambiente organizacional.

Segundo Bruscia (2016), a construção dos grupos terapêuticos na musicoterapia organizacional visa criar laços, cooperação, aprendizado e experiências entre os indivíduos, tendo como objetivo mudanças positivas no ambiente de trabalho. Castro, Valentin e Sá (2015), defenderam que durante a condução da terapia devem-se analisar as reações do grupo, suas interações, relacionamentos, conflitos e necessidades que possam emergir durante as vivências musicais.

Reafirmando, as formações grupais na musicoterapia organizacional, de acordo com Steinberg (2006, p. 5), servem para

[...] viver um processo, um ensaio, uma experiência que engaja mutações no grupo social, com a improvisação em musicoterapia no tema específico trazido pelo grupo. Produzir desejos do grupo numa vontade de viver, de criar, de amar, de inventar projetos ambiciosos, apropriando-se do tempo e espaço do trabalho, não impotente, reprimido e culpado, mas movidos pelo princípio do prazer, do desejo e da eficiência real. Possibilitar a construção de algo criativo, inventivo, pensado e vivido.

Neste sentido, Castro, Valentin e Sá (2015) ressaltaram que o musicoterapeuta ao trabalhar na perspectiva da musicoterapia organizacional pode avaliar a forma pelo qual os grupos trabalhados interatuam e, assim, mediar significativamente às relações organizacionais. É justamente nesta questão que os musicoterapeutas enfrentam sua principal dificuldade, em pôr em prática seus conhecimentos no âmbito das organizações. Tendo em vista que, segundo Castro, Valentin e Sá (2015), a formação destes profissionais não contempla conhecimentos sobre o universo organizacional.

Prodossimo (2006, p. 7) complementou que “[...] uma atividade musical pode tornar mais concretos aspectos subjetivos que interferem no rendimento e atuação dos trabalhadores, cabendo ao musicoterapeuta realizar as intervenções adequadas e necessárias à conscientização dos mesmos”.

Para Castro, Valentin e Sá (2015), as técnicas musicoterápicas são direcionadas muitas vezes para a escuta, os sons, a música, a respiração, a corporeidade e a voz, visando à receptividade dos colaboradores e facilitando a inclusão de novas intervenções no âmbito das organizações.

De modo geral, Steinberg (2006) estabeleceu um modelo específico de projeto de musicoterapia para as organizações, com a criação de um banco de dados de antes, durante e

depois das intervenções. Esse projeto terapêutico visa registrar as necessidades, os resultados e os indivíduos da organização que já passaram por alguma experiência musicoterápica.

Bruscia (2016) esclareceu que, na musicoterapia organizacional, o musicoterapeuta pode utilizar quaisquer dos métodos musicoterápicos (re-criação, improvisação, composição e audição). No entanto, Bruscia (2016) apontou que embora possam ser realizados os quatro métodos na musicoterapia organizacional, o método auditivo é o mais adequado e o menos dispendioso. O método auditivo é adequado para as organizações; cujos processos de trabalho sejam dinâmicos, intensos e carecem de locais para realizarem os demais métodos. Além disso, com exceção do método auditivo que pode fazer uso de uma caixa de som, CD ou Pen Drive, os demais métodos se utilizam de instrumentos. Para o autor, ao ouvir a música o indivíduo poderá responder a essa experiência de forma silenciosa, gestual ou verbal de forma mais satisfatória do que se utilizar as outras técnicas.

Caitano et al. (2014) salientaram que o método da audição é provavelmente o mais conhecido e utilizado em clínicas terapêuticas fora do âmbito da musicoterapia. A escuta de músicas visando procedimentos de relaxamento ou ativação psicomotora é um método muito utilizado por terapeutas.

Em suma, a musicoterapia organizacional se fundamenta enquanto aplicabilidade clínica auxiliar, na área de atuação grupal – institucional, com prática terapêutica na área ecológica, podendo utilizar como método terapêutico a técnica ativa e receptiva. Na técnica ativa, pode ser utilizado os métodos de composição, improvisação e re-criação e na técnica receptiva, pelo método auditivo. Segundo Bruscia (2016), as músicas utilizadas nas experiências receptivas podem ser ao vivo, gravações de improvisações, execuções ou composições do usuário ou do terapeuta, ou ainda músicas comerciais de diversos estilos. Uma das formas de aplicação da técnica receptiva na musicoterapia organizacional é a música funcional. Dessa forma, a música funcional será discutida no próximo tópico.

3.4.1.1 A música funcional e a importância da Identidade Sonora (Iso)

A música funcional, para Bruscia (2016), se trata de música para ser ouvida passivamente, cuja percepção sonora se dá de modo inconsciente, a exemplo de música funcional tem-se aquelas utilizadas em restaurantes, consultórios médicos, clínicas de fisioterapia, supermercados, dentre outros. Diz respeito à ideia de que a música pode ser usada a serviço da melhoria das atividades humanas. Para tanto, não deve ser ouvida, mas apenas

percebida. Essa visão é compartilhada por outros autores, a exemplo de Benenzon (1988), quando ressalta que a música funcional se ouve, mas não se escuta, não devendo ser exposta à percepção consciente. Assim, a música funcional se apresenta como uma aplicação extramusical baseada em efeitos psicofisiológicos provocadas pela música no ser humano.

Segundo Dileo (1999), a música funcional estar incorporada dentro da área médica e ecológica da musicoterapia. Na área médica, os profissionais da saúde que não possuem formação musicoterápica podem utilizar a música funcional em diferentes locais do hospital; como por exemplo, salas de espera, consultórios, centros cirúrgicos, corredores, dentre outros. O uso da música funcional nesta área auxilia na atmosfera do ambiente de trabalho, podendo reduzir o estresse, ansiedade ou desconforto de pacientes e familiares. Isso pode incluir também os diferentes usos de programação musical em diferentes unidades hospitalares (unidades de terapia intensiva, quartos de pacientes, dentre outros) e entretenimento musical fornecido a pacientes durante sua estada em um hospital ou centro de reabilitação.

Retomando-se a discussão sobre a música funcional, agora na área ecológica, Bruscia (2016) descreveu que a música funcional é comumente utilizada para influenciar ambientes físicos, comportamentos, humores, atitudes, dentre outras finalidades que estejam fora de um contexto terapêutico. Isto é, em *settings*⁸ comerciais, industriais, organizacionais, educacionais ou residenciais.

De acordo com Benenzon (1988), as empresas utilizam a música funcional e afirmam que esta é útil em ambientes de trabalho. Isso ocorre pelas ações psicofisiológicas da música que proporcionam vários benefícios. Entre eles estão: a diminuição ou aceleração da respiração e redução ou retardo do aparecimento da fadiga. Na mesma linha de pensamento, Caitano et al. (2014) defenderam que a música funcional pode ser utilizada, entre tantos fatores, para: reduzir a tensão, a melancolia, o tédio, a solidão e o estresse.

Cabe destacar que o fato dos profissionais da saúde poderem realizar a música funcional, não exime a importância da presença de um musicoterapeuta para realização da Identidade Sonora (Iso) dos indivíduos cuja música será destinada. Desse modo, é preciso esclarecer também que a música não é um instrumento exclusivo do musicoterapeuta. Inúmeros profissionais da área da saúde como enfermeiros, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos utilizam a música como recurso terapêutico. Partindo dessa assertiva, a Iso se faz necessário no contexto da música funcional, pois é através do conhecimento do gosto musical

⁸ *Settings* é o arranjo sonoro-terapêutico elaborado por meio da música, dos instrumentos, do corpo, da voz e do silêncio. É por meio do *setting* musical que as reflexões são apresentadas a respeito dos acontecimentos dentro do espaço sonoro e visual.

dos indivíduos que é possível realizar uma prática terapêutica eficiente. Caso contrário, a música funcional ao invés de auxiliar na abertura dos canais terapêuticos, será apenas mais uma prática musical que pode levar a iatrogênias.

Benenzon (1988) reforçou que a música funcional é utilizada de forma indiscriminada pelas organizações. O uso errado dessa abordagem terapêutica dar-se pelo fato de que quando aplicada em ambientes laborais para grupos de funcionários, muita das vezes não é analisado a Iso dos indivíduos que compõem o grupo. O que gera uma confusão quanto ao tipo de música, que impossibilita aos mesmos diferenciar entre a música funcional e a música de fundo.

Nessa ótica, a música de fundo seria uma simples maneira de seleção de músicas, a gosto de quem seleciona, para tocar em qualquer momento, sem nenhum rigor metodológico. Em contrapartida, a seleção da música funcional se dar de forma criteriosa, com o estudo da Iso de cada um dos indivíduos e do grupo como um todo que irá sofrer interferência da mesma. Por este motivo, algumas vezes a música não produz os efeitos desejados, e pode até mesmo causar efeitos negativos na saúde dos indivíduos. Ou seja, a proposta da música funcional é trazer alguma funcionalidade acerca do processo de saúde-doença daquele indivíduo. Em caso contrário, a música pode acarretar efeitos iatrogênicos, o que não a classifica como funcional e sim, como música de fundo qualquer.

A ação do musicoterapeuta na percepção dos Isos individuais de cada participante é fundamental para escolha do repertório e consequentemente na obtenção de melhores resultados com música funcional. Essa percepção é importante para que seja encontrada uma unidade de integração num grupo terapêutico. Para Benenzon (1988), o conceito da Iso não é estático, mas dinâmico, posto que a Iso dos indivíduos está em processo constante de transformação, assim como o próprio indivíduo. No entanto, a Iso é, ao mesmo tempo, um conjunto de energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem a um indivíduo e o caracterizam. A Iso é formada pela herança sonora (estrutura genética), pelas experiências sonoras durante a vida intrauterina e por todas as experiências sonoras desde o nascimento até à idade adulta. Fazem parte deste princípio a Iso Universal, Gestáltica, Cultural e Grupal.

A Iso Universal é formada no inconsciente do indivíduo através de energias sonoras que são herdadas geneticamente e fenotipicamente a milênios. Essas energias sonoras são características de todo o gênero humano. No tocante a Iso Gestáltica, essa forma-se também no inconsciente, através das energias sonoras vivenciadas pelos indivíduos desde o momento de sua concepção ao nascimento. Essas energias podem sofrer influências e modificações com

base na Iso Universal, através do inconsciente, pelas heranças genéticas e fenotípicas. A Iso Cultural é formada pelas energias sonoro-musicais a partir do nascimento, ou seja, é uma identidade musical própria pertencente a uma comunidade de homogeneidade cultural relativa, que responde a cultura ou subcultura musical vivida e compartilhada por esses indivíduos. Já a Iso Grupal pode ser compreendida como uma propriedade sonora pertencente a grupos que possuem um trabalho musicoterapêutico contínuo (BENZON, 1988). Dessa forma, a Iso Grupal corresponde a um conjunto de identidade sonora pertencente a um grupo humano. Essa identidade é formada diante das afinidades musicais latentes que foram desenvolvidas ao longo do processo de formação de cada indivíduo.

Nesse interim, Benzon (1988) reforçou que a música funcional deve ser realizada apenas mediante a identificação da Iso. Caso contrário, não surtirá o efeito desejado. Além disso, a música funcional precisa ser realizada de modo racionada, já que a música de forma contínua, cria sua própria monotonia. Então, durante a aplicação da música funcional, deve haver uma programação estabelecida. Essa programação deve proporcionar um tempo de aplicação intervalar, intercalando 15 minutos de música e 15 minutos de silêncio, no mínimo. As pausas silenciosas na musicoterapia têm sua importância terapêutica, uma vez que o silêncio abre canais reflexivos sobre a experiência sonora que foi vivenciada; além disso, o próprio silêncio também faz parte da conjuntura sonora, podendo este, ser disparador de *insights*.

Não o bastante, salienta-se que as intervenções de musicoterapia nas organizações precisam ter um nível terapêutico profundo e o tempo adequado, pois se a intervenção ocorrer em um tempo curto, a terapia pode não ter efeito desejado. O tempo necessário para a terapia musical vai depender do objetivo que se precisa alcançar, no entanto, o autor estabeleceu que o tempo médio das sessões deve variar entre 15 a 45 minutos semanais.

No entanto, frisa-se que as sessões terapêuticas são encontros onde acontece a experiência musical entre o terapeuta e o indivíduo. Estes encontros podem ser diariamente, mais de uma vez por semana, intercalados ou mensais. Bruscia (2016) aponta que o processo terapêutico não é algo engendrado, estático, tudo vai depender do objetivo que precisa ser alcançado e da relação terapêutica.

Benzon (1988) esclareceu ainda, que o número de sessões fica a critério do musicoterapeuta, em delimitar se será todos os dias ou não. Nesse caso, deve-se haver uma avaliação acerca dos horários mais convenientes e necessários de se aplicar a música funcional, em parte, para não atrapalhar a dinâmica do trabalho, e para que a terapia seja

aproveitada da melhor forma possível. Dessa maneira, a terapia servirá de estímulo ou conforto para os trabalhadores justamente na hora de maior fadiga ou estresse. A programação baseia-se no plano que leva em conta algumas variáveis musicais, tais como: o tempo, a velocidade, o ritmo, o padrão da música, a instrumentação, os timbres de cada instrumento que compõe a música; a dimensão e o volume.

Em síntese, a música funcional pode ser conceituada como a música utilizada de forma planejada e programada em ambientes organizacionais, domésticos e institucionais, visando influenciar estados físicos e mentais de quem a escuta. Destarte, para efeito deste trabalho, foi utilizada a musicoterapia organizacional, com técnica receptiva, método auditivo, realizado mediante música funcional.

3.5 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS SOBRE A APLICAÇÃO DA MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL

A priori, compreende-se que estudos direcionados para o campo das organizações que validam o efeito da musicoterapia neste âmbito, ainda são diminutos. Por esse motivo, optou-se por trazer exemplos de aplicações musicoterápicas apenas de estudos experimentais, que validam de forma mais fidedignas, a prática musicoterápica e seu efeito na saúde humana.

A utilização da musicoterapia no âmbito das organizações e em outras áreas de atuação acontece há muitos anos. No entanto, seus estudos acerca da validação da música na saúde do ser humano só foram possíveis a partir do século XX. Vários autores como Benenzon (1988); Castro (2010); Taets et al., (2013); Amorim (2014); Caitano et al., (2014); Cunha; Oliveira, (2014); Bruscia (2016), dentre outros, vem estudando o impacto da musicoterapia na saúde e na sociedade contemporânea.

A utilização da música como prática integrativa e complementar no tratamento, promoção e manutenção da saúde tem sido recentemente discutida na literatura médica. O emprego da música enquanto modalidade terapêutica (musicoterapia) vem emergindo nos últimos anos e tem acumulado evidências científicas que embasam sua efetividade no manejo da ansiedade, estresse, dor, entre outras condições somáticas e psíquicas.

Diante desse cenário, em um estudo desenvolvido por Franco e Rodrigues (2009) os autores constataram que os níveis de dor foram reduzidos depois da aplicação da musicoterapia receptiva. Os autores traçaram como objetivo analisar se a musicoterapia receptiva reduziria a dor em pacientes oncológicos. Foi avaliada a percepção de 10 pacientes

com dor crônica sobre os efeitos da musicoterapia em um hospital privado de São Paulo. Depois de realizarem a musicoterapia houve uma redução nos sinais vitais e na intensidade da dor nos dez pacientes da amostra. Os pacientes relataram também a sensação de relaxamento e crença no potencial da música como terapia complementar após as sessões terapêuticas.

Sobre a sensação de relaxamento citado no estudo anterior, Arya et al. (2012) trouxeram outras descobertas em seus estudos. As autoras verificaram o efeito da musicoterapia receptiva no pré-natal em primigestas com 20 semanas ou menos de gestação em um hospital privado de Mumbai, Índia. O objetivo era analisar se a música afetava os bebês ainda em processo gestacional. Foi realizado um ensaio clínico controlado, com dois grupos, um experimental (n=126) e um controle (n=134). O grupo experimental foi exposto a musicoterapia por uma hora, duas vezes por semana, durante dois meses. Os resultados apontaram que no final da primeira semana as primigestas estavam relaxadas e os movimentos fetais reduziram, deixando os bebês mais calmos.

Agregando mais estudos que reforcem esta dissertação, Thoma et al. (2013) realizaram uma pesquisa experimental na Universidade de Zurich, Suíça, com 60 participantes, expondo-os a situações estressoras. Um mês depois, os pesquisadores aplicaram musicoterapia receptiva e concluíram que a música afetou o sistema psicobiológico, reduzindo os níveis de hormônios estressores como cortisol e adrenalina. Os achados podem ajudar a compreender melhor os efeitos benéficos da música no corpo humano.

Ghasemtabar et al. (2015) também demonstraram empiricamente o valimento da musicoterapia na saúde. Os autores realizaram um estudo experimental em uma escola para autistas em Tehran, no Iran, com 27 crianças. O objetivo da pesquisa era identificar a eficácia da musicoterapia na melhoria das habilidades sociais das crianças com autismo. As 27 crianças foram divididas em dois grupos, um experimental (n=13) que ficaram expostos a musicoterapia receptiva durante 45 dias em 12 sessões (duas sessões de 1 hora por semana); enquanto o grupo controle (n=14) não recebeu intervenção. Os resultados demonstraram que a musicoterapia receptiva melhorou as habilidades sociais das crianças com autismo.

Por sua vez, Akvile et al. (2016) conduziram uma pesquisa qualitativa cujo objetivo era mostrar os efeitos da musicoterapia em pacientes oncológicos. O estudo foi realizado em um hospital na Klaipėda, Lituânia, com seis pacientes oncológicos. Os resultados apontaram que após a descoberta do câncer, geralmente, os pacientes se tornavam antissociais e depressivos. O uso da musicoterapia receptiva foi capaz de resgatar emoções positivas e reduzir o nível de estresse e ansiedade, nas mentes e nos corpos, promovendo um estado de

relaxamento, regulação do sono, melhoria da memória e da consciência desses pacientes. Além disso, a utilização da musicoterapia receptiva na sala de quimioterapia promoveu também o relaxamento e a redução da ansiedade nos profissionais de enfermagem.

Com relação ao uso da musicoterapia com profissionais de enfermagem, Guazina e Tittoni (2009) trouxeram também algumas contribuições. Esses autores realizaram uma pesquisa com 30 técnicos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um Hospital do Rio Grande do Sul. A pesquisa tinha como objetivo analisar as contribuições da musicoterapia na saúde do trabalhador e produzir espaços de reflexão sobre os contextos sonoros e seus efeitos na saúde dos profissionais. Foi realizada, inicialmente, uma série de observações do trabalho e dos modos de trabalhar dos profissionais, em seguida foram realizadas oficinas e, por fim, aplicada a musicoterapia receptiva. Com isso, os autores identificaram que a musicoterapia como medicina complementar tem o potencial de reduzir problemas de saúde como ansiedade e estresse. O resultado indicou que ouvir música com som de oceano, pássaros e ventos, reduz o estresse e a pressão arterial quando comparado ao silêncio.

Bancarali e Oliva (2012), ao realizarem um estudo de caso controle sobre o efeito da musicoterapia ativa com 84 profissionais em uma Clínica Odontológica no Chile, obtiveram como resultados a redução significativa dos níveis de estresse. O mesmo aconteceu com Taets et al. (2013), que observaram uma diminuição estatística significativa no nível de estresse dos profissionais da saúde de um hospital de grande porte no Rio de Janeiro, após aplicação de musicoterapia receptiva em 34 mulheres. Ambos os estudos tinham como objetivo analisar os níveis de estresse, no entanto, Bancarali e Oliva (2012) utilizaram a musicoterapia ativa, enquanto que Taets et al. (2013) a musicoterapia receptiva.

