



**FACULDADE REGIONAL BRASILEIRA - ARAPIRACA
CURSO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

BIANCA CARLA FEITOSA MACEDO

**EFEITOS FISIOLÓGICOS DA MUSICOTERAPIA EM RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMO EM UTI NEONATAL**

**ARAPIRACA – AL
2021**

**FACULDADE REGIONAL BRASILEIRA - ARAPIRACA
CURSO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

BIANCA CARLA FEITOSA MACEDO

**EFEITOS FISIOLÓGICOS DA MUSICOTERAPIA EM RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMO EM UTI NEONATAL**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Regional Brasileira - Arapiraca.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Santos Morais Junior

**ARAPIRACA – AL
2021**

BIANCA CARLA FEITOSA MACEDO

**EFEITOS FISIOLÓGICOS DA MUSICOTERAPIA EM RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMO EM UTI NEONATAL**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
como parcial para a obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade
Regional Brasileira - Arapiraca.

Aprovado em: 14 /JULHO/2021

BANCA EXAMINADORA

Dr. Gilberto Santos Morais Junior

Ma. Ana Caroline Melo dos Santos

Dr. Anderson Ravanny de Andrade Gomes

**ARAPIRACA – AL
2021**

*“Conheça todas as teorias, domine todas
a técnicas, mas ao tocar uma alma
humana, seja apenas outra alma
humana.”*

Carl Gustav Jung

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a minha família por serem uma inspiração para mim e por todo seu apoio desde o primeiro instante.

DEDICATÓRIA

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

Sou grata pela confiança depositada pelo meu professor Gilberto Santos Morais Junior, orientador do meu trabalho. Obrigada por me manter motivada durante todo o processo.

Aos meus pais José Carlos Macêdo da Silva e Vitória de Fátima Feitosa Macêdo da Silva pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações e todo esforço investido na minha educação.

A minha amada filha Brenda Maria Victória Macêdo Rocha pelo seu amor incondicional, sempre presente nos momentos difíceis com uma palavra de conforto.

Ao meu irmão Paulo Roberto Feitosa Macêdo por estar ao meu lado e por fazer ter confiança nas minhas decisões.

Sou grata a Fernanda de Farias Santos, que sempre me ajudou com sua vasta experiência desde o início deste trabalho.

Também agradeço à todos os meus colegas de curso, pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante esses anos.

RESUMO

A utilização terapêutica da música pode ser encontrada desde a antiga Grécia. Nesta época as patologias estavam envoltas pelas manifestações da natureza sem explicações científicas e possuíam um caráter psicossomático. Nova no ambiente da ciência, esta área de conhecimento deve ser analisada como “um híbrido transdisciplinar em torno de dois principais campos: a Música e a Terapia”. O Objetivo do presente estudo é identificar o que tem sido descrito na literatura sobre os efeitos fisiológicos da musicoterapia em recém-nascidos pré-termo em UTI neonatal. A presente pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada em levantamentos de dados bibliográficos sobre os efeitos fisiológicos da musicoterapia em recém-nascidos pré-termo em UTI neonatal. Após a pesquisa nas bases e a coleta de todos os resultados, foi executada uma análise de todos os artigos encontrados dentro dos critérios de inclusão e exclusão, depois de uma análise aprofundada foram selecionados 8 artigos que foram utilizados no decorrer dos resultados desta pesquisa. A intervenção musicoterápica contribuiu de várias formas para melhora no quadro de internamento dos bebês pré-termo conforme as pesquisas utilizadas para embasamento deste trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia. Pré-termo. UTI Neonatal.

ABSTRACT

The therapeutic use of music can be found since ancient Greece. At that time, pathologies were surrounded by manifestations of nature without scientific explanations and had a psychosomatic character. New in the science environment, this area of knowledge must be analyzed as “a transdisciplinary hybrid around two main fields: Music and Therapy”. The objective of the present study is to identify what has been described in the literature about the physiological effects of music therapy on preterm newborns in the NICU. This research is a literature review based on bibliographic data surveys on the physiological effects of music therapy on preterm newborns in the NICU. After searching the databases and collecting all the results, an analysis of all articles found within the inclusion and exclusion criteria was performed. After a thorough analysis, 8 articles were selected and used throughout the results of this research. The music therapy intervention contributed in several ways to improve the hospitalization of preterm babies according to the research used to support this work.

KEYWORDS: Music therapy. Preterm. Neonatal ICU.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados dos estudos inseridos com relação as variáveis fisiológicas analisadas com o emprego da musicoterapia	33
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

GIM - Método das Imagens Guiadas e Música

IMUSP - Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo

ISO - Método da Identidade Sonora

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

RN - Recém-Nascidos

RNPT - Recém-Nascidos Pré-Termo

SatO₂ - Saturação de O₂

TC - Temperatura Corporal

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

UTINeo - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

WFMT - World Federation of Music Therapy

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 Práticas e Métodos Musicoterapêuticos Utilizados	16
2.2 O Conceito Da Prematuridade	18
2.3 A Musicoterapia e a Prematuridade	22
2.4 Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo – IMUSP	26
3. JUSTIFICATIVA.....	29
4. OBJETIVOS.....	31
5. METODOLOGIA	32
6. RESULTADOS.....	33
7. DISCUSSÃO	36
8. CONCLUSÃO	39
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. INTRODUÇÃO

A utilização terapêutica da música pode ser encontrada desde a antiga Grécia. Nesta época as patologias estavam envoltas pelas manifestações da natureza sem explicações científicas e possuíam um caráter psicossomático. Desta forma a música através de sua estrutura dos sons parecia uma fonte promissora para o restabelecimento da harmonia humana (COSTA, 1989). Com o passar dos tempos a procura pela cura das enfermidades foram relacionadas às crenças religiosas, mágicas, espirituais, astrológicas etc. Com a evolução da medicina, as doenças ganharam causalidades orgânicas, e aquilo que não podia ser explicado através da razão era considerado enfermidade da alma (ROMÃO, 2015).

A música, nesta conjuntura, ganha muita visibilidade uma vez que ela acalmava a agitação dos enfermos e alegrava aqueles que eram considerados melancólicos. As atividades musicais cada vez mais eram apreciadas como uma ação que gerava resultados positivos. E aos poucos alguns intelectuais observaram na música uma chance de tratamento para ajudar pessoas acometidas das mais diversas doenças a encarar suas dificuldades de uma maneira diferente sem o rigor médico e a ruptura com o ambiente hospitalar (ROMÃO, 2015).

O uso da música no pós-guerra, em hospitais para tratamento e reabilitação de neuróticos de guerra aparece nos Estados Unidos em meados do século XIX (ROMÃO, 2015). Segundo Costa (1989) a musicoterapia de guerra dos EUA e sua difusão para o cone Sul, principalmente na Argentina, para tratamento da depressão pós-poliomielite, conseguiram resultados tão satisfatórios que estimularam o aparecimento dos primeiros cursos de formação de musicoterapeutas.

No Brasil, as primeiras medidas oficiais sobre a especialidade da Musicoterapia ocorreram com a fundação em 1968 de duas associações de Musicoterapia: Associação Brasileira de Musicoterapia e a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, onde agruparam membros de várias áreas que utilizavam a música em seus trabalhos com objetivos terapêuticos. Ainda que tenhamos relatos sobre o uso da música com propósitos terapêuticos anteriores aos anos 70, foi nesta década que a Musicoterapia no Brasil iniciou seu ganho de espaço com a fundação de cursos de graduação e centros de formação para músicos que queriam outra finalidade para o seu fazer musical (COSTA, 1989).

Então com a utilização dessa especialidade para fins terapêuticos umas das áreas a qual ela pode ser aplicada é na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI Neo), observando-se quais as respostas que os bebês pré-termos podem desenvolver com esse tratamento. Dessa forma, segundo Jefferies (2014) o nascimento de um bebê pré-termo pode ser descrito como um evento traumático e trabalhoso na vida da mãe e da sua família que, além da experiência da prematuridade em si, frequentemente enfrentam os cuidados intensivos, altamente tecnológicos e hiper estimulantes UTI Neo.

Na fundamentação teórica do presente estudo, a princípio será descrita um breve histórico da musicoterapia, as práticas e métodos musicoterapêuticos utilizados, o conceito de prematuridade, a seguir, uma abordagem sobre a musicoterapia e a prematuridade, finalizando com a intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo – IMUSP.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nova no ambiente da ciência, esta área de conhecimento deve ser analisada como “um híbrido transdisciplinar em torno de dois principais campos: a Música e a Terapia” (CHAGAS, 2008). Tanto a Música como a Terapia são áreas por si próprias difíceis de formular uma definição única, que abranja e que contemple todas as formas, estilos e práticas, o que ocorre igualmente com a Musicoterapia.

Por esta junção, de música e terapia, podemos observá-la “ao mesmo tempo uma arte, uma ciência, e um processo interpessoal” (BRUSCIA, 2000, p. 07). Para Bruscia (2000), a Musicoterapia é um processo terapêutico que ocorre por meio de experiências musicais e das conexões que se dão através destas experiências musicais. Entrelaçados neste processo encontramos a música, o terapeuta e o cliente resultando num tripé fundamental para que aconteça o processo terapêutico.

“Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (BRUSCIA, 2000, p. 22). A terapia acontece como um processo de mudanças para o cliente, em que ora a música, ora o terapeuta atua ambos como agentes de alterações em transição para seu bem-estar. Para que estes processos ocorram é preciso alguma interferência por parte do terapeuta.