Cunha e Oliveira (2014) realizaram um estudo cujo objetivo era analisar a influência da aplicação da musicoterapia organizacional ativa, nos níveis de estresse. Na forma de um ensaio experimental, cujo público alvo foi uma servidora do setor pedagógico de uma instituição federal, localizada no município de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte (RN), os autores aplicaram um questionário validado para mensurar os níveis de estresse, antes e depois da aplicação da música, com a servidora. Por meio da análise dos dados coletados antes e depois da intervenção e com a ajuda das observações feitas durante as sessões, concluiu-se que a servidora apresentou uma queda do nível na fase de alerta. Esse achado, ainda que incipiente, indica que musicoterapia ativa, pode reduzir os níveis de estresse.

Caitano et al. (2014), realizaram uma pesquisa cujo objetivo era conhecer a concepção dos pacientes e profissionais quanto aos efeitos terapêuticos da música durante o transoperatório. Com esse objetivo, aplicaram a musicoterapia auditiva em dez pacientes no centro-cirúrgico, e em cinco profissionais da saúde (três enfermeiros e dois médicos) e obtiveram como resultados a melhoria do estresse tanto nos pacientes quanto nos profissionais. Os pacientes mostraram-se mais tranquilos e menos ansiosos e a equipe de profissionais mostrou-se mais harmônica e menos estressada.

Na mesma linha, Amorim (2014) desenvolveu um estudo cuja premissa era compreender o impacto da musicoterapia organizacional na percepção dos trabalhadores em relação ao bem-estar e a qualidade de vida no trabalho. O estudo foi realizado em uma empresa multinacional do ramo siderúrgico na região metropolitana de Curitiba. Participaram da pesquisa 20 profissionais, que tiveram interferência da musicoterapia organizacional durante um mês, por quatro vezes na semana. As sessões tiveram a duração de 45 minutos e os encontros foram realizados em ambiente privativo dentro da própria empresa onde ficavam os 20 participantes e dois musicoterapeutas que tinham a função de orientar as atividades e observar o comportamento do grupo. A experiencição musical foi pautada na técnica ativa e receptiva, cujos métodos utilizados foram improvisação, re-criação e audição.

O registro desse estudo apontou que as opiniões, reações e discursos a respeito desta prática inédita na organização demonstraram resultados significativos no gerenciamento do estresse, na melhoria da comunicação e integração das pessoas. Diante disso, constatou-se que a inserção da musicoterapia organizacional no ambiente laboral influencia diretamente no bem-estar dos trabalhadores e pode ser inserida como instrumento coadjuvante para propiciar um melhor nível de qualidade de vida no trabalho (AMORIM, 2014).

Um trabalho semelhante ao supracitado abordou também o valimento da musicoterapia na diminuição dos níveis de estresse. Segundo Taets et al. (2013), ao realizaram um estudo em um hospital privado do Rio de Janeiro. O principal objetivo era verificar os efeitos de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. Participaram do estudo 34 voluntários do sexo feminino com $33,3 \pm 8,5$ anos de idade e de diferentes níveis de atuação profissional. Utilizou-se um questionário para avaliar o nível de estresse dos participantes antes e após a musicoterapia. Salienta-se que a intervenção terapêutica foi composta por 12 sessões utilizando os métodos musicoterápicos de improvisação e re-criação musical, realizado uma vez por semana, com 50 minutos/sessão em um período de três meses. O teste de *Wilcoxon* para medidas repetidas foi utilizado para

análise estatística. Os autores verificaram uma diminuição estatística significativa no nível de estresse das profissionais estudados e concluíram que a musicoterapia foi efetiva na diminuição os níveis de estresse das profissionais da saúde.

Castro (2010) desenvolveu um estudo onde a finalidade era investigar como a musicoterapia poderia contribuir para o desenvolvimento das relações intra e interpessoais de uma equipe de vendas, visando maior qualidade de vida no trabalho. Foram utilizados 13 profissionais do setor de vendas de uma empresa que comercializa produtos e serviços de segurança eletrônica patrimonial, no município de Goiânia. Antes de realizarem as sessões musicoterápicas, foi identificado a Iso de cada participante, para que fosse possível montar o esquema terapêutico. As sessões tiveram em média, a duração de 90 minutos e foram realizados nos pressupostos da técnica ativa e dos métodos de improvisação e re-criação. Os resultados encontrados na pesquisa evidenciaram que a musicoterapia organizacional estimula o desenvolvimento das intra e inter-relações favorecendo a integração grupal e estimulando o alcance dos objetivos focados no desenvolvimento de equipes.

Com base nessas evidências, pode-se inferir que a música afeta o sistema límbico, responsável pela regulação das emoções profundas e diversas reações físicas involuntária, como a pressão arterial (AMORIM, 2014; CAITANO et al., 2014; BRUSCIA, 2016). Além disso, reduz significativamente a ansiedade e os níveis de cortisol⁹. Deste modo, o uso da música é uma terapêutica complementar valiosa, que exerce influência sobre os aspectos somáticos, psíquicos e sociais. Portanto, desempenha importante papel na manutenção e melhora da qualidade de vida no trabalho além de propiciar maior interação do indivíduo com o meio social e auxiliar na redução dos níveis de estresse. Tudo isso porque a música possibilita que a pessoa orquestre a tríade mente, corpo e coração, resgatando sua identidade sonoro-musical (TAETS et al., 2013). Em suma, a musicoterapia organizacional faz o indivíduo colocar-se na posição de maestro de sua própria vida e da vida de muitas outras pessoas.

9 O Cortisol é uma hormona corticosteróide da família dos esteróides, produzido pela parte superior da glândula supra-renal diretamente envolvido na resposta ao estresse (POTTER, et al., 2013).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo foram discutidos os métodos e as técnicas empregadas neste estudo, bem como, o seu desenvolvimento durante o transcorrer da pesquisa.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa aplicada, de natureza explicativa, realizada por procedimento quase-experimental, complementado com observação sistemática e entrevistas episódicas, em uma abordagem mista.

A pesquisa foi aplicada, pois teve a finalidade de produzir conhecimentos voltados para aplicação de cunho real, direcionada para soluções de problemas particulares, que abrangem verdades e interesses de uma determinada localidade (VERGARA, 2016). Ademais, foi de natureza explicativa, pois se verificou a relação de causa e efeito entre a musicoterapia receptiva e os níveis de estresse dos profissionais de enfermagem de um hospital público. De acordo com Gil (2010), as pesquisas explicativas têm o propósito de explicitar os fatores que determinam ou corroboram para a ocorrência de um fenômeno. Na ótica de Vergara (2016), esse tipo de pesquisa pode ser considerado uma extensão do método descritivo, uma vez que para identificar tal relação, exige-se que o fenômeno seja adequadamente descrito e detalhado. Gil (2010) explicitou que esse método proporciona a observação do fenômeno que está acontecendo, quando ele ocorre e por quem ocorre, tornando assim, factível analisar uma relação de causa e efeito.

Essa relação de causa e efeito foi observada por meio de um estudo quase-experimental. Dutra e Reis (2016) apontaram que a pesquisa quase-experimental é um estudo no qual se manipula deliberadamente pelo menos uma variável independente para observar seu efeito e relação com uma ou mais variáveis dependentes, e sua principal característica é a ausência de randomização. No que se refere à randomização, Sampieri, Collado e Lucio (2013) advogam que é um processo de seleção em que cada participante tem a mesma probabilidade de ser sorteado para formar a amostra, cuja finalidade é distribuir igualmente riscos e benefícios. Neste caso, a ausência de randomização refere-se aos participantes que não são selecionados e sim separados naturalmente dentro dos grupos que já pertencem.

Desse modo, a pesquisa quase-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção de um único grupo foi constituída de uma aplicação da musicoterapia receptiva (variável

independente), em um hospital público para verificar se o nível de estresse dos profissionais de enfermagem (variável dependente) aumentou ou diminuiu após a sua aplicação (BAPTISTA; CAMPOS, 2016). Para que esta análise comparativa pudesse acontecer, os níveis de estresse foram mensurados antes e após a aplicação da musicoterapia receptiva seguindo o esquema apresentado no Quadro 3. Onde T0, significa o tempo antes da aplicação da musicoterapia receptiva e T1 representa o tempo após essa aplicação. O A representa a aplicação da musicoterapia, o E0 representa o nível de estresse antes e o E1 o nível de estresse após a aplicação da musicoterapia receptiva.

Quadro 3 – Esquema de delineamento quase experimental de grupo único com pré e pós-terapia musical

T0		T1
E0	A	E1

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Em razão do método quase-experimental ser revestido de dificuldades nas ciências sociais, Gil (2010) enfatizou que muitas vezes é preciso recorrer a outros métodos para dá suporte a técnica quase-experimental. Por este motivo, o método experimental foi subsidiado pela observação sistemática e pela entrevista episódica.

A observação foi classificada neste trabalho como sistemática, não participante, individual e realizado na vida real. Baptista e Campos (2016) defenderam que a observação sistemática é um método utilizado para compreender como funciona uma determinada atividade ou tarefa. Infere-se que uma observação considerada como não participante é aquela em que o pesquisador toma contato com a comunidade estudada, mas não se integra a ela. A observação pode ser caracterizada como individual, quando a técnica é realizada por apenas um pesquisador. Além disso, a observação é realizada na vida real quando elas são feitas em ambiente real, registrando fatos que ocorrem espontaneamente.

Já a entrevista episódica é uma técnica de coleta de dados que se baseia nas observações tecidas ao longo da pesquisa, onde o pesquisador observa episódios específicos dos quais solicita uma narrativa ao entrevistado, tem por objetivo apreender como um episódio impacta e pode representar uma sociedade (FLICK, 2008; BAPTISTA; CAMPOS, 2016). Assim, a entrevista episódica favorece a descrição das experiências dos entrevistados diante de determinados acontecimentos e serve como alicerce para apreender como um determinado episódio impacta uma vida e conseqüentemente uma sociedade.

Diante do exposto, para alcançar os objetivos propostos, esta pesquisa foi realizada nos pressupostos da abordagem quali-quantitativa, onde os dados coletados por meio do método quase-experimental foram analisados de forma quantitativa; e as informações coletadas, por meio da observação sistemática e das entrevistas episódicas foram analisadas de forma qualitativa.

De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013), o enfoque qualitativo utiliza a coleta de dados sem medição numérica para descobrir ou aprimorar perguntas de pesquisa no processo de interpretação. Busca explicar os fenômenos em profundidade extraindo os significados com base nos dados coletados antes, durante ou após a pesquisa. As vantagens na utilização da abordagem qualitativa recaem sobre a profundidade dos significados, a contextualização dos fenômenos e a riqueza nas interpretações dos dados que conseguem expor de forma mais clara nuances que a pesquisa quantitativa não consegue.

Já o enfoque quantitativo utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseando-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões, comprovar teorias e analisar relações de causa e efeito. As vantagens na utilização da abordagem quantitativa é a generalização dos resultados, o controle que o pesquisador tem sobre os fenômenos, bem como sua precisão e previsão (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Nesse sentido, Vergara (2016) apontou que a abordagem quali-quantitativa se caracteriza como uma abordagem mista. A investigação por métodos mistos é uma integração sistemática de métodos qualitativos e quantitativos num único estudo, com o objetivo de obter uma visão mais densa, abrangente, para que a compreensão do fenômeno em estudo seja mais profunda. Neste contexto, a abordagem mista foi utilizada para melhor compreensão das variáveis e fenômenos que foram desvelados.

4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis deste estudo foram divididas em dependente e independente. A variável dependente é o estresse que acomete os profissionais da saúde. O estresse pode ser apreendido como sendo reações somáticas e mentais, que resultam da percepção individual a uma situação que desperta incomodo. Quando acomete o indivíduo o estresse se apresenta por fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão (LIPP, 2010; POTTER et al., 2013; FELDMAN, 2015).

Conforme Sadir, Bignotto e Lipp (2010) a fase de alerta ocorre quando o indivíduo entra em contato com o agente estressor. É considerada a fase benéfica do estresse, uma vez que o indivíduo energiza através da produção da adrenalina suas forças para poder lidar com os fatores estressores que desestabilizaram o equilíbrio orgânico. Na fase de resistência o corpo tenta voltar ao seu equilíbrio e o organismo pode se acomodar ao problema ou eliminá-lo. Se os fatores estressores forem persistentes e intensos há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa para a fase de exaustão. Nesta fase, o processo de adoecimento se inicia e os sistemas corporais que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração, ou seja, começam a surgir os diversos comprometimentos somáticos e psíquicos.

No que se refere a variável independente, esta é a musicoterapia receptiva. A musicoterapia receptiva se configura em um método da musicoterapia no qual o indivíduo escuta a música que é previamente selecionada pelo musicoterapeuta com base na Iso, essa música pode ser gravada ou ao vivo, ou ainda cantada pelo musicoterapeuta com o uso de instrumentos, por exemplo (BENENZON, 1988; BRUSCIA, 2016).

4.3 UNIVERSO E CAMPO DE PESQUISA

O Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC) se constituiu como campo de pesquisa deste estudo, que no entendimento de Gil (2010, p. 105), “é o local, a área geográfica onde se realiza a pesquisa, ou seja, o local onde o pesquisador colhe os seus dados seja ele instituições de saúde, associações comunitárias, laboratórios, dentre outros”.

Este hospital é um órgão público do poder executivo estadual e com gestão municipal, que compõe a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), operando na cidade de Mossoró, Rn. Frisa-se que a escolha deste hospital foi por conveniência, devido ao fato dos gestores terem aceitado a realização da pesquisa e por ser local de residência do pesquisador.

Para fins de contextualização, destaca-se que o HMAC foi fundado em 1940 para atender diariamente as urgências e emergências obstétricas e ginecológicas de cerca de 90 municípios da região Oeste, além de Mossoró, constituindo-se assim, um serviço regional de média e alta complexidade.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES, (2017)], o HMAC está lotado na Praça Cônego Estevam Dantas, número 334, no centro da cidade de Mossoró. O HMAC é referência em Mossoró e para as cidades circunvizinhas no atendimento

materno-infantil, bem como, em cirurgias eletivas de média e alta complexidade. A infraestrutura do hospital conta com o suporte para atendimentos de urgência e emergência, internações e serviços de apoio diagnóstico terapêutico.

É preciso ressaltar que com relação às instalações clínica-hospitalares, o HMAC conta com os seguintes setores: Sala de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico (ACRO), Centro Cirúrgico Geral (CCG), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIneo), Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTIa), Posto Cirúrgico, Alojamento Conjunto 1 (Alcon 1), Posto do RN, Sala de Vacina, Sala de Testes, Sala de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), Unidade de Cuidado Neonatal Convencional (Ucinco), Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (Ucinca), Aleitamento Materno, Anexo II, Alojamento Conjunto 2 (Alcon 2), Setor Imagiológico (Raio-X e Ultrassonografia), Laboratório de Análises Clínica e Microbiológica, Setor de Vigilância Epidemiológica, Setor de Controle de Infecção Hospitalar, Recursos Humanos, Diretoria Geral e Faturamento.

No que concerne os serviços de suporte do HMAC, o mesmo conta com a Central de Esterilização de Materiais (CME), Farmácia, Lavanderia, Necrotério, Nutrição e Dietética, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Serviço de Prontuário de Paciente (SPP), Serviço Social e Serviço de Manutenção de Equipamentos, dentre outros serviços de suporte.

Com relação às categorias profissionais, de acordo com o CNES (2017), o HMAC possui 571 profissionais contratados em nível superior e técnico. Dentre esses, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, radiologistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, seguranças, maqueiros, auxiliares de serviços gerais e técnicos de manutenção elétrica e hidráulica, e outros. Sendo assim, o universo desse estudo foi composto pela categoria de enfermagem (em nível superior e técnico) que atuam no HMAC. Esta categoria possui em média 253 profissionais lotados nos serviços de acolhimento, diagnóstico e clínico assistenciais, uma vez que esse quantitativo varia mês a mês.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA E AMOSTRA

Como especificado anteriormente, os participantes escolhidos para compor este estudo foram os 253 enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam diretamente na assistência dos pacientes. Salienta-se que desse universo, participaram da coleta inicial referente ao Inventário de Stress para Adultos de Lipp (IssL) 200 profissionais. Os motivos da não

participação dos demais foram: negação e/ou falta de interesse em participar da pesquisa (n=11); absenteísmo (n=13) e férias (n=29).

Esse número representa um nível de confiança de 99% e erro de estimação permitido de 5%. Ou seja, a quantidade de profissionais que responderam aos instrumentos de coleta da primeira fase, foi representativa para oferecer inferências ao universo de participantes da HMAc.

Na sequência, parte desses profissionais foi selecionada para compor a experiência musical. Especificamente os enfermeiros e técnicos de enfermagem lotados nos seguintes setores: Aleitamento Materno, Alcon 1, CME, PPP e Ucinca. Como critério de inclusão, optou-se por profissionais que realizam serviços assistenciais (clínicos e terapêuticos); profissionais que aceitassem participar da pesquisa e que estivessem nos setores selecionados no período da aplicação da musicoterapia receptiva. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos profissionais que não exerciam condutas assistenciais e que não aceitaram participar da pesquisa. Sendo assim, foram selecionados 74 profissionais descritos na Tabela 1, formando assim, o grupo de experiência musical.

Tabela 1 – Quantitativo de profissionais do HMAc que participaram da experiência musical no mês de Fevereiro a Março de 2018

Setores	Número de Profissionais	
	Técnico	Superior
Aleitamento Materno	14	1
Alcon 1	16	2
CME	11	1
PPP	16	3
Ucinca	10	*
Total	74	

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

* O profissional de nível superior deste setor é o mesmo do Aleitamento Materno

Vale salientar que tais profissionais são lotados de acordo com uma escala. Assim, todos aqueles que estavam escalados para trabalhar nos setores escolhidos para a aplicação da musicoterapia, durante todo o período da coleta, foram, a priori, naturalmente incluídos. Contudo, em caso de não aceitação por parte de qualquer um desses profissionais, o pesquisador seria informado para que a melhor solução fosse encontrada, uma vez que aceitar ou não participar da pesquisa é um direito que assiste os profissionais. No entanto, se esclarece que todos os profissionais aceitaram participar da pesquisa e que durante sua condução não houve nenhuma intercorrência negativa.

4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para caracterizar o perfil dos profissionais do HMAC, foi utilizado um questionário sociodemográfico. Este questionário contemplou alguns itens que se fizeram necessário para descrever a amostra. Tais como, idade, gênero, estado civil, categoria profissional, função exercida, renda individual mensal, carga horária semanal, atuação em outra organização, setor de atuação nesta outra organização e o motivo que o levou a trabalhar na saúde.

Destaca-se que a idade foi considerada, em anos completo, sendo assim uma variável ordinal. Quanto ao gênero, constava neste quesito masculino ou feminino. Com relação ao estado civil, este item foi categorizado em solteiro, casado ou em união estável e outros. Já o quesito categoria profissional referiu-se à profissão dos participantes dentro da organização. O item função exercida no ambiente hospitalar, diz respeito ao cargo ocupado, como por exemplo, chefia, coordenação, assistência, e etc. No que tange a renda individual mensal, esta foi categorizada por faixas salariais. Essa variável intervalar foi dividida em até 1 salário mínimo; mais de 1 a 2 salários mínimos; mais de 3 a 4 salários mínimos e mais de 5 salários mínimos; considerando o valor do salário mínimo na época da coleta de dados. O item referente à carga horária semanal foi descrita numericamente pelos participantes e se configurou como uma variável ordinal, por exemplo, 30 horas semanais. Com relação ao questionamento se o profissional trabalhava em outra atividade, foi considerada uma variável nominal e contemplou os itens “sim” ou “não”. Caso o participante marcasse “sim”, informaria qual era a outra atividade realizada.

No tocante ao setor de atuação, este quesito foi dividido em Acolhimento, Centro-Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva e Outros. O quesito outros serviria para o participante descrever qual setor de atuação o mesmo exercia suas funções. Por fim, tem-se o questionamento acerca do motivo que levou o profissional a trabalhar na saúde. Os motivos elencados nesta variável nominal foram afinidade, oportunidade de emprego, influência familiar, satisfação profissional e outros. O quesito outros foi introduzido para que o participante pudesse descrever outros motivos se não os elencados anteriormente (Apêndice A).

De forma simultânea, para avaliar o nível de estresse, foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (IssL). Segundo Sadir, Bignotto e Lipp (2010), o IssL foi validado e padronizado por elas, em uma pesquisa experimental cuja amostra foi de

1853 adultos, obtendo um Alfa de Cronbach¹⁰ de 0,9121, na análise de confiabilidade dos itens, o que significa que o instrumento tem alta confiabilidade. Frisa-se que foi acrescido no instrumento um código (matrícula institucional do profissional). Tal código se fez necessário apenas para auxiliar na replicação do instrumento, após a aplicação da musicoterapia, e possibilitar o pareamento dos dados.

Para Lipp (2010), o IssL tem por objetivo diagnosticar e reconhecer os níveis de estresse do indivíduo, mostrando onde a pessoa é mais vulnerável a ele, se é no aspecto psicológico ou físico e, indicando o nível de estresse do indivíduo em cada fase. As fases podem ser caracterizadas de alerta, resistência, quase-exaustão ou exaustão, ressaltando os sintomas e as particularidades de cada uma dessas fases.

O IssL é composto por 37 itens de natureza somática e 19 itens de natureza psicológica, totalizando 53 itens, que revelam os sinais e sintomas frequentes do estresse. O instrumento divide-se em três quadros, cada quadro corresponde a uma fase do estresse e deve ser marcada pelo respondente de acordo com os sinais e sintomas vivenciados por ele; nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês, respectivamente (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010). A sucessão dos itens do IssL segue uma sequência, já que é comum os sintomas aparecerem na fase de alerta, desaparecerem na fase de resistência e reaparecerem nas fases de exaustão com maior intensidade. A razão disso é que na fase de exaustão alguns sinais e sintomas que eram característicos da fase de alerta voltam com maior grau de comprometimento, devido à queda da resistência. O IssL pode ser encontrado no Anexo A.

Destaca-se que o primeiro quadro (alerta) do IssL possui 12 sinais e sintomas somáticos e 3 psicológicos experimentados nas últimas 24h. O segundo quadro (resistência e quase-exaustão) é composta de 10 sinais e sintomas somáticos e 5 psicológicos experimentados na última semana. Já o terceiro quadro (exaustão) contém 12 sinais e sintomas somáticos e 11 psicológicos, referentes à sintomatologia vivenciada no último mês (LIPP, 2000). O Tabela 2 sintetiza as informações relacionadas ao instrumento.

Conforme apontaram Sadir, Bignotto e Lipp (2010), cada quadro do instrumento refere-se a um achado relacionado ao estresse, onde o mesmo evidencia a existência ou não do estresse e suas fases indicam qual a área de maior manifestação dos sinais e sintomas, se é a somática e/ou a psicológica.

10 O coeficiente Alfa de Cronbach foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951, como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Quando o valor é mais próximo de 1,0 maior a confiabilidade do instrumento (MONTEIRO; HORA, 2014).

Tabela 2 – Síntese dos quadros IssL com base nas sintomatologias somáticas e psicológicas

Quadros	Sinais e Sintomas Somáticos	Sinais e Sintomas Psicológicos	Total de Sintomas
1	12	3	15
2	10	5	15
3	12	11	23

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Por fim, o IssL é um instrumento que pode ser respondido por qualquer pessoa acima de 15 anos de idade, não havendo a necessidade de alfabetização, já que seus itens podem ser lidos pelo aplicador. Além disso, a aplicação pode ser coletiva ou individual, sendo preferível a última, por oferecer oportunidade de observação do respondente. O tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos (LIPP, 2000).

Para identificar a Iso, ou seja, o gosto musical individual dos profissionais que sofreram ação da musicoterapia, foi utilizada a ficha musicoterápica. Essa ficha foi elaborada de forma conjunta pelo autor deste trabalho e um musicoterapeuta, e foi constituída de questões relacionadas ao histórico musical como também as vivências, as preferências e as recusas musicais. A ficha musicoterápica encontra-se no Apêndice B deste trabalho.

Além da ficha musicoterápica utilizada para nortear a experiência musical e para elaboração do repertório foi utilizado um roteiro para auxiliar na observação sistemática, não participante, individual e realizada na vida real. Esse roteiro se fez necessário para captar situações ou episódios onde o profissional demonstrasse comentários, incidências, reações e sentimentos que pudessem ser relevantes à questão do estudo. A observação foi realizada com base em um esquema desenvolvido pelo autor. Este esquema foi adaptado de outro instrumento elaborado por Zanini, Munari e Costa (2007), com base no Protocolo para Observação de Grupos em Musicoterapia (POGM). O esquema de observação pode ser localizado no Apêndice C desse estudo.

Outro instrumento utilizado nesta pesquisa foi a entrevista episódica que visou identificar como se deu a relação dos profissionais com a experiência musical no ambiente de trabalho com base no roteiro da observação sistemática. Flick (2008) defendeu que a entrevista episódica permite a apresentação relativa do fenômeno estudado por meio de seu contexto, na forma de uma narração. Essa abordagem se aproxima mais das experiências e de seus contextos gerativos do que outras formas de apresentação. Ela parte de formas episódicas-situacionais do conhecimento experimental. Na entrevista episódica dá-se atenção a uma situação ou episódios nos quais o entrevistado tenha vivenciado durante a pesquisa.

Sendo assim, a entrevista episódica (Apêndice D) foi constituída de duas questões abertas. A primeira questão visava extrair dos participantes como foi a experiência da escuta musical no local de trabalho. Já a segunda questão objetivava verificar se durante o período de musicoterapia percebeu-se, por parte dos profissionais, alguma mudança relevante (positiva ou negativa), no âmbito pessoal ou profissional. Destaca-se que o critério de seleção dos participantes para a realização da entrevista episódica deu-se mediante análise observacional durante a experientiação musical, onde a amostragem foi por saturação teórica dos dados.

Frisa-se que foi utilizada a técnica de saturação teórica dos dados. Esta é uma abordagem conceitual utilizada para estabelecer ou delimitar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos participantes. Segundo Glaser e Strauss (1967), a saturação teórica é compreendida como a suspensão dos dados de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Esta pesquisa aconteceu em cinco etapas. A **primeira etapa** diz respeito à aplicação do questionário sociodemográfico e do IssL com todos os profissionais de enfermagem do HMAc que exerciam funções assistenciais em saúde. A **segunda etapa** correspondeu à aplicação das fichas musicoterápicas, apenas com aqueles profissionais de enfermagem dos setores selecionados. Por sua vez, a **terceira etapa** referiu-se à aplicação da musicoterapia receptiva nos setores selecionados e a observação sistemática. A **quarta etapa** foi a reaplicação do questionário de IssL apenas com os profissionais de enfermagem que participaram da terceira fase, ou seja, os profissionais que sofreram ação da terapia musical. A **quinta etapa** se constituiu da aplicação da entrevista episódica com alguns dos participantes da terceira etapa.

Ressalta-se que para minimizar eventuais interferências durante o procedimento de coleta de dados e uma maior imparcialidade por parte dos participantes, a primeira e a quarta etapa, bem como, a segunda, terceira e a quinta etapa desse processo, foram operacionalizadas por diferentes integrantes da equipe de pesquisadores desta pesquisa. Tal cuidado teve como intuito evitar que os profissionais, participantes da pesquisa, percebessem a relação da medição do nível de estresse com a musicoterapia organizacional e enviesassem suas

respostas. Essa conduta científica buscou alicerce nos pressupostos de Weiten (2016), ao trabalhar na ótica do artifício na pesquisa.

Weiten (2016) explicou que nem sempre é possível informar totalmente os participantes sobre os detalhes do estudo, caso isso ocorra, se faz necessário utilizar os artifícios. Uma vez que se os participantes souberem qual o objetivo do estudo eles podem alterar o comportamento ou responder de forma diferente aos instrumentos e, assim, afetar os resultados obtidos. Pelo exposto, nesses casos, os pesquisadores precisam “esconder” aspectos relevantes do estudo. Ou seja, eles podem confundir os participantes com relação aos objetivos do estudo ou não revelar completamente o que acontecerá. Esse artifício somente é usado quando outros métodos são inadequados e quando o estudo não envolve situações que afetariam a disposição das pessoas de participar. Além disso, o artifício se justifica quando o benefício é maior que o custo dele. Neste caso, os custos foram amenizados quando foi identificado a Iso, e mesmo assim, durante as seções, as pessoas estavam livres para se ausentar do setor, caso alguma música viesse a lhe causar algum desconforto.

Diante desse cenário, a primeira etapa foi realizada em janeiro de 2018. Esta etapa envolveu a aplicação do questionário sociodemográfico e do IssL com todos os participantes da pesquisa, tanto aqueles que iriam sofrer ação da musicoterapia, quanto com aqueles que não. Tal aplicação foi operacionalizada por três colaboradores externos e foi supervisionada por uma psicóloga.

O questionário sociodemográfico e do IssL foram preenchidos nos setores de atuação dos profissionais, em local reservado, cujo tempo variou entre 10 a 20 minutos. Antes de responderem os instrumentos de pesquisa, os participantes receberam informações sobre os objetivos e o teor do estudo, bem como um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O profissional que aceitou participar da pesquisa assinou este termo em duas vias, dos quais os pesquisadores ficaram com uma e entregaram a outra ao respondente. O TCLE pode ser encontrado no Apêndice E.

Durante a condução desta etapa ressalta-se que não houve constrangimentos e os participantes foram receptivos quanto à realização do estudo. Ademais, os pesquisadores colaboradores que aplicaram os instrumentos permaneceram no setor para sanar quaisquer dúvidas quanto ao teor das questões na hora de respondê-las.

Pontifica-se que após a primeira etapa e análise do IssL foi realizado o diagnóstico de todos os participantes que responderam ao questionário. O diagnóstico de cada respondente individualmente foi entregue em envelope lacrado, com seu nome, para o responsável de seu

respectivo setor. O Apêndice F demonstra os modelos de diagnósticos entregues aos profissionais com base nos níveis de estresse e na predominância.

Na segunda etapa, realizada entre janeiro e fevereiro de 2018, de forma simultânea com a primeira etapa, foram identificadas as Isos por meio das fichas musicoterápicas com aqueles que sofreriam a intervenção da musicoterapia receptiva. O tempo médio de aplicação individual desse instrumento foi de 10 minutos, e sua aplicação total levou em torno de uma semana para ser concluída. Informa-se que essas fichas foram aplicadas pelo autor deste trabalho, com o auxílio de um musicoterapeuta, que de posse desses instrumentos procedeu-se na construção do *setting* musical. A apuração desta entrevista ocorreu nos setores dos participantes onde os questionamentos foram respondidos de forma individual. Não houve intercorrência durante a coleta destas informações.

O *setting* musical foi elaborado em duas semanas posterior a segunda etapa com o auxílio de um *software* gratuito, o *Free Maker Audio Converter 1.1.8* (Ver Figura 4). Por meio deste *software* foi possível montar o *setting* da musicoterapia receptiva. Cada *setting* foi composto de 15 minutos de música e 15 minutos de pausa; intercalados até o tempo máximo de 3 horas de experiencição musical, por turno. Foram elaborados diferentes *setting* para cada setor e para cada semana de aplicação. As músicas para compor cada *setting* foram selecionadas levando em conta as Iso's individuais e grupais dos profissionais que sofreriam ação da musicoterapia receptiva.

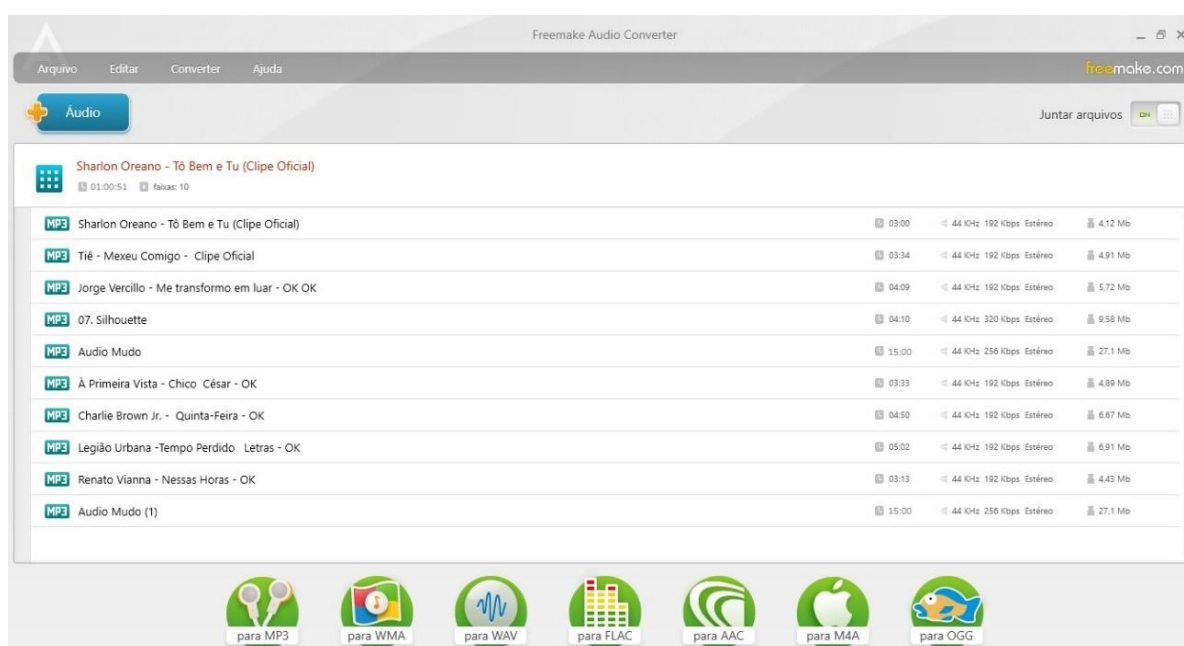


Figura 4 – Software utilizado no setting musicoterápico

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

No que se refere à terceira etapa, esta foi realizada em março de 2018, e consistiu na aplicação da musicoterapia receptiva, de segunda à sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino. A experiencição musical foi aplicada por 30 dias de forma coletiva, semelhante a música ambiente, nos setores selecionados, mediante um aparelho de som portátil (Figura 5), com entradas para Pen Drives, onde os *settings* foram reproduzidos de forma a realizar a musicoterapia receptiva. O aparelho de som utilizado tem uma bateria com duração de 3 horas e seu alcance sonoro é de 45 metros. É importante reforçar também que as músicas foram selecionadas de acordo com a Iso individual (gosto musical) de cada um dos participantes que formaram a Iso Grupal (coletiva). Isso significa que para cada setor só foram tocadas músicas que atendiam ao gosto musical de todos os participantes.



Figura 5 – Sons portáteis utilizados na musicoterapia receptiva

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

De forma simultânea, na terceira etapa, foi executada também a observação sistemática, não participante, individual e realizada na vida real. Para operacionalizá-la, o pesquisador fazia rodízios de 30 minutos em cada setor. Foram observados comentários sobre a musicoterapia, movimentos corporais dos participantes, interação entre equipe, expressões faciais, atitudes e opiniões quanto às sessões e as músicas.

Na quarta etapa, foi replicado o IssL apenas com os participantes da terceira etapa, novamente com auxílio de colaboradores externos. Esta etapa foi executada na primeira semana de abril de 2018, e aconteceu no próprio setor dos profissionais. O instrumento foi respondido sem intercorrência e não houve questionamentos quanto a sua aplicação.

Por fim, ainda no mesmo mês e ano corrente, realizou-se a quinta etapa, que foi a aplicação da entrevista episódica, com base nas observações realizadas pelo pesquisador durante a aplicação da musicoterapia. A entrevista episódica foi realizada adotando duas

perguntas abertas, a primeira indagou como foi à experiência da escuta musical no local de trabalho e se a/o profissional poderia relatar essa experiência. A outra pergunta questionou se durante o período de musicoterapia a/o profissional conseguiu visualizar alguma mudança relevante (positiva ou negativa) na vida pessoal ou profissional.

Esta etapa foi desenvolvida com nove profissionais que foram selecionadas por apresentarem comportamentos que foram destoantes dos demais membros da equipe. Por vezes, as selecionadas para compor a entrevista se mostraram interessadas na terapia, dançaram, cantaram e se relacionaram com os pacientes e colegas de trabalho cantando coletivamente e refletindo o teor das músicas.

Destaca-se que, as entrevistas foram realizadas em uma sala de repouso; e gravadas, como o consentimento das mesmas, por meio de um aparelho celular. As gravações duraram entre 48 a 56 minutos e não houve nenhum contratempo durante este processo. Além disso, para resguardar o sigilo dos participantes durante o processo de discussão dos resultados desta etapa, os profissionais foram identificados por meio de pseudônimos de interpretes da música nacional e internacional escolhidos pelo autor desta pesquisa.

Ademais, pontua-se que a interação das cinco etapas possibilitou a comparação e análise dos dados obtidos antes e depois da aplicação da musicoterapia receptiva no ambiente de trabalho. Essa análise, por conseguinte, deu subsídios para responder ao problema de pesquisa proposto no início deste estudo.

A síntese dos procedimentos de pesquisa pode ser visualizada na Figura 6:

Etapas	Tempo Previsto	Ação
1ª	Duas semanas	Aplicação do questionário sociodemográfico e IssL com todos os participantes (n=200)
2ª	Uma semana	Aplicação ficha musicoterápica (n=74)
3ª	Um mês	Aplicação da musicoterapia receptiva e observação sistemática (n=74)
4ª	Uma semana	Replicação do IssL com participantes da terceira etapa (n=74)
5ª	Uma semana	Realização da entrevista episódica com alguns participantes da terceira etapa (n=9)

Figura 6 – Síntese dos procedimentos de pesquisa que foram realizados

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

4.7 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

Após a realização dos procedimentos de coleta, explicitadas no tópico anterior, os dados foram analisados conforme o detalhamento a seguir, e os objetivos desta pesquisa.

As informações extraídas da primeira e quarta etapas foram analisadas quantitativamente. Os dados quantitativos referentes à caracterização do perfil dos participantes (1ª Etapa), bem como, a análise do IssL (1ª Etapa), foram tabulados organizadamente no *Software da Microsoft Excel*¹¹ versão 2016, utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*¹².

Os dados obtidos, por meio do questionário sociodemográfico, dos 200 participantes que compuseram a primeira etapa deste estudo foram caracterizados com base em estatística descritiva, utilizando frequência absoluta, média e porcentagem, no qual foi possível traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde.

No que tange a análise do IssL, este foi mensurado com base no modelo quadrifásico, no qual contemplam as fases de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão; o diagnóstico de estresse aconteceu com base nos *scores* assinalados pelos respondentes em cada um dos quadros. O primeiro quadro classifica a fase de alerta. Para evidenciar essa fase era necessário que os respondentes assinalassem acima de 6 (>40%) sinais e sintomas. O segundo quadro, dividido em duas partes classifica a fase de resistência e quase-exaustão. Os respondentes que marcassem acima de 3 a 9 (>50%) sinais e sintomas eram classificados na fase de resistência. Já os que marcaram 10 ou mais ($\geq 50\%$) sinais e sintomas, estariam classificados na fase de quase-exaustão. No terceiro quadro, para indicar o grau de comprometimento que corresponderia à fase de exaustão, os respondentes deveriam marcar acima de 8 (35%) sinais e sintomas. O IssL pode ser visualizado no Anexo A e o Quadro 4 sintetiza as informações que possibilitam a interpretação do instrumento (LIPP, 2000).