Bruscia (2000) relata que a música e o terapeuta alternam a função de agentes de mudanças e agentes de intervenções. Quando a música é usada “como” terapia, ela atribui-se de um papel primário na intervenção, atuando diretamente no cliente e o terapeuta é o facilitador, ajudando e proporcionando um relacionamento do indivíduo com a música. Já quando a música é utilizada “na” terapia, o terapeuta estrutura-se como principal agente da intervenção, utilizando a música para intensificar e/ou facilitar os efeitos da relação terapeuta-cliente e dos objetivos terapêuticos a serem alcançados.

Outra definição a ser abordada, ela preocupa-se com a integração da Musicoterapia ao cenário global do desenvolvimento humano, envolvendo o privado, o social e o biológico.

“Musicoterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza a música, enquanto som e movimento, com o objetivo de abrir canais de comunicação que permitam um melhor relacionamento do paciente consigo mesmo e com o

seu ambiente, desenvolvendo seus aspectos bio-psíquicos-sociais de modo a possibilitar sua (re)integração na sociedade” (COSTA, 2009, p. 03).

O objetivo terapêutico é o começo da prática musicoterapêutica. É necessário olhar a quem se está tratando, para que se está tratando e de que maneira, com qual técnica será feito tal tratamento. Em decorrência destas variáveis o planejamento das sessões de musicoterapia e seus desdobramentos serão traçados (ROMÃO, 2015)

Com o intuito de regular e possuir um padrão na prática da Musicoterapia, a Federação Mundial de Musicoterapia, World Federation of Music Therapy, sugeriu uma definição que age como suporte para as várias práticas nos diversos países em que a Musicoterapia se faz presente.

“Musicoterapia é o uso da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupo, em um processo estruturado para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) para desenvolver potenciais e desenvolver e recuperar funções do indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração intra e interpessoal e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida” (RUUD, 1998, p.53).

A Musicoterapia atua para que exista mudanças na vida das pessoas, relacionando e acessando através da música campos e caminhos ainda obscuros para este indivíduo. Ela abre canais de comunicação verbais e/ou não verbais que aumentam as possibilidades reais de seus participantes. A relação terapeuta e cliente exige um contrato com orientações sobre todo o tratamento que será produzido durante o processo terapêutico, assim como tem a qualidade de ser uma relação profissional embasada e governada por regras de conduta e ética profissional, a ética é um princípio moral indispensável à prática clínica (CHAGAS, 1997).

Seja qual for a técnica musicoterápica usada, o trabalho terapêutico através da música possui um planejamento terapêutico que está envolto numa avaliação inicial, anamnese, um processo terapêutico, e uma nova avaliação que servirá como indicativo de continuidade ou não continuidade do tratamento. A Musicoterapia é uma prática que deve ser integrada às outras práticas em saúde, arrumando um tratamento multidisciplinar para o avanço da qualidade de vida das pessoas.

2.1 Práticas e Métodos Musicoterapêuticos Utilizados

O panorama mundial apresenta métodos musicoterapêuticos com particularidades que aumentam o campo de atuação do Musicoterapeuta em função do contexto e da patologia que será atendida, “um método é um tipo particular de experiência musical em que o cliente se engaja com propósitos terapêuticos” (BRUSCIA, 2000). Dentre os mais difundidos e conhecidos no Brasil, pode-se citar o Método NordoffRobbins, o Método das Imagens Guiadas e Música, de Hellen Bonny, as experiências musicais de Bruscia e o Método da Identidade Sonora de Bennezon (CHAGAS, 2008).

Método Nordoff-Robbins Baseado nos trabalhos musicais de Paul Nordoff e Clive Robbins, utiliza a improvisação musical como principal ferramenta clínica. Originalmente este método foi criado para o tratamento de crianças com comprometimento neurológico e/ou físico, sendo atualmente muito procurado para o tratamento do Transtorno do Espectro Autista. Tem como premissa que todas as pessoas possuem uma musicalidade inata, independentemente de suas limitações e deficiências, chamada de “music child”. Tal musicalidade, permite que a música atue como comunicação, sensibilizando e facilitando a relação deste indivíduo com o meio social (CHAGAS, 2008).

Chagas (2008) destaca que por intermédio da improvisação criativa, os terapeutas incitam esta condição musical inata do indivíduo trazendo para a sessão conteúdos musicais que serão decodificados posteriormente. A comunicação ocorre totalmente através deste jogo musical sem que o verbal apareça. Este método é realizado na presença de dois terapeutas, onde um deles preocupa-se com a improvisação, geralmente no piano, e o outro está diretamente ligado à criança, facilitando a expressão musical através dos instrumentos escolhidos pela criança, para que haja uma resposta à intenção clínica planejada.

Método das Imagens Guiadas e Música (GIM) Criada por Hellen Bony, este método faz uso da música erudita instrumental como possibilidade de mudar os estados de consciência dos indivíduos. Segundo Chagas (2008) a música é apresentada ao paciente como audição musical num processo de relaxamento para afastar imagens, símbolos ou sentimentos, que são compartilhados verbalmente com o musicoterapeuta. A capacidade da música de instigar estes estados alterados de consciência, propõe que o paciente possa se livrar de comportamentos indesejáveis

se conectando com sensações e sentimentos mais profundos vividos por ele. A seleção das músicas fica por conta do terapeuta, procurando sempre seguir um objetivo terapêutico individual que faça sentido para cada paciente.

Experiências Musicais de Bruscia pode-se dizer que este método é na atualidade um dos mais utilizados no Brasil. Kenneth Bruscia, separou os principais tipos de experiências musicais e transformou o fazer musical em potencial terapêutico. Os quatro tipos de experiências musicais são: a improvisação, a execução (ou re-criação), a composição e a audição (BRUSCIA, 2000). A escolha das experiências musicais utilizadas no processo terapêutico irá depender da abordagem de cada terapeuta e de sua área de trabalho. O mais imprescindível é que toda e qualquer expressão musical que seja produzida pelo cliente sozinho ou junto com o terapeuta não contenha julgamento de valor, sendo que o mais importante é a escolha de tais elementos musicais que estejam pautados nos objetivos propostos para o tratamento.

Destaca-se as experiências musicais porque neste processo o que está em jogo é a experiência que o cliente terá com a música e não apenas a música que será tocada como uma produção estética. Cada experiência musical engloba uma pessoa, um processo musical específico, um produto e um contexto (BRUSCIA, 2000).

Método da Identidade Sonora (ISO) criado por Roland Benenzon, este método propõe que todo indivíduo possui uma identidade sonora que começa desde a vida intrauterina e se altera como um processo dinâmico e complexo.

“As bases que integram o Princípio de ISO podem ser definidas da seguinte maneira: as relações do contexto não-verbal e o homem devem ser buscadas nas estruturas vinculares entre a mãe e seu feto (intra-uterino); posteriormente as expressões não-verbais como a música, dança, gestos são a necessidade de evocar e reviver os vínculos materno-fetais, materno-infantis e com a natureza, como desdobramento dos mesmos” (BENZON, 1988, p.40).

Esta identidade sonora sofrerá mudanças ao longo da vida dos indivíduos e como um conceito dinâmico, o Princípio de ISO, é caracterizado e individualizado para cada indivíduo. Pois qualquer que seja o método, a não ser aqueles que prestigia a audição de músicas previamente gravadas, a canção aparece como uma das experiências musicais mais presentes nas sessões de Musicoterapia. A canção popular, inserida no universo simbólico de diferentes culturas, apresenta uma diversidade de expressão que reflete nas diversas situações da vida humana (RUUD, 1990).

Cliente e Musicoterapeuta estão incluídas na cultura e atuam também como elemento da cultura, facilitando o estabelecimento de uma comunicação. Para Chagas (2001), na prática clínica, o cliente não apenas reproduz a canção, mas apropria-se dela. A canção passa a ter um significado próprio quando ali é re-criada.

“a canção não é passível de ser repetida, é única. Não se confunde com a sua gravação oficial”. Então, a escuta terapêutica desta produção sonora vai além do limite musical. “A escuta terapêutica exige escutar o dito e o não dito, observar o que há por traz do dito (entonação da voz, o tónus, os movimentos corporais, as expressões faciais)” (COSTA, 2009).

2.2 O Conceito Da Prematuridade

A prematuridade é a primeira causa de morte neonatal no mundo, representando uma problemática de saúde global e multifacetada (LIU et al., 2014). Como é fato, pois 11% dos nascimentos no mundo inteiro são prematuros e o Brasil encontra-se entre os dez países com o índice mais elevado de partos pré-termo (MARCH OF DIMES et al., 2012). A prematuridade tem uma etiologia multifatorial, uma vez que pode ser causada por múltiplos fatores de risco como a gravidez múltipla, a reprodução assistida, complicações maternas e fetais e baixo nível socioeconômico da mãe (TUCKER e MCGUIRE, 2004).

São considerados prematuros os bebês que nascem com menos de 37 semanas de gestação, sendo classificados como pré-termo extremos (<28 semanas), muito pré-termo (28- <32 semanas) e pré-termo moderados (32-<37 semanas) (TUCKER e MCGUIRE, 2004; VANDERBILT & GLEASON, 2011). Em relação ao peso, os recém-nascidos podem ser de extremo baixo peso (<1000 g), de muito baixo peso (<2000 g) e de baixo peso (<2500 g). (TUCKER e MCGUIRE, 2004; VANDERBILT & GLEASON, 2011).

A idade gestacional e o peso ao nascimento constituem as principais causas de complicações neonatais, como a hemorragia intracraniana, a anoxia, a apneia, a hiperbilirrubinemia e as infecções, que têm sido bastante apontadas como possíveis fatores de risco para a evolução neurológica e intelectual (ZOMIGNANI, ZAMBELLI e ANTONIO, 2009). Uma particularidade, além da idade gestacional e do peso ao nascimento, importantes preditores de consequências neurológicas são a hemorragia intraventricular, a leucomalácia periventricular e o hidrocefalo pós-hemorrágico (RUSHING e MENT, 2004).

O nascimento prematuro pode prejudicar o desenvolvimento do bebê e estar associado a grandes riscos de paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem, distúrbios visuais, além de afetar a saúde física no longo prazo (BLENCOWE et al., 2012; ROGERS e VELTEN, 2011). É fato, diversas pesquisas, tanto nacionais quanto internacionais, abordam que a prematuridade pode afetar a evolução cognitiva, motora, linguística, comportamental e socioemocional do bebê (MAGGI e et al., 2014; AARNOUDSE-MOENS et al., 2009; HUHTALA et al., 2012; LANGEROCK et al., 2013). Destacando-se a metanálise desenvolvida por Aarnoudse-Moens et al. (2009) mostrou que crianças nascidas prematuras ou com muito baixo peso apresentam déficits nas habilidades acadêmicas, dificuldades atencionais, problemas comportamentais, sobretudo internalizantes, e funções executivas empobrecidas.

Isto é, além de causar problemas no desenvolvimento do bebê, a prematuridade afeta a vivência da mãe, que pode experimentar sentimento de culpa, desapego, perda e inutilidade (FEIJÓ, 1998). É bastante frequente que mães de bebês prematuros demonstrem níveis de estresse mais elevado do que de mães de bebês nascidos a termo, além de terem maiores riscos de sofrer depressão e ansiedade após a alta hospitalar (CRUVINEL e MACHEDO, 2007). Por exemplo, o estudo de Flacking et al. (2006) teve por objetivo explorar as vivências emocionais de mães de bebês muito pré-termo no processo de aleitamento e como este processo estava interligado ao de se tornar mãe.

Entrevistando 25 mães nas UTI Neonatais de diferentes hospitais da Suécia, os pesquisadores identificaram três temas comuns à experiência das mães: a “perda” do bebê, relacionada à culpa de não ter vivenciado os últimos meses de gravidez e à perda de uma normal e natural conexão com o bebê recém-nascido; a separação física da díade devida às exigências hospitalares; as dificuldades de se sentir emocionalmente e socialmente mãe e o desejo de ter uma forma de interação recíproca com o bebê. Os autores observaram que a qualidade do vínculo entre mãe e bebê foi alterada não apenas pelas interações diádicas, mas também pelo contexto da UTINeo e as relações entre a mãe e a equipe médica. (FLACKING et al., 2006).

Segundo Flacking et al. (2006), os maiores níveis de estresse da mãe e os maiores riscos de ansiedade e depressão, junto à imaturidade do bebê pré-termo, podem prejudicar a interação e o vínculo mãe-bebê, ainda mais acentuados pela frequente impossibilidade de proximidade física nas primeiras semanas de vida do bebê e pela natureza técnica, intrusiva e hiperestimulante da UTINeo. Além disso, a

imaturidade do bebê pré-termo e a dificuldade de entender os seus sinais tornam a experiência da parentalidade neste cenário muito desafiadora.

Hughes et al. (2002) em seus estudos observaram que bebês pré-termo de seis semanas foram percebidos pelos pais como menos regulares e previsíveis nas funções físicas como sono e alimentação quando comparados a bebês a termo, sendo também mais distraídos e mais evitativos em respostas a novas situações ou estímulos. Aos seis meses, os mesmos bebês apareceram menos adaptáveis do que os bebês a termo, precisando, desta forma, de mais paciência e atenção nas atividades de vida diária; também, aos 12 meses, os nascidos prematuros diferiram dos bebês a termo na persistência e na manutenção da atenção, parecendo menos engajados nas atividades e menos envolvidos pelo ambiente (HUGHES et al., 2002).

Várias pesquisas investigaram a interação mãe-bebê no contexto da prematuridade, revelando resultados contrastantes. A recente metanálise de Bilgin e Wolke (2015) investigou 34 estudos publicados entre 1980 e 2013, com o intuito de averiguar se a sensibilidade ou a responsividade materna na interação com bebês pré-termo é diferente da responsividade das mães de bebês nascidos a termo. Além disso, os autores controlaram fatores como o grau de prematuridade dos bebês incluídos, a data de publicação dos estudos, o tipo de comportamento materno, a idade dos bebês no momento do estudo, e as áreas geográficas das pesquisas.

Os resultados da metanálise mostraram que não existem diferenças significativas na sensibilidade de mães de prematuros e mães de bebês a termo. Também, nenhum dos fatores controlados pelos autores revelou-se um moderador significativo, reforçando a ideia de que mães de bebês prematuros são tão sensíveis ou responsivas quanto mães de bebês a termo.

Em contrapartida, os autores destacaram que nenhum estudo longitudinal foi incluído na metanálise e que não foi possível controlar o efeito das complicações médicas dos bebês nos comportamentos maternos, uma vez que poucos estudos providenciavam essa informação. Bem parecida à metanálise de Bilgin e Wolke (2015), a revisão sistemática de Korja, Latva e Lehtonen (2012) observou estudos sobre as representações maternas de apego, a interação mãe-bebê e o apego infantil em bebês pré-termo e suas mães, visando averiguar os efeitos da prematuridade durante os primeiros dois anos de vida do bebê. Os autores mostraram que as representações maternas de apego não foram diferentes entre mães de bebês

prematturos e a termo, demonstrando que as díades mãe-bebê pré-termo têm as mesmas chances de desenvolver um apego seguro que as mães de bebês a termo.

Porém, as pesquisas revisadas evidenciaram que o apego das mães de bebês prematturos e as interações mãe-bebê estariam em risco até os seis ou os 12 meses de idade. Também, o comportamento interativo de mães de bebês prematturos mostrou-se menos sensível, mais intrusivo, estimulante e controlador, enquanto os bebês pré-termo pareceram mais passivos e menos alerta. Ainda assim, esses resultados são ainda inconsistentes, uma vez que existem estudo observando que os comportamentos controladores e intrusivos maternos poderiam ser considerados como uma resposta adaptativa à imaturidade do bebê pré-termo e a sua escassa responsividade (KORJA et al., 2012; FORCADA-GUEX et al., 2006; BARNARD, GOLDBERG, et al., 1986; GREENBERG e CRNIC, 1988; MULLER-NIX et al., 2004).

Mesmo com os resultados positivos dos estudos mais recentes, existem pesquisas que demonstraram o impacto da prematuridade no vínculo mãe-bebê, destacando maiores riscos psicológicos na relação diádica, déficits comportamentais e emocionais nas capacidades interativas do bebê, bem como dificuldades nos estilos de interação da mãe (KORJA et al., 2012; FORCADA-GUEX et al., 2006).

Outros diversos estudos observaram que o estresse, a ansiedade e a depressão materna podem influenciar o desenvolvimento cognitivo, comportamental e socioemocional dos bebês (FORCADA-GUEX et al., 2006; FELDMAN e EIDELMAN, 2007; HUHTALA et al., 2012). Como exemplo, Feldman e Eidelman (2007) descobriram correlações entre depressão materna, menor estado de alerta do bebê e menor coordenação na interação mãe-bebê pré-termo recém-nascido. Da mesma forma, no follow-up do terceiro mês, as interações com os bebês pré-termo, tanto com as mães quanto com os pais, demonstraram-se menos sincrônicas em comparação com as interações entre bebês nascidos a termo e seus pais. Com isso, o estudo de Huhtala et al. (2012) destacou que não apenas o bem-estar psicológico materno, mas também o bem-estar paterno pode estar associado com o desenvolvimento de bebês com muito baixo peso ao nascer, uma vez que os sintomas depressivos, o estresse elevado e o fraco senso de coerência em ambos os pais se interrelacionaram-se com problemas comportamentais das crianças aos três anos de idade.

Com tudo isso, ainda se tem a vulnerabilidade biológica envolvida na prematuridade, são também importantes os fatores psicossociais adversos como o baixo nível socioeconômico, que se constitui em uma situação de múltiplo risco e que

requer ainda mais a ativação de fatores protetores como intervenções precoces e acompanhamento da família do bebê (LINHARES et al.; WHITE-TRAUT e NORR, 2009).

2.3 A Musicoterapia e a Prematuridade

Diante das diversas intervenções precoces endereçadas ao bebê pré-termo e a sua família encontra-se a musicoterapia, cujo emprego e estudo nesta área de saúde têm sido fortemente estimulados nas últimas décadas. É fato que esta abordagem flexível, não intrusiva e de baixo custo permite promover o relaxamento e a estimulação do bebê pré-termo, fortalecer o vínculo pais-bebê e favorecer o bem-estar da inteira família (HASLBECK, 2012; STANDLEY, 2012).

Conforme a definição da World Federation of Music Therapy (WFMT, 1996), a

“musicoterapia é a utilização da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um usuário ou um grupo, em um processo que visa facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, para atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas do indivíduo” (WFMT, 1996).

De acordo com Federação Mundial de Musicoterapia:

“A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo, para que ele ou ela possa alcançar uma melhor integração intrapessoal e/ou interpessoal e subsequentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, da reabilitação ou do tratamento” (FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, 1996).