Na sequência, para responder com precisão ao problema de pesquisa deste trabalho, os níveis de estresse dos 74 participantes mensurados após a intervenção da musicoterapia foram comparados com os níveis mensurados na primeira etapa. O passo inicial para esta comparação foi realizar um teste de normalidade, visando escolher entre testes paramétricos, para distribuição normal; e não paramétricos, para não normal, antes de se iniciar a análise

11 Número de licença do produto da *Microsoft* é 00339-10000-00000-AA554 e o número de identidade da sessão 6F6503FC-152A-4D79-BEC3-0A2973371410.

12 Licença para *software IBM SPSS Statistics* v.24.0, cujo serial é: 10101161052 e licença é 7f5c1df680a090a41d2e.

propriamente dita. O teste de normalidade classificou os dados como não normais, e com base nisto, optou pelo teste de *Wilcoxon* e o teste U de *Mann-Whitney*.

Quadro 4 – Quantitativo e porcentagem dos sinais e sintomas de estresse que indicam a fase que se encontram

Quadro do ISSL	Quadro 1	Quadro 2		Quadro 3
Quantitativo	≥ 7	≥ 4	≥ 10	≥ 9
% de Sintomas*	$>40\%$	$\geq 50\%$	$>50\%$	$> 35\%$
Fases	Alerta	Resistência	Quase-Exaustão	Exaustão

(*) % inferiores a estas em cada fase, não caracteriza estresse

Fonte: Elaborado pelo autor [com base em Lipp (2000), 2018]

O teste de *Wilcoxon* é um teste de hipóteses não paramétrico utilizado quando se deseja comparar duas amostras relacionadas, amostras emparelhadas ou medidas repetidas em uma única amostra para avaliar se as médias populacionais diferem. No caso desta pesquisa foi utilizado o teste de amostras pareadas. O teste de *Wilcoxon* para amostras pareadas trabalha com o mesmo grupo em dois momentos, de modo que cada observação da primeira amostra (dados coletados antes da intervenção da variável independente; tempo 0) é pareada com uma observação da segunda amostra (dados coletados depois da intervenção da variável independente; tempo 1). Tal delineamento ocorre frequentemente quando se analisam medidas feitas antes e depois no mesmo indivíduo (DEVORE, 2014).

Diante disso, o teste de *Wilcoxon* com amostras pareadas, comparou a fase do estresse, sua predominância e o número de sintomas assinalados por cada profissional antes e depois da aplicação da musicoterapia receptiva. No entanto, para que fosse possível realizar o teste de *Wilcoxon* de amostras pareadas, primeiramente foram estabelecidas as hipóteses nula e alternativa, como base na hipótese de que a musicoterapia reduz os índices de estresse dos profissionais da saúde, neste caso, adotou-se que (DEVORE, 2014):

- H_0
 $\rightarrow p_0 = p_1$ (a diferença de média do nível de estresse dos profissionais nos dois tempos é igual), quando $p = < 0,05$
- H_1
 $\rightarrow p_0 \neq p_1$ (a diferença de média do nível de estresse dos profissionais nos dois tempos é diferente), quando $p = \geq 0,05$

Sendo H_0 a hipótese nula; H_1 a hipótese alternativa; p_0 a média dos profissionais no tempo 0, antes da intervenção da musicoterapia receptiva; p_1 a média dos profissionais no tempo 1, após a intervenção da musicoterapia receptiva.

Se H_0 for aceita, adota-se que as diferenças entre as observações não diferem estatisticamente com grau de confiança de 95% ($p = < 0,05$). Assim, conclui-se que as médias do nível de estresse nos dois tempos são iguais. Em contraste, se H_0 for rejeitada, e consequentemente H_1 for aceita, conclui-se que as médias do nível de estresse nos dois tempos são diferentes, também com 95% de confiança ($p = < 0,05$).

Neste estudo, tinha-se como hipótese que a diferença entre as médias do nível de estresse antes (tempo 0) e depois (tempo 1) da aplicação da musicoterapia receptiva fosse estatisticamente diferente e positiva, ao nível de confiança de 95%. Ou seja, que após a intervenção da musicoterapia receptiva os níveis de estresse dos participantes diminuíssem significativamente.

Como análise complementar, utilizou-se também o teste U de *Mann-Whitney*. O teste U de *Mann-Whitney* trata-se de uma técnica para se fazer a inferência estatística sobre uma população a partir de uma amostra. Ou seja, é indicado para comparação de dois grupos não pareados para se verificar se pertencem ou não à mesma população. Na verdade, verifica-se se há evidências para acreditar que valores de um grupo são superiores aos valores de outro grupo. É uma regra de decisão para aceitar ou rejeitar uma hipótese estatística com base nos elementos amostrais (DEVORE, 2014). Salienta-se que o teste não-paramétrico U de *Mann-Whitney* foi aplicado para verificar a diferença nos valores obtidos entre os fatores sociodemográficos com o diagnóstico do estresse identificado pelo IssL. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p = < 0,05$).

No que se refere à análise qualitativa das informações obtidas nas entrevistas episódicas, a mesma foi realizada com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem como matéria prima os depoimentos dos participantes. Esses depoimentos foram apresentados sob a forma de um ou vários discursos. Esses discursos foram sínteses escritas na primeira pessoa do singular, visando expressar o pensamento de uma coletividade, como se essa coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006). Dessa forma, essa técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual uma questão, denominada Expressões-Chave (ECH), que são trechos mais significativos destas respostas. Essas ECH correspondem a Ideias Centrais (IC) que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nos discursos.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2006), as ECH são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente. A IC é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presente(s) em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação que denominamos Ancoragem (AC) que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

Em síntese, na análise quantitativa foi utilizado a estatística descritiva, o teste de *Wilcoxon* e o teste U de *Mann-Whitney*. A estatística descritiva foi utilizada para traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde do HMAC. Enquanto que, o teste de *Wilcoxon* foi utilizado para verificar a diferença das fases do estresse, sua predominância e o número de sintomas assinalado por cada profissional que participou da musicoterapia receptiva antes e depois da aplicação. Já o teste U de *Mann-Whitney* foi utilizado para verificar a diferença nos valores obtidos entre os fatores sociodemográficos com o diagnóstico de estresse. Foi adotado, em ambos os testes, o nível de significância de 5% ($p = < 0,05$). Todas as análises quantitativas foram realizadas no pacote estatístico SPSS versão 13.0 para *Windows*. Frisa-se que a análise quantitativa foi complementada com uma análise qualitativa, realizada com base na técnica DSC e pela observação sistemática não participante, individual e realizado na vida real.

4.8 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (Uern), cujo CAAE é 71250517.7.0000.5294 (Anexo B). Com relação aos procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, foi considerada às recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, conforme explicitado no tópico acerca dos procedimentos de coleta.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES ALCANÇADOS

Neste capítulo, foram apresentados os resultados e discussões alcançados após a execução da coleta de dados e intervenção musical. Para fins de compreensão, o capítulo foi dividido em quatro tópicos, onde o primeiro traçou o perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais de enfermagem que participaram da primeira etapa. O segundo tópico apontou a mensuração dos níveis de estresse dos participantes da primeira etapa. Por sua vez, o terceiro tópico abordou o processo de análise dos participantes que sofreram ação da musicoterapia receptiva, equivalentes à segunda, terceira e quarta etapas; comparando assim, os níveis de estresse dos profissionais que fizeram parte da terapia musical antes e depois do IssL. No quarto tópico discorreu-se uma abordagem qualitativa, por meio da entrevista episódica e observação sistemática, realizada com alguns profissionais que participaram da terapia musical.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HMAC

Os dados extraídos deste estudo evidenciaram um predomínio do gênero feminino com 90%. Esse fato pode ser explicado pelo histórico da enfermagem no Brasil e no mundo. No final do século XIX, a profissão de enfermagem passou por uma intensa feminização a partir da institucionalização da enfermagem moderna. Estes dados também vão ao encontro dos dados apresentados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no ano de 2017, que estimam um percentual de 83,32% de trabalhadores do gênero feminino nessa profissão (COFEN, 2017). Além disso, o tipo de estabelecimento no qual está dissertação foi fruto se caracteriza também como uma maternidade, ou seja, com cuidados direcionados para mulheres e crianças. Este fato tende a corroborar na predominância do gênero feminino.

Pelo fato da enfermagem ser um grupo majoritariamente feminino este estudo torna-se ainda mais oportuno. Tendo em vista que, segundo Ojeda et al. (2008), devido a essa questão de gênero, os efeitos do estresse no trabalho são ainda mais levados para a vida privada e podem causar grandes tensões de relacionamento pelas inúmeras obrigações que a mulher possui perante a família e a sociedade, ou seja, o estresse pode se relacionar também com às inúmeras obrigações atribuídas para as mulheres socialmente. Informa-se que em virtude dessa predominância, a partir de então, os dados foram trabalhados levando em conta o gênero feminino.

Com relação à idade das/os profissionais, houve uma variação de 20 a 70 anos, com média de 36,38 anos. Dentro desta variação de idade, há uma maior predominância, com 29,5% de profissionais com idade acima de 40 anos e 45% entre 26 a 35 anos. A relação do estresse com indivíduos jovens-adultos principalmente, entre 20 a 40 anos identificados nesta pesquisa, corroboram com os apontamentos levantados nos estudos de Sadir, Bignotto e Lipp (2010), Higashi et al. (2013) e Ferreira et al. (2016).

No que tange ao estado civil dessas/es participantes, 44,5% são casadas/os ou estão em união estável; 43,5% estão solteiras/os e 12% se configuram como viúvas/os e/ou divorciadas/os. Indagadas/os acerca da categoria profissional, houve um predomínio de 73% de técnicas/os de enfermagem e 24,5% de enfermeiras/os. Com relação à função desempenhada na organização, 74,5% desempenham função como técnicas/os de enfermagem e 22% exercem função como enfermeiras/os. Destaca-se que todos os profissionais atuam na assistência materno-infantil, com ênfase no diagnóstico e tratamento. A Tabela 3 apresenta o perfil das/os profissionais por meio de estatística descritiva dos dados com valores de frequência absoluta e porcentagem.

Tabela 3 – Perfil das/os profissionais de enfermagem do HMAC, conforme dados coletados no mês de janeiro de 2018

Gênero	n.	%
Masculino	20	10,0
Feminino	180	90,0
Total	200	100,0
Faixas de Idade	n.	%
Até 20 anos	2	1,0
Entre 21 a 25 anos	18	9,0
Entre 26 a 30 anos	50	25,0
Entre 31 a 35 anos	40	20,0
Entre 36 a 40 anos	31	15,5
Acima de 40	59	29,5
Total	200	100,0
Estado Civil	n.	%
Solteira	87	43,5
Casada/União Estável	89	44,5
Outros	24	12,0
Total	200	100,0
Categoria Profissional	n.	%
Auxiliar de Enfermagem	5	2,5
Técnica de Enfermagem	146	73,0
Enfermeira	49	24,5
Total	200	100,0
Função Exercida	n.	%
Auxiliar de Enfermagem	3	1,5
Instrumentador Cirúrgico	4	2,0
Técnica de Enfermagem	149	74,5
Enfermeira	44	22,0
Total	200	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Com relação à renda individual mensal, salienta-se que até o fechamento deste trabalho foi levado em consideração o salário mínimo vigente. Deste modo, há uma preponderância de 59,5% de profissionais que possuem renda entre 1 e 2 salários mínimos. No que concerne à carga horária das/os participantes da pesquisa 58%, atuam na organização com 30 horas semanais.

Segundo o parecer técnico do COFEN, nº 05 de 2011 e em consonância com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a jornada de trabalho dos profissionais que compõem a categoria de enfermagem não poderá ser inferior a 20 horas semanais para qualquer instituição. Além disso, a CLT estabelece uma jornada máxima de 8 horas diárias e de 44 horas semanais de trabalho. Na enfermagem, a carga horária semanal de trabalho varia de 30 a 40 horas semanais, sendo mais comum a jornada de 36 horas/semanais. Sendo assim, neste trabalho observou-se que a organização vai de encontro com o que preconiza as leis trabalhistas.

Acentua-se ainda que 68% das/os profissionais informaram não atuarem em outra atividade fora do hospital. Questionadas/os acerca dos motivos que levaram a trabalhar na área da saúde, 46% atribuíram as questões de afinidade com o serviço de saúde como o principal motivo para atuarem na área. Além disso, 30,5% apontaram que passaram a atuar na saúde por compreenderem que a área traria satisfação profissional. Para ilustrar, vide Tabela 4, onde se demonstra as características ocupacionais das/os profissionais de enfermagem do HMAc.

No que tange os setores de atuação nos quais as/os profissionais trabalhavam, 19% atuavam na UTIneo, com recém-nascidos prematuros e com complexidades clínicas elevadas. 11% atuavam no CCO, assim como, 10,5% no PPP. O CCO é o centro responsável pelo parto cesáreo enquanto o PPP pelo parto normal. Ademais, 8,5% trabalhavam no Alcon 1 e 7% atuavam no Alcon 2.

É relevante informar que o Alcon I é o setor que atende pelo SUS as mães e os bebês após o parto. Neste setor, são 40 leitos para cinco profissionais de enfermagem por turno. Ainda por cima, a infraestrutura é deficitária, pois inexistente ar condicionado ou qualquer outro sistema de refrigeração, assim, os profissionais recebem ventilação apenas ambiente, pelas janelas. Além disso, nesse setor, não há banheiros e locais para repouso e/ou alimentação. Já no Alcon 2, que atende tanto SUS quanto particular, existem 39 leitos SUS e 20 leitos particulares para três profissionais de enfermagem, por turno (CNES, 2017). No entanto, esse setor possui melhores condições estruturais, tais como: ar condicionado e ventiladores nos postos de enfermagem e locais adequados para repouso e/ou alimentação.

Tabela 4 – Características ocupacionais das/os profissionais de enfermagem do HMAC, conforme dados coletados no mês de janeiro de 2018

Renda Individual Mensal (Salário Mínimo)	n.	%
Até 1	26	13,0
Entre 1 e 2	119	59,5
Entre 2 e 3	41	20,5
Entre 3 e 4	13	6,5
Acima de 5	1	0,5
Total	200	100,0
Carga Horária Semanal	n.	%
12h	1	0,5
24h	10	5,0
30h	116	58,0
36h	43	21,5
40h	24	12,0
42h	6	3,0
Total	200	100,0
Trabalha em outra atividade fora do hospital	n.	%
Sim	64	32,0
Não	136	68,0
Total	200	100,0
Motivo que levou a trabalhar na saúde	n.	%
Afinidade	92	46,0
Oportunidade de Emprego	15	7,5
Influência Familiar	23	11,5
Satisfação Profissional	61	30,5
Outros	9	4,5
Total	200	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Com relação aos demais setores de atuação, 8% das/os profissionais exerciam suas competências na UTI Adulto. 7% no setor de ACRO. 7% atuavam no Aleitamento Materno, setor responsável por fracionar, ordenhar e alimentar os recém-nascidos de baixo peso e auxiliar as mães na forma correta de amamentar seus filhos. 6% atuavam na CME. 5,5% na Ucinca. 6% no Centro Cirúrgico Geral. 6% no Anexo 2. 2,5% na Ucinco e 1,5 no Posto Clínico. Para clarificar, ver Tabela 5, que revela os setores de atuação das/os profissionais que participaram desta pesquisa.

Em síntese, percebeu-se que o perfil sociodemográfico foi constituído de 90% mulheres. 45% com idade entre 26 a 35 anos, onde 43,51% estão solteiras/os e 44,5% estão casadas/os ou em união estável. 73% são técnicas/os de enfermagem que atuam em funções assistências inerentes à profissão. 59,5% recebem entre um e dois salários mínimos e trabalham 30 horas semanais. 68% não trabalham em outra organização, estando vinculadas/os apenas ao HMAC e 46% escolheram atuar na enfermagem por afinidade.

Tabela 5 – Setor de atuação das/os profissionais de enfermagem do HMAC, conforme dados coletados no mês de janeiro de 2018

Setor de Atuação	n.	%
UTIneo	39	19,5
Centro Obstétrico - CCO	22	11,0
Centro Obstétrico - PPP	21	10,5
Alcon 1	17	8,5
Alcon 2	14	7,0
UTI Adulta	16	8,0
ACRO	14	7,0
CME	12	6,0
Ucinca	11	5,5
Aleitamento Materno	14	7,0
Centro Cirúrgico Geral	6	3,0
Anexo 2	6	3,0
Ucinco	5	2,5
Posto Clínico	3	1,5
Total	200	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

5.2 NIVEIS DE ESTRESSE DAS/OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HMAC

Os dados coletados por meio do IssL possibilitaram mensurar os níveis e a predominância do estresse de todas/os as/os participantes da pesquisa. Das/os 200 profissionais, 32% foram classificadas/os sem nenhum nível de estresse. Em contrapartida, 68% das/os participantes apresentavam algum nível de estresse na época em que foi aplicado o IssL. Dessas/es, 45% apresentavam alguns sinais e sintomas da segunda fase, conhecido como resistência; e, 14,5% encontravam-se na terceira fase, denominada de quase exaustão.

Quanto ao tipo predominante de sintomatologia de estresse, observou-se que 32% apresentavam mais sinais e sintomas físicos; de forma equilibrada, 31,5% tinham predominância de sinais e sintomas psicológicos. A Tabela 6 demonstra os níveis e predominância sintomatológica do estresse identificados nas/os participantes deste estudo.

Importante lembrar que a fase de resistência, identificada neste estudo com maior índice (45%), caracteriza-se pela persistência da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e concentra a reação interna num determinado órgão. É o momento onde o indivíduo procura adaptar-se ao fator estressor, havendo uma liberação exagerada de adrenalina. Essa adaptação pode não ser saudável para o corpo, uma vez que o organismo tende a exaurir suas energias como forma de lidar com os fatores estressores. Caso não consiga lidar os fatores que desencadeiam estresse, sinais e sintomas de adoecimento começam a surgir. Se manifestam sinais físicos como hipertensão arterial, taquicardia e problemas de pele, além de, sintomas psicossociais como alteração do apetite, ansiedade,

impotência sexual, isolamento social, medo, dentre outros sinais e sintomas (SELYE, 1950; LIPP, 2010; FELDMAN, 2015).

Assim como a fase de resistência que teve maior índice, a fase de quase-exaustão mostrou-se também significativa (14,5%). Nesta fase, os fatores estressantes não foram solucionados na fase de resistência e passam a persistirem em frequência ou intensidade. O processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Em não havendo alívio para o estresse através da remoção dos estressores ou através do uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atinge a sua fase final. Manifestam-se na fase de quase-exaustão oscilação de humor e predisposição a doenças crônicas, como câncer, diabetes e hipertensão arterial (LIPP, 2010; POTTER, et al., 2013; FELDMAN, 2015).

Tabela 6 – Níveis e predominância de estresse identificados nas/os profissionais de enfermagem do HMAc por meio do IssL, no mês de janeiro de 2018

Fases do Estresse	n.	%
Sem Estresse	64	32,0
Alerta	14	7,0
Resistência	90	45,0
Quase Exaustão	29	14,5
Exaustão	3	1,5
Total	200	100,0
Predominância do Estresse	n.	%
Física	64	32,0
Psicológica	63	31,5
Física e Psicológica	9	4,5
Total	200	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Nesse sentido, considerando a incidência de profissionais na fase de resistência e quase-exaustão, é interessante demonstrar as sintomatologias apontadas nas respostas dos participantes. Dessa forma, no que concerne os sinais e sintomas assinalados na fase de alerta, estes foram tensão muscular (16,4%) e vontade súbita de iniciar novos projetos (13,4%). Por outro lado, aparecimento de hipertensão arterial súbita e passageira (1,1%) e hiperventilação (2,2%) foram os sinais e sintomas menos apontados pelas/os profissionais. Para ilustrar, a Tabela 7 apresenta os sinais e sintomas da fase de alerta.