E por fim, a American Association of Music Therapy (2015) diz que a musicoterapia como o uso clínico de intervenções musicais, com base em evidências, para alcançar objetivos dentro de uma relação terapêutica por um profissional qualificado. A musicoterapia é endereçada às necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais dos indivíduos, empregando atividades de criação musical, canto, movimento sobre música ou escuta musical.

A música é responsável pela ativação de amplas regiões cerebrais, bilateralmente, corticais e subcorticais, sendo capaz de alterar movimentos, linguagem, memória, atenção, funções executivas, emoção, sistema nervoso

vegetativo, endócrino e sistema imunológico (KOELSCH, 2009). De fato, são diversas as revisões sistemáticas da The Cochrane Collaboration que observaram a eficácia da musicoterapia no tratamento de diferentes transtornos e doenças, entre os quais: transtorno do espectro do autismo (GERETSEGGER et al., 2014), esquizofrenia (MÖSSLER et al., 2011), depressão (MARATOS et al., 2008), lesões cerebrais adquiridas (BRADT et al., 2010), demência (VINK, BRUINSMA e SCHOLTEN, 2003), câncer (BRADT et al., 2011) e alívio da dor (CEPEDA et al., 2013).

Entretanto, mesmo com a grande variedade dos modelos musicoterápicos e dos contextos clínicos de aplicação, a musicoterapia sempre se caracteriza por promover relações comunicativas com finalidades terapêuticas ou reabilitativas através de dois elementos: a relação entre terapeuta e cliente e a música (MESCHINI, 2002). O conceito da música em musicoterapia abrange o inteiro universo corporal-sonoro-musical (BENENZON, WAGNER e DE GAINZA, 2008) incluindo não apenas os materiais musicais com uma organização formal complexa ou com qualidades estéticas relevantes, mas também eventos acústicos comuns como sonoridades corpóreas, da voz, de objetos e do ambiente (POSTACCHINI, RICCIOTTI e BORGHESI, 2001). Além disso, o musicoterapeuta trabalha com todas as energias sonoras, acústicas e de movimento que pertencem ao indivíduo e que o caracterizam.

Benenzon et al. (2008) definiu este conjunto de energias como “Identidade Sonora” (ISO), como já citado anteriormente é formado pela herança sonora e musical do indivíduo desde as experiências sonoras intrauterinas até o presente. Em musicoterapia, o terapeuta trabalha com as expressões corporal-sonoro-musicais e o ISO do paciente (BENENZON et al., 2008), fornecendo-lhe um espaço de interação não verbal para abrir canais de comunicação, estimulando diferentes funções e habilidades. Em uma abordagem de musicoterapia ativa, o paciente engaja-se em atividades de execução, criação ou improvisação musical, tanto individualmente quanto com outras pessoas, sendo esta experiência ativa que fornece os benefícios terapêuticos diretamente ou através de um processo de respostas do paciente que acompanha ou provoca a mudança terapêutica (BRUSCIA, 1989).

Um pressuposto fundamental da musicoterapia é a ideia de que a música, a expressão ou a experiência do indivíduo está relacionada à sua personalidade ou à sua doença. Nesse sentido, a música pode ser considerada como uma analogia ou uma metáfora do ser humano (WIGRAM, PÉDERSEN e BLONDE, 2009). Smeijsters em seu estudo desenvolveu uma teoria da analogia, conforme a qual os elementos

musicais são equivalentes simbólicos específicos dos elementos não musicais do comportamento e da interação humana. Por isso, conforme esse autor, os processos musicais correspondentes a processos psicológicos específicos podem gradativamente livrar o indivíduo, fortalecer seu desenvolvimento e favorecer uma nova qualidade de vida (SMEIJSTERS, 1998, citado por WIGRAM et al., 2009).

Dessa maneira, em uma abordagem de musicoterapia ativa, o musicoterapeuta realiza uma leitura ou análise musicoterápica, definida por Barcellos como “a compreensão do paciente através do musical que ele expressa ou como ele expressa, em relação aos parâmetros musicais, à escolha dos instrumentos e à forma de tocar os mesmos, enfim, em relação ao setting musicoterápico” (BARCELLOS, 1994, citado por BARCELLOS, 2012). Ainda de acordo com Barcellos, a análise musicoterápica é uma análise musical realizada relacionando os aspectos musicais produzidos pelo paciente à sua história de vida, à sua história clínica e ao seu momento (BARCELLOS, 2001, citado por BARCELLOS, 2012).

A musicoterapia se apresenta como uma disciplina emergente no contexto da prematuridade, seja na área clínica, seja na pesquisa, sendo capaz de atender às exigências parentais e às necessidades de cuidado individualizado e humanizado, identificadas pelas pesquisas e pelas experiências de intervenções precoces anteriormente citadas (SUTTON e DARMSTADT, 2013; ALS, 1986, 2009; FISCHER e ALS, 2004; SPITTLE et al., 2009; SPENCER-SMITH et al., 2012; WHITE-TRAUT e NORR, 2009; WHITE-TRAUT et al., 2013).

Em especial, no aspecto da prematuridade é possível encontrar intervenções de musicoterapia, realizadas por musicoterapeutas qualificados (HASLBECK, 2013, 2014; ETTENBERGER et al., 2014), e intervenções de estimulação musical ou auditiva realizadas por outros profissionais da saúde (ARNON et al., 2006; ARNON et al., 2014) ou pelos próprios pais (FILIPPA et al., 2013). A revisão integrativa de Haslbeck (2012) e as metanálises de Standley (2002, 2012) permitem aprofundar a variedade das propostas musicais e musicoterápicas e dos estudos desenvolvidos nesse contexto. Mais receptiva (Silva et al., 2013), quanto com uma abordagem de musicoterapia ativa (FRACALOSSO, 2003).

O atendimento hospitalar voltado para os recém-nascidos (RN) que precisam de cuidados especializados tem se desenvolvido muito e passado por profundas modificações nas últimas décadas, tanto no que trata à tecnologia quanto à veiculação, com indícios científicos na terapia intensiva neonatal (SILVA et al., 2013).

A sobrevivência do RNPT tem aumentado, fazendo com que neonatos com idades gestacionais extremas e/ou de muito baixo peso ao nascimento sobrevivam.

Apesar disso, as taxas de prematuridade permanecem elevadas, em torno de 7%. O recém-nascido possui características fisiológicas e anatômicas próprias que salientam sua fragilidade sistêmica, como a imaturidade dos sistemas respiratório e nervoso central. A prematuridade extrema, o baixo peso ao nascer e as condições perinatais podem levar o recém-nascido a necessitar de longos períodos de internação, promovendo a separação precoce entre mãe e filho. Isso pode se associar, em longo prazo, aos distúrbios de afetividade, ao pensamento abstrato limitado e às dificuldades cognitivas (SILVA et al., 2013).

De acordo com Palazzi (2016) além de causar impacto no desenvolvimento do bebê, a prematuridade afeta a vivência da mãe, que pode experimentar sentimentos de culpa, desapego, perda e inutilidade. Constantemente mães de bebês prematuros apresentam níveis de estresse mais altos do que de mães de bebês nascidos a termo, além de terem grandes riscos de sofrer depressão e ansiedade após a alta hospitalar (CRUVINEL e MACHEDO, 2007).

Segundo Rodrigues et al. (2018) é conveniente elucidar que, devido à imaturidade dos recém-nascidos pré-termo (RNPT), inúmeras complicações podem ocorrer; assim, é importante desenvolver métodos que minimizem os danos e propiciem o desenvolvimento e aquisição de habilidades por esses bebês (FIRMINO, 2014). Nessa circunstância, a musicoterapia vem sendo explorada como método não farmacológico e não convencional de induzir nos seres humanos mudanças psicológicas e fisiológicas, ajudando positivamente na evolução cognitiva, melhorando as condições de saúde de maneira holística, além de diminuir os efeitos deletérios de alguns procedimentos invasivos e enfermidades (MEDINA, 2015). A música está presente no cotidiano do ser humano: todo indivíduo é essencialmente musical, seja no comportamento ou na fisiologia, e a música é um importante desenvolvedor do sistema cognitivo das crianças (ARNON, 2011).

Segundo Alves et al. (2015) em diversos setores o relaxamento pode ser uma forma de tratamento tanto para pacientes como acompanhantes, porém, em setores mais críticos como Unidade de Terapia Intensiva a tensão é maior, o estado dos pacientes é grave, e os sons de certa forma irritantes de equipamentos, deixam até mesmo a equipe em estado de estresse.

De acordo com Bruscia (1998) a situação geral de pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal é inquietante, pois qualquer descuido é fatal, e estimular estes pacientes é tarefa complicada para a equipe multidisciplinar. A musicoterapia torna-se um espaço para que pacientes e acompanhantes dividam medos, inseguranças, anseios e esperança. Dentro desta terapia será possível notar os sentidos dos pacientes por uma simples expressão fácil e com isso proporcionar segurança e acolhimento no ambiente onde a música é tocada, contudo, proporcionando uma melhora significativa na saúde mental, emocional e física.

Para Silva et al. (2013) o recém-nascido detém caracteres fisiológicos e anatômicos próprios que destacam sua fragilidade sistêmica, como a imaturidade dos sistemas respiratório e nervoso central. A prematuridade extrema, o baixo peso ao nascer e as condições perinatais podem levar o recém-nascido a precisar de grandes períodos de internação, levando a separação precoce entre mãe e filho. Isso pode se associar, em longo prazo, aos distúrbios de afetividade, ao pensamento abstrato limitado e às dificuldades cognitivas.

Baseado no que foi exposto, demonstra-se a seguir uma orientação de intervenção musicoterápica que pode ser realizada na UTINeo, visando a sensibilização da mãe ao cantar para seu bebê pré-termo. Apresentando-se a Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo – IMUSP (PALAZZI et al., 2016).

2.4 Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo – IMUSP

Serão mostrados o protocolo da Intervenção musicoterápica para mãe-bebê pré-termo – IMUSP (PALAZZI et al., 2014), e descritos os aspectos teóricos e técnicos que conduziram a sua implementação. A IMUSP é uma intervenção de musicoterapia indicada à mãe-bebê pré-termo, que busca sensibilizar e conduzir individualmente cada mãe a cantar para seu bebê no período de internação na UTINeo. Esta intervenção é motivada por evidências dos estudos de musicoterapia na UTINeo (HASLBECK, 2012; STANDLEY, 2012), nas pesquisas sobre o canto dirigido ao bebê, a ‘musicalidade comunicativa’ e suas aplicabilidades clínicas com bebês hospitalizados (HASLBECK, 2014); nas intervenções que enaltecem as músicas prediletas da mãe (song of kin) e o canto materno com o recém-nascido prematuro (FILIPPA et al., 2013).

Neste protocolo da IMUSP, primeiramente, objetiva-se dar um norte a mãe sobre as competências precoces do bebê e os principais efeitos benéficos do canto materno para o recém-nascido prematuro. Consequente, as sessões de musicoterapia compreendem atividades de produção vocal, de canto de canções de ninar e/ou de músicas escolhidas pela mãe durante a Entrevista sobre o histórico sonoro-musical da mãe (PALAZZI, MESCHINI, e PICCININI, 2019), que é realizada antes da intervenção. Contudo, as sessões envolvem atividades de improvisação vocal e instrumental e de composição de uma canção de ninar para o bebê. É relevante destacar que, de acordo com o protocolo original da IMUSP, a partir da sessão 2 a mãe é estimulada guiada a cantar para o bebê, por cerca de 15-20 minutos por dia, em situações alternadas com os procedimentos e aos cuidados médicos, mesmo sem a presença do musicoterapeuta.

O protocolo da IMUSP está elencado em oito sessões de uma a duas vezes por semana, em que ocorrem quatro sessões individuais com a mãe, alternadas com quatro encontros com mãebebê pré-termo na UTINeo. As sessões individuais com a mãe têm uma durabilidade de 60 minutos e são praticadas fora da UTINeo, em uma sala da Unidade de Neonatologia. As sessões com a díade têm a duração de 15 a 20 minutos e são realizadas na UTINeo com o bebê na incubadora ou em posição canguru. Cada sessão está organizada em três partes: (1) verbalização sobre o estado clínico do bebê e as experiências de canto materno realizadas anteriormente; (2) produção e interação musical com a mãe ou com a díade na UTINeo; e, (3) verbalização sobre as impressões causadas durante a sessão.

No decorrer das sessões individuais com a mãe, são usadas as letras e os acordes das canções separadas pela mãe. Ademais, o musicoterapeuta deixa acessível um repertório de músicas brasileiras de diferentes estilos (músicas infantis, canções de ninar, música popular brasileira, música evangélica), criado com embasamento nos estudos do musicoterapeuta, responsável pela aplicabilidade do protocolo, e complementado com as músicas preferidas da mãe. Além disso, são empregados alguns instrumentos musicais como: um violão clássico, um glockenspiel com uma caixa de madeira; um tambor do oceano em pele, madeira e tecido; um pandeiro em pele e madeira. Durante as sessões com a mãe-bebê na UTINeo, também são utilizadas as letras e os acordes das músicas, porém busca-se usar especialmente o canto e a voz do musicoterapeuta e da mãe, junto ao acompanhamento ao violão do musicoterapeuta. É relevante destacar que, apesar de

cada sessão da IMUSP tenha o foco em objetivos e atividades específicas, o musicoterapeuta busca priorizar sempre a iniciativa e as preferências da mãe na seleção das atividades, permanecendo com uma constante postura de escuta e empatia.

Dessa forma, a fisioterapia vem obtendo espaço na abordagem preventiva e reabilitadora que em associação com a musicoterapia, apresenta melhora significativa em diversos aspectos como: equilíbrio, marcha, mobilidade, qualidade de vida dos indivíduos, dentre outros. A ideia será melhor desenvolvida se a fisioterapia associada à Musicoterapia esteja sendo realizada conjuntamente com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

3. JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se da seguinte forma pode ser tocando um instrumento ou apenas escutando uma música, diversas áreas do nosso cérebro são ativadas como: corpo caloso, córtex sensorial, córtex auditivo, córtex motor, córtex pré-frontal, córtex visual, córtex visual, cerebelo, hipocampo, amígdalas.

De acordo com Benezon (1988) a musicoterapia é o um dos campos da medicina que estuda o complexo som-ser, humano-som, para usar o movimento, o som e a música, com o intuito de realizar a abertura de canais de comunicação no ser humano, para induzir efeitos terapêuticos, psicofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade em que vive.

Para Bruscia, (1998, p 17), “definir a musicoterapia é reconhecer e suportar definições com identidades individuais em um contexto coletivo”, já que a música tem vários sons e contextos no mundo todo. Segundo ele considera-se que a música causa euforia e bem-estar nas pessoas que gozam de plena saúde e que permitem que seu estado psicológico e seu humor alterem positivamente ao ouvir música, ao cliente (entretanto em menor grau) os resultados podem ser apresentados com uma melhora em seu estado de saúde. A musicoterapia é um tratamento que está sendo implantado, ainda em poucos setores, mas que já mostra resultados esperançosos.

A partir da década de 70, os especialistas em pediatria defenderam a ideia de reunir os bebês com patologias severas em unidades especiais, propondo um tratamento mais eficaz. As maternidades que atendem bebês prematuros passaram a ser denominadas maternidade de tratamento especial e, desta, para unidade de terapia intensiva de recém-nascidos (DOWNES, 1992). Com o surgimento das UTI neonatais, os cuidados prestados ao recém-nascido enfermo tornaram-se cada vez mais especializados, através de novas técnicas e equipamentos sofisticados; contudo, a família não foi incluída como parte da recuperação do neonato (TAMEZ e SILVA, 2002).

No Brasil, a neonatologia sofreu influências dos países mais desenvolvidos; assim, no início do século XX, a assistência prestada ao recém-nascido iniciava sua organização baseada nos métodos estrangeiros (RODRIGUES e OLIVEIRA, 2004). Segundo Silva et al. (2013) o uso da música como ferramenta complementar à promoção da saúde tem sido recentemente relatado na literatura médica. Definida como o uso terapêutico da música ou de atividades musicais no tratamento de

doenças somáticas e mentais, a musicoterapia vem acumulando evidências científicas de sua efetividade no manejo da dor, da ansiedade e do estresse emocional, entre outras condições. Dessa forma, quais são as respostas fisiológicas que a musicoterapia pode gerar nos pacientes com alguma doença, principalmente em bebês pré-termo em UTI neonatal? Esse foi um dos principais motivos para a escolha desse tema e desenvolvimento desta pesquisa responder esta pergunta.

4. OBJETIVOS

Identificar o que tem sido descrito na literatura sobre os efeitos fisiológicos da musicoterapia em recém nascidos pré-termo em UTI neonatal.

4.1 Objetivos específicos:

- Identificar os efeitos fisiológicos da musicoterapia quando aplicada a recém-nascidos pré-termo;
- Descrever de que forma essa terapia alcança resultados;
- Verificar quais as respostas são observadas nos recém-nascidos pré-termo, além das fisiológicas.

5. METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica fundamentada em levantamentos de dados bibliográficos sobre os efeitos fisiológicos da musicoterapia em recém-nascidos pré-termo em UTI neonatal. Os dados para o desenvolvimento da pesquisa foram coletados através dos levantamentos bibliográficos em bases de dados de artigos científicos disponibilizados no meio eletrônico. O levantamento foi realizado nas bases de dados: SCIELO, BIREME, GOOGLE Acadêmico, e sites relacionados ao tema, além de obras descritivas de autores que são relevantes para o tema, os artigos selecionados possuíam faixa etária entre 1986 e 2019.

Após a observação e leitura das publicações, uma revisão sistemática da qualidade dos estudos destes conceitos foi construída a revisão orientou-se a partir da seguinte pergunta: quais são as respostas fisiológicas que a musicoterapia pode gerar nos pacientes com alguma doença, principalmente em bebês pré-termo em UTI neonatal. A busca foi realizada por intermédio do descritor “musicoterapia”, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2014).

Os artigos selecionados foram utilizados como fonte de dados para a confecção do trabalho científico. Para análise e síntese dos dados, utilizou-se os seguintes procedimentos: leitura informativa ou exploratória que constituiu na verificação dos resumos, a fim de confirmar se os artigos selecionados tratavam realmente do objeto a ser explorado; leitura do artigo na íntegra e, posteriormente, análise e discussão do mesmo de acordo com seus resultados; síntese dos dados, enfocando os objetivos, os métodos e os resultados do pesquisador; conclusão da leitura e discussão dos artigos, após essa etapa as informações foram compiladas, verificadas, comparadas, resumidas e delas se extraiu os pontos mais importantes resultando no presente trabalho.

O material que fora utilizado esteve de acordo com as normas da ABNT e às normas previamente estabelecidas pela instituição. Os critérios de inclusão usados foram os seguintes, incluiu-se os artigos ou livros com assuntos relacionados ao tema do estudo, e como critérios de exclusão foram excluídos os artigos que não tinham assuntos relacionados ao tema do trabalho.