Tabela 7 – Frequência de sinais e sintomas típicos da fase de alerta das/os profissionais de enfermagem do HMAC, no mês de janeiro de 2018

Sinais e Sintomas da Fase de Alerta	N	%
Tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros)	127	16,4
Vontade súbita de iniciar novos projetos	103	13,4
Boca Seca	69	9,0
Insônia (dificuldade de dormir)	65	8,4
Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)	58	7,5
Entusiasmo súbito	53	7,0
Nó ou dor no estômago (desconforto estomacal)	53	7,0
Aumento de sudorese (muito suor, suadeira)	50	6,4
Aumento súbito de motivação	43	5,5
Mãos e/ou pés frios	38	5,0
Taquicardia (batimentos acelerados do coração)	34	4,4
Aperto na mandíbula/ranger de dentes ou roer unhas e ponta de caneta/objetos	33	4,2
Diarreia passageira	20	2,5
Hiperventilação (respiração ofegante, entrecortada, rápida)	17	2,2
Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira)	9	1,1

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Com relação a fase de resistência/quase-exaustão, constatou-se que a sensação de desgaste físico constante (12%); cansaço constante (10,5%) e problemas com a memória (9,4%) foram os sinais e sintomas que mais obtiveram respostas. Estas sintomatologias demonstram que o organismo das/os profissionais está tentando se adaptar aos fatores estressores, e para isso, dispendem energia adaptativa em prol do restabelecimento da homeostase interna perdida na fase anterior (alerta). A Tabela 8 demonstra a frequência de sinais e sintomas assinalados na fase de resistência/quase-exaustão.

Tabela 8 – Frequência de sinais e sintomas típicos da fase de resistência/quase-exaustão das/os profissionais de enfermagem do HMAC, no mês de janeiro de 2018

Sinais e Sintomas da Fase de Resistência/Quase-Exaustão	N	%
Sensação de desgaste físico constante	117	12,0
Cansaço constante	104	10,5
Problemas com a memória, esquecimentos	93	9,4
Pensamento constante sobre um só assunto	86	8,7
Sensibilidade emotiva excessiva (emociona-se por qualquer coisa)	76	7,7
Irritabilidade excessiva	69	7,0
Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)	68	7,0
Mal-estar generalizado, sem causa específica	62	6,3
Diminuição da libido (desejo sexual diminuído)	61	6,2
Aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)	54	5,4
Formigamento nas extremidades (pés ou mãos)	47	5,0
Tontura, sensação de estar flutuando	50	5,0
Aparecimento de problemas dermatológicos (pele)	34	3,4
Dúvidas quanto a si próprio	34	3,4
Hipertensão arterial (pressão alta)	30	3,0

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Sendo assim, os sintomas de sensação de desgaste físico constante e de cansaço constante resumem bem a utilização dessa energia e o esgotamento do corpo frente às

demandas organizacionais. O profissional exposto a um quadro sintomatológico desse pode sofrer consequências graves, prejudicando a si e a assistência prestada. Oliveira e Cunha (2014) destacaram que, caso o indivíduo não consiga lidar com esses fatores o mesmo entrará na última fase do estresse, em exaustão. Nesta fase surgem consequências significativas que ainda podem ser revertidas, mas neste caso, necessita-se de tratamento com uma equipe multiprofissional, que contemple todos os aspectos do estresse. Além disso, é necessário avaliação global do indivíduo para verificar se pode ou não exercer ainda suas funções laborais. Caso contrário, o afastamento é recomendado.

Com relação à última fase do estresse, conceituada como exaustão, os sinais e sintomas com maiores respostas foram insônia (13,3%); cansaço excessivo (13,3%); pesadelos (11,3%) e excesso de gases (10,4%). A Tabela 9 denota os sinais e sintomas da fase de exaustão e o quantitativo de respostas que cada profissional expressou.

Tabela 9 – Frequência de sinais e sintomas típicos da fase de exaustão das profissionais de enfermagem do HMAC, no mês de janeiro de 2018

Sinais e Sintomas da Fase de Exaustão	N	%
Cansaço excessivo	87	13,3
Insônia, dificuldade de dormir	69	13,3
Pesadelos	59	11,3
Excesso de gases	54	10,4
Sensação de incompetência em todas as áreas	45	9,0
Pensar, falar constantemente em um só assunto	56	8,3
Náusea	43	8,3
Tontura frequente	41	8,0
Perda do senso de humor	38	7,9
Mudança extrema de apetite	41	7,9
Irritabilidade sem causa aparente	45	7,0
Tiques nervosos	36	7,0
Impossibilidade de trabalhar	30	5,7
Dificuldades sexuais	29	5,6
Apatia, depressão ou raiva prolongada	40	5,6
Problemas dermatológicos prolongados (pele)	28	5,4
Hipersensibilidade emotiva	48	5,4
Vontade de fugir de tudo	54	3,5
Diarreias frequentes	18	3,5
Hipertensão arterial confirmada	15	2,8
Angustia ou ansiedade diária	83	2,8
Úlcera	5	0,9
Enfarte	5	0,9

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

Na última fase, considerada a mais grave e preocupante, apenas três profissionais se encontravam em exaustão. Essas profissionais apresentaram sintomatologias frequentes de insônia, cansaço excessivo, pesadelos e excesso de gases. Oliveira e Cunha (2014) defenderam que profissionais privados do sono apresentam as seguintes alterações:

dificuldade de concentração, depressão, irritabilidade, dificuldade e extrema sensibilidade para aceitar críticas, despersonalização, desrealização e déficit da memória recente. Além disso, já romperam seus limites de resistência, apresentando uma gama de desgastes substanciais de reservas de energia psíquica e orgânica, revelando tensões constantes no ambiente de trabalho e sobrecarga de funções.

Lipp (2010) advogou também que as consequências oriundas da exaustão podem levar o indivíduo a adquirir, úlceras, psoríase, depressão, angina do peito, quadros de infarto, elevação da frequência cardíaca, da pressão arterial, e do lipídio sérico. Além disso, é comum a depressão e até mesmo o suicídio.

No que se refere à predominância do estresse, os resultados apontaram que a porcentagem de sintomas físicos (32%) e de psicológicos (31,5%) foi similar. Ao refletir sobre estes resultados, pode-se supor que tais profissionais não se utilizam de estratégias que envolvam a amenização dos efeitos do estresse físico em seu cotidiano, como exercícios físicos, relaxamento e uma melhor qualidade alimentar, por exemplo.

Esses achados se concatenam com o campo teórico e científico, demonstrando a necessidade de uma conscientização adequada e da modificação nos hábitos laborais e na vida destas profissionais, no sentido de promover saúde e condições de enfrentamento do estresse organizacional.

É interessante observar que foi realizado neste estudo uma análise adicional com as/os 200 participantes da primeira etapa, com o objetivo de verificar a relação das fases do estresse identificado pelo IssL com as variáveis sociodemográficas pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney U*. Considerando as variáveis gênero e diagnóstico de estresse, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,499$). Do mesmo modo, não houve diferenças significativas no que diz respeito à idade ($p=0,161$), estado civil ($p=0,640$), categoria profissional ($p=0,854$), função exercida na organização ($p=0,984$), renda individual mensal ($p=0,393$) e carga horária semanal ($p=0,471$). Assim como, trabalhar em outra atividade fora do hospital ($p=0,068$) e os motivos que levaram os profissionais a trabalharem na área da saúde ($p=0,607$) não foram estatisticamente significativos.

Corroborando com os achados deste estudo, pesquisas (ARANTES; VIEIRA, 2010; DALRI; et al., 2014; FELDMAN, 2015; CATALDI, 2015; FERREIRA, et al., 2016; ISMA, 2017) mostram que o estresse não é apenas uma questão do gênero feminino, mas também masculino. Esse fato dar-se em detrimento das transformações sociais, onde o homem passa a assumir funções do lar, a ter um papel mais ativo fora do ambiente laboral. Além disso, atualmente, o Brasil vem passando por uma gama de transformações sociais, políticas e

econômicas que vêm causando alarde em todos os segmentos sociais, e consequentemente, provocando estresse e adoecimento. O país, passa por uma combinação de crise ética, política e econômica baseada na degeneração do papel dos atores políticos, sobretudo na corrupção sistêmica praticada numa escala jamais vista na nossa história.

Diante do exposto, é importante esclarecer que o estresse não é exclusivo dos profissionais da saúde, ele vem atingindo todos os segmentos sociais, podendo afetar e causar quadros de adoecimento severos em qualquer organização, seja esta da saúde ou não. De maneira resumida, notou-se que 68% das/os profissionais se encontravam em algum nível de estresse. Onde 59,5% estavam na fase de resistência ou de quase exaustão; com predominância tanto de sinais e sintomas físicos (32%), como de sinais e sintomas psicológicos (31,5%). Os sinais e sintomas com maiores queixas assinaladas pelas participantes na fase de resistência/quase-exaustão, foram sensação de desgaste físico constante (12%) e o cansaço constante (10,5%). Ademais, verificou-se que o estresse acomete homens e mulheres igualmente, e independe também da idade, do estado civil, da renda mensal, da categoria profissional, da função exercida, da carga horária semanal trabalhada. Tampouco depende do fato do profissional trabalhar ou não em outra organização e dos motivos pelos quais escolheu essa profissão.

5.3 COMPARATIVO DOS NÍVEIS DE ESTRESSE APÓS APLICAÇÃO DA MÚSICOTERAPIA

Neste tópico, levou-se em conta o nível de estresse mensurado antes e após aplicação da musicoterapia organizacional receptiva, correspondente a primeira e quarta fase, cuja finalidade era confirmar ou não a hipótese inicial, ou seja, que a aplicação da musicoterapia possibilita a redução dos níveis de estresse dos profissionais de enfermagem de um hospital público, no nordeste brasileiro.

Para equiparar as/os profissionais antes e depois da experiência musical, foi aplicado o teste de *Wilcoxon*, para amostras pareadas. O resultado apontou que houve uma diferença significativa de sinais e sintomas depois da musicoterapia receptiva nas fases de resistência, quase-exaustão e exaustão. Isso significa que, nessas fases os sinais e sintomas diminuíram significativamente. Em compensação, houve um aumento de sinais e sintomas referentes à fase de alerta, mas que não apresentaram significância. A Tabela 10 demonstra as variáveis de análise utilizadas no teste de *Wilcoxon* e seus resultados.

Tabela 10 – Resultado do teste de Wilcoxon para amostras pareadas (fase do estresse, sinais e sintomas antes e depois) das profissionais do HMAC que participaram da musicoterapia, em fevereiro e março de 2018

Variáveis Analisadas	p.*
Total de Sinais e Sintomas da Fase de Alerta	0,116
Fase de Alerta	0,012
Total de Sinais e Sintomas da Fase de Resistência/Quase-Exaustão	0,000
Fase de Resistência/Quase Exaustão	0,000
Total de Sinais e Sintomas da Fase de Exaustão	0,000
Fase de Exaustão	0,000
Fase Total de Estresse	0,000

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

* p = 0,05 valor de significância

Diante do exposto, destaca-se que as fases de resistência, quase-exaustão e exaustão, categorizadas como o estresse negativo (distresse), e, portanto, capaz de causar problemas de saúde e sofrimento psíquico, foram reduzidas significativamente pela musicoterapia. Além disso, entende-se que o aumento de sinais e sintomas na fase de alerta é um fator positivo, tendo em vista que diminuíram nas demais fases. Assim, é pertinente supor que esse aumento na fase de alerta pode ser um indicador de melhor qualidade de vida no ambiente de trabalho. Já que, de acordo com Lipp (2010) e Feldman (2015), a fase de alerta pode ser considerada o estresse positivo (eustresse). Nesta fase, o organismo se prepara para realizar alguma ação. É caracterizada pela produção e ação da adrenalina que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada para lidar com as situações do cotidiano. Dessa forma, observou-se que a música promoveu uma melhor qualidade laboral ao diminuir as fases negativas do estresse (distresse), intensificando a fase positiva (eustresse). No que se refere à predominância da fase de estresse, também houve uma redução significativa nas fases de resistência, quase-exaustão e exaustão depois da musicoterapia. A Tabela 11 mostra os resultados destes achados.

Tabela 11 – Resultado do teste de Wilcoxon para amostras pareadas (predominância da fase de estresse e dos sinais e sintomas antes e depois) das profissionais do HMAC que participaram da musicoterapia, em fevereiro e março de 2018

Variáveis Analisadas	p.*
Sintomas Físicos de Alerta	0,324
Sintomas Psicológicos de Alerta	0,153
Sintomas Físicos de Resistência/Quase-Exaustão	0,000
Sintomas Psicológicos de Resistência/Quase-Exaustão	0,000
Sintomas Físicos de Exaustão	0,000
Sintomas Psicológicos de Exaustão	0,000
Predominância do Estresse	0,020

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

* p = 0,05 valor de significância

De acordo com os dados recolhidos e equiparados antes e depois da aplicação da musicoterapia organizacional receptiva, pode-se concluir que os níveis de estresse nas fases de resistência, quase-exaustão e exaustão foram minimizados. Além disso, a fase de alerta aumentou depois da intervenção musical, ainda que sem uma diferença significativa. Ou seja, as/os profissionais que estavam nas fases de exaustão e quase-exaustão tiveram seus índices de estresse reduzidos respectivamente para fase de quase-exaustão e resistência. Em consequência, as/os participantes que estavam na fase de resistência tiveram seus níveis de estresse reduzidos para fase de alerta. Por fim, aquelas/es que estavam na fase de alerta, depois da aplicação da terapia musical, passaram a não possuir sintomatologias necessárias para serem enquadradas com estresse.

Diante do exposto, infere-se que o nível de estresse nos dois tempos foram diferentes, com 95% de confiança. Sendo assim, de acordo com os resultados expostos evidencia-se que a musicoterapia receptiva no âmbito organizacional teve êxito no que diz respeito à diminuição de estresse no ambiente laboral.

5.4 RESULTADOS DA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Em complemento aos resultados quantitativos, expostos no tópico anterior, neste tópico foi realizado uma análise adicional reforçando os resultados deste estudo sob uma ótica qualitativa, por meio da observação sistemática e da entrevista episódica.

Salienta-se que a terapia musical foi bem recebida nos setores do Aleitamento Materno, Alcon 1, CME, PPP e Ucinca. Ao longo deste período de experientiação, observou-se que a música promoveu uma sensação de bem-estar e relaxamento. As/os profissionais cantavam e dançavam músicas dos mais variados interpretes, além disso, a música permitiu que as/os participantes desenvolvessem sensações e sentimentos de alegria. Esse aflorar de sentimentos contribuiu para o desenvolvimento mais articulado dos diálogos e condutas entre a equipe e entre elas/es e os pacientes, promovendo assim, um cuidado mais humanizado e uma melhor qualidade no trabalho.

Cabe frisar ainda que no decorrer da terceira etapa desta pesquisa, constatou-se que a utilização da música nos setores selecionados alterou positivamente a dinâmica de trabalhando, intensificando as ações diárias e reduzindo fatores estressores. Com base nas observações sistemáticas, feitas durante as sessões, notou-se ainda, que as/os profissionais ao experienciarem a música, se sentiram mais confortáveis no dia-a-dia, ficando mais entusiasmadas/os durante o período no qual as sessões aconteciam. Os movimentos corporais, falas, risos durante as sessões reforçam o efeito positivo da musicoterapia organizacional receptiva.

No cenário experimental, durante a condução da musicoterapia organizacional receptiva e com base na observação sistemática, foi possível identificar nove situações episódicas durante o período de um mês. Essas situações foram desde danças coletivas a situações de cantorias e lágrimas por parte de algumas/ns profissionais por lembrarem situações que marcaram de forma significativa suas vidas.

É importante destacar que essas situações episódicas se repetiram inúmeras vezes ao longo deste período e nove protagonistas destes episódios foram convidadas/os para uma entrevista que foi gravada por meio de um aparelho celular. Todas as participantes desta etapa foram do gênero feminino, cuja idade variou entre 23 a 47 anos, sendo a faixa etária predominante dos 25 aos 30 anos. Com relação à categoria profissional, sete são técnicas de enfermagem e duas enfermeiras. Seis estão casadas e/ou em união estável e três estão solteiras. Seis trabalham 30h semanais na organização e duas 40h semanais, apenas uma dessas trabalham em outra organização. No que tange a renda salarial mensal individual, seis

recebem entre um a dois salários mínimos e três recebem entre dois a três salários mínimos. Pontifica-se que para resguardar o sigilo das participantes foram utilizados pseudônimos de interpretes da música popular brasileira e internacional. A Tabela 12 resume a caracterização das profissionais que participaram da entrevista episódica.

Essas profissionais vivenciaram a música de forma singular e perene. Ao longo da terapia musical confienciaram e sentiram emoções que ao termino deste trabalho foi relatada como “transformadora, única e emocionante”. Durante o período de observação, quando o autor deste trabalho transitava pelos cinco setores do hospital observando e registrando a experiência musical, identificou-se nove situações que chamaram atenção. Essas situações foram descritivas, pois de antemão, não há forma mais clara e fidedigna de explicar sensações e ideias se não pela descrição dos fatos. No entanto, como forma de compilar este trabalho estas descrições foram sintetizadas.

Tabela 12 – Caracterização qualitativa dos profissionais que compuseram a entrevista episódica, no mês de março de 2018

Profissionais	Idade	Categoria	Estado Civil	CH*	Renda	Vínculo**
Lady Gaga	23	Tec. Enf.	Solteira	30h	1 e 2	Não
Beyoncé	25	Tec. Enf.	Casada/União	30h	2 e 3	Sim
Nick Minaj	25	Tec. Enf.	Casada/União	30h	1 e 2	Não
Ana Carolina	30	Tec. Enf.	Casada/União	30h	1 e 2	Não
Pitty	26	Tec. Enf.	Solteira	30h	1 e 2	Não
Adriana Calcanhoto	30	Tec. Enf.	Casada/União	30h	1 e 2	Não
Elis Regina	47	Tec. Enf.	Solteira	30h	1 e 2	Não
Marilia Mendonça	30	Enfer.	Casada/União	40h	2 e 3	Não
Madonna	36	Enfer.	Casada/União	40h	2 e 3	Não

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

* Carga Horária

** Vínculo em outra organização

Durante o período de observação sistemática, observou-se Lady Gaga no segundo dia de intervenção musical. Ela estava dançando ao som da “saga de um vaqueiro” da banda Mastruz com Leite.

Vou pedir licença pra contar a minha história, como um vaqueiro tem suas perdas e suas glórias. Mesmo sendo forte, o coração é um menino, que ama e chora por dentro, e segue seu destino. – Trecho da música Saga de um vaqueiro, de Mastruz com Leite.

Ao término da música e com um sorriso no rosto, Lady Gaga confienciou que esta música lembrava sua infância, seus pais e sua adolescência. Reviver tais lembranças a fez suscitar uma época que ia para festas. Um período de sua vida cheio de danças e

relacionamentos. Hoje, Lady Gaga não vai mais para festas, pois é a principal mantenedora da família e está no término de uma graduação. Além disso, ela ainda sofre de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), diagnosticado recentemente. O TOC vem causando desconfortos na vida profissional e pessoal de Lady Gaga, ela relata que:

Caminhar pelos corredores do hospital virou um problema. Se eu dou oito passos, tenho que voltar dois. Sempre em pares. Além disso, venho lavando as mãos e a boca muitas vezes, e só paro quando machuca – Informação verbal fornecida por Lady Gaga, em 2018.

Consciente dos problemas oriundos do TOC, Lady Gaga informou ainda que a equipe é acolhedora e vêm ajudando ela a lidar com a doença, e que felizmente, após início do tratamento os sinais e sintomas vêm reduzindo gradativamente. No mesmo dia, Ana Carolina e Marilia Mendonça reproduziram um dueto no meio do corredor da música “trem bala” de Ana Vilela.

Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si, é sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti. É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz. É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós. – Trecho da música Trem bala de Ana Vilela.

Essa música contagiou as pacientes que ao ouvirem as duas cantando entraram no ritmo e embalaram o corredor de hospital. No fim, Ana Carolina seguiu cantando a próxima música do repertório enquanto Marilia Mendonça foi prestar assistência a uma gestante que se queixava de dores.

Em outro momento, lembrando este episódio para Ana Carolina, foi confidenciado que esta música lhe traz reflexões imensuráveis. Indagada acerca dessas reflexões a mesma informou que a faz lembrar-se da mãe biológica e dos pais adotivos. Ana Carolina foi adotada ainda criança, e quando já adulta, reencontrou sua mãe biológica depois de ter sido expulsa de casa pelos pais adotivos, por se assumir lésbica. Hoje ela vive com a mãe biológica e já superou o trauma de ter sido rejeitada pelos pais adotivos por causa da sexualidade.

No que se refere à Marilia Mendonça, logo no início da musicoterapia, foi a profissional que mais se engajou na terapêutica e no auxílio da aplicação da música no setor. Por muitas vezes Marilia foi pega cantando as músicas e discutindo com as colegas de trabalho a letra que cada música trazia. Ao fazer isso, principalmente nos momentos de pausa programados no *setting*, trazia para si tais reflexões e dizia já ter vivenciado momentos semelhantes que a letra da música apresentava. Em um desses momentos de canto e reflexão,

ao som de Boa sorte de Vanessa da Mata, Marília Mendonça relatou que foi nesta música, em um show da cantora na Bahia que ela encontrou seu esposo, o grande amor da sua vida.

Assim como Marília Mendonça que encontrou o grande amor da sua vida em um show na Bahia e logo se casou, existe também Nick Minaj. Essa foi observada ao som de Alceu Valença ensinando uma puérpera a ordenhar a mama para alimentar seu filho. Tanto ela, quanto a mãe se embalavam em um dueto e cantavam alto. As músicas de Alceu Valença e Nando Reis suscitavam em Nick Minaj lembranças do dia do seu casamento e do nascimento do seu filho.

De formar mais intensa que as demais profissionais que cantaram e dançaram algumas vezes durante a observação sistemática e musicoterapia, uma profissional, em especial, chamou atenção. Beyoncé cantava e dançava todos os dias. Em todos os momentos de observação no setor de Beyoncé, ela estava envolvida com a música. Quando chegava nos momentos de pausa ela reclamava por ter essas pausas, mas logo continuava cantando a última música do repertório até que o tempo passasse e a música retornasse.

Durante a entrevista episódica, na qual Beyoncé foi lembrada dos momentos de cantoria e dança, foi relatado que esse costume de dançar e cantar no trabalho advém de outro vínculo empregatício. Na outra organização, Beyoncé trabalha com pacientes oncológicos no setor de quimioterapia. Esse setor, em sua ótica, é carregado de tristeza, é pesado. Os pacientes ficam tristes e vivenciam o tratamento cheios de vulnerabilidades; então, para animá-los, ela leva um som portátil e coloca algumas músicas, canta e dança para eles. O que ela não sabia é que fazia “terapia musical” há um ano e que esse hábito, que a priori serviria para ajudar os pacientes, ajudava a ela também.

Não muito diferente de Beyoncé, Madonna também aplicava música, não de modo sistemático, como na musicoterapia, com todas as técnicas e métodos necessários, mas o que ela fazia amenizava o sofrimento das parturientes. Madonna, durante o trabalho de parto normal selecionava músicas que a gestante gostava e as tocava na hora do parto, foi em um desses momentos que ela foi observada. Estava cantando e auxiliando a mãe no trabalho de parto. Durante a entrevista episódica relatou que fazia isso há cinco anos e que sempre sofreu impasses dos outros profissionais que informava ser desnecessário. Na visão deles era uma perda de tempo. Mas, segundo Madonna, a chegada desta pesquisa na organização mexeu com o ânimo de todos de forma muito positiva, pois o olhar de um pesquisador externo e um profissional da área deu maior credibilidade a sua conduta e a música enquanto técnica válida, respaldada e útil no campo da saúde.

Outro momento episódico no qual vale ser destacado foi quando Adriana Calcanhoto cantou, dançou e chorou. Ao ouvir a música *O leãozinho* de Caetano Veloso, Adriana chorou ao lembrar-se da época que trabalhava como babá. Adriana cantava essa música para um recém-nascido com necessidades especiais. Segundo ela, os pais a contrataram para cuidar eminentemente do bebê, pois já haviam ‘desistido’ dele. Na época, Adriana revelou que a criança não amamentava direito e tinha os reflexos rebaixados, era uma criança saudável, porém hipoativa, devido a sua necessidade especial. No entanto, com muita insistência e perseverança Adriana reverteu o quadro do bebê e hoje ele está bem, como qualquer outra criança. *O leãozinho* era a música de ninar que ela cantava.

Gosto muito de te ver, leãozinho. Caminhando sob o sol. Gosto muito de você, leãozinho. Para desentristecer, leãozinho. O meu coração tão só. Basta eu encontrar você no caminho. Um filhote de leão, raio da manhã. Arrastando o meu olhar como um ímã. O meu coração é o sol, pai de toda cor. Quando ele lhe doura a pele ao léu.
– Trecho da música *O leãozinho* de Caetano Veloso.

Adriana foi questionada quanto ao teor dessa música, se lhe trazia sofrimento ou boas lembranças, pois caso ela se sentisse mal com a música, poderia ser retirada do *setting* ou substituída por outra. Adriana informou que a música trazia boas lembranças por si tratar de um momento especial em sua vida e que ouvir ela naquele momento fazia com que ela recordasse da sua importância enquanto técnica de enfermagem, principalmente por está trabalhando diretamente com recém-nascidos e com atenção materno-infantil.

Outra situação que despertou interesse em realizar a entrevista episódica foi quando Pitty fez das músicas do seu setor um completo palco artístico e inusitado. Cantou todas as músicas do repertório e foi elogiada por várias pacientes e profissionais, que informaram que depois que a música chegou ao setor, Pitty trabalhou com bem mais afinco.

Durante a entrevista episódica, na qual Pitty foi indagada acerca das perguntas semiestruturadas, ela informou lutar diariamente contra uma depressão. Pitty sofre com problemas paternos e com o fato de não saber ao certo sua sexualidade. Já foi trocada de vários setores por apresentar problemas com a equipe de trabalho; ela mesma tem conhecimento das suas falhas e dos motivos de transitar pelos setores, no entanto, é uma luta diária no qual ela busca vencer. Ao termino da entrevista episódica e ao saber que a musicoterapia organizacional estava chegando ao fim, Pitty perguntou se era possível deixar a caixa de som no setor com as músicas que estavam nela, para ela:

[...] trabalhar ouvindo música é sinônimo de satisfação. Esse repertório que foi montado para o setor é maravilhoso, quando dá a hora de sair daqui para ir para casa, chega dá um desânimo, prefiro ficar aqui do que em casa. Aqui, com as meninas, a gente canta e dança – Informação verbal fornecida por Pitty, em 2018.

Por fim, e não menos importante, tem-se neste cenário de musicoterapia Elis Regina. Durante alguns momentos, ao longo do processo musicoterápico, Elis revelou episódios de consternação, alegria, sorrisos, lágrimas e inúmeros outros sentimentos, nos quais descrever torna-se uma tarefa quase quimérica.

Quando a musicoterapia foi iniciada Elis Regina havia perdido seu filho, assassinado duas semanas antes. No início das seções musicoterápicas era evidente a dor de Elis, que fazia questão de desabafar seus sentimentos dolorosos e relembrar os bons momentos de quando seu filho ainda estava vivo. A primeira vez que Elis chorou foi ao som de da música Espírito Santo de Fernanda Brum, essa música era cantada por ela e seu filho na igreja que frequentavam.

Espírito Santo, ore por mim. Leve pra Deus tudo aquilo que eu preciso. Espírito Santo, use as palavras. Que eu necessito usar, mas não consigo. Me ajude nas minhas fraquezas. Não sei como devo pedir. Espírito Santo, vem interceder por mim. Todas as coisas cooperam pra o bem. Daqueles que amam a Ti. Espírito Santo, vem orar por mim. – Trecho da música Espírito Santo de Fernanda Brum.

Assim como Pitty, Elis Regina revelou que trabalhar era sinônimo de satisfação e retirava ela da tristeza que habitava sua casa. O fato de trabalhar não traria seu filho de volta e tampouco estava negligenciando seu luto, pelo contrário, ela informou está vivendo ele. Vivendo o luto ao lado de amigos, que era sua equipe de trabalho. E neste momento, vivendo com mais intensidade, pois havia música e a música para ela é um “[...] instrumento libertador e de encontro com Cristo” (Informação verbal fornecida por Elis Regina, em 2018).

Em inúmeros momentos Elis Regina foi encontrada dançando e cantando as músicas religiosas, que era o principal repertório do setor na qual estava lotada. Durante a entrevista episódica revelou os benefícios que os momentos de experiencição musical haviam lhe proporcionado. Aproveitou também para agradecer pela condução da pesquisa e pela importância social e profissional que ela traria.

Ao termino das experiências vivenciadas pelo pesquisador observou-se a necessidade de continuidade da terapia musical. Essa percepção deu-se mediante o discurso dos profissionais, que informaram está gostando da terapia e que a mesma ajudava não apenas a reduzir o estresse como também a melhorar as atividades laborais. Diante disso, foi realizado

um termo de doação para a organização e ao final da experiência musical as caixas de som, assim como, os *pendrives* foram doados aos setores que tiveram intervenção musical. Este termo pode ser visualizado no Apêndice G ao final desta dissertação.

Em suma, essas foram as nove mulheres que compuseram a entrevista episódica. Mulheres, mães, profissionais e guerreiras, que no dia a dia buscam prestar assistência humanizada, equânime e acolhedora a uma gama de gestantes, parturientes e puérperas, assim como, seus filhos. Profissionais que tentam realizar uma assistência resoluta mesmo diante de sofrimentos psíquicos, físicos e sociais; e que mesmo pertencentes à categoria da saúde, não estão isentas de adoecerem, pelo contrário, adoecem como qualquer outro ser humano. Mas foi neste processo de adoecimento que a musicoterapia conseguiu se instalar e reverter uma gama de quadros padecidos com estressores do cotidiano. Como diria Aristóteles (2006, p.104): “[...] a música é celeste, de natureza divina e de tal beleza que encanta a alma e a eleva acima da sua condição”.

Nesse exposto, salienta-se que os dados qualitativos coletados na entrevista episódica foram analisados a luz do DSC e encontram-se agrupados de acordo com cada questão norteadora utilizada na entrevista. A cada DSC, foi associada à ideia central correspondente para que, dessa forma, fosse possível analisar os depoimentos colhidos e montar um discurso que representasse toda coletividade.

Indagadas acerca de como foi a experiência da escuta musical no local de trabalho e se poderiam relatar a experiência, os discursos apontaram duas ideias centrais: (1) A música foi transformadora; (2) Satisfatória e boa (Ver Quadro 5).

Quadro 5 – Ideias centrais e discursos acerca da experiência musical no local de trabalho

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
(1) A música foi transformadora	A musicoterapia foi transformadora, única e emocionante. Seria interessante tê-la todos os dias, e não apenas durante um mês. Ouvir a música, e esse repertório com base no gosto musical de cada profissional do setor foi transformador. Muda a gente, saber que algo tão simples consegue libertar e transformar a gente faz pensar nas coisas importantes da vida, no que realmente a gente dá valor. – Informações verbais fornecidas pelas nove participantes, 2018.
(2) Satisfatória e boa	A música foi boa. Essa experiência da música foi maravilhosa, melhor ainda é tê-la todos os dias em nossas vidas. Essa experiência musical aqui no hospital foi muito boa. Foi muito satisfatória [...] é sempre bom ouvir música, ainda por cima com um pesquisador tão simpático. Passar por esses momentos de música foi muito satisfatório porque foi algo único aqui no hospital e porque pela primeira vez os profissionais foram acolhidos. Ouvir a música não é por si só satisfatório, mas ela intensifica e melhora o nosso trabalho, é como uma viagem, você precisa aproveitar todos os momentos para no final retornar plena para casa, e o retorno foi satisfatório. – Informações verbais fornecidas pelas nove participantes, 2018.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

A primeira ideia central revela o potencial da música em suscitar nas participantes sentimentos diversos e únicos. Os sentimentos de calma e bem-estar, apontando a música como elemento transformador, foram citados algumas vezes nos discursos deste estudo. Esses sentimentos foram atribuídos pelas profissionais à música, tornando o dia-a-dia no trabalho mais suportável, segundo seus relatos. Esse não é um fenômeno puramente psicológico, uma vez que a música, quando agradável ao ouvinte, provoca liberação de dopamina no sangue, um neurotransmissor auxilia na liberação de hormônios que causa prazer e sensações de bem-estar (POTTER et al., 2013).

Siqueira e Lago (2012) afirmaram que o ato de ouvir música tem um significado e esse significado é comunicado para quem o faz e para quem a ouve. Para eles, a música é uma forma de melhorar o estado de ânimo das pessoas. Deste modo, estudos (OIKKONEN et al., 2016; MENDES et al., 2015; SIQUEIRA; LAGO., 2012; BANCARALI; OLIVA, 2012; DAVIDOFF, 2011) revelam o poder transformador da música, onde a mesma, além de auxiliar na redução e tratamento de problemas somáticos e psicológicos, colabora para a socialização e para catarse dos sentimentos negativos.

A segunda ideia central aponta para o sentimento de satisfação que a música proporcionou. Esse sentimento de perenidade desperta em quem ouve a conscientização quanto às possibilidades da música para favorecer o bem-estar e o crescimento das potencialidades, pois ela fala diretamente ao corpo, à mente e às emoções.

Os estudos de Oikkonen et al. (2016), Mendes et al. (2015) e Benetti, Gisard e Silva (2014) corroboram com a potencialidade de satisfação que a música carrega. A presença da música no âmbito organizacional auxilia a percepção, estimula a memória e a inteligência, fomenta uma melhor interação entre os trabalhadores, além de minimizar o estresse e a ansiedade. Quando isso ocorre, consequentemente o profissional passa a intensificar suas ações no trabalho, atuando com mais ímpeto e adotando o trabalho como uma fonte de satisfação. Além disso, a música também vem sendo utilizada como fator de bem-estar no trabalho e em diversas atividades terapêuticas, como elemento auxiliar na manutenção e recuperação da saúde.

Salienta-se ainda que, segundo Benenzon (1988) ao expressar-se musicalmente em atividades que lhe deem prazer, como, por exemplo, cantar e dançar, as/os praticantes desenvolvem um sentimento de segurança e autorrealização. Isso foi ser observado durante todo o período de musicoterapia, principalmente em Beyoncé, Marília Mendonça e Nick Minaj, que dançavam e cantavam quase todas as músicas.

Um ponto que merece ser destacado foi o discurso acerca da falta de olhar por parte dos gestores com as profissionais. As mesmas inferiram que “[...] pela primeira vez os profissionais foram acolhidos/cuidados” (Informações verbais fornecidas por Pitty, Adriana Calcanhoto e Marília Mendonça, 2018). Esse discurso mostra que mesmo diante da precarização no serviço e do adoecimento dos profissionais de saúde inexistem ações de cuidado voltado para os profissionais por parte dos gestores. Fato esse, que vem colaborando com o processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde.

Questionadas se durante o período da musicoterapia organizacional foi percebida alguma mudança (positiva ou negativa) no âmbito pessoal ou profissional, as participantes expressaram três ideias centrais, a saber: (1) Trabalha com satisfação; (2) Calma, Relaxamento; Tranquilidade e; (3) Socialização (Ver Quadro 6).

Quadro 6 – Ideias centrais e discursos acerca das mudanças ocasionadas pela musicoterapia organizacional

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
(1) Trabalha com satisfação	Uma das mudanças que foi bem perceptível, tanto pela equipe, quanto pelos pacientes foi que o trabalho passa mais rápido. O dia passa mais rápido. A gente passa a trabalhar com mais prazer, satisfação. Às vezes a tarefa é bem monótona, chatinha mesmo, mais aí toca uma música agitada e a gente faz tudo com mais prazer. Dança, canta, rebola e pronto, quando dê fé, o trabalho já acabou e está na hora de trocar o plantão. – Informações verbais fornecidas pelas nove participantes, 2018.
(2) Calma, Relaxamento e Tranquilidade	Uma das coisas que percebi depois de uma semana de música aqui no setor foi que estou mais calma. A música, de certo modo mexe muito com a gente. Relaxa. Tranquiliza. Às vezes determinadas músicas chega até a fazer a gente chorar. Então se algo mudou ao longo desse tempo foi minha ansiedade e meu estresse, hoje me sinto mais calma. Tranquila. – Informações verbais fornecidas pelas nove participantes, 2018.
(3) Socialização	Ouvir música com a equipe é bom demais. A gente canta. Dança e troca experiências de gosto musical. Acredito que a música não apenas relaxa, mas ela também socializa. A equipe ficou bem mais unida e trabalha de forma bem mais articulada. – Informações verbais fornecidas pelas nove participantes, 2018.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

A primeira ideia central aponta para o trabalho com satisfação, ou seja, os discursos sintetizam que trabalhar ouvindo música intensifica o processo produtivo fazendo com que atuem com mais afinco e desempenhem de forma satisfatória suas funções. Tais achados corroboram com os estudos (OIKKONEN et al., 2016; MENDES et al., 2015; COSTA, 2004) que demonstraram que ouvir músicas durante o horário de trabalho auxilia na agilidade dos profissionais em concluir suas tarefas mais rapidamente, além disso, ajuda no processo cognitivo, melhorando as ideias e alterando o humor positivamente. Em termos biológicos, sons melódicos ajudam a incentivar a liberação de dopamina na área de recompensa do cérebro.

No que tange a segunda ideia central, este achado corrobora com estudos (CAITANO et al, 2014; VIANNA et al, 2013; BANCARALI; OLIVA, 2012; DAVIDOFF. 2011) que validam o uso da musicoterapia como abordagem capaz de reduzir a ansiedade e o estresse, uma vez que foi evidenciado que a música ao relaxar, acalmar e tranquilizar minimiza significativamente os níveis de cortisol (BRUSCIA, 2016; TAETS et al., 2013; CASTRO, 2010). Este hormônio, quando reduzido, promove ações ansiolítica e hipotensora, reduzindo assim, o estresse (OIKKONEN, J. et al. 2016).

Deste modo, a terceira ideia central corrobora com as discussões supracitadas, pois se trata das relações profissionais melhoradas, intensificadas por meio da socialização. Isso confirma o que Bruscia (2016) e Castro (2010) defenderam. Para esses autores, a música ouvida coletivamente estimula a coesão social, promovendo sentimentos de associação e sincronia grupal. Corroborando com os pensamentos de Bruscia, os pesquisadores Siqueira e Lago (2012) inferiram que as atividades musicais coletivas favorecem o desenvolvimento da socialização, estimulando a compreensão, a participação e a cooperação.

Sendo assim, acredita-se que no momento que as participantes ouviam, cantavam e dançavam as músicas em coletividade elas estavam promovendo momentos de descontração e prazer, estimulando assim, as relações interpessoais estabelecidas entre as/os profissionais. Isso confirma e corrobora com as evidências de Backes et al. (2003), Nogueira et al., (2015) e Silva et al., (2013) ao apontaram que a música é uma preciosa alternativa terapêutica, capaz de modificar atitudes e comportamentos, estados de ânimo e, sobretudo, as relações interpessoais.

Para Costa (2004), a música, por meio da musicoterapia, pode ser utilizada como um meio para liberar pulsões, para ajudar na diminuição do estresse, para ajudar os trabalhadores a desenvolverem suas potencialidades, habilidades, comunicação e competências. Além disso, pode auxiliar na manutenção do equilíbrio para que sua motivação no trabalho se mantenha elevada e ainda, ajuda-los a adaptar-se, ou melhor, a integrar-se a uma organização dinâmica que vive num mundo em constantes mudanças.