6. RESULTADOS

Após a pesquisa nas bases e a coleta de todos os resultados, foi executada uma análise de todos os artigos encontrados dentro dos critérios de inclusão e exclusão, depois de uma análise aprofundada foram selecionados 8 artigos que foram utilizados no decorrer dos resultados desta pesquisa.

No estudo realizado por Silva et al. (2013) foram analisados 12 recém-nascidos pré-termo submetidos a episódios de musicoterapia, em que foi possível observar que a musicoterapia diminuiu a frequência cardíaca em uma das sessões, mas aumentou-a na sessão seguinte, além disso, levou à redução da frequência respiratória em duas sessões e promoveu variação na Saturação de O₂ de forma diferente quando comparadas as outras sessões variando entre a diminuição e o aumento dessa variável, não foram vistos resultados no mesmo instante da musicoterapia sobre as variáveis PAS (pressão arterial sistólica), PAD (pressão arterial diastólica) e TC (temperatura corporal) nas sessões realizadas. Os resultados das variáveis analisadas nos estudos utilizados poderão ser observados na tabela 1.

Tabela 1 – Resultados dos estudos inseridos com relação as variáveis fisiológicas analisadas com o emprego da musicoterapia

	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Saturação de O₂
Silva et al., (2013)	↓↑	↓	↓↑
Hatem et al., (2006)	↓	_____	_____
Ikonomidou et al. (2004)	↓	_____	_____
Arnon et al., (2006)	↓	_____	_____
Cevasco	_____	_____	_____
Choul et al	_____	_____	↑
Haslbeck (2013, 2014)	_____	_____	_____

(FONTE: PRÓPRIO AUTOR, 2021).

Hatem et al. (2006) observaram o comportamento da FC em crianças submetidas a sessões de musicoterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca e detectou-se que a redução desta variável pode estar interligada à diminuição da ansiedade dos pacientes internados em UTI. O uso da música como alternativa terapêutica em associação está fundamentada em pesquisas como a realizada por Ikonomidou et al. (2004) os estudiosos observaram, em um ensaio clínico randomizado e controlado por placebo, 84 crianças que foram expostas as sessões de musicoterapia por 30 minutos no pré- e pós-operatório imediato, descrito como as 24 primeiras horas após a cirurgia cardíaca, e constataram que a música desempenha efeitos benéficos, por apresentar ação sobre o sistema nervoso autônomo, com consequente redução da FC.

Para Arnon et al. (2006) foi observado que a terapia com música ao vivo dentro da UTI se relacionou a uma redução significativa no ritmo cardíaco, conduzindo ao sono mais calmo e profundo os recém-nascidos prematuros após 30 minutos do término da sessão, além de melhora na FR e na SatO₂. Cevasco (2008) avaliou o comportamento de recém-nascidos prematuros e a termo expostos à musicoterapia durante 20 minutos por três a cinco dias em duas semanas consecutivas, comparando-os a um grupo de recém-nascidos não expostos à música, e observou um menor tempo de internação do Grupo Experimental.

Choul et al. (2003) em 30 bebês prematuros, mensurou a Sat O₂ enquanto eles recebiam aspiração endotraqueal regular. Quatro horas após o período controle, a mesma variável foi coletada durante um período experimental, em que começou a música “Transições”. Um minuto antes da aspiração, o nível de Sat O₂ foi medido para fornecer os dados da linha de base. Durante 30 minutos após a aspiração, a SatO₂ foi registrada a cada minuto para analisar os efeitos clínicos da terapia com música. Os resultados mostraram que prematuros que recebem musicoterapia durante a aspiração endotraqueal tinham SatO₂ significativamente mais elevada.

Além, das respostas fisiológicas apontadas acima, outras respostas podem ser evidenciadas com o uso da musicoterapia no tratamento de recém-nascidos pré-termo como o empoderamento do bebê, que de acordo com Haslbeck (2013, 2014) refere-se à “capacidade do bebê de relaxar, se acalmar, aumentar a sua autorregulação, orientação e interação”. Assim como, com a estabilização da saturação de oxigênio, também foi demonstrada nesse estudo que quando utilizada a musicoterapia a saturação de oxigênio do bebê se estabilizava.

Ainda de acordo com de Haslbeck (2013, 2014) uma outra resposta é o empoderamento da mãe que segundo o autor refere-se à “capacidade da mãe relaxar, se acalmar, interagir com o bebê e aumentar suas competências maternas”. Foi observado nessa pesquisa que na segunda seção dos resultados, nos primeiros encontros de musicoterapia a mãe apresentava muita agitação e ficava bastante ansiosa ao cantar para a bebê. Durante os episódios de agitação e nas quedas de saturação da bebê, a mãe demonstrava ainda mais angústia e impotência, limitando-se em segurar a mão da criança, olhando incessantemente o monitor para acompanhar os sinais dela e utilizava raramente a voz para se comunicar com criança.

No decorrer das semanas em que foi realizada a IMUSP e também no follow up, a mãe foi adquirindo mais empoderamento, fazendo uso do canto para relaxar e como um recurso de interação com a bebê, se mostrava mais autônoma no canto e mais segura para interagir com criança através da voz e do toque. A interação mãe-bebê refere-se às trocas entre mãe e bebê, e esta envolve a intimidade, toque e carinho, contato face-a-face, olhar recíproco, e interação vocal.

Destacando-se que, assim como foi relatado anteriormente, diversos aspectos das narrações dos comportamentos da bebê e da mãe e das interações mãe-bebê referenciados na apresentação dos temas empoderamento da bebê e empoderamento da mãe, estão também atrelados ao tema da interação mãe-bebê. Ao longo das semanas em que foi realizada a IMUSP e também no follow up, notou-se que a musicoterapia, contribuiu para fortalecer a interação da díade, através do empoderamento, tanto da bebê quanto da mãe (HASLBECK, 2013, 2014).

7. DISCUSSÃO

Como visto anteriormente, a prematuridade representa um problema de saúde global, podendo afetar o desenvolvimento e a saúde do bebê pré-termo no curto e no longo prazo. Além disso, frente à experiência traumática do nascimento prematuro e à internação do bebê no ambiente técnico e intrusivo da UTINeo, as mães frequentemente vivenciam sentimentos de culpa, desapego, perda e impotência, podendo apresentar também altos níveis de estresse, depressão e ansiedade (Cruvinel & Machado, 2007). Nas últimas décadas, a musicoterapia tem se destacado como uma intervenção precoce que tem sido utilizada no contexto da prematuridade, resultando em efeitos positivos nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, no bem-estar dos pais e no vínculo entre eles (Haslbeck, 2012).

O presente trabalho estudou os resultados da aplicabilidade da musicoterapia em bebês pré-termo na UTI Neonatal, com base na literatura, a expectativa inicial era de que a musicoterapia traria contribuições para o bebê, para a mãe e para a interação mãe-bebê. Os resultados do estudo, descritos acima, alguns deles retomados e discutidos a seguir, revelam diversas evidências que corroboram com a expectativa inicial.

Várias pesquisas descobriram que ouvir música é uma oportunidade viável na prática clínica das unidades neonatais, existindo a possibilidade de contribuir para redução do estresse dos pais, principalmente a ansiedade materna. O resultado da musicoterapia ligado às variáveis respiratórias e ao estado comportamental dos recém-nascidos ainda é um propósito de estudos e não propicia apenas uma única conclusão. O recém-nascido prematuro, devido ao período de hospitalização, fica sujeito a ser submetido a técnicas e procedimentos invasivos e imensamente dolorosos, que irão causar impacto na sua qualidade de vida e evolução neuropsicomotora.

Segundo Guinsburg (2000) os estímulos dolorosos agudos provocam nos recém-nascidos uma resposta global ao estresse, que compreende a mudança em nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental, entre outros. Estas respostas fisiológicas são conduzidas por uma reação endocrinometabólica de estresse, com liberação de hormônios como adrenalina, noradrenalina e cortisol, com a possibilidade de resultar em hiperglicemia e catabolismo proteico lipídico, o que mexe no equilíbrio homeostático no RNPT. Em

consequência, o desequilíbrio na fisiologia do organismo pode levar a redução SatO₂, elevação das frequências cardíaca e respiratória e estresse (GASPARDO, 2006). Nos resultados acima, é demonstrado que com o uso da musicoterapia essas variáveis fisiológicas apresentaram bons resultados para os bebês, ou seja, aumento da SatO₂ diminuição das FC e FR.

De acordo com a literatura disponível, os indícios relativos aos verdadeiros benefícios que a musicoterapia pode trazer aos recém-nascidos prematuros ainda são polêmicas. Entretanto, pressupõe-se que esta prática possa diminuir o estresse e aumentar o desenvolvimento durante um período crítico de crescimento, incentivando o vínculo com os pais e favorecendo a comunicação com a família, assim como o desenvolvimento neurológico e social do paciente (SCHLEZ et al., 2011), concordando com os resultados deste estudo.

Outro ponto analisado neste estudo foi com relação ao emprego do canto da mãe ao invés de uma canção gravada o estudo de Filippa et al. (2013) investigou as contribuições da fala e do canto materno ao vivo nas respostas fisiológicas e comportamentais dos bebês prematuros, destacando que tanto a fala quanto o canto aumentaram a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio e favoreceram o aumento e a estabilidade do estado de alerta calmo, geralmente associado à melhor qualidade do vínculo mãe-bebê no longo prazo. De forma semelhante, na presente pesquisa constatou-se nos resultados o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Em contrapartida, quando os estudiosos confrontaram a música gravada com a ausência de música, não notaram diferenças sobre as variáveis testadas. Na Obstetrícia, uma pesquisa observou que o feto responde a estímulos musicais e à voz humana com aumento da FC e dos movimentos em níveis significativamente elevados do que responde a um estímulo placebo não musical (AL-QAHTANI, 2005)

Corroborando com os resultados deste estudo Standley (1998) realizou uma metanálise formada por dez ensaios clínicos demonstrou que a musicoterapia tem um benefício clínico expressivo para prematuros na UTIN. Os resultados são indicativos de resultados positivos em longo prazo de variáveis como tempo de internação, ganho de peso e taxa de sucção não nutritiva, além de efeito benéfico em prazo de variáveis como a oxigenação, a FC e a avaliação comportamental, além da melhora na relação mãe-bebê.