De acordo com esta perspectiva, a música é concebida como um universo que conjuga expressão de sentimentos, ideias, valores culturais e facilita a comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o meio em que vive. Ao atender diferentes aspectos do desenvolvimento humano (físico, mental, social, emocional e espiritual), a música pode ser considerada um agente facilitador dentro das organizações, capaz de atuar não apenas nos níveis somáticos e psicológicos, mas também, nas relações sociais e afetivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram apresentadas as considerações finais desta pesquisa, demonstrando os principais resultados, a contribuição desses resultados, as limitações desta pesquisa e as sugestões dadas pelo autor para novas pesquisas que podem ser relevantes, nessa área.

6.1 RESPOSTAS DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

De acordo com os resultados expressados neste estudo, evidenciou-se que a musicoterapia receptiva no âmbito organizacional teve êxito no que diz respeito à diminuição do estresse no ambiente laboral. As evidências mostraram que houve uma queda significativa do estresse nas fases de resistência, quase-exaustão e exaustão nos indivíduos que experienciaram a musicoterapia. Além disso, a fase de alerta aumentou depois da intervenção musical, ou seja, as profissionais que estavam nas fases de exaustão e quase-exaustão tiveram seus índices de estresse minimizados respectivamente para fase de quase-exaustão e resistência. Por outro lado, as participantes na fase de resistência tiveram seus níveis de estresse reduzidos para fase de alerta e quem estava na fase de alerta passou a não possuir sintomatologias necessárias para o estresse. Isso mostrou que a intervenção com a musicoterapia trouxe um resultado positivo que foi a diminuição do nível de estresse nos profissionais da saúde, respondendo assim, à pergunta inicial.

Com base na observação sistemática feita durante as sessões, notou-se que as profissionais gostaram do repertório musical utilizado durante todo o processo musicoterápico. O que inclusive causou entusiasmo durante o período em que as sessões ocorreram. Os movimentos corporais, falas, risos durante as sessões reforçaram o efeito positivo da musicoterapia organizacional receptiva. Além disso, os resultados apontaram que a intervenção musical trouxe benefícios tanto fisiológicos quanto psicológicos para as profissionais, não importando o gênero, idade, estado civil, categoria profissional, renda salarial dentre outros fatores, constatando assim, que a música, uma intervenção de baixo custo, não-farmacológica e não-invasiva, pode ser empregada no espaço hospitalar visando promover a qualidade laboral, como também a saúde dos pacientes.

6.2 CONTRIBUIÇÕES DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo indicam que os níveis de estresse foram reduzidos após a experiência musical. Deste modo, pode-se dizer que a musicoterapia receptiva surge como uma ferramenta de diminuição de estresse em ambientes laborais. Uma abordagem holística que vem ganhando espaço nas discussões científicas e que se configura como uma abordagem de Práticas Integrativas e Complementares (PIC). As PIC's vêm auxiliando na promoção da saúde com ações de cuidados que fogem do modelo hospitalocêntrico e alopático, valorizando assim, a subjetividade do ser humano.

Diante disso, é pertinente dizer que a principal contribuição deste trabalho foi à possibilidade de tecer reflexões acerca do estresse no ambiente organizacional. Com isso, fomentarem-se novos debates na gestão das organizações públicas acerca da relevância da música no desenvolvimento de tecnologias leves capazes de cooperar com o tratamento e/ou prevenção de vários problemas de saúde.

Deste modo, há de supor que este estudo contribui para o campo social, organizacional e, científico. Por fomentar uma gama de discussões acerca da musicoterapia organizacional, tornando públicos os resultados encontrados, a fim de que gestores, profissionais da saúde e até mesmo a comunidade científica como um todo possa entrar em contato com essa realidade. Nesta ótica de contribuição, a musicoterapia organizacional mostrou-se uma alternativa eficiente e eficaz e pode ser reproduzida, sem problemas e a um baixo custo no âmbito organizacional.

Por fim, ressalta-se que este trabalho propiciou uma reflexão importantíssima, para o próprio autor deste trabalho, enquanto profissional da área de enfermagem, especialista em saúde e segurança no trabalho e futuro mestre em cognição, tecnologias e instituições. Este estudo estimulou uma ampliação dos conhecimentos na área, fortalecendo uma visão crítica sobre a temática.

6.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Durante a pesquisa algumas limitações foram surgindo, dificultando, mas não invalidando, os resultados deste estudo.

A primeira limitação, vencida, foi encontrar material bibliográfico relacionado à musicoterapia organizacional. Estudos que compilam e abordam o valimento da música nas organizações, com ênfase na saúde dos profissionais, são diminutos. Porém, buscou-se

respaldo científico em estudos empíricos-experimentais que já haviam utilizado a musicoterapia em pacientes.

Diante destes materiais bibliográficos que foi coletado nos mais variados idiomas, foi possível construir um referencial sólido e com respaldo científico. Além disso, devido a musicoterapia não ser uma prática muito difundida no Brasil, e o material existente trabalha-la de forma rasa, foi necessário aderir alguns livros acerca da musicoterapia em outros idiomas e trocar e-mails solicitando material para os autores de base referencial. Graciosamente, estes e-mails foram respondidos e os autores enviaram alguns de seus estudos.

Ademais, variáveis relevantes foram excluídas da coleta do perfil sociodemográfico. Tais como, o número de filhos dos participantes. Posto que se acredite que tal condição, de ter ou não filhos, pode interferir no processo de adoecimento dos mesmos. Por fim, reconhecendo-se as limitações deste trabalho, compreende-se que mais estudos relacionados a essa temática devam ser realizados, uma vez que a mesma provoca muitas discussões.

6.4. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Ao término deste trabalho fica a sugestão da continuação de estudos nessa área de musicoterapia organizacional receptiva, sendo realizado com diferentes desenhos de pesquisa, por exemplo: maior número de profissionais; turnos diferentes; mais tempo de sessões e outras categorias profissionais.

Sugerem-se também estudos na área de musicoterapia organizacional ativa, uma forma alternativa de se aplicar a prática da musicoterapia nas organizações e que também pode oferecer uma qualidade de vida aos funcionários. Além disso, explicita-se que o uso da musicoterapia neste estudo foi realizado em um hospital público. No entanto, seria interessante esse tipo de pesquisa em organizações privadas, como também a aplicação das musicoterapias organizacionais ativas e receptivas em uma mesma intervenção. Ou ainda um comparativo da eficácia de cada uma destas formas de aplicar a musicoterapia organizacional. Ademais, a música de fundo é muito utilizada por supermercados e clínicas, seria interessante realizar pesquisas sobre os efeitos dessa música ambiente nos funcionários como também nos clientes que frequentam esses locais.

Em trabalhos futuros, outras variáveis de pesquisa, além do estresse; tais como: aprendizagem, regulação do ciclo sono-vigília, relacionamento interpessoal na organização, motivação, liderança; poderiam ser relacionadas com a variável musicoterapia organizacional.

Por fim, como forma de sanar uma limitação deste estudo, outras variáveis sócio demográficas poderiam ser incluídas como forma de identificar seu valor determinante no adoecimento psíquico de um trabalhador, como por exemplo, o fato de ter ou não filhos, ou mesmo características de personalidade.

Diante do exposto, a pesquisa não pode encerrar-se nas suas conclusões, mas abrir possibilidades para uma reflexão acerca do que se vivenciou durante o seu desenvolvimento e a partir do conhecimento construído através dele. Com base nesse conhecimento, pode-se entender a urgência do aprimoramento de novos saberes que viabilizem concepções e práticas sociais mais eficazes e que reduzam práticas alopáticas.

7 REFERÊNCIAS

- AUTO, F. M. L; AMANCIO, O. M. S; LANZA, F. C. Efeito da música sobre o ganho de peso de prematuros maiores de 32 semanas: ensaio clínico randomizado. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 3, p. 293-299, 2013.
- AMARAL, M. A. et al. Estresse ocupacional: um estudo das relações de trabalho do centro municipal de saúde de Iúna/ES. In: SIMPOSIO DE EXCELENCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA (SEGET), 10, 2013, Espirito Santo. **Anais...** Espirito Santo, ES, 2013. Disponível em:< <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/29918346.pdf>>. Acessado em: 20 jan. 2017.
- AMORIM, S. R. S. **Musicoterapia organizacional**: uma estratégia para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em Gestão de Talentos e Comportamento Humano) – Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, 2014.
- AKVILE, V; SKAIDRE, R; JOLANTA, K; et al. The effects of music therapy on oncological patients. **Vocational Training: Research and Realities**, v. 27, n. 1, 2016.
- ALMEIDA, A; LIMA, A; VASCONCELOS, M; et al. Occupational stress in nurses acting in the care of critical patients. **Journal of Nursing UFPE On-line**, v. 10, n. 4, 2016.
- ALBUQUERQUE, F. J. B; et al. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psychology, Reflection and Criticism**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012.
- ARISTÓTELES. **A política**. Tradução Roberto Leal Ferreira. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- ARANTES, M. A. A.C; VIEIRA, M. J. F. **Estresse**. 3. ed. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.
- ARYA, R. et al. Maternal music exposure during pregnancy influences neonatal behaviour: an open-label randomized controlled trial. **International Journal of Pediatrics**, v. 20, n. 12, p. 6, 2012.
- BACKES, D.S. et al. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. **Revista Nursing**, v. 66, n. 6, p. 37-42, 2003.

BALERONI, N. F.; SILVA, L. R. Musicoterapia com trabalhadores: uma visão fenomenológica das publicações brasileiras. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, v. 2, p. 95-119, 2010.

BANCARALI, S. L.; OLIVA, M. P. Efecto de la musicoterapia sobre los niveles de estrés de los usuarios internos de la clínica de odontología de la universidad del desarrollo. **International Journal of Odontostomatology**, v. 6, n. 2, p.189-193, 2012.

BAPTISTA, M. N; CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2016.

BARRETO, B. M. F. et al. A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4154-4167, 2016.

BARANOW, A. L V. **Musicoterapia: uma visão geral**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Enelivros,1999.

BARROS, M. M. S. et al. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 377-389, 2016.

BARCELLOS, L. R. M. Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde: a dança nas poltronas! **Revista Música Hodie**, v. 15, n. 2, 2015, p. 33-47.

BECK, B. D; HANSEN, A. M; GOLD, C. Coping with work-related stress through guided imagery and music (GIM): randomized controlled trial. **Journal of Music Therapy**, v. 52, n. 3, p. 323-352, 2015.

BENETTI, I. C; GISARD, E; SILVA, L. M. A percepção do professor sobre os efeitos da música no comportamento dos alunos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 474-496, 2014.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. **Boletim de Psicologia**, v. 62, n. 137, p. 155-168, dez. 2012.

BENENZON, R. **Musicoterapia en la psicosis infantil: técnicas de acercamiento**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1976.

BENENZON, R. O. **Manual de musicoterapia**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Enelivros, 1988.

BUITRAGO, Y. Q. Musicoterapia en niños con implante coclear. **Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**, v. 74, n. 3, p. 215-227, 2014.

BULFINCH, Thomas. **Livro de ouro da mitologia**: histórias de deuses e heróis. 1. ed. São Paulo, SP: Harpercollins, 2006.

BUXTON, C. **Oxford english dictionary**. 8. ed. EUA: Oxford University Press, 2013. Disponível em: < <https://en.oxforddictionaries.com/definition/stress>>. Acessado em: 30 jan. 2017.

BLASCO, F. Evaluación de los efectos psicológicos de la música através de un diferencial semántico. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 1, n. 2, p. 5-23, 1996.

BRASIL, Previdência social. **Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários, concedidos segundo os códigos da cid-10**. In: Secretaria de políticas de previdência social e área técnica de políticas de saúde e segurança ocupacional, Brasília, DF, 2017. Disponível em:< <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>>. Acessado em: 20 mai. 2017.

BRASIL, Ministério do Trabalho. **Anuário estatístico de acidentes do trabalho**. Brasília - MTPS, v. 24, p.1-917, 2016. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>>. Acessado em: 27 abr. 2017.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no brasil**. In: Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2017. 408 p.

BRUSCIA, K. E. **Definindo a musicoterapia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Barcelona Publishers, 2016.

CAITANO, J. S. O. et al. Música durante o transoperatório: concepção de profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 76-83, 2014.

CANNON, W. B. **Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage**. 1. ed. Revisada. New York: Appleton-Century, 1929.

CANDÉ, R. **História universal da música**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

CASTRO, A. A. G; VALENTIN, F; AS, L. C. Atuação e perfil do musicoterapeuta organizacional. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 19, n. 18, p. 34-51, 2015.

CASTRO, T; FERREIRA, N. Vitula assistiva: tecnologia assistiva no ensino de violino para crianças com autismo. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, 27, 2016, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, MG: SBC, 2016. p. 876-885. Disponível em: <<http://www.br-.org/pub/index.php/sbie/article/view/6773/4658>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

CASTRO, A. A. G. **Contribuições da musicoterapia no desenvolvimento das relações intra e interpessoais dos profissionais de uma equipe de vendas**. 119 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Música) - Escola de Música e Artes Cênicas. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2010.

CARDOSO, M. V. L. M. L; FARIAS, L. M; MELO, G. M. Música e glicose 25% no alívio da dor dos prematuros: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 810-814, 2014.

CARVALHO, J. P. E; TÉRZIS, A. Experiências com um grupo de crianças através da música: um estudo psicanalítico. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 1, n. 6, p. 01-11, 2009.

CATALDI, M. J. **O stress no meio ambiente de trabalho**. 3. ed. São Paulo: Editora Ltr, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais [página da internet]**. Brasília, DF, 2017. Disponível em:<<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acessado em 19 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer técnico coren nº5 de 2011**. Brasília, DF.: 2011. Disponível em:<<http://www.coren-df.gov.br/site/no-0052011/>>. Acessado em 19 abr. 2018.

CORTE, R. L. Importância do aspecto psicológico na reabilitação do paciente cardiopata. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, v. 11, n. 1, 1998.

COSTA, C. M. **O despertar para o outro: Musicoterapia**. 1. ed. São Paulo, SP: Summus Editorial, 1989.

COSTA, C. O. **Musicoterapia: uma nova proposta para as organizações**. Monografia (Bacharelado em Musicoterapia) - Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás-GO, 2004

CUNHA, V. M. **Musicoterapia organizacional**: a utilização da música receptiva como instrumento de diminuição do stress no trabalho. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Pró-Reitoria de Graduação, Universidade Federal Rural do Semiárido, Mossoró, RN, 2014.

CBO, Classificação Brasileira de Ocupação. **Musicoterapeuta**. Ministério do Trabalho: Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf;jsessionid=JMVyZ352STrb1440L247o8n0.slave13:mte-cbo>>. Acessado em 20 jul. 2017.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Hospital Maternidade Almeida Castro**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/2408002410281>>. Acessado em: 30 jan. 2017.

CRUZ, S. P; PIROVICH, B. H; PEÑA, T. E. La música en el trabajo de parto. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, v. 68, n. 1, p. 1-8, 2003.

DALRI, R. C. M. et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 959-965, 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo (SP): Cortez; 2015.

DEVORE, J. L. **Probabilidade e estatística para engenharia e ciências**. 8. Ed. São Paulo (SP): Cengage Learning, 2014.

DILEO, C. (Org.). **Music therapy and medicine: theoretical and clinical applications**. Silver Spring: American Music Therapy Association, p. 4-5, 1999. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jmt/article-abstract/41/2/186/929520/Music-therapy-and-medicine-Theoretical-and>>. Acessado em: 28 jan. 2017.

DUTRA, H. S; REIS, V. N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 10, n. 6, p. 2230-2241, 2016.

FELDMAN, R. S. **Introdução à psicologia**. 10. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2015. 704 p.

FERREIRA, R. G. Estresse do profissional de enfermagem no serviço noturno: uma questão de saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 146-165, 2015.

FERREIRA, C. A. A. et al. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

FERREIRA, A. P. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina no Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 91-99, 2016.

FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores**: integrando teoria e prática. 9. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. São Paulo, SP: Editora Bookman, 2008.

FRANCO, M; RODRIGUES, A. B. Music therapy in relief of pain in oncology patients. **Einstein**, v. 7, n. 2, p. 147-151, 2009.

GLASER, B. G; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

JACQUES, J. P. B; et al. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 25-32, 2015.

JODAS, D. A; HADDAD, M. C. L. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 192-7, 2009.

HIGASHI, P, et al. Situações potencialmente geradoras de estresse para enfermeiros segundo condição de acreditação do hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, p.1141-8, 2013.

HOLANDA, A. B. **Míni dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 8. ed. São Paulo: Editora Positiva, 2010.

HOLMES, T. H; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 11, n. 1, p. 213-218, 1967.

ISMA, Promoting stress prevention and wellbeing. **Facts about stress**. Company by guarantee, Britain, 2017. Disponível em:< <http://isma.org.uk/about-stress/facts-about-stress>>. Acessado em: 20 mai. 2017.

GATTI, M. F. Z.; SILVA, M. J. P. Música ambiente em serviço de emergência: percepção dos profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem da USP**, v. 15, n. 3, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. 2. Reimpr. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

GIL-MONTE, P. R. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 29, n. 2, p.237-41.

GOMES, F. P. **Curso de estatística experimental**. 12. ed. São Paulo, SP: Livraria Nobel S.A, 1989.

GUTIÉRREZ, E. O. F. et al. Procesamiento de la música en el primer episodio de trastorno depresivo mayor sin tratamiento. **Salud Mental**, v. 36, n. 6, p. 449-457, 2013.

GHASEMTABAR, S. N. et al (2015). Music therapy: an effective approach in improving social skills of children with autism. **Advanced Biomedical Research**, v. 4, n. 1, p.157, 2015.

KARASEK, R. A. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 1, p. 285-308, 1979.

KHOROL, I. S. Stress: the wear and tear of modern life. **The UNESCO Courier**, Paris, France, ano 28, p.5-9, out. 1975. Disponível em:< <http://unesdoc.unesco.org/images/0004/000497/049738eo.pdf>>. Acessado em: 15 fev. 2017.

LADEIRA, M. B. O processo do stress ocupacional e a psicopatología do trabalho. **Revista de Administração**, v. 31, n. 1, p. 64-74, 1996.

LAZARUS, R. S; DELONGIS, A. Psychological stress and coping in aging. **American Psychologist**, v. 1, n. 2, 1983. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/16329062_Psychological_Stress_and_Coping_in_Aging>. Acessado em: 20 jan. 2017.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **O sujeito coletivo que fala**. Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n. 20, p. 517-24, 2006.

LIMA DA SILVA, J. L et al. Arterial pressure control for nursing military professionals. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3646-3666, 2016.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. 3. ed. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.

LIPP, M. N. **Pesquisa**: Stress Brasil. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/pesquisas/>>. Acessado em: 06 set. 2016.

MAGALHAES, A. M. M; DALL'AGNOL, C. M; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 01, p. 146-154, 2013.

MARTINS, L. A. N. **Residência médica**: estresse e crescimento. 2. ed. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostras e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. 3ª Reimpr. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

MINARI, M. R. T; SOUZA, J. C. Stress em servidores públicos do instituto nacional de seguro social. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 4, out./dez., 2011, p. 521-528.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em saúde pública**: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. 1. ed. Curitiba: Appris, 2014.

MOREIRA, M. D; MELLO, FILHO, J. **Psicoimunologia hoje**. In: MELLO FILHO, J. de. (org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, p.119-51, 1992. Disponível:< <http://blogdapsicologia.com.br/unimar/wp-content/uploads/2016/03/Psicossomatica-Hoje-1.pdf> >. Acessado em: 28 de jan. 2017.

MORIN, E. M. **Psicologia e gestão**. 2. ed. São Paulo, SP: Atlas, p. 127-154, 2009.

MOZER, N. M. S; OLIVEIRA, S. G; PORTELLA, M. R. Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento**, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2011.

MCELLIGOT, D. Healing: The journey from concept to nursing practice. **Journal of Holistic Nursing**, v. 28, n. 4, p. 251–259, 2010. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Deborah_McElligott/publication/45366513_Healing_The_Journey_From_Concept_to_Nursing_Practice/links/57422e0008ae9f741b37573f.pdf >. Acesso em: 26 jan. 2017.