Dessa forma, para Kensy (2012) “a alta tecnologia tem colaborado para a diminuição da mortalidade infantil, porém não supre as necessidades psico-afetivas”,

deixando aberta a necessidade do aparecimento de alternativas humanizadas que apreciem a relação mãe e filho, estreitando laços de afeto. Isso com o uso do tratamento em discussão, ocorrendo a manifestação e a manutenção dos laços afetivos com mais facilidade.

8. CONCLUSÃO

Sendo assim, as pesquisas realizadas no presente estudo revelaram que a musicoterapia tem importantes contribuições para bebês pré-termo, para as mães e para as interações mãe-bebê na UTI Neonatal. A intervenção musicoterápica contribuiu de várias formas para melhora no quadro de internamento dos bebês pré-termo conforme as pesquisas utilizadas para embasamento deste trabalho.

Nas respostas fisiológicas como diminuição da frequência cardíaca, redução da frequência respiratória, além de propiciar o empoderamento dos bebês, favorecendo seu relaxamento e a estabilização da saturação de oxigênio, e promovendo a apresentação de novas competências e a participação e envolvimento no canto; também, contribuiu no empoderamento das mães, favorecendo seu relaxamento, ajudando-as a superar a vergonha e o medo de interagir com as crianças, promovendo o fortalecimento das competências maternas e a autonomia no canto; por fim, a musicoterapia contribuiu no fortalecimento das interações mãe-bebê, propiciando mais oportunidades de intimidade, toque e carinho entre mães e bebês.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARNOUDSE-MOENS, C. S. A.; WEISGLAS-KUPERUS, N.; GOUDOEVER, J. B.; e OOSTERLAAN, J.; et al. Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children. **Pediatrics**, EUA, v. 124, p. 717-728, 2009.

AL-QAHTANI, N. H.; Foetal response to music and voice. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, Australian and New Zealand, v 45, p.414-7, 2005.

ALS, H.; A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment and support of the neurobehavioral development of the premature infant and his parents in the environment of the neonatal intensive care unit. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. Washington, DC, v. 6, p. 3-53, 1986.

ALVES, L. N.; ROCHA, A.; PERTUZATI, D. R.; ZANELLA, R.; et al. Os benefícios da musicoterapia em uti neonatal. **Anais do 13º Encontro Científico Cultural Interinstitucional**, Parana, v. 13, p. 1-6, 2015 .

ARNON, S.; SHAPSA, A.; FORMAN, L.; et al. Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. **Birth issues in perinatal care**, Birth, v. 33, p.131-136, 2006.

ARNON, S.; DIAMANT, C.; BAUER, S.; REGEV, R.; SIROTA, G.; E LITMANOVITZ, I.; Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety. **Acta Paediatrica**, EUA, v. 103, p.1039–1044, 2010.

ARNON, S.; Music therapy intervention in the neonatal intensive care unit environment. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 87, p. 183-185, 2011.

BARCELLOS, L.; Desafios da contemporaneidade: a musicoterapia na sala de diálise no tempo dos iPods. Pode? **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Paraná, v. 2, p. 145-168, 2011.

BARCELLOS, L.; Music, Meaning, and Music Therapy under the Light of the Molino/Nattiez Tripartite Model. **Voices: A World Forum For Music Therapy**, Bergen, v. 12, 2012.

BENENZON, R.; **Teoria da Musicoterapia** – Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. Trad. Ana Sheila M., 2ª Edição, São Paulo, Editora Summus, 1988.

BENENZON, R. O. (com de Gainza, V., & Wagner, G.) **La nueva musicoterapia**. 2ª Edição, Buenos Aires, Editora Lumen. 2008.

BILGIN, A.; WOLKE, D.; Maternal Sensitivity in Parenting Preterm Children: A Metaanalysis. **Pediatric**, EUA, v. 136, p. 177-193, 2015.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M.; CHOU, D.; MOLLER, A.B.; et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis. **For CHERG/WHO**. EUA, v. 379, p. 2162-2172, 2012.

BRADT, J.; MAGEE, W. L.; DILEO, C.; WHEELER, B. L.; E MCGILLOWAY, E.; et al. Music therapy for acquired brain injury. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 7, 2010.

BRADT, J.; DILEO, C.; GROCKE, D.; E MAGILL, L.; et al. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 8, 2011.

BRUSCIA, K. E. **An Introduction To Music Psychotherapy**, 2ª edição, Barcelona, Editora Barcelona Publishers, 1998.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**, 2ª edição, Rio de Janeiro, Editora Enelivros, 2000.

CEPEDA, M. S.; CARR, D. B.; LAU, J.; e ALVAREZ, H.; et al. Music for pain relief. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 10, 2013.

CHAGAS, M.; Musicoterapia e Psicoterapia Corporal. **Brazilian Journal of Music Therapy**, [S. l.], n. 3, 1997. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/140>. Acesso em: 4 jul. 2021.

CHAGAS, M.; Cantar É Mover o Som. In: II Fórum Paranaense de Musicoterapia, Encontro Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, anais, Curitiba, 2001,

CHAGAS, M.; PEDRO, R.; Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem, 1ª edição, Rio de Janeiro, Editora Barreto, 2008.

CEVASCO, A. M.; The effects of mothers' singing on full-term and preterm infants and maternal emotional responses. **J Music Ther**, EUA, v. 45, p. 273-306, 2008.

CHOU, L.L.; WANG, R.H.; CHEN, S.J.; PAI, L. et al. Effects of music therapy on oxygen saturation in premature infants receiving endotracheal suctioning. **J Nurs Res**, EUA, v. 11, p. 209-216, 2003.

CLEVELAND, L. M.; Parenting in the neonatal intensive care unit. **Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, EUA, v. 37, p. 666-691, 2008.

COSTA, C. M.; **O Despertar para o Outro**, São Paulo, Editora Summus, 1989.

COSTA C.M.; A especificidade da Musicoterapia e a identidade do Musicoterapeuta. **XI Forum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em MT, Biblioteca da Musicoterapia Brasileira**. 2009.

CRUVINEL, F. G.; MACEDO, E. C.; Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 7, p. 449-455, 2007.

DOWNES, J.J.; Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivo pediátrico. *Clínica de Terapia Intensiva*, Rio de Janeiro, v.1, p. 1-25, 1992.

ETTENBERGER, M.; ODELL-MILLER, H.; CÁRDENAS, C. R.; SERRANO, S. T.; PARKER, M.; e LLANOS, S. M. C.; et al. Music Therapy With Premature Infants and Their Caregivers in Colombia – A Mixed Methods Pilot Study Including a Randomized Trial. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, Bergen, v. 14, 2014.

FELDMAN, R. EIDELMAN, H. I. Maternal Postpartum Behavior and the Emergence of Infant-Mother and Infant-Father Synchrony in Preterm and Full-Term Infants: The Role of Neonatal Vagal Tone. **Developmental Psychobiology**, v. 49, p. 290-302, 2007.

FEIJÓ, Larissa.; O bebê pré-termo: intervenção precoce visando a melhoria da interação mãe-bebê. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1998.

FILIPPA, M.; DEVOUCHE, E.; ARIONI, C.; IMBERTY, M.; e GRATIER, M.; et al. Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infants. **Foundation Acta Paediatrica**, EUA, p. 1017-1020, 2013.

FIRMINO, Karina Betelo. **A música como cuidado para recém-nascidos pré-termo**: uma revisão integrativa. 2014. Trabalho de conclusão de curso. Curso de enfermagem. Universidade do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. 2014.

FISCHER, C. B.; ALS, H.; Trusting Behavioral Communication: Individualized Relationship-Based Developmental Care in the Newborn Intensive Care Unit - A Way of Meeting the Neurodevelopmental Expectations of the Preterm Infant. In M. NockerRibaupierre (Ed.), **Music Therapy for Premature and Newborn Infants**, 2ª

edição, Gilsum, NH, Editora Barreto Barcelona Publishers. 2004.

FLACKING, R.; EWALD, U.; NYQVIST K. H; STARRIN B; et al. Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Social Science & Medicine**, EUA v. 60, p. 70-80, 2006.

FORCADA-GUEX, M.; PIERREHUMBERT, B.; BORGHINI, A.; MOESSINGER, A.; MULLER-NIX, C.; et al. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months, **Pediatrics**, EUA, v. 118, p. 107-114, 2006.

FRACALOSSI, Renata Del Piero; **Música que embala, canto que alimenta: a Musicoterapia com mães e seus bebês prematuros**. 2003. Monografia apresentada ao Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário como conclusão do curso de graduação em musicoterapia. Rio de Janeiro, 2003.

GASPARDO, Claudia Maria; LINHARES, Maria Beatriz; **Dor em neonatos pré-termo em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: avaliação e intervenção com sacarose**. 2006. Tese de mestrado em medicina da USP. Ribeirão Preto. 2006.