MYERS, D. **Introdução à psicologia geral**. Rio de Janeiro, RJ: LTC, 1999.

NEILSON, W. A. **Webster's new international dictionary of the english language**. 2. ed. New York: G&C Merriam Company, 1936.

NOGUEIRA, M. L. et al. Globally chaotic analysis of heart rate variability during acute auditory stimulus by heavy metal music. **Medical Express**, São Paulo, v. 5, n.2, p.1-7, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292015000500004 >. Acesso em: 28 jan. 2017.

OJEDA, B. S; et al. Saberes e verdades acerca da Enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 78-84, 2008.

OIKKONEN, J. et al. Creative activities in music – a genome-wide linkage analysis. **PLoS One**, Finland, v. 11, n.2, p.1-21, 2016. Disponível em: < <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148679> >. Acesso em: 28 jan. 2017.

OLIVEIRA, R. J; CUNHA, T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 78-93, 2014.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). **Classificações de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

O'NEILL, C. **Music therapy as a supportive intervention for professional care givers**. 1. ed. Oxford, UK: Sobell House, p. 23-30, 1995.

PEREIRA, M. M. A; GOMES, A. R. S. Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, v. 68, n. 1, p. 72-83, 2016.

PINTO JUNIOR, F. E. L; et al. Influência da música na dor e na ansiedade decorrentes de cirurgia em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p.135-141, 2012.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013.

PUGGINA, A. C. G; SILVA, M. J. P. Pacientes com desordem de consciência: respostas vitais, faciais e musculares frente música ou mensagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.1, p. 102-110, 2015.

PRODOSSIMO, C. C. Musicoterapia em ambientes de trabalho. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 12., 2006, Goiânia. **Anais...** Goiânia, GO: UFG, 2006. p. 1-15.

REDFIELD, J. **Música**: ciência e arte. 1. ed. Buenos Aires: Eudeba, 1961.

RODRIGUES, A. I. Estresse e trabalho: aumenta a preocupação com o desgaste do trabalhador. **Revista Proteção**, v. 17, 1997.

ROBBINS, S. **Comportamento organizacional**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Prentice Hall Brasil, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 4. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2017.

RUUD, E. **Caminhos da musicoterapia**. São Paulo, SP: Summus, 1990.

SADIR, M. A; BIGNOTTO, M. M; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SACKS, O. **Alucinações musicais**. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO; C.F; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2013.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo, SP: Ibrasa, 1950.

SELEGHIM, M. R.; et al. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma 102 unidade de pronto socorro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 165-173, 2012.

SERNA-OVIEDO, G; RIVERA, S. C. Musicoterapia: una alternativa de tratamiento para la ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica. **Enfermería Neurológica**, v. 12, n. 1, p. 18-26, 2013.

SILVA, P. L. A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional coping e resiliência no fisioterapeuta**. 2006. Dissertação (Mestrado em ciências ambientais e saúde) - Programa de Pós-Graduação. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2006.

SILVA, L. M. et al. A utilização da música nas atividades educativas em grupo na Saúde da Família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 21, n. 2, p. 1-9, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200632&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2017.

SILVA, V. A.; LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. Assessment of quality of scientific evidence on musical interventions in caring for cancer patients. **Interface**, v. 18, n. 50, p. 479-92, 2014.

SILVA, J. L. L; LIMA, R. P; TAVEIRA, R. P. C et al. Estresse e demais fatores de risco para hipertensão arterial entre profissionais militares da área de Enfermagem. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 8, n. 1, p.3646-3666, 2016. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1686>>. Acessado em 20 mai. 2017.

SIQUEIRA, J. L. D; LAGO, A. M. C. V. Coletivo da música: um estudo sobre relações entre arte e saúde mental. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 93-111, 2012.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SOUZA, L. L. **A teoria da relatividade na gestão de pessoas**: uma nova visão para gerenciar pessoas com foco no crescimento das organizações. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2005.

SOUZA, Y. R; SILVA, E. R. Analise temporal do efeito ergogênico da música assíncrona em exercício. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 14, n. 3, p. 305-312, 2012.

SCHAFER, R. M. **O ouvido pensante**. São Paulo, SP: Fundação Editora da UNESP, 1991.

SCARPETTA, R. A. G. et al. Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de Down. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 17, n. 2, p. 13-24, 2012.

STEINBERG, M. Musicoterapia organizacional. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 7, Goiânia, 2006. **Anais online...** Goiânia, GO: UFG, 2006. Disponível em <http://www.sgmt.com.br/anais/p09palestras/Mesa08_p2_MirianSteinberg.pdf>. Acessado em: 07 jan. 2017.

TAETS, G. G. C. et al. Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 385-390, 2013.

TABARRO, C. S. et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 44, n. 2, p. 445-452, 2010.

THOMA, M. V. et al. The effect of music on the human stress response. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, 2013. Disponível em:< <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070156>>. Acessado em: 19 mai. 2017.

TROICE, E. M; SOSA, J. J. S. La experiencia musical como factor curativo en la Musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. **Salud Mental**, v. 26, n. 4, p.47-58, 2003.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 16. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2016.

VIANNA M. N. S. et al. A musicoterapia pode aumentar os índices de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros: um ensaio clínico randomizado controlado. **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría**, v. 52, n.3, p. 1-11, 2013.

ZANINI, C. R. O. et al. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 5, p. 534-540, 2009.

YANG, H. et al. A longitudinal study on children's music training experience and academic development. **Scientific Reports**, v. 5854, n. 4, p. 1-6, 2014.

WEBSTER'S INTERNATIONAL DICTIONARY. **Stress**. Disponível em: <<https://www.merriam-webster.com/dictionary/stress>>. Acessado em 01 jan. 2017.

WFMT, **World Federation of Music Therapy**, 2011. Disponível em: < http://www.wfmt.info/WFMT/Info_Cards_files/PORTUGUESE%20-20What%20is%20MT.pdf>. Acessado em: 11 jan. 2016.

WHO, **World Health Organization**. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/>. Acessado em: 09 jun. 2017

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Setor de lotação:

1) Idade (anos):

2) Gênero: ☐ masculino ☐ feminino.

3) Estado civil: ☐ solteiro ☐ casado ou em união estável ☐ outros - Qual?

4) Categoria Profissional/Ocupação:

5) Função exercida:

6) Renda Individual Mensal:

☐ até 1 salário mínimo

☐ entre 1 e 2 salários mínimos

☐ entre 2 e 3 salários mínimos

☐ entre 3 e 4 salários mínimos

☐ acima de 4 salários mínimos

7) Carga horária semanal no hospital: horas

8) Trabalha em outra atividade fora do hospital? ☐ sim ☐ não

9) Se sim, qual?

☐ hospital carga horária semanal:

☐ clínica carga horária semanal:

☐ consultório carga horária semanal:

☐ outros carga horária semanal:

10) Setor de atuação dessa outra atividade:

11) Motivo principal que o levou a trabalhar na saúde (marque apenas uma opção):

☐ afinidade

☐ oportunidade de emprego

☐ Influência familiar

☐ satisfação profissional

☐ outros Quais?

APÊNDICE B – FICHA DE MUSICOTERAPIA

1. Você gosta de ouvir música?
2. Qual o seu tipo de música preferido?
3. Você prefere músicas: ☐ Nacionais
☐ Internacionais
☐ Instrumentais
☐ Outras. Quais? _____
4. Dê exemplos de músicas que você mais gosta de escutar atualmente e o seu intérprete.
5. Dê de músicas que tragam para você boas lembranças:
6. Existe alguma música que não traz boas lembranças?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Setor de lotação:

Observações	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Presença						
Comentários sobre estresse em relação à sessão e as músicas selecionadas						
Positivo						
Negativo						
Não houve						
Movimentos corporais						
Espontâneos						
Estimulados pelo grupo						
Não houve						
Comentários sobre as músicas						
Positivos						
Negativos						
Não houve						
Comentários sobre a sessão						
Positivos						
Negativos						
Não houve						
Expressões musicais em relação às músicas reproduzidas						
Movimentos corporais						
Interação com a melodia (com canto)						
Interação com a melodia (sem canto)						
Não expressão						
Interações entre o grupo geradas pelas músicas						
Intensas						
Poucas						
Não houve						
Reação do grupo no intervalo das músicas						
Reclamação da falta de música						
Elogio ao silêncio						
Indiferente						
Outras Observações						
[Escrever aqui]						
[Escrever aqui]						

APÊNDICE D – ENTREVISTA EPISÓDICA

Código: _____

1. Como foi a experiência da escuta musical no local de trabalho? Você poderia, por favor, relatar essa experiência para mim?
2. Durante o período de musicoterapia você conseguiu visualizar alguma mudança relevante (positiva ou negativa) em sua vida pessoal ou profissional?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, (_____, _____)

estou sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa cujo objetivo é verificar os níveis de estresse dos profissionais da saúde de um hospital público. A pesquisa está sendo orientada pela Professora Doutora Agostinha Mafalda Barra de Oliveira, docente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa). Cujo contato está disponibilizado ao final deste documento.

A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar com os pesquisadores respondendo os questionários que tem por objetivo mensurar os níveis de estresse e traçar o perfil sociodemográfico do participante. Para tanto, recebi os esclarecimentos necessários e estou ciente das questões requisitadas nestes instrumentos de coleta.

Da mesma forma, estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer dado ou elementos que possam, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa livre de qualquer punição e/ou retaliação.

É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Mossoró, ____/____/____

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato da Orientadora:

Nome: **Agostinha Mafalda Barra de Oliveira**
Instituição: Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa)
Campus Leste, Mossoró - Bloco de sala de professores do CCSAH, Sala 32
Endereço: Av. Francisco Mota, 572, Presidente Costa e Silva, Mossoró, RN
CEP: [REDACTED]
Telefones: [REDACTED]
E-mail: [REDACTED]

APÊNDICE F – MODELO DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO

PROFISSIONAL SEM ESTRESSE

DIAGNÓSTICO

Você participou da pesquisa cujo objetivo era mensurar os níveis de estresse dos profissionais da categoria de enfermagem. Esta mensuração foi realizada com base no Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP (ISSL).

Os resultados do seu teste não demonstraram a existência de sinais e sintomas significativos de estresse. Ademais, sugere-se que continue minimizando fatores estressores que estejam presentes no seu cotidiano.

Sem mais, os pesquisadores que realizaram esta pesquisa agradecem pela sua participação.

Psicóloga Organizacional

Especialista em Saúde e Segurança no Trabalho
Enfermeiro

APÊNDICE F – MODELO DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO

PROFISSIONAL COM ESTRESSE (FASES DE ALERTA, RESISTÊNCIA OU QUASE EXAUSTÃO)

DIAGNÓSTICO

Você participou da pesquisa cujo objetivo era mensurar os níveis de estresse dos profissionais da categoria de enfermagem. Esta mensuração foi realizada com base no Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP (ISSL).

Os resultados do seu teste sugerem a existência de sinais e sintomas significativos de estresse que se encontra na fase de _____, com uma sintomatologia predominantemente _____. Tal fato denota que o estresse pode estar em processo de evolução. Assim, medidas de controle são necessárias a fim de que se possa conter o processo e evitar maiores desgastes, levando a fase de resistência.

Com isso, sugerem-se algumas recomendações, como alimentação rica em vitaminas e nutrientes, visando repor as energias; estabelecimento de momentos de descanso visando eliminar o excesso de adrenalina produzida e reestabelecer a homeostase do organismo; exercícios físicos; estabilidade emocional e qualidade de vida.

Ademais, enfatiza-se que o estresse é quase sempre reversível e que nesta fase a pessoa pode lidar com suas tensões e eliminar seus sintomas.

Por fim, os pesquisadores que realizaram esta pesquisa agradecem pela sua participação.

Psicóloga Organizacional

Especialista em Saúde e Segurança no Trabalho
Enfermeiro

APÊNDICE F – MODELO DE DIAGNÓSTICO UTILIZADO

PROFISSIONAL COM ESTRESSE (FASE EXAUSTÃO)

DIAGNÓSTICO

Você participou da pesquisa cujo objetivo era mensurar os níveis de estresse dos profissionais da categoria de enfermagem. Esta mensuração foi realizada com base no Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP (ISSL).

Os resultados do seu teste sugerem a existência de sinais e sintomas significativos de estresse na fase de exaustão, com uma sintomatologia predominantemente física. A fase de exaustão pode ser considerada a última fase do estresse. Nesta fase, o estímulo estressor pode permanecer. Caso permaneça o organismo tende a não se adaptar adequadamente, ocasionando um desequilíbrio interior e levando ao aparecimento de doenças graves.

Ademais, enfatiza-se que o estresse é quase sempre reversível e que nesta fase recomenda-se uma ação interdisciplinar e multiprofissional, com médicos e psicólogos.

Por fim, os pesquisadores que realizaram esta pesquisa agradecem pela sua participação.

Psicóloga Organizacional

Especialista em Saúde e Segurança no Trabalho
Enfermeiro

APÊNDICE G – TERMO DE DOAÇÃO

_____, portador da Cédula de Identidade RG n.º _____, e discente do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa), DECLARA para todos os efeitos legais que, nesta data, promove a DOAÇÃO PURA E SIMPLES de uma CAIXA DE SOM portátil e um PEN DRIVE de 8GB para o setor _____ de forma definitiva, irrevogável e irretratável, sem quaisquer ônus ou encargos, para o Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC).

O objetivo desta doação é para que os colaboradores do referido Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC) possam dar continuidade às ações de musicoterapia que foram desenvolvidas ao longo do mês de Fevereiro e Março de 2018, ao ponto de que esta prática terapêutica possa ser incorporada no dia-a-dia dos trabalhadores.

E por estarem de pleno acordo, as partes assinam este Termo em duas vias na presença de 2 (duas) testemunhas, igualmente signatárias.

Mossoró, _____ de _____ de 2018

ANEXOS

ANEXO A – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Código: _____

Data: ____/____/____

Sessão: _____

Assinale, no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA 24 HORAS:

☐	1. Mãos e/ou pés frios
☐	2. Boca Seca
☐	3. Nó ou dor no estômago (desconforto estomacal)
☐	4. Aumento de sudorese (muito suor, suadeira)
☐	5. Tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros)
☐	6. Aperto na mandíbula/ranger de dentes, ou roer unhas ou ponta de caneta
☐	7. Diarreia passageira
☐	8. Insônia, dificuldade de dormir
☐	9. Taquicardia (batimentos acelerados do coração)
☐	10. Hiperventilação (respiração ofegante, entrecortada, rápida)
☐	11. Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta súbita e passageira)
☐	12. Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)

☐	13. Aumento súbito de motivação
☐	14. Entusiasmo súbito
☐	15. Vontade súbita de iniciar novos projetos

Assinale, no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA:

☐	1. Problemas com a memória, esquecimentos
☐	2. Mal-estar generalizado, sem causa específica
☐	3. Formigamento nas extremidades (pés ou mãos)
☐	4. Sensação de desgaste físico constante
☐	5. Mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite)
☐	6. Aparecimento de problemas dermatológicos (pele)
☐	7. Hipertensão arterial (pressão alta)
☐	8. Cansaço constante
☐	9. Aparecimento de gastrite prolongada (queimação no estômago, azia)
☐	10. Tontura, sensação de estar flutuando

☐	11. Sensibilidade emotiva excessiva, emociona-se por qualquer coisa (nervosismo)
☐	12. Dúvidas quanto a si próprio
☐	13. Pensamento constante sobre um só assunto
☐	14. Irritabilidade excessiva
☐	15. Diminuição da libido (desejo sexual diminuído)

Assinale, no interior das caixinhas, os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS:

☐	1. Diarreias frequentes
☐	2. Dificuldades sexuais
☐	3. Insônia, dificuldade de dormir
☐	4. Náusea
☐	5. Tiques nervosos
☐	6. Hipertensão arterial confirmada
☐	7. Problemas dermatológicos prolongados (pele)
☐	8. Mudança extrema de apetite
☐	9. Excesso de gases
☐	10. Tontura frequente
☐	11. Úlcera
☐	12. Enfarte

☐	13. Impossibilidade de trabalhar
☐	14. Pesadelos
☐	15. Sensação de incompetência em todas as áreas
☐	16. Vontade de fugir de tudo
☐	17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
☐	18. Cansaço excessivo
☐	19. Pensar, falar constantemente em um só assunto
☐	20. Irritabilidade sem causa aparente
☐	21. Angústia, ansiedade diária
☐	22. Hipersensibilidade emotiva
☐	23. Perda do senso de humor

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UERN - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O EFEITO DA MUSICOTERAPIA ORGANIZACIONAL NA REDUÇÃO DO NÍVEL DE ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UM HOSPITAL

Pesquisador: Agostinha Mafalda Barra de Oliveira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 71250517.7.0000.5294

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.461.863

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado. Esta pesquisa será ancorada na abordagem quali-quantitativa, onde os dados coletados por meio do método quase-experimental serão analisados de forma quantitativa, e os dados coletados por meio da entrevista episódica serão analisados de forma qualitativa. Será realizada no hospital de referência do Estado do Rio Grande do Norte (RN), cujo público alvo será os profissionais da saúde, de diferentes setores. Para compor o grupo experimental optou-se pelos profissionais da saúde (concursados) que realizam assistência clínica, terapêutica ou de diagnóstico dos seguintes setores, a saber: Sala de Acolhimento, Triagem Neonatal, Centro Cirúrgico (CC), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIneo), Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTIa), Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca), Sala de Vacinas, Sala de PPP (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto), Alojamento Conjunto (Alcon) e Clínica Médica. Por sua vez, para constituir o grupo controle serão considerados os outros profissionais da saúde (concursados) que realizam condutas assistenciais, que não atuam nos setores selecionados. A realização desta pesquisa será realizada em cinco etapas. A primeira etapa diz respeito à aplicação do questionário sociodemográfico e do IssL (Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp) com todos os profissionais do HMAC que exercem funções assistenciais em saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, dentre outros (será operacionalizada por um ou mais colaboradores externos e será supervisionado por um psicólogo). A segunda etapa corresponderá à aplicação das fichas musicoterápicas, apenas com aqueles profissionais da saúde dos setores selecionados. Por sua vez, a terceira etapa corresponderá à aplicação da musicoterapia receptiva nos setores selecionados (serão realizadas 10 sessões diárias, com a execução de 15 minutos de música, 15 minutos de pausa, e novamente 15 minutos de música, totalizando 45 minutos de sessão, durante três meses. Destaca-se ainda que a musicoterapia receptiva será realizada mediante um aparelho de som portátil, com entradas para Pen Drives, onde as músicas serão colocadas para que seja possível realizar a experienciamento musical). A quarta etapa será a reaplicação do questionário de IssL com todos os profissionais do HMAC que participaram da primeira aplicação. A quinta etapa se constitui da aplicação da entrevista episódica com alguns dos participantes do grupo experimental (com base nas observações realizadas pelo pesquisador durante a trajetória de pesquisa). A interação das cinco etapas possibilitará a comparação e análise dos dados obtidos antes e depois da aplicação da musicoterapia receptiva no ambiente de trabalho.

**UERN - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO
NORTE**



Continuação do Parecer: 2.461.863

Outros	Carta_Resposta.pdf	25/10/2017 10:20:31	Agostinha Mafalda Barra de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Alterado.docx	25/10/2017 10:18:21	Agostinha Mafalda Barra de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Alterada.pdf	15/09/2017 10:00:39	Agostinha Mafalda Barra de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	15/09/2017 09:47:56	Agostinha Mafalda Barra de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Alterado.docx	15/09/2017 09:36:55	Agostinha Mafalda Barra de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MOSSORO, 08 de Janeiro de 2018

**Assinado por:
Pablo de Castro Santos
(Coordenador)**

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 59.610-000
UF: RN Município: MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 E-mail: cep@uem.br