GERETSEGGER, M.; ELEFANT, C.; MÖSSLER, K. A.; GOLD, C.; et al. Music therapy for people with autism spectrum disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, EUA, v. 6, 2014.

GREENBERG, M. T.; CRNIC, K. A.; Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. **Child Development**, EUA, v. 59, p. 554-570, 1988.

GOLDBERG, S.; PERROTTA, M.; MINDE, K.; e CORTER, C.; et al. Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. **Child Development**, EUA, v. 57, p. 34-46, 1986

GUINSBURG, R.; Dor no recém-nascido: importância do estudo da dor no recém-nascido. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro, Editora Revinter; 2000.

HATEM, T.P.; LIRA, P.I.; MATTOS, S.S.; The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, p. 186-192, 2006.

HASLBECK, F. B.; Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review. **Nordic Journal of Music Therapy**, EUA, v. 21, p. 203-226, 2012.

HASLBECK, F. B., Creative music therapy for premature infants: An analysis of video footage. **Nordic Journal of Music Therapy**, EUA, v. 23, p. 5-35, 2013.

HASLBECK, F. B. The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: A qualitative analysis. **Nordic Journal of Music Therapy**, EUA, v.23, p. 36-70, 2014.

HUGHES, M. B.; SHULTS, J.; MCGRATH, J.; MEDOFF-COOPER, B.; et al. Temperament characteristics of premature infants in the first year of life, **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, EUA, v. 23 p. 430-435, 2002.

HUHTALA, M.; KORJA, R.; LEHTONEN, L.; HAATAJA, L.; LAPINLEIMU, H.; RAUTAVA, P.; et al. PIPARI Study Group. Parental psychological well-being and behavioral outcome of very low birth weight infants at 3 years, **Pediatrics**, EUA, v. 129, p. 937-944, 2012.

IKONOMIDOU, E.; REHNSTRÖM, A.; NAESH, O.; Effect of music on vital signs and postoperative pain. **AORN Journal**, Europa, v. 80, p. 269-274, 2004.

JEFFERIES, A. L.; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. **Paediatrics & Child Health**, Canadá, v. 19, p. 31-42, 2014.

KENSY. P.J.; Musicoterapia e Método Mãe Canguru: Alternativas Complementares na Recuperação de Recém-Nascidos Pré-Termo. **X Salão de Pesquisa SETREM 2012**.

KOELSCH, S. A neuroscience perspective on music therapy. **Ann N Y Acad Sci**, EUA, v. 1169, p. 1374-1384. 2009.

KORJA, R.; LATVA, R.; LEHTONEN, L.; The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant’s first two years. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Europa, v. 91, p. 164-173, 2012.

LANGEROCK. N.; VAN HANSWIJCK DE JONGE, L.; BICKLE GRAZ, M.; HÜPPI P. S.; BORRADORI TOLSA, C.; BARISNIKOV, K.; et al. Emotional reactivity at 12 months in very preterm infants born at < 29 weeks of gestation. **Infant Behavior and Development**. EUA, v. 36, p. 289- 297. 2013.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; MACHADO, C.; MARTINEZ, F. E.; et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Cadernos de Psicologia e Educação**, Paidéia, v. 13, p. 59-72, 2003.

LIU, L.; OZA, S.; HOGAN, D.; PERIN, J.; RUDAN, I.; LAWN, J. E.; COUSENS, S.; MATHERS, C.; BLACK, R. E.; et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. **The Lancet**, EUA, v. 385, p. 430-440, 2014.

MAGGI, E. F.; MAGALHÃES, L. C.; CAMPOS, A. F.; BOUZADA, M. C.; et al. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. **Jornal e Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, p. 377-383, 2014.

MARCH OF DIMES, P. M. N. C. H.; Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. **World Health Organization**, Geneva, 2012.

MARATOS, A.S.; GOLD, C.; WANG, X.; CRAWFORD, M. J.; et al. Music therapy for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2008.

MEDINA, I.M.F.; Efectividad de la musicoterapia en la reducción de las apneas del prematuro. **Nuberos Científica**, v.2, 2016.

MENDES, C. S.; MARCELLE; R.; CAÇÃO, J.; SILVA, K. C. S.; MARQUES, C. F.; MEREY, L. S. F.; et al. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, vol.31, p. 30-36, no.1 São Paulo. 2013.

MESCHINI, R.; L'esperienza della musicoterapia con pazienti in stato vegetativo. Editora Benenzon, **Musicoterapia e coma**, Roma: Phoenix, 2002.

MÖSSLER, K.; CHEN, X.; HELDAL, T. O.; E GOLD, C.; et al. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 12, 2011.

MULLER-NIX, C.; FORCADA-GUEX, M.; PIERREHUMBERT, B.; JAUNIN, L.; BORGHINI, A.; ANSERMET, F.; et al. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. **Early Human Development**, EUA, v. 79, p. 145-58, 2004.

PALAZZI, A.; **Contribuições da Musicoterapia para a Díade Mãe-Bebê Pré-Termo na UTI Neonatal**. 2016. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia. Porto Alegre. 2016.

PALAZZI, A.; MESCHINI, R.; PICCININI, C. A.; Intervenção Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-Termo: Uma Proposta De Intervenção Na Uti Neonatal. **Psicologia em estudo**, v. 24, p. 1-14, 2019

POSTACCHINI, P. L.; RICCIOTTI, A.; BORGHESI, M.; **Musicoterapia**. Editore Carocci, Roma, 2001.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S.; Os primórdios da assistência aos recém nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.

6, p.286-291, 2004.

RODRIGUES, D. I.S.; FÓFANO, G. A.; BARREIROS, L. L.; COUTO, C. S. F.; VIEIRA, C. F.; OLIVEIA, M. A. A. C.; et al. A Utilização da Musicoterapia na Assistência ao Prematuro Internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica Fagoc Saúde**, Minas Gerais, v. 3, p. 67 -73, 2018.

ROGERS, L. K.; VELTEN, M.; Maternal inflammation, growth retardation, and preterm birth: insights into adult cardiovascular disease. **Life Sciences**, Europa, v. 89, p. 417-421, 2011.

ROMÃO, S. L. S.; OS DIFERENTES CAMINHOS DA MÚSICA – UM OLHAR SOBRE A MUSICOTERAPIA. **Encontro Nacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, Presidente Prudente**, 19 a 22 de outubro, 2015.

RUSHING, S.; MENT, L. R.; Preterm Birth: A Cost Benefit Analysis. **Semin Perinatol**, EUA, v. 24, p. 444-450, 2004.

RUUD, E.; **Caminhos da Musicoterapia**. 1ª edição. São Paulo: Summus. 1990.

RUUD, E.; **Music Therapy: improvisation, communication, and culture**. Gilsum: Barcelona Publishers. 1998.

SCHLEZ, A.; LITMANOVITZ, I.; BAUER, S.; DOLFIN, T.; REGEV, R.; ARNON, S.; et al. Combining Kangaroo care and live harp music therapy in the neonatal intensive care unit setting. **Isr Med Assoc J**. Israel, v. 11, p. 354-358, 2011.

SPENCER-SMITH, M.; RITTER, B.C.; MÜRNER-LAVANCHY, I.; EL-KOUSSY, M.; STEINLIN, M.; EVERTS, R.; et al. Age, sex and performance influence the visuospatial working memory network in childhood. **Developmental Neuropsychology**. 2013.
EUA, v. 38, p. 236-255.

SPITTLE, A. J.; FERRETTI, C.; ANDERSON, P. J.; ORTON, J.; EELES, A.; BATES, L.; BOYD, R. N.; INDER, T. E.; e DOYLE, L. W.; et al. Improving the outcome of infants born at <30 weeks' gestation--a randomized controlled trial of preventative care at home, **BMC Pediatrics**, EUA, v. 9, p. 9-73, 2009.

STANDLEY, J.M.; The effect of music and multimodal stimulation on physiological and developmental responses of premature infants in neonatal intensive care. **Pediatr Nurs**, v. 24, p. 532-538.1998.

STANDLEY, J. M.; Music therapy research in the NICU: An updated meta-analysis. Neonatal Network, **The Journal of Neonatal Nursing**, EUA, v. 31, p. 311-316, 2012.

SUTTON, P. S.; DARMSTADT, G. L.; Preterm birth and neurodevelopment: a review of outcomes and recommendations for early identification and cost-effective interventions. **Journal of Tropical Pediatrics**, Issue, v. 59, p. 258–265, 2013.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P.; **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao RecémNascido de Alto Risco**. 2. edição. Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan. 2002.

TUCKER, J.; MCGUIRE, W.; epidemiology of preterm birth. **BMJ**. EUA, v. 329, p. 675–678, 2004.

VANDERBILT, D.; GLEASON, M. M.; Mental Health Concerns of the Premature Infant Through the Lifespan. **Pediatric Clinics of North America**, EUA, v. 58, p. 815-832, 2011.

ZOMIGNANI, A. P.; ZAMBELLI, H. J. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M.; Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, p. 198-203, 2009.

WHITE-TRAUT, R.; NORR, K.; Ecological Model for Premature Infant Feeding. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, Chicago, 2009.

WHITE-TRAUT, R.; NORR, K. F.; FABYI, C.; RANKIN, K. M.; LI, Z.; LIU, L.; et al. Mother-Infant Interaction Improves With a Developmental Intervention for Mother-Preterm Infant Dyads. **Infant Behavior and Development**, EUA, v. 36, p. 694-706, 2013.

WIGRAM, T.; PÉDERSEN, I. N.; BLONDE, L. O.; **Guida generale alla musicoterapia**. Roma: ISMEZ. 2009